Ignazio Cassis, Nationalrat und Vizepräsident der FMH, war von 1996 bis 2008 Tessiner Kantonsarzt. Gemeinsam mit dem Publizisten Ivo Giulietti legte er 2009 das in italienischer Sprache verfasste Buch «Il Medico Cantonale. Dalla sua istituzione ai giorni nostri 1924–2008» vor.
Die ersten drei Kapitel des Buches schildern die Entwicklung des Gesundheitswesens im Tessin vom 1803 bis 1924 sowie die Geschichte der fünf Kantonsärzte, die dieses Amt von 1924 bis in die Gegenwart ausgeübt haben. Diese kantonsspezifischen Kapitel sind eine Fundgrube spannender historischer Dokumente, dürften aber neben Fachleuten vor allem ein regionales Publikum ansprechen. Demgegenüber sind die «überkantonalen» Kapitel 4 und 5 sowie das Vorwort von Prof. Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamts für Gesundheit 1991–2009, für ein breites Publikum von Interesse. Wir präsentieren den Leserinnen und Lesern der Schweizerischen Ärztezeitung diese Kapitel in einer deutschen Übersetzung* in zwei Teilen. Das Vorwort sowie Kapitel 4 wurden in der letzten Ausgabe der SÄZ abgedruckt.
Der nachfolgende zweite Teil umfasst Kapitel 5 des Buchs, das eine Einführung in den Bereich Public Health darstellt. In diesem Teil sind auch die Schnittstellen zwischen Kantonsarzt und anderen Berufen im Bereich Public Health beschrieben.

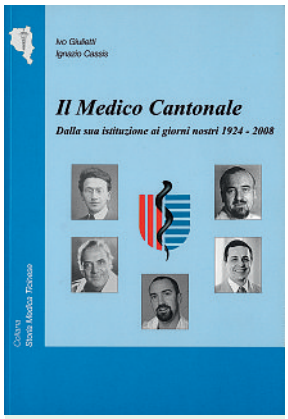
Die Redaktion

* Die Übersetzung wurde unterstützt durch Interpharma, den Verband der forschenden pharmazeutischen Industrie in der Schweiz.

Public Health*

Ignazio Cassis

Dr. med., Nationalrat und Vizepräsident der FMH



Ivo Giulietti, Ignazio Cassis
Il Medico Cantonale
Dalla sua istituzione
ai giorni nostri 1924–2008.

Taverne: Storia Medica Ticinese; 2009.
240 Seiten. Fr. 48.–.
ISBN 978-88-902131-5-9

* Übersetzung von Kapitel 5 des obengenannten Buches.

Korrespondenz:
Dr. med. Ignazio Cassis
FMH
Elfenstrasse 18
CH-3000 Bern

ignazio.cassis@parl.ch

Der Kantonsarzt befasst sich schwerpunktmässig mit der ordnungsgemässen Funktion des Gesundheitssystems als der Gesamtheit aller Einrichtungen und Dienstleistungen für die Gesundheitsversorgung der Patienten. Das ist aber nicht alles. Einen zunehmenden Teil seiner Zeit widmet er, im Tessin wie auch in anderen Kantonen, dem Bereich Gesundheit an sich, der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In der Regel geschieht dies in Zusammenarbeit mit anderen staatlichen Diensten und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs).

Zwischen Individuum und Kollektiv

Dieses Tätigkeitsfeld wird als «Public Health» bezeichnet. Das Adjektiv «public», also «öffentlich», ist dabei nicht als Gegenteil von «privat», sondern als Gegenteil von «individuell» zu verstehen. Der technische Fortschritt in der Medizin, der insbesondere in den Jahrzehnten nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs stattfand, hat – mit der Entdeckung vieler wirksamer Arzneimittel und der Entwicklung hochempfindlicher diagnostischer Instrumente – die Kultur der Medizin tiefgreifend verändert und ihre soziale, also ihre kollektive, eben die «öffentliche», Dimension in den Hintergrund gedrängt. So haben wir jahrzehntelang den Traum von der Wunderpille gehegt, die mühelos alle Krankheiten und Gebrechen des Einzelnen beheben kann. Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts, als die Menschheit wiederum konfrontiert war mit schweren Seuchen wie Aids, den dramatischen Entwicklungen im Bereich der mentalen Gesundheit und der Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen und Krebsleiden im Zusammenhang mit Ernährungsfehlern, Übergewicht, Rauchen und Bewegungsmangel, erlebte die kollektive, öffentliche Seite der Medizin eine Renaissance. Allmählich haben die Länder der westlichen Welt begriffen, dass die volksgesundheitliche Situation sowohl in ökonomischer als auch in entwicklungspolitischer Hinsicht von grosser Bedeutung ist. Damit hat die Gesundheit eine bisher nie dagewesene politische Dimension erlangt.

In welchem Zusammenhang steht nun aber die individuelle mit der sozialen Medizin, der «öffentlichen Gesundheitspflege» oder, kurz, der «Public Health»? Gibt es zwischen diesen beiden Perspektiven mehr verbindende Gemeinsamkeiten oder mehr trennende Barrieren? Um Antworten auf diese Fragen zu finden, muss man bis in das 19. Jahrhundert zurückblicken. Damals wurde die als «Hygiene» bezeichnete Disziplin, begünstigt durch die sensationelle Entwicklung der medizinischen Mikrobiologie, durch die neue «Keimtheorie» verdrängt. Das Wirkungsfeld der Hygiene war das Gemeinwesen, wohingegen die Mikrobiologie (ebenso wie die Pathophysiologie und die Toxikologie, die sich zur gleichen Zeit entwickelten) definitive Lösungen für das Individuum zum Ziel hatte, indem sie den inneren Ursachen einer Erkrankung nachging. Die Kontrolle einer Erkrankung, so dachte man, ergebe sich ausschliesslich aus der Erklärung des Mechanismus, der zu ihrer Entstehung geführt habe. Letztendlich begünstigte die Mikrobiologie die «mikroökonomische» Betrachtungsweise der Krankheiten, weg von der «makroökonomischen» Perspektive, die der Hygiene eigen ist [1]. Die Erkenntnisse der medizinischen Mikrobiologie standen jedoch nicht im Widerspruch zu denjenigen der Hygiene, für die ein mikroskopischer Befund ja eher eine Bestätigung darstellte [2]. Dennoch führte dies zu einer Art interpretativem Schisma, welches das gesamte 20. Jahrhundert durchzog und die Forschungsansätze in der Medizin perspektivisch veränderte [3].

Nach der Aufgabe der Gründungsdisziplin Hygiene drängte die Medizin des 20. Jahrhunderts die ihr eigene soziale Dimension zunehmend an den Rand.

Indem sie sich auf das Wesen der Krankheiten und deren Bezug zum einzelnen Patienten konzentrierte, verlor die Medizin das Gemeinwesen als Beobachtungs- und Interventionsgegenstand aus den Augen. Man könnte sogar behaupten, dass die sozialen Massnahmen zunehmend der individuellen Intervention entgegenwirkten und umgekehrt.

Gesundheit

Die Notwendigkeit, dieser sozialen bzw. öffentlichen Dimension wieder den angemessenen Platz einzuräumen, manifestierte sich jedoch eindeutig im Jahr 1948, mit der Gründung der Weltgesundheitsorganisation WHO, der für «Gesundheit» zuständigen Unterorganisation der Vereinten Nationen (UNO). Die WHO hat die Aufgabe, Interventionen im Bereich der Gesundheit auf internationaler Ebene zu leiten und zu koordinieren und alle Völker dabei zu unterstützen, «das höchstmögliche Gesundheitsniveau» zu erreichen. Erstmals wurde der Faktor «Gesundheit» damit ins Blickfeld der internationalen Politik gerückt, als Voraussetzung für Wachstum, Wohlstand und Frieden. Zum ersten Mal im 20. Jahrhundert beschäftigte man sich nun institutionell mit den sozialen Aspekten der Medizin. Dennoch mussten nochmals mehrere Jahrzehnte verstreichen, ehe man über klare Konzepte und angemessene Möglichkeiten verfügte, diese Vision in der modernen Welt praktisch umzusetzen.

Ein erster, bedeutender Schritt war die Definition des Begriffs Gesundheit, die in der Verfassung der WHO vom 7. April 1948 festgelegt ist (Kasten 1). Der 7. April wird seitdem alljährlich als «Weltgesundheitstag» begangen.

Die Tragweite dieser Definition ist umfassend und reicht über den reinen Wortlaut hinaus. Mit dieser Definition stellt die WHO unmissverständlich fest, dass die Verbesserung des Gesundheitszustands der Weltbevölkerung Massnahmen erfordert, die über die reine Krankheitsbekämpfung (medizinische Ebene) hinausgehen und sich auch auf die politische, ökonomische, gesellschaftliche und ethische Ebene erstrecken. Trotz ihrer bahnbrechenden Bedeutung findet diese Entwicklung in der damaligen Zeit eher wenig Beachtung. Nach den leidvollen Erfahrungen des Krieges geht sie in der Euphorie von Wiederaufbau und Wirtschaftswunder unter. Dennoch verfestigen sich bereits in den 50er Jahren zwei wesentliche Elemente dieser neuen Vision:

- Zum ersten Mal müssen die zuständigen Behörden aktiv eine Gesundheitspolitik formulieren und direkte Verantwortung übernehmen.
- Erstmals ist die gesamte Bevölkerung gefordert. Sie muss an der Verwirklichung dieser Politik mitwirken, indem sie die eigenen Bedürfnisse definiert und Programme zur Gesundheitserziehung entwirft.

Damit ist Gesundheit keine reine Privatangelegenheit des einzelnen Bürgers mehr, sondern wird zu einem strategischen Element für die Führung nicht nur eines einzelnen Staates, sondern der internationalen Staatengemeinschaft insgesamt (Kasten 2). Damit entwickelt sich das Konzept von «Public Health».

Was genau verbirgt sich eigentlich hinter dem Begriff «Public Health»? Dazu muss man zunächst über

Kasten 1

Definition von Gesundheit; WHO, 1948.

Gesundheit

Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.

Kasten 2

Verfassungsprinzipien der Weltgesundheitsorganisation (SR 0.810.1).

- Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.
- Die Gesundheit aller Völker ist eine Grundbedingung für den Weltfrieden und die Sicherheit; sie hängt von der engsten Zusammenarbeit der Einzelnen und der Staaten ab.
- Die von jedem einzelnen Staate in der Verbesserung und dem Schutz der Gesundheit erzielten Ergebnisse sind wertvoll für alle.
- Ungleichheit zwischen den verschiedenen Ländern in der Verbesserung der Gesundheit und der Bekämpfung der Krankheiten, insbesondere der übertragbaren Krankheiten, bildet eine gemeinsame Gefahr für alle.
- Die gesunde Entwicklung des Kindes ist von grundlegender Bedeutung; die Fähigkeit, harmonisch in einer in voller Umwandlung begriffenen Umgebung zu leben, ist für diese Entwicklung besonders wichtig.
- Für das Erreichen des besten Gesundheitszustandes ist es von besonderer Bedeutung, dass die Erkenntnisse der medizinischen, psychologischen und verwandten Wissenschaften allen Völkern zugänglich sind.
- Eine aufgeklärte öffentliche Meinung und eine tätige Mitarbeit der Bevölkerung sind für die Verbesserung der Gesundheit der Völker von höchster Wichtigkeit.
- Die Regierungen tragen die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Völker; sie können diese nur auf sich nehmen, wenn sie die geeigneten hygienischen und sozialen Vorkehren treffen.

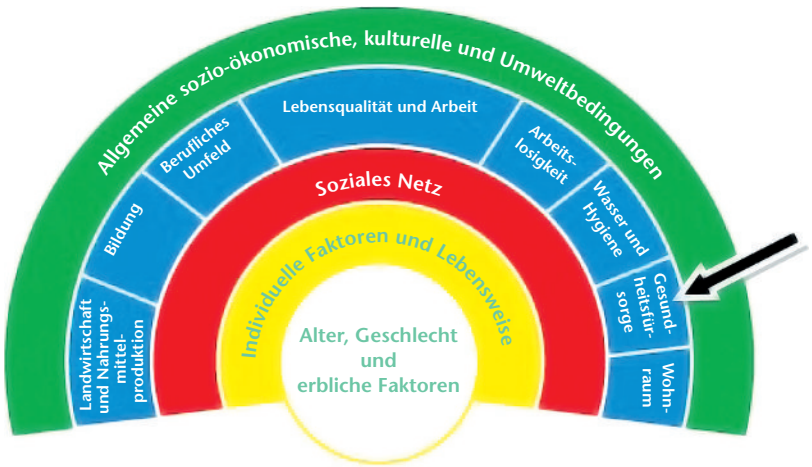
den Begriff der Gesundheit sprechen. Gesundheit und Krankheit sind keine klar definierten, voneinander abgrenzbaren Konzepte. Ihre Grenzen richten sich nach dem Einzelnen und der Kultur, in der er lebt. Im Laufe seines Lebens durchläuft der Mensch Phasen der Gesundheit und Phasen der Krankheit. Der Grenzbereich zwischen Gesundheit und Krankheit verändert sich ständig; hier spielen subjektives Empfinden und kultureller Kontext eine entscheidende Rolle. Ein objektiv gleicher Gesundheitszustand wird von dem einen bzw. in einem bestimmten geographischen Gebiet als Gesundheit, von anderen bzw. in einem anderen Gebiet als Krankheit wahrgenommen.

Der Faktor «Gesundheit» rückte ins Blickfeld der internationalen Politik als Voraussetzung für Wachstum, Wohlstand und Frieden

Gesundheit ist von sehr vielen Faktoren abhängig, das merken wir tagtäglich. Schon kleine Veränderungen sorgen dafür, dass wir uns schlecht fühlen: eine Infektion, Herz-Kreislauf-Beschwerden, ein Tumor, eine Allergie, aber auch ein Streit, Geldsorgen, der Verlust einer nahestehenden Person oder des Arbeitsplatzes, Einsamkeit, Umweltverschmutzung, Mangel an Trinkwasser, fehlende soziale Sicherheit oder ein Mangel bzw. ein Überangebot an Nahrung. Wenn wir uns schlecht fühlen, verlieren wir subjektiv unsere Gesundheit. Aber diese Leiden sind keine «Krankheiten» im eigentlichen Sinne. Man leidet auch am Leben selbst. Die menschliche Ohnmacht angesichts dieses Leidens am Leben wird in zunehmendem Masse durch die Allmachtserwartungen kompensiert, die wir an die Medizin stellen. Dies wird gemeinhin als «Medikalisierung des Lebens» bezeichnet. Der Traum von der «Wunderpille» ist derart verlockend, dass wir in allen Unbilden des Lebens Hilfe beim Arzt und damit letztlich bei der Medizin suchen. Der Arzt kann Infektionen heilen, degenerative Beschwerden lindern, Allergien behandeln und Sterbende in ihrer letzten Lebensphase begleiten. Was er jedoch nicht kann, ist, Tote auferstehen lassen, uns einen neuen Arbeitsplatz besorgen, die Zahl der Verkehrsunfälle reduzieren oder uns eine Gehaltserhöhung bzw. mehr Harmonie am Arbeitsplatz verordnen. Schon bei dem Bemühen, uns zu einer Änderung unserer Lebensweise zu bewegen, tut er sich schwer, sei es bei den Essgewohnheiten, beim Konsum psychoaktiver Substanzen (Tabak, Alkohol usw.) oder im Hinblick auf unsere körperliche oder soziale Aktivität. Er hört zu, bietet Unterstützung, kann uns ein Stück weit begleiten, aber er kann nicht für uns die Probleme des Lebens lösen. Gesundheit ist also, wie wir gesehen haben, eine ausserordentlich komplexe Angelegenheit und ihre Interpretation von Natur aus subjektiv [4].

Abbildung 1

Die Gesundheitsdeterminanten (aus dem Projekt «Città sane» der Stadt Udine).



Mod. nach Dahlgren und Whitehead (1991).

Tabelle 1

Gesundheitsdeterminanten.

Nicht beeinflussbar	Sozial und ökonomisch	Umwelt	Lebensweise	Zugang zu Diensten
Gene	Armut	Luftqualität	Ernährung	Bildung
Geschlecht	Berufliche Tätigkeit	Wohnraum	Körperliche Aktivität	Gesundheits-system
Altern	Sozialer Ausschluss	Trinkwasser-qualität	Rauchen	Soziale Dienste
		Soziales Umfeld	Alkohol	Mobilität
			Sexualverhalten	Freizeit
			Drogen	

Gesundheitsdeterminanten

Der Gesundheitszustand des Einzelnen – und bei umfassenderer Betrachtung auch der eines Gemeinwesens bzw. der Gesamtbevölkerung – wird also von vielen Faktoren beeinflusst. Diese werden als «Gesundheitsdeterminanten» bezeichnet (Abb. 1 und Tab. 1).

Der Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung (s. Pfeil in der Abb. 1) ist mit Sicherheit eine wichtige Determinante, aber nicht diejenige, die den Gesundheitszustand einer Person oder einer Population am stärksten beeinflusst. Noch stärker ins Gewicht fallen Bildung, soziale Sicherheit, Wohn-

raum, eine gesundheitsfördernde Umgebung, das soziale Netz und die Lebensweise.

Wem kommt nun aber grössere Bedeutung zu, dem individuellen Verhalten oder den politischen, sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen? Diese Frage ist keineswegs rein theoretischer und konzeptueller Art, denn von den Antworten hängen die Gesundheitspolitik eines Landes und die Strategien der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ab.

Auf der einen Seite steht das ärztliche Selbstverständnis, auf der anderen Seite der Staat, der die Finanzierung des Gesundheitssystems garantieren soll

Die «Santé communautaire»

Seit Anfang der 60er Jahre leisten die Universitäten des angelsächsischen Sprachraums (USA, Kanada, Grossbritannien) dank ihrer bedeutenden personellen und finanziellen Ressourcen einen wichtigen konzeptuellen Beitrag zur Vision von «Gesundheit», wie sie in der Gründungsakte der WHO verankert ist. In diese Zeit fällt die Entwicklung der «Santé communautaire», einer Art intermediärem Ansatz, der später in dem umfassenderen Begriff «Public Health» aufgeht (Kasten 3). In der Schweiz fasst dieser Ansatz jedoch nur teilweise Fuss, hauptsächlich in den medizinischen Fachkreisen. Die medizinischen Fakultäten der Universitäten von Lausanne und Genf richten sogar jeweils ein Département de santé et médecine communautaire (Community Medicine) ein, das unterschiedliche Einrichtungen des ausserklinischen Sektors (Polyklinikum für Innere Medizin, Forensische Medizin, Arbeitsmedizin, Sozial- und Präventivmedizin usw.) vereinigt.

Die Hauptziele der «Médecine communautaire» sind [6]:

- Prävention der Epidemien und der Übertragung von Infektionskrankheiten;
- Prävention der Endemien chronischer Krankheiten und Eindämmung ihrer Folgen;
- Prävention von Unfällen und Traumata;
- Förderung gesunder Verhaltensweisen;
- Schutz der Bevölkerung vor Gefahren aus der Umwelt;
- Organisation der medizinischen Einsätze im Falle von Krisen und Naturkatastrophen (bzw. Prävention von Krisen und Naturkatastrophen);
- Qualitätsgarantie für die Dienstleistungen und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Sicherstellung des Zugangs dazu;
- Entwicklung und Management von Kontrollsystemen für Produkte und Leistungen im Zusammenhang mit der Gesundheit des Einzelnen;
- Management der Entwicklung (Planung, Realisierung, Bewertung) der Gesundheitsdienste sowie der für die Gesundheit der Bevölkerung aufgewendeten finanziellen, personellen und technischen Ressourcen.

Dank der akademischen Forschung zu den gesundheitlichen Risikofaktoren, der strengen Bewertung der ausgearbeiteten und umgesetzten Gesundheitsprogramme in einigen – insbesondere den angelsächsischen – Ländern und der Entstehung neuer beruflicher Spezialisierungen im Bereich «Santé et médecine communautaire» entwickelt sich so ab den 70er Jahren eine Gesundheitsbewegung, die das Gemeinwesen als Beobachtungs- und Interventionsgegenstand wiederentdeckt. In der Zwischenzeit macht die Medizin aufsehenerregende Fortschritte und konzentriert sich dabei immer stärker auf das Individuum. Die beiden Ansätze – der individuelle und der kollektive – driften immer weiter auseinander. Daraus entstehen gegensätzliche ideologische Standpunkte und Konflikte. Auf der einen Seite steht das ärztliche Selbstverständnis – festgenagelt auf die Vorstellung vom unternehmerisch ausgerichteten Freiberufler, der für sich volle Autonomie in Anspruch nimmt und nach einer entsprechenden Berufslogik handelt – auf der anderen Seite der Staat, der die Finanzierung des Gesundheitssystems garantieren und (idealerweise) eine auf den Gesundheitsdeterminanten basierende Gesundheitspolitik durchsetzen soll. Ein nie konkretisierter konzeptueller Konflikt, der sich bisweilen – meist auf der Gefühlsebene – indirekt manifestiert, z. B. in Machtgehabe, Berufsneid, Privilegien.

In den 70er und 80er Jahren wächst parallel dazu die Besorgnis im Hinblick auf die rasch steigenden Kosten des Gesundheitssystems, den sogenannten

Kasten 3

Definition von «Médecine communautaire».

«Médecine communautaire» (Community Medicine, Sozial- und Präventivmedizin [5]) ist der Zweig der Medizin, der sich mit der Erhaltung und Verbesserung der Volksgesundheit beschäftigt. Es handelt sich also um denjenigen Bereich der Public Health, dessen Eingriffe auf biomedizinischen Erkenntnissen basieren.

Die «Médecine communautaire» schafft, entwickelt und nutzt dieses Wissen und die erforderlichen Methoden für die Realisierung und Abwicklung von auf die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung abgestimmten therapeutischen oder präventiven Eingriffen.

Das Tätigkeitsfeld der «Médecine communautaire» schliesst Gesundheitsförderung, Qualitätsmanagement und Bewertung der kollektiven und individuellen medizinischen Interventionen ein.

«Gesundheitskosten». In den einzelnen Ländern übernimmt der Staat nun direkt immer entscheidendere Ämter und Funktionen in der Gesundheitspolitik, die er bislang im Wesentlichen den ärztlichen Körperschaften überlassen hat. Ab den 70er Jahren werden in vielen Kantonen komplizierte Gesundheitsgesetze verabschiedet. Das Spitalwesen wird zu einem wichtigen ökonomischen Sektor, der oftmals unter direkter staatlicher Verwaltung steht. Die Berufslogiken prallen mit den technokratischen und politischen Logiken aufeinander; der Streit über Ursachen und Folgen der steigenden Gesundheitskosten und vor allem über deren Finanzierung ist entbrannt.

In der Zwischenzeit erfährt der Public-Health-Ansatz vor allem auf internationaler Ebene Auftrieb, mit Blick auf das Ziel, das Gesundheitswesen und die damit verbundenen Dienstleistungen zu demokratisieren. Der Erklärung von Alma-Ata vom 12. September 1978 [7] (Abb. 2) bildet hier eine wichtige Etappe. Sie formalisiert einerseits das Recht und die Pflicht jedes Einzelnen und des Kollektivs, an der Entwicklung von Gesundheitspolitiken und Gesundheitsförderungsprogrammen mitzuwirken, andererseits wird darin verlangt, dass jeder Staat dem einzelnen Bürger, unabhängig von seinen ökonomischen Verhältnissen, eine gesundheitliche Grundversorgung, bestehend aus Gesundheitsförderung und -erziehung, Krankheitsprävention, Therapie und Rehabilitation, garantiert, und zwar «zu Kosten, die die Gemeinschaft und der Staat in jedem Stadium ihrer Entwicklung im Sinne der Selbstverantwortung und Selbstbestimmung übernehmen können» (Art. VI).

Abbildung 2
Erklärung von Alma-Ata, Kasachstan.

Alma-Ata, heute Almaty, ist mit 1 128 000 Einwohnern die bevölkerungsreichste Stadt Kasachstans. An den Hängen des Zailijski-Alatau-Gebirges nahe der Grenze zu Kirgisistan gelegen, war sie bis zum Jahr 1998 die kasachische Hauptstadt. Hier fand vom 6. bis zum 12. September 1978 – Kasachstan gehörte noch zum Gebiet der damaligen Sowjetunion – die Internationale Konferenz über die primäre Gesundheitsversorgung statt, auf der die gleichnamige Erklärung beschlossen wurde.

Spezialisten für öffentliche Gesundheit

International hat diese Erklärung beträchtliche Auswirkungen und überträgt den Regierungen noch grössere Verantwortung im Hinblick auf die Garantie des allgemeinen Zugangs zu primären Gesundheitsleistungen zu für die Gemeinschaft tragbaren Kosten. Eine zunehmende «Verstaatlichung», die den ärztlichen Körperschaften, die jahrhundertelang für die Organisation des Gesundheitswesens zuständig waren, allerdings nicht ganz behagt.

Der wachsende Einfluss des Staates auf die Entwicklung und Verwaltung der Gesundheitssysteme manifestiert sich auch in seinem Anspruch, in der öffentlichen Verwaltung über eine immer grössere Zahl an Fachpersonen für das Gesundheitswesen und Public Health zu verfügen. Aus diesem Bedarf heraus entsteht gegen Ende der 80er Jahre auch in der Schweiz, mit finanzieller Unterstützung von Bundesseite, ein entsprechendes Bildungsangebot im Bereich Public Health. Dieses wird nach unterschiedlichen pädagogischen Ansätzen ab 1990 in französischer Sprache an der Universität Genf (*Diplôme de santé publique, heute Master of Advanced Studies en Santé publique*) [8] sowie ab 1992 in deutscher Sprache im Rahmen eines Gemeinschaftsprojekts der Universitäten Bern, Basel und Zürich (*Interuniversitärer Weiterbildungsstudiengang Public Health, heute Master of Public Health*) realisiert. Die Nachfrage nach Fachärzten für den Bereich Public Health wächst rasch, sowohl in den öffentlichen Verwaltungen als auch bei den nichtstaatlichen Organisationen. Auch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) trägt dieser Entwicklung Rechnung und widmet dem Bereich Public Health seit dem 7. Mai 1986 eine eigene Spezialisierungsrichtung (Abb. 3).

Diese Professionalisierung der «Beschäftigten im Bereich Public Health» hat bedeutende Auswirkungen sowohl auf der praktischen als auch auf der psychologischen und konzeptuellen Ebene. Einerseits gibt es nunmehr Public-Health-Spezialisten, also Ärzte, die keine klassische klinische Tätigkeit (im weissen Kittel) mehr ausüben, sondern sich mit dem «Patient Bevölkerung» beschäftigen – dem Kollektiv also und nicht dem Individuum – und sich damit an den Grundsätzen von Epidemiologie und Public Health orientieren. Andererseits ist damit auch die Zeit des Kantonsarztes als einziger Institution für Gesundheitsthemen innerhalb der öffentlichen Verwaltung vorbei. Seit Anfang der 90er Jahre wird er immer häufiger von auf öffentliche Gesundheit spezialisierten Wirtschaftswissenschaftlern, Juristen, Politologen und Soziologen unterstützt oder sogar geführt. Die Berufslogik des Arztes muss nun mit der anderer Berufe interagieren; ihr Zusammenwirken liefert dem Staat die konzeptuellen Elemente für die Umsetzung einer idealerweise auf den Public-Health-Prinzipien aufbauenden Gesundheitspolitik. In der Schweiz geschieht dies je nach kantonaler Tradition mit mehr oder weniger Erfolg. Es erscheint jedoch klar, dass – ein halbes Jahrhundert nach

Abbildung 3
Facharzttitel FMH für Prävention und Gesundheitswesen.

Separatdruck
Tirage à part

Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Toronto

Titre de spécialiste FMH en prévention et santé publique

Programme de formation postgraduée

La formation postgraduée en vue du titre de spécialiste FMH en prévention et santé publique doit permettre au médecin d'acquérir les connaissances et aptitudes requises, en médecine sociale et préventive, pour exercer sous sa propre responsabilité une activité médicale axée sur la santé de la population.

1. Durée et répartition de la formation postgraduée

Formation globale: 5 ans répartis de la manière suivante:
1.1.
2 ans de formation en tant qu'assistant en clinique (responsable de patients dans une unité de soins) dans des établissements de formation reconnus, dont 1 an au moins dans des services cliniques d'hôpitaux régionaux ou de district en Suisse;

Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses Band 67, 1986, Heft 18 7.5.86

der Neudefinition von Gesundheit durch die WHO – eine neue Gesundheitskultur beginnt, sich zu konsolidieren und in politische Entscheidungen einzufliessen.

Gesundheitsförderung

Die heute gültige Definition von Gesundheit wird noch durch ein weiteres internationales Ereignis beeinflusst, das den Aspekt der «Gesundheitsförderung» einbringt (Kasten 4). Es handelt sich um die erste Internationale Tagung über die Gesundheitsförderung, die vom 7. bis 21. November 1986 in Ottawa (Kanada) stattfand, als Reaktion auf die immer dringender werdende Forderung nach einer neuen weltweiten Gesundheitsbewegung. Auf der Tagesordnung stehen hauptsächlich die Bedürfnisse der Industrieländer, ohne jedoch dabei den Rest der Welt aus dem Blick zu verlieren. Aufbauend auf den Fortschritten, die dank der «Erklärung von Alma-Ata zur primären Gesundheitsversorgung» sowie des WHO-Papiers «Allgemeine Gesundheitsstrategie» verzeichnet werden konnten, gelangt man zu einer noch weiter gefassten Definition von Public Health und etabliert den Begriff der «New Public Health».

Die Tagungsteilnehmer verabschieden eine Erklärung, die sogenannte «Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung» (Ottawa Charter for Health Promotion). Die Erklärung überträgt den Regierungen eine sektorenübergreifende Verantwortung für die Gesundheit: Gesundheitsförderung geht über die blosse Gesundheitsversorgung oder das Propagieren einer gesünderen Lebensweise hinaus. Sie lenkt die Aufmerksamkeit der Entscheidungsträger in allen Sektoren und auf allen Ebenen auf das Problem und fordert sie auf, Entscheidungen stets im vollen Bewusstsein der entsprechenden Konsequenzen für den Gesundheitsaspekt zu treffen. Die Gesundheit wird damit zu einem Faktor, der bei der Umsetzung politischer Vorhaben in allen Sektoren, z. B. in der Umwelt-, Wirtschafts-, Verkehrs-, Wohn-, Energiepolitik usw. stets mit berücksichtigt werden muss. Der Begriff «Allgemeine Gesundheitsförderungspolitik» entsteht.

In der Charta sind die Gesundheitsdeterminanten festgelegt: Frieden, Wohnraum, Bildung, Nahrung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, Fortbestand der Ressourcen, Recht und soziale Gerechtigkeit. Die Charta bestätigt und bekräftigt das Konzept, wonach Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für die gesellschaftliche, wirtschaftliche und persönliche Entwicklung und insofern einen fundamentalen Aspekt der Lebensqualität darstellt. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, umwelt- und verhaltensbezogene sowie biologische Faktoren können sie ebenso begünstigen wie schädigen. Das Ziel gesundheitsfördernder Massnahmen ist es, diese Faktoren über eine intensive Sensibilisierungskampagne im positiven Sinne zu beeinflussen.

Gesundheitsförderung zielt hauptsächlich auf Gesundheitsgerechtigkeit. Ihre Intervention ist auf die Reduktion der offensichtlichen gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der derzeitigen sozialen Schichtung ausgelegt und bietet allen gleiche Chancen und Ressourcen für die maximale Ausschöpfung des eigenen Gesundheitspotenzials. Dies umfasst: eine feste Verwurzelung in einer angenehmen Umgebung, Zugang zu Informationen, das Verfügen über die für eine normale Lebensführung erforderlichen Fertigkeiten sowie die Möglichkeit, die im Interesse der eigenen Gesundheit angemessenen Entscheidungen zu treffen. Das Gesundheitspotential kann nur dann maximal ausgeschöpft werden, wenn man in der Lage ist, die entsprechenden Determinanten zu steuern – das gilt für Frauen ebenso wie für Männer.

Public Health

Die Ottawa-Charta ist damit eine Säule der neuen Definition von Public Health (Kasten 5, nächste Seite).

Kasten 4
Definition von Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung bezeichnet den Prozess, der es den Menschen ermöglicht, eine bessere Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen und diese zu verbessern. Um einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens anzustreben, muss der Einzelne bzw. die Gemeinschaft in der Lage sein, die eigenen Wünsche zu realisieren, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, die eigene Umgebung zu verändern oder sich ihr anzupassen. Gesundheit wird damit als Quelle für den Alltag, nicht als Lebensziel angesehen: ein positives Konzept, das neben der körperlichen Funktionsfähigkeit auch die gesellschaftlichen und humanen Ressourcen berücksichtigt.

Kasten 5

Definition von Public Health [9].

Public Health ist die Wissenschaft und die Kunst, durch strukturierte gesellschaftliche Anstrengungen Krankheiten zu verhüten, das gesunde Leben zu verlängern und die Gesundheit zu fördern [10].
Public Health ist ein soziales und politisches Konzept mit dem Ziel, durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsspezifische Interventionen in allen Bevölkerungsgruppen die Gesundheit zu verbessern, das gesunde Leben zu verlängern und die Lebensqualität zu erhöhen [11].

Public Health hat die Zielsetzung, den Gesundheitszustand der menschlichen Bevölkerung zu charakterisieren, die aktuelle und zukünftige Verteilung von Krankheiten sowie ihre Determinanten zu beschreiben und die entsprechenden Dienste zum Schutz der Volksgesundheit zu organisieren und zu planen. Das schliesst unter anderem die gesundheitsfördernden und therapeutischen sowie die präventiven Dienste, die epidemiologischen Beobachtungsdienste sowie die Dienste zur Bewertung von Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsmassnahmen ein [12]. Damit ist Public Health unter allen Aspekten ein interdisziplinäres Tätigkeitsfeld. In letzter Konsequenz ist das Konzept von Public Health an das allgemeinere der sozialen Gerechtigkeit gekoppelt.

Bei der Gesundheitspolitik liegt die Betonung in erster Linie auf Politik. Und Politik ist nach Bismarck «die Kunst des Möglichen», nach Galbraith «die Wahl zwischen dem Unheilvollen und dem Ungeniessbaren». Im Wikipedia-Eintrag wird Politik definiert als «das sich innerhalb eines Kollektivs entfaltende menschliche Handeln, das darauf ausgerichtet ist, über Machterlangung und -erhaltung die Verteilung der materiellen und immateriellen Ressourcen zu beeinflussen». Alle diese Definitionen zeigen, wie dehnbar allein der Begriff der Politik ist und wie ihr Handeln sich folglich der im Bereich der Public Health geltenden methodischen Strenge entzieht. Diese voneinander abweichenden epistemologischen Perspektiven stellen damit schon den ersten grossen Unterschied zwischen Gesundheitspolitik und Public Health dar.

In der Schweiz wird der Begriff «Gesundheitspolitik» fast ausschliesslich als Synonym für «Politik der Verwaltung des kurativen Gesundheitssystems» oder auch für «Politik der Kontrolle der Gesundheitskosten» oder «Krankenversicherungspolitik» verwendet [14]. Die auf kantonaler und auf Bundesebene wirkenden Gesundheitspolitiker beschäftigen sich vorwiegend mit dem kurativen System. Eine ganzheitliche Sichtweise, eine echte Gesundheitspolitik (die natürlich auch den kurativen Sektor umfasst) fehlt dagegen weitgehend. Eine derartige Politik müsste sich auf die Belange der Bevölkerung und nicht auf die der Gesundheitsdienste konzentrieren [15]. Das Ziel einer

Es gibt nun Public-Health-Spezialisten, also Ärzte, die keine klassische klinische Tätigkeit (im weissen Kittel) mehr ausüben, sondern sich mit dem «Patient Bevölkerung» beschäftigen

Zwischen Public Health und Gesundheitspolitik

Wenn nun Public Health für soziale Gerechtigkeit steht, wie lässt sie sich dann abgrenzen von politischen Massnahmen, die auf eine Verbesserung der sozialen Gerechtigkeit zielen?

Zunächst einmal in der Methodik. Das Konzept der Public Health entspringt einer strengen Denkweise, die auf wissenschaftlichen Methoden gründet [13]. Das Konzept der «Evidence-based Public Health» – also der «auf Wirksamkeitsnachweisen beruhenden Public Health» – lässt keinen Raum für Improvisationen oder Gefühlsentscheidungen und umfasst die Entwicklung, Umsetzung und Bewertung wirksamer Programme und Politiken durch Anwendung wissenschaftlicher Überlegungen und systematische Nutzung von Daten und Programmiermodellen. Public Health baut also auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen wie Epidemiologie, Prävention, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssoziologie usw. auf.

echten Gesundheitspolitik – nennen wir sie Public-Health-Politik – müsste es sein, Gesundheit sowohl in ihrem individuellen als auch in ihrem kollektiven Aspekt zu fördern,

- indem sie allen Bürgern gleichermassen den für ihre jeweiligen gesundheitlichen Bedürfnisse angemessenen Zugang zu Informationen, Leistungen und Diensten (in Bezug auf Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation) garantiert, zu für den Einzelnen und die Gesellschaft tragbaren Kosten und unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen (Erklärung von Alma-Ata);
- indem sie durch sektorenübergreifende Massnahmen ein in ökologischer und sozioökonomischer Hinsicht gesundheitsförderndes Umfeld schafft (Ottawa-Charta).

Während über den ersten Teil dieses Ziels weitgehend Einigkeit herrscht, stösst der zweite Teil, in dem es um die Durchsetzung «sektorenübergreifender» politischer

Massnahmen geht, bislang grösstenteils noch auf Unverständnis, bzw. wird er als deklamatorisches Ziel von geringer praktischer Bedeutung wahrgenommen. Und doch drängt die internationale Gesundheitsbewegung, die vor mehr als einem halben Jahrhundert mit der WHO-Verfassung begann, gerade in diese Richtung.

Dass eine echte Gesundheitspolitik in der Schweiz fehlt, ist einerseits auf den helvetischen Föderalismus zurückzuführen, bei dem die Verantwortlichkeiten im Gesundheitsbereich zwischen den beiden institutionellen Ebenen des Bundes und der Kantone verwischt werden, was einer guten Governance abträglich ist [16]. Einerseits gibt der Bund die Gesetze über die Sozialversicherungen in den Bereichen Krankheit, Unfall und Invalidität vor und legt damit im Wesentlichen die Verteilung der Gelder fest. Andererseits behalten die Kantone in der Strukturpolitik ihre Hoheit; ihnen obliegt es, der gesamten Bevölkerung den Zugang zu Gesundheitsdiensten und -einrichtungen zu garantieren. Auch Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik fallen in die Zuständigkeit der Kantone [17].

Im Jahr 1998 wurde versucht, auf politischem Wege zu einer landesweit einheitlichen Gesundheitspolitik zu gelangen. Das Bundesdepartement des Inneren rief zusammen mit der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren ein Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» ins Leben, dem allerdings nicht der erhoffte Erfolg beschert war und das am 15. Dezember 2003 lediglich zur Schaffung einer permanenten Dialogplattform für Bund und Kantone führte – einer mit Sicherheit nützlichen, aber nur wenig einflussreichen Einrichtung.

Der Föderalismus ist jedoch nicht das einzige Hindernis für eine echte Gesundheitspolitik. Ein weiterer Hemmschuh ist die Tatsache, dass es bei den verantwortlichen Politikern und auch bei einem Grossteil der leitenden Angestellten in der öffentlichen Verwaltung keine Public-Health-Kultur gibt. Offenbar ist es schwierig, etwas umzusetzen, was man nicht kennt. Ehe sich eine entsprechende Kultur so weit etabliert haben wird, um auf politische Entscheidungen Einfluss zu nehmen, wird noch etwas Zeit vergehen. Die wachsenden Kosten im kurativen Gesundheitssystem, die sich mittlerweile auf jährlich 60 Milliarden Franken belaufen (8000 Franken pro Einwohner) stellen jedoch ein unübersehbares Problem dar und überfordern mittlerweile sogar die Schweiz mit ihrer guten finanziellen Ressourcenausstattung, sodass auch von Politikerseite immer mehr Zweifel an der Zweckgebundenheit dieses Ausgabenpostens laut werden. Die Politik als Kunst der Ressourcenzuweisung wird sich bald die Frage stellen müssen, ob diese Investition im Hinblick auf die individuelle und kollektive Gesundheit tatsächlich die gewünschten Ergebnisse bringt, oder ob das Ganze nicht eher in eine echte Gesundheitspolitik eingebunden werden muss, die eine ganzheitliche und organische Sichtweise der geförderten Massnahmen und Programme bietet und deren Ergebnisse bewertet.

Zwischen öffentlicher Gesundheit und Gesundheitspolitik bestehen damit sowohl methodische als auch perspektivische Unterschiede. Tabelle 2 bietet dazu eine Übersicht.

Eine ganzheitliche Sichtweise, die sich auf die Belange der Bevölkerung und nicht auf die der Gesundheitsdienste konzentriert, fehlt weitgehend

Schlussfolgerungen

Neben seiner eher klassischen Funktion im Rahmen der Bekämpfung von in erster Linie übertragbaren Krankheiten stand die Tätigkeit des Kantonsarztes also in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auf kantonaler Ebene im Zeichen der Anpassung an die beschriebenen kulturellen Veränderungen, der Auseinandersetzung damit und der Mitwirkung an ihrer Entwicklung. Sein Wirken ist immer mehr in das Konzept einer globalen Gesundheitspolitik eingebunden, die sich mühsam ihren Weg bahnt. Sein Patient ist also die «Öffentlichkeit» – ein Gemeinwesen, nicht der Einzelne.

Ein Freund stellte mir einmal die hintergründige Frage: «Eigentlich ist ‹öffentliche Gesundheit› doch nichts anderes als die Summe der Gesundheit der einzelnen Patienten, oder?» Eine so berechtigte wie heikle Formulierung, die man nur zum Teil so stehen lassen kann. Tatsächlich muss der Summe der Gesundheit der Individuen noch ein «Meta»-Element hinzugefügt werden. Für seine Gesundheit kann der Einzelne nämlich nur teilweise selbst die Verantwortung übernehmen: Sie hängt auch von gesellschaftlichen Entscheidungen ab. Natürlich kommt jedem einzelnen Bürger eine grundlegende Verantwortung für die Pflege des «Gesundheitskapitals» zu, das ihm bei der Geburt mit-

Tabelle 2
Vergleich zwischen Public Health und Gesundheitspolitik

Public Health	Gesundheitspolitik
Kunst des Wünschenswerten	Kunst des Machbaren
Langfristige Massnahmen	Kurzfristige Massnahmen
Fachleute mit langer Amtszeit	Politiker mit kurzen Amtsperioden
Evidenzbasiert	Meinungsbasiert
Sektorenübergreifende Massnahmen	Sektorspezifische Massnahmen
Unbegrenzte Solidarität	Eingeschränkte Solidarität
…	…

gegeben wird. Man darf ihn nicht in der Illusion wiegen, er könne diese Verantwortung auf Dritte abwälzen – sonst machen wir aus ihm einen Pflegefall, einen Parasiten. Dennoch muss man sich stets bewusst sein, dass er nur aufgrund kollektiver Entscheidungen überhaupt in die Lage versetzt wird, diese Eigenverantwortung zu tragen. Kaum von Nutzen wären beispielsweise Kampagnen für die Verwendung von Kondomen zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, wenn nicht das Kollektiv auf dem Wege politischer Entscheidungen einen entsprechend leichten Zugang zu erschwinglichen Kondomen schaffen würde. Und umgekehrt: Der leichte Zugang zu Kondomen bedeutet nicht automatisch, dass diese auch auf breiter Ebene beim Geschlechtsverkehr verwendet werden. Die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten wie Aids würde dadurch nicht eingedämmt.

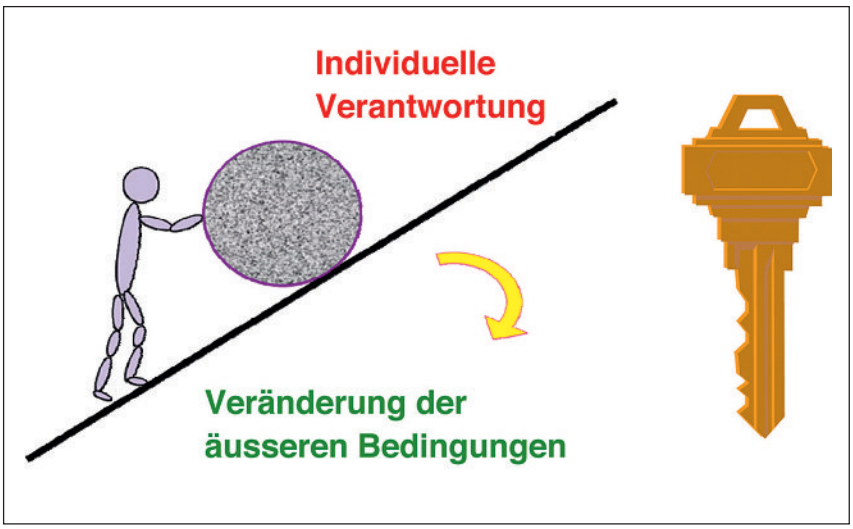
Es gibt weder eine totale individuelle Verantwortung (wie dies konservative Politiker gerne hätten) noch eine totale kollektive (wie es sich die linken Politiker wünschen würden). Der Königsweg liegt auch hier irgendwo dazwischen, in einer geeigneten Mischung aus individueller und kollektiver Verantwortung (Abbildung 4).

Der Königsweg liegt in einer geeigneten Mischung aus individueller und kollektiver Verantwortung

Abbildung 4

Jeder Einzelne trägt selbst die Verantwortung für sich (der zu bewegende Stein), wobei das Kollektiv die Neigung der Strecke bestimmt, auf der der Stein gerollt werden muss. Der Schlüssel zum Erfolg ist ein kluges Verhältnis zwischen diesen beiden Verantwortungen.

(Quelle: Ruth Bonita, WHO, 2004)



Literatur

1 Paccaud F, Cassis I. Che cos'è la salute pubblica? Tribuna medica ticinese. 2001.

2 Vigarello G. Le propre et le sale. Paris: Seuil; 1985.

3 White KL. Healing the schism: epidemiology, medicine, and the public's health. New York: Springer; 1991.

4 Daher die Schwierigkeiten der Politik, allgemein anerkannte Konzepte von Krankheit und Invalidität zu definieren, auf denen sich die erforderliche Solidarität zur Finanzierung der Sozialversicherungen aufbauen lässt.

5 In der Schweiz wird vorwiegend die Bezeichnung «Sozial- und Präventivmedizin» für die gleichnamigen Institute der 5 medizinischen Fakultäten verwendet. Der Begriff «Medizin der öffentlichen Gesundheit» oder kurz «Public Health» definiert dagegen häufig die in diesem Bereich aktiven Organisationen, z. B. in den zuständigen Ämtern der Kantone oder des Bundes (Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich öffentliche Gesundheit). Der entsprechende FMH-Facharzttitel lautet «FMH für Prävention und Gesundheitswesen».

6 World Health Organization. Functions of Public Health. Genf 1996.

7 World Health Organization. Erklärung von Alma-Ata, 1978 (www.euro.who.int).

8 Chastonay Ph, Bastard B. Apprendre la santé publique. Genève: Ed. Médecine et Hygiène; 2009.

9 In der Schweiz wird der Begriff «Public Health» vor allem im Verwaltungs- und Militärjargon verwendet, wenn es um das «Gesundheitssystem» geht, d. h. im wirtschaftlichen Sinne um das System, das gesundheitliche Versorgungsleistungen «produziert».

10 Alderslade R. Education policies for training in public health. In: Training in public health. Karlstad: Centre for public health research; 1993.

11 WHO, Genf, 1998.

12 Universität Bristol, Institut für Sozialmedizin. Public Health Medicine. 1997.

13 Die wissenschaftliche Methode ist die typische Vorgehensweise in der Wissenschaft, um zu einer objektiven, zuverlässigen, nachprüfbaren und allgemein nutzbaren Erkenntnis der Realität zu gelangen. Hier ist gemeint: «Die Gesamtheit der Regeln und Instrumente, die es gestatten, mit einem hohen Grad an Sicherheit festzustellen, dass das beobachtete Ereignis nicht dem Zufall unterliegt.»

14 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KGV).

15 Domenighetti G. Per una politica di sanità pubblica centrata sui bisogni della popolazione e non su quelli dei servizi. Punto Omega 2/3. Trento 2000 (www.trentinosalute.net).

16 Ein entsprechender Verfassungsartikel, der dem Bund mehr Verantwortung eingeräumt hätte, wurde per Volksabstimmung am 1. Juni 2008 abgelehnt.

17 Dennoch beschliesst der Bund derzeit über Gesetze im Bereich der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention.