

Johannes Siegrist

Gesunderhaltung der Bevölkerung – Herausforderungen an die universitäre Forschung und Lehre

Einleitung

Es bedarf nicht schockierender Erlebnisse wie eines Krieges oder einer Umweltkatastrophe, um zu erkennen, dass Gesundheit nicht ausschließlich eine Angelegenheit des einzelnen Menschen, der individuellen Person ist, sondern dass sie stets auch ganze Bevölkerungsgruppen, Kollektive betrifft. Warum leben beispielsweise in allen europäischen Ländern, aus denen entsprechende Daten verfügbar sind, Männer mit gehobener Bildung und gutem Einkommen im Durchschnitt fünf Jahre länger als bildungs- und einkommensschwache Gruppen? Wie kommt es, dass der Anteil Übergewichtiger unter den heranwachsenden Mädchen und Jungen oder der Anteil rauchender junger Frauen in jüngster Zeit deutlich zugenommen hat? Warum liegt Deutschland im internationalen Vergleich bezüglich Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung, Herz-Kreislauf- oder Krebssterblichkeit lediglich im Mittelfeld, während die finanziellen Aufwendungen für Gesundheit Spitzenwerte erzielen? Es gibt viele Fragen dieser Art. Sie alle weisen darauf hin, dass die Umwelt und der Lebensstil von Bevölkerungsgruppen, ebenso wie die medizinische Versorgung, eine bedeutende Rolle bei der Gesunderhaltung der Bevölkerung bzw. der Verbreitung von Krankheiten spielen.

Das Forschungsgebiet, welches sich um die Beantwortung solcher Fragen bemüht, wird international *Public Health* genannt. Man kann diesen Begriff in der noch immer durch nationalsozialistisches Erbe belasteten deutschen Sprache nicht einfach mit 'Volksundheit' übersetzen, und auch der wesentlich engere Begriff 'öffentliche Gesundheit' trifft nicht den Kern der Sache. Daher möge man Verständnis dafür haben, dass der ursprüngliche englischsprachige Terminus im Folgenden beibehalten wird.

Public Health befasst sich mit der Analyse des Gesundheitszustandes ganzer Bevölkerungsgruppen, seinen Determinanten und seinen Wechselwirkungen mit dem medizinischen Versorgungssystem. Neben der experimentellen biomedizinischen Grundlagenforschung und der klinischen Forschung bildet *Public Health*-Forschung damit die dritte Säule der modernen, wissenschaftlich fundierten Medizin. Da ihr Untersuchungsbereich so weit und komplex ist, stellt *Public Health*-Forschung ein interdisziplinäres Aufgabenfeld dar. Die methodische Basis bevölkerungsbezogener Gesundheitsforschung bildet die *Epidemiologie*. Ihre wegweisenden Erkenntnisse über Krankheitsursachen und daraus abzuleitende Folgerungen für Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung werden heute weltweit anerkannt. Man denke lediglich an Beispiele wie 'Ernährung und Herz-Kreislauf-Risiko', 'Rauchen und Lungenkrebs' oder 'ungeschützter Geschlechtsverkehr und HIV-Infektion'.

Für die Krankheitsursachenforschung sind jene wissenschaftlichen Disziplinen von besonderer Bedeutung, deren Gegenstand die ökologische (Umwelt-, Arbeitsmedizin) und

die soziale Umwelt (Medizinische Soziologie, Sozialepidemiologie) ist. Ebenso wichtig sind Wissenschaften, welche das menschliche Verhalten einschließlich seiner genetischen Determinanten zum Gegenstand haben (Medizinische Psychologie, Sozialpsychologie, Pädagogik, Ernährungswissenschaft, Genetik etc.). Zur Analyse von Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und der Verfügbarkeit, Inanspruchnahme, Qualität sowie den Kosten des medizinischen Versorgungssystems sind ferner Organisations- und Managementwissenschaften einschließlich der Gesundheitsökonomie unverzichtbar (Schwartz *et al.* 1998).

Ein weiteres wichtiges Merkmal der *Public Health*-Forschung betrifft ihren Anwendungsbezug. Das wesentliche Ziel von *Public Health* bilden wissenschaftlich angeleitete Bemühungen um eine Stärkung von Prävention und Gesunderhaltung der Bevölkerung. Diesem Ziel dient die Evaluation des medizinischen Leistungsgeschehens ebenso wie die Erprobung neuer Versorgungsmodelle und neuer Präventionsmaßnahmen. Um ihren Anwendungsbezug zu sichern, sollte sich *Public Health* als Forschungs- und Ausbildungsinitiative in enger wissenschaftlicher und organisatorischer Vernetzung mit der Hochschulmedizin entwickeln. Ferner sind Verbindungen zu Institutionen und Verbänden, die Einfluss auf die Gesundheitspolitik nehmen, unerlässlich.

Nachdem Deutschland im Gebiet von *Public Health* zu Beginn des 20. Jahrhunderts weltweit führend gewesen war, wurde diese Arbeitsrichtung in den 30er und 40er Jahren des vergangenen Jahrhunderts fast vollständig zerstört. Ihr Wiederaufbau hat lange gedauert: Erst in den vergangenen 15 Jahren gelang eine Renaissance dank einer groß angelegten Initiative zur Forschungs- und Ausbildungsförderung durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, flankiert durch Maßnahmen des Deutschen Akademischen Auslandsdienstes. Heute sind an zehn deutschen Universitäten Postgraduiertenstudiengänge im Gebiet von *Public Health* eingerichtet, und in fünf Bundesländern sind so genannte *Public Health*-Forschungsverbünde geschaffen worden, die sich an Universitäten teils außerhalb, größtenteils jedoch innerhalb Medizinischer Fakultäten bzw. Universitätskliniken etabliert haben. Zu den Medizinischen Fakultäten, die einen *Public Health*-Schwerpunkt geschaffen haben, zählt neben Hannover, München, Heidelberg und Dresden auch die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Dabei kann Düsseldorf auf eine eindrucksvolle Vorgeschichte zurückblicken. 1920 wurde hier die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie gegründet, die Vorläuferin der heutigen Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen. Ihr erster Leiter war Ludwig Teleky, von dem damals wichtige Beiträge zur Epidemiologie und Sozialmedizin verfasst wurden (Milles und Schmacke 1999). Er arbeitete eng mit dem bekannten Pädiater und Düsseldorfer Professor für Kinderheilkunde, Arthur Schlossmann, zusammen, der sich auf vorbildliche Weise in der Präventivmedizin engagierte, so z. B. als Initiator eines 'Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf'.

1989 beschloss die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, sich an dem Förderprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zum Aufbau von Forschungs- und Lehrzentren für *Public Health* an deutschen Universitäten zu beteiligen. Im Frühjahr 1991 konnte der Zusatzstudiengang seinen Lehrbetrieb, damals unter Leitung meines Vorgängers, Christian von Ferber, aufnehmen, und seit 1992 ist der Senat der Universität einer der drei Träger des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes *Public Health*, neben den Universitäten Bielefeld und Köln.

Nachfolgend soll in aller Kürze ein Überblick über den aktuellen Stand und weitere Perspektiven von Lehre und Forschung im Gebiet Public Health am hiesigen Standort gegeben werden.

Public Health – ein Postgraduiertenstudium

Zu Recht wird die mangelnde Innovation – und teilweise auch die mangelnde Qualität – der deutschen Mediziner Ausbildung beklagt. Ein an den drängenden, in der Bevölkerung weit verbreiteten Gesundheitsproblemen orientierter fächerübergreifender Unterricht fehlt ebenso wie die Vermittlung von Kenntnissen über Struktur, Funktionsweise und Ökonomie der Einrichtungen unseres Gesundheitssystems. Psychosoziale Kompetenzen, welche notwendige Voraussetzungen erfolgreicher Präventionsarbeit sowie wirkungsvoller Teamarbeit in Klinik und Praxis darstellen, werden nur peripher vermittelt. Diese Defizite lassen sich in einer 'Schmalspurreform' des Medizinstudiums kaum beheben. Erforderlich ist daher eine eigenständige Qualifizierung im Rahmen eines Postgraduiertenstudiengangs für jene Ärztinnen und Ärzte, die sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit den skizzierten Themen verstärkt widmen wollen.

International hat sich dabei der Standard herausgebildet, einen in der Regel viersemestrigen Studiengang zu absolvieren, der mit der Erlangung eines akademischen Titels (englisch *Master of Public Health*, MPH) abgeschlossen wird. Dieser Postgraduiertenstudiengang steht im Prinzip den Absolventen aus ganz verschiedenen akademischen Richtungen offen. In Nordrhein-Westfalen hat das Wissenschaftsministerium allerdings auf eine gewisse Schwerpunktsetzung unter den mit *Public Health*-Ausbildungsinitiativen befassten Universitäten hingewirkt. So öffnet sich Bielefeld mit einer eigenen Fakultät für Gesundheitswissenschaften einem breiten akademischen Ausbildungsspektrum, während Köln den Schwerpunkt auf das Gebiet der Gesundheitsökonomie legt und Düsseldorf das Ausbildungsangebot auf Ärzte und medizinnahe Berufe konzentriert.

Der hiesige Zusatzstudiengang *Public Health* qualifiziert Ärzte, Zahnärzte sowie Absolventen bestimmter naturwissenschaftlicher Studienfächer für ein breites Spektrum von Berufstätigkeiten. Sie reichen von Positionen in Forschung und Lehre über Management- und Leitungspositionen in nationalen und internationalen Organisationen, in Verbänden, bei Behörden, Ministerien, Krankenkassen und in stationären Einrichtungen bis hin zu Consulting-, Gesundheitsmarketing- und freiberuflichen Beratungstätigkeiten. Obwohl sich somit bisher kein spezifisches Berufsbild herausgebildet hat, kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere für Ärztinnen und Ärzte neue berufliche Karrieremuster jenseits der individualmedizinischen Tätigkeiten im Entstehen begriffen sind. Darüber hinaus verhilft die Zusatzqualifikation zu einem beruflichen Aufstieg in angestammten ärztlichen Tätigkeitsbereichen. Diese zuletzt genannte Entwicklung erklärt auch, warum unter den Bewerbungen für den Düsseldorfer Studiengang ein beachtlich hoher Facharztanteil (zur Zeit etwa 40 Prozent) liegt.

Für das jeweils zum Sommersemester beginnende Studium stehen maximal 25 Ausbildungsplätze zur Verfügung, wobei dafür Sorge getragen wird, dass nach Möglichkeit 15 bis 20 Prozent der Plätze für Studierende aus dem europäischen oder außereuropäischen Ausland bereitgehalten werden. Bisher haben über hundert Teilnehmer den Düsseldorfer Studiengang erfolgreich absolviert und anschließend gute Berufschancen vorgefunden.

Es ist hier nicht der Ort, Zulassungsbedingungen, Studienordnung und Curriculum

des Düsseldorfer Postgraduiertenstudiums im Einzelnen zu beschreiben.¹ Nur soviel sei zur groben Orientierung festgehalten: Das Ausbildungsprogramm umfasst insgesamt 700 Kontaktstunden sowie 700 Stunden strukturierten Eigenstudiums. Der Unterricht wird in Form von Vorlesungen und Gruppenarbeit mit Leistungsnachweisen durchgeführt, wobei für die einzelnen Unterrichtsteile (Module) Kreditpunkte nach einem einheitlichen europäischen Bewertungssystem vergeben werden. Obwohl eine bestimmte Abfolge der Ausbildung in Einführungs-, Vertiefungs- und Schwerpunktphase festgelegt ist, können Kreditpunkte von den Teilnehmern mit einer gewissen zeitlichen Flexibilität erworben werden, wodurch im Ansatz ein berufsbegleitendes Studium ermöglicht wird.

Im ersten Studienjahr werden Kenntnisse und Fertigkeiten in folgenden Ausbildungsbereichen erworben: Bevölkerungsbezogene und systembezogene methodische Grundkenntnisse; Determinanten der Bevölkerungsgesundheit; Gesundheitsförderung und Prävention; Systeme der Gesundheitsversorgung. Dem schließt sich im zweiten Studienjahr eine Spezialisierung in einem der folgenden beiden Schwerpunkte an: Management im Gesundheitswesen; Epidemiologie und Gesundheitsförderung. Das Studium wird mit einer Magisterarbeit und mündlichen Prüfungen abgeschlossen.

Als Lehrkörper stehen neben habilitierten Wissenschaftlern der Heinrich-Heine-Universität Experten des In- und Auslandes zur Verfügung. Zwei Professuren sind praktisch hauptamtlich mit Lehr- und Betreuungsaufgaben im Studiengang befasst, unterstützt durch eine wissenschaftliche Koordinatorin, studentische Hilfskräfte und ein Studiensekretariat. Zwei wichtige Neuerungen sollen abschließend erwähnt werden. Seit vergangenem Jahr ist der Düsseldorfer Studiengang Mitglied eines europaweiten Netzwerks von Schools of Public Health, die ein wechselseitig akkreditiertes Ausbildungsprogramm zu einem *European Master of Public Health* durchführen. Dies bedeutet, dass in Zukunft Studierende aus anderen europäischen Ländern einzelne Unterrichtsmodule in Düsseldorf absolvieren können und dass Studierende dieses Standorts einen Teil ihrer Ausbildung an Partneruniversitäten absolvieren. Auf diese Weise sollen Kenntnisse anderer Gesundheitssysteme und Ausbildungsschwerpunkte innerhalb Europas erworben werden. Zweitens besteht seit kurzem – aufbauend auf dem Düsseldorfer Magisterabschluss oder einem äquivalenten Examen – die Möglichkeit, einen Promotionsstudiengang zu absolvieren. Dieser steht in erster Linie dem wissenschaftlichen Nachwuchs offen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Postgraduiertenstudiengang *Public Health* der Heinrich-Heine-Universität auf eine insgesamt erfolgreiche zehnjährige Tätigkeit zurückblicken kann und dass die inhaltlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine fruchtbare weitere Entwicklung geschaffen worden sind.

Ein Forschungsprofil im Entstehen

Angesichts der großen Herausforderungen, die sich der Erforschung und Beeinflussung des Gesundheitszustandes ganzer Bevölkerungsgruppen stellen, aber auch angesichts einer überwältigenden internationalen Konkurrenz in diesem Forschungsbereich hat eine begrenzte Initiative wie die Düsseldorfer Aktivität lediglich dann eine Chance zu bestehen, wenn sie durch Schwerpunktsetzung und Bündelung ihrer Kompetenzen ein spezifisches Profil entwickelt. Die Entwicklung eines Forschungsprofils lässt sich jedoch nicht

¹ Siehe dazu <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/MedFak/PublicHealth>.

am grünen Tisch verordnen, vielmehr ist sie das Ergebnis verstärkten wissenschaftlichen Austausches unter akademischen Kollegen verschiedener Disziplinen. Dieser Austausch hat in der Medizinischen Fakultät vor etwa zehn Jahren begonnen, als die Heinrich-Heine-Universität den bereits erwähnten Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbund Public Health mitbegründete. Jeder der fünf deutschen Forschungsverbände hat sich verpflichtet, Forschung und Lehre durch den Aufbau von Postgraduiertenstudiengängen eng zu verzahnen und darüber hinaus Forschungsstrukturen aufzubauen, die auch nach Wegfall der bundesministeriellen Förderung im Jahr 2002 eine Erfolg versprechende wissenschaftliche Aktivität ermöglichen.

In diesem Zeitraum wurden in Düsseldorf insgesamt 14 national oder international begutachtete Forschungsprojekte durchgeführt, die entweder direkt vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft oder, als assoziierte Vorhaben, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert wurden. An dieser gegenwärtig auslaufenden ersten Phase waren fünf Institute bzw. Kliniken besonders aktiv beteiligt: die Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung (WHO Collaborating Centre for Diabetes), die Abteilung Epidemiologie des Deutschen Diabetes Forschungsinstitutes, das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, das Institut für Geschichte der Medizin sowie das Institut für Medizinische Soziologie. Über Inhalte und Ergebnisse dieser Projekte ist an anderer Stelle ausführlich berichtet worden (Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health 2001). Jenseits der Erfolge und Wirkungen einzelner Vorhaben ist dadurch die Basis für eine tragfähige Forschungsk Kooperation mit dem Ziel einer thematischen und methodischen Bündelung von Kompetenzen geschaffen worden. Gegenwärtig, d. h. am Beginn einer zweiten Phase der Public Health-Forschung am Standort, zeichnet sich die Entwicklung eines mittel- bis längerfristigen Forschungsprofils zu drei Schwerpunkten ab, die nachfolgend etwas ausführlicher erörtert werden.

Erforschung von Ursachen sozialer Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit

Wie einleitend erwähnt, bestehen auch in modernen westlichen Gesellschaften – entgegen einer weit verbreiteten Meinung – soziale Unterschiede bei vermeidbarer Frühsterblichkeit, vermeidbarer Invalidität und krankheitsbedingter eingeschränkter Lebensqualität. Zugehörigkeit zu einem niedrigen sozioökonomischen Status bildet vermutlich die stärkste einzelne Einflussgröße auf vorzeitige Morbidität und Mortalität. Trotz steigender Gesundheitsausgaben und wissenschaftlich-technischer Fortschritte der Biomedizin weiten sich soziale Ungleichheiten (Disparitäten) von Morbidität und Mortalität in verschiedenen europäischen Ländern weiter aus (Marmot und Wilkinson 1999; Mackenbach *et al.* 1997). Deutschland bleibt von diesen Entwicklungen, soweit aufgrund einer bisher allerdings mangelhaften Datenlage erkennbar, nicht verschont (Mielck 2000; Geyer und Peter 1999). Zur Erklärung eines sozialen Gradienten häufiger, das Todesursachenspektrum mitbestimmender Erkrankungen werden in der internationalen Forschung folgende Ansätze verfolgt: 1. mangelnde Verfügbarkeit, Qualität oder Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems; 2. schichtspezifische Benachteiligungen im Kindes- und Jugendalter; 3. belastungsreiche materielle und psychosoziale Arbeits- und Lebensbedingungen im Erwachsenenalter, die gesundheitsschädigendes Verhalten sowie stressphysiologisch vermittelte somatische Erkrankungsrisiken erhöhen.

Zur Koordination und Weiterentwicklung dieser sich ergänzenden Erklärungsansätze

hat die *European Science Foundation* 1999 ein wissenschaftliches Programm beschlossen, an dem sich etwa 70 führende Wissenschaftler aus Europa, den USA und Kanada beteiligen. Da die wissenschaftliche Verantwortung dieses Programms dem Leiter des Instituts für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf übertragen worden ist, ergibt sich mit diesem Programm eine günstige Voraussetzung für eine Verstärkung lokaler Forschungsaktivitäten zu diesem Schwerpunkt.²

Schichtspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung konnten bereits in einer breit angelegten Untersuchung zur Versorgungsqualität erwachsener Typ-I-Diabetiker durch eine von M. Berger und I. Mühlhauser geleitete Arbeitsgruppe nachgewiesen werden. Danach lässt sich der deutliche soziale Gradient mikro- und makrovaskulärer Komplikationen und der Mortalität weniger auf die Qualität medizinischer Versorgung, sondern vielmehr auf ein mangelhaftes Präventivverhalten Betroffener zurückführen (Mühlhauser et al. 1998). Eine Fortsetzung dieser Forschungsrichtung durch die Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin (H. H. Abholz). Zudem wird mit der Etablierung der *Cochrane Review Group Metabolic and Endocrine Disorders* die Weiterentwicklung der Evidenz-basierten Medizin betrieben (Berger und Mühlhauser, 1999).

Eine vom Leiter der Abteilung Epidemiologie im Diabetesforschungsinstitut, G. Giani, durchgeführte und von der DFG unterstützte Studie zu sozialer Ungleichheit und Typ 1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Erkrankungsabschnitten widmet sich ebenfalls diesem Erklärungsansatz. Zu erwähnen sind ferner Forschungsvorhaben, welche den sozialen Gradienten von Patienten mit Hepatitis-C-Virus Infektion sowie HIV untersuchen und hierbei insbesondere die Rolle ungleicher Kenntnisse über die Krankheit sowie ungleicher gesundheitsbezogener Motivationen analysieren. Diese an der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie unter der Leitung von D. Häussinger durchgeführten Untersuchungen können als Beginn einer infektionsepidemiologischen Forschung mit *Public Health*-Bezug gewertet werden, zu deren Entwicklung die Tropenmedizinische Ambulanz gute Voraussetzungen bietet.

Zum zweiten Erklärungsansatz trägt ein von M. Franz am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf geleitetes Projekt zu gesundheitlichen Belastungen Alleinerziehender bei. Bereits eine inzwischen abgeschlossene BMBF-geförderte Vorstudie hat gravierende sozioökonomische und psychosoziale Benachteiligungen bei alleinerziehenden Müttern schulpflichtiger Kinder nachgewiesen. Diese Forschungsarbeit zeigt die enge Verbindung von wissenschaftlicher Analyse und praktischer, präventiv orientierter Interventionsarbeit auf, da sie bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu einer Verbesserung der Unterstützungsangebote für Alleinerziehende in der untersuchten Region geführt hat.

Die mehrjährigen, am Institut für Medizinische Soziologie durchgeführten Forschungen zum Einfluss psychomentaler und sozioemotionaler Arbeitsbelastungen auf psychische und physische Gesundheit (Schwerpunkt koronare Herzkrankheit und depressive Störungen) leisten einen Beitrag zum dritten Erklärungsansatz sozialer Ungleichheit.³ In Kooperation mit britischen und französischen Arbeitsgruppen konnte nachgewiesen werden, dass

² Siehe <http://www.uni-duesseldorf.de/health>.

³ Siehe <http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology>.

eine von der Düsseldorfer Gruppe identifizierte Form chronischer Distressbelastung im Erwerbsleben (berufliche Gratifikationskrisen; Siegrist 1996) bei Erwerbstätigen mit niedrigem Sozialstatus häufiger vorzufinden ist und zur Erklärung des sozialen Gradienten von Gesundheitsrisiken beiträgt (Marmot und Wilkinson 1999). Diese Form beruflicher Distressbelastung lässt sich als Ungleichgewicht zwischen geleisteter beruflicher Verausgabung und im Gegenzug erhaltener Gratifikationen (Geld, Anerkennung, Aufstiegschancen bzw. Arbeitsplatzsicherheit) beschreiben. In einer vor kurzem begonnenen prospektiven epidemiologischen Untersuchung zum Herz-Kreislauf-Risiko bei mehreren tausend Bewohnern des Ruhrgebiets, der so genannten Heinz Nixdorf-RECALL-Studie, die von der Kardiologischen Klinik der Universität Essen unter Leitung von R. Erbel geleitet wird, wird dieser Ansatz gegenwärtig in Form einer universitätsübergreifenden, u. a. von der DFG unterstützten Forschungs Kooperation zwischen Essen und Düsseldorf weiter überprüft.

Somit werden in Düsseldorf zu allen drei Erklärungsansätzen sozialer Disparitäten von Gesundheit und Krankheit Forschungsarbeiten, wenn auch mit unterschiedlicher Intensität, durchgeführt.

Erforschung von Effektivität, Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht gegenwärtig vor weitreichenden Veränderungen und Herausforderungen. Sie beziehen sich in erster Linie auf eine veränderte Organisation und Finanzierung des Leistungsangebots und eine verstärkte Steuerung und Qualitätsprüfung medizinischer Leistungen. Auch das Nachfrageverhalten wird sich unter diesen Bedingungen maßgeblich verändern, so dass insgesamt ein großer Bedarf besteht, erhöhte Transparenz über die Effektivität und Effizienz im Gesundheitssystem zu schaffen. Der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung (*Health Services Research*), und hier insbesondere der Evaluations- und Qualitätsforschung des medizinischen Leistungsgeschehens, kommt damit eine wichtige Rolle im Vermittlungsprozess zwischen wissenschaftlicher Analyse und gesundheitspolitischer bzw. gesundheitsökonomischer Entscheidungspraxis zu. Evaluationsforschung wird daher sowohl in dem bisher im Vordergrund stehenden Gebiet klinischer Studien wie auch in dem neueren, stärker der *Public Health*-Forschung zuzurechnenden Gebiet der Struktur-, Prozess- und Ergebnisforschung zu neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen zum Bestandteil einer innovativen hochschulmedizinischen Forschung gehören.

Am Universitätsklinikum Düsseldorf bestehen bereits Forschungen zur Evaluation klinischer Arbeit. Diese Entwicklung hat durch Gründung des *Koordinierungszentrums für Klinische Studien* unter Leitung von Ch. Ohmann in jüngster Zeit einen Aufschwung erfahren.⁴ Zunehmend sieht sich die Evaluationsforschung im Gesundheitswesen aber mit Problemen konfrontiert, die sich nur noch begrenzt im Rahmen randomisierter, kontrollierter klinischer Studien bearbeiten lassen. Sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Verfahrensweisen und Konzepte fließen in verstärktem Maße in diese Forschungsrichtung ein (Badura und Siegrist 1999).

Nicht nur Kliniken, sondern auch Krankenkassen, Ministerien oder Fachgesellschaften werden in verstärktem Maße Evaluationsforschung nachfragen. So hat beispielsweise die

⁴ Siehe <http://www.kks.uni-duesseldorf.de>.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie eine enge Zusammenarbeit mit dem Schwerpunkt *Public Health* der Heinrich-Heine-Universität begonnen. Oder es hat, um ein anderes Beispiel zu nennen, das damalige Nordrhein-Westfälische Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales die Evaluation eines groß angelegten Modellversuchs zur ortsnahen Koordination der medizinischen und sozialen Versorgung vornehmen lassen, deren Ergebnisse in die Novellierung der Gesetzgebung zum öffentlichen Gesundheitswesen eingeflossen sind (v. d. Knesebeck *et al.* 2001).

Mit der inzwischen erfolgten Berufung von M. Geraedts auf eine Professur für *Public Health* konnte der Forschungsschwerpunkt der Gesundheitssystem- und Versorgungsfor- schung wesentlich ausgebaut werden. Auf der Basis von Untersuchungen zur Variabili- tät der Versorgungsqualität sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor gilt es nun, die gesetzlich geforderten qualitätssichernden Maßnahmen dadurch zu fördern, dass die Methodik der Qualitätsbewertung einzelner Leistungserbringer und auch regionaler Gesundheitssysteme weiter entwickelt wird. Hierzu sind umfangreiche Arbeiten zur Eva- luation so genannter klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements erfolgt, mit de- ren Hilfe den gesundheitspolitischen Forderungen nach Transparenz über die Qualität der Leistungserbringung nachgekommen werden kann (Geraedts *et al.* 2002). Der Anwen- dungsbezug der Forschungsarbeiten wird dadurch gewährleistet, dass die methodischen Arbeiten regelmäßig in die Gremienarbeit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und verschiedener medizinischer Fachgesellschaften eingebracht werden. Darüber hinaus wird in einem durch Drittmittel geförderten Projekt die Methodik genutzt, um wesentliche Bau- steine für ein *Disease Management Programme* für Schlaganfallpatienten zu entwickeln.

An der Qualitätsforschung zur medizinischen Versorgung sind neben den erwähnten Einrichtungen auch die Abteilung Allgemeinmedizin unter Leitung von H. H. Abholz und die Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung unter Leitung von M. Berger be- sonders aktiv beteiligt. Schließlich soll erwähnt werden, dass auch in dem neu bewillig- ten Nordrhein-Westfälischen Schwerpunktprogramm *Suchtforschung*, ebenso wie in dem *Kompetenznetzwerk Schizophrenieforschung*, an denen die Psychiatrische Universitätskli- nik unter Leitung von W. Gaebel maßgeblich beteiligt ist, Fragestellungen der Evaluati- onsforschung bearbeitet werden (Gaebel 2001).

Erforschung von Bedingungen gesunden Alterns

Demographisches Altern in modernen Gesellschaften stellt nicht nur in gesellschaftspoli- tischer und ökonomischer, sondern auch in medizinischer Sicht eine der großen Heraus- forderungen der Zukunft dar. Vor allem mit der Zunahme von Personen im so genann- ten „dritten Lebensalter“, d. h. in der Zeitspanne zwischen Berentungsalter und Eintritt in ein Pflegestadium – im Durchschnitt zwischen 60 und 85 Jahren – ergibt sich die Public Health-relevante Aufgabe, den Ausbruch chronischer Erkrankungen durch verstärkte Prä- vention hinauszuzögern (so genannte *Kompression der Morbidität*), um einer möglichst großen Zahl von Menschen in dieser Lebensphase eine gute gesundheitsbezogene Lebens- qualität zu ermöglichen. Neue Ergebnisse der Grundlagenforschung zu biologischen, psy- chischen und sozialen Determinanten des Alterns verweisen auf die Fruchtbarkeit transdis- ziplinärer Forschung auf diesem Gebiet. Sie untermauern enge Zusammenhänge zwischen genetischen, Lebensstil-bezogenen und psychosozialen bzw. sozioökonomischen Einflüs- sen (Rowe und Kahn 1998).

Für eine transdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen molekularbiologischen, verhaltensmedizinischen und sozialepidemiologischen Arbeitsgruppen zum Thema bestehen am Standort und in der weiteren Umgebung gute Voraussetzungen. Eine wichtige Rolle bei Alterungsprozessen spielen beispielsweise antioxidative Prozesse, die mit besonderer Intensität von der Arbeitsgruppe um H. Sies und W. Stahl am Institut für Physiologische Chemie I der Heinrich-Heine-Universität erforscht werden. Die bereits weiter oben genannte prospektive epidemiologische Studie an einer älteren Bevölkerung im Ruhrgebiet wird für Fragestellungen einer präventiven Geriatrie ebenso offen sein wie eine neue, europaweite Untersuchung zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen (*Survey of Health, Aging and Retirement in Europe; SHARE*), an welcher die Düsseldorfer *Public Health*-Forschung maßgeblich beteiligt ist (Siegrist 2001).

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass Gesundheit und Aktivität zwei sich wechselseitig bedingende Faktoren erfolgreichen Alterns sind und dass somit die entsprechenden Fragestellungen über das medizinische Bezugssystem hinaus erweitert werden müssen. In dieser Hinsicht wird eine Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe von Ch. Schwarzer und P. Buchwald an der Abteilung für Erwachsenenbildung und pädagogische Beratung der Heinrich-Heine-Universität angestrebt, die soziale und mentale Aktivierungsprozesse im Übergang von Beruf zu Berentung untersucht.

Angesichts der Neuartigkeit und der kurzen Entwicklungszeit der *Public Health*-Forschung in Düsseldorf – wie in Deutschland überhaupt – verweisen die Ausführungen zum Teil eher auf Planungen, als dass sie bereits langwierige Forschungsarbeiten bilanzieren. Aufgabe dieses Beitrags war es jedoch, über aktuelle Entwicklungen und Perspektiven in einem wichtigen, neuartigen Gebiet von Forschung und Lehre zu informieren. Es bleibt zu hoffen, dass es gelingt, die strukturellen Voraussetzungen für die Entfaltung des skizzierten Forschungsprofils zu schaffen. Und es besteht die Erwartung, dass auch die Gesundheitspolitik sich in Zukunft in stärkerem Maße an Erkenntnissen der *Public Health*-Forschung orientiert; einer Forschung, deren wichtigste Aufgabe darin besteht, einen wirkungsvollen Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung zu leisten.

Bibliographie

- BADURA, Bernhard und Johannes SIEGRIST (Hrsg.). *Evaluation im Gesundheitswesen*. Weinheim 1999.
- BERGER, Michael und Ingrid MÜHLHAUSER. „Diabetes care and patient-oriented outcomes“, *Journal of the American Medical Association* 281 (1999), 1676-1678.
- GAEBEL, Wolfgang (Hrsg.). *Rheinische Kliniken Düsseldorf – Kliniken der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf. Versorgung, Forschung und Lehre 1996-2000*. Düsseldorf 2001.
- GERAEDTS, Max, H. K. SELBMANN und G. OLLENSCHLÄGER. „Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen“, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 96 (2002), 89-94.
- GEYER, Siegfried und Richard PETER. „Occupational status and all-cause mortality“, *European Journal of Public Health* 9 (1999), 114-118.
- KNESEBECK, Olaf von dem, Bernhard BADURA, Pablo ZAMORA, B. WEIHRAUCH, W.

- WERSE und Johannes SIEGRIST. „Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene“, *Gesundheitswesen* 63 (2001), 35-41.
- MACKENBACH, Johan, Anton E. KUNST, A. E. CAVELAARS, F. GROENHOF und J. J. GEURTS. „Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe“, *Lancet* 349 (1997), 1655-1659.
- MARMOT, Michael und Richard WILKINSON (Hrsg.). *Social Determinants of Health*. Oxford 1999.
- MIELCK, Andreas. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern 2000.
- MILLES, Dieter und Norbert SCHMACKE (Hrsg.). *Ludwig Teleky und die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie*. Düsseldorf 1999.
- MÜHLHAUSER, Ingrid, H. OVERMANN, R. BENDER, U. BOTT, V. JORGENS, C. TRAUTNER, Johannes SIEGRIST und M. BERGER. „Social status and the quality of care for adult people with type 1-Diabetes“, *Diabetologia* 41 (1998), 1139-1150.
- NORDRHEIN-WESTFÄLISCHER FORSCHUNGSVERBUND PUBLIC HEALTH. *Selbstevaluation der Forschungsleistungen*. Unveröffentlichter Bericht. Bielefeld u. a. 2001.
- ROWE, J. W. und R. L. KAHN. *Successful Ageing*. New York 1998.
- SCHWARTZ, Friedrich W., Bernhard BADURA, Reiner LEIDL, Heiner RASPE und Johannes SIEGRIST. *Das Public Health Buch*. München 1998.
- SIEGRIST, Johannes. *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen 1996.
- SIEGRIST, Johannes. „Stress, ageing and quality of life“, *European Review* 9 (2001), 487-497.