

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung

Henning Schmidt-Semisch
Friedrich Schorb *Hrsg.*

Public Health

Disziplin – Praxis – Politik



Springer VS

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung

Reihe herausgegeben von

Andreas Hanes, Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit, TU Dresden, Dresden,
Sachsen, Deutschland

Henning Schmidt-Semisch, FB 11: Human- und Gesundheitswissenschaften,
Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung untersucht gesellschaftliche Verhältnisse auf der Makro-, Meso- und Mikroebene in ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit. Im Fokus der Betrachtung stehen die staatlichen und sozialen, die kulturellen und gemeinschaftlichen, die individuellen und biographischen Be- und Verarbeitungen von Gesundheit und Krankheit sowie von gesundheitlichen Risiken und Krisen. Dabei nimmt eine sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung sowohl die sozialen und psychosozialen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Gesellschaft in den Blick als auch das Verhältnis von individuellem Handeln und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Besondere Bedeutung kommt hier den gesellschaftlichen und diskursiven Aushandlungsprozessen von Gesundheit und Krankheit und den damit verbundenen sozialen Konstruktionen von Normalität und Abweichung zu. In der Reihe erscheinen gleichermaßen theoretisch wie auch empirisch orientierte Bände.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/15849>

Henning Schmidt-Semisch ·
Friedrich Schorb
(Hrsg.)

Public Health

Disziplin – Praxis – Politik

Hrsg.

Henning Schmidt-Semisch
Universität Bremen
Bremen, Deutschland

Friedrich Schorb
Universität Bremen
Bremen, Deutschland

ISSN 2523-854X

ISSN 2523-8558 (electronic)

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung

ISBN 978-3-658-30376-1

ISBN 978-3-658-30377-8 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-30377-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geographische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Stefanie Laux

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

In Gedenken an
Prof. Dr. Rainer Müller
** 19.12.1941 † 27.10.2019*

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Public Health zwischen Multi-, Inter- und Transdisziplin	1
Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb	
A. Public Health als Disziplin – Disziplinäre Zugänge	
Der Aufbau der öffentlichen Gesundheit im 19. Jahrhundert	19
Brigitte Ruckstuhl und Elisabeth Ryter	
Politikwissenschaft und Public Health	35
Katharina Böhm	
Psychologie und Public Health	49
Benjamin Schütz	
Soziologie und Public Health	65
Henning Schmidt-Semisch	
Ökonomie und Public Health	85
Christian Jesberger und Stefan Greß	
Soziale Arbeit und Public Health	105
Bernhard Borgetto und Corinna Ehlers	
Pflege- und Therapiewissenschaften und Public Health	125
Bernhard Borgetto und Michael Köhler	
Der epigenetische Körper zwischen biosozialer Komplexität und Umweltdeterminismus	145
Ruth Müller	

Der <i>digital turn</i> in Public Health. ePublic Health und Digital Public Health Studies	163
Monika Urban	
Lehre in Public Health: Entwicklung und Herausforderungen in Deutschland	179
Beate Blättner und Marie-Luise Dierks	
Interdisziplinarität und Problemorientierung in Forschung und Lehre: das Beispiel der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld	195
Petra Kolip und Oliver Razum	
 B. Public Health als Praxis	
Präventionsparadox und Präventionsdilemma: Konsequenzen für die Praxis	215
Thomas Altgeld	
Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene	233
Peter von Philipsborn und Karin Geffert	
Community Health und partizipative Forschung	259
Gesine Bär und Ina Schaefer	
Public Health als kommunale Sorgekultur	285
Klaus Wegleitner, Andreas Heller und Patrick Schuchter	
Evidenzbasierte Public Health	303
Peter von Philipsborn und Eva Rehfues	
Kritische Anmerkungen zu einigen Annahmen und Strategien von Evidenzbasierter Public Health	331
Ernst von Kardorff	
Praxisbasierte Evidenz	349
Susanne Hartung	
Public Health: Auf dem Weg zu einer Profession? Versuch einer professionssoziologischen Einschätzung des jungen Wissenschafts- und Tätigkeitsfeldes	371
Karl Kälble	

C. Das Verhältnis von Public Health und Politik

Public Health und Politikberatung	393
Thomas Gerlinger	
Public Health als Biopolitik. Eine Skizze	411
Regina Brunnett	
Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung	427
Bettina Schmidt	
Health in All Policies. Potentiale und Limitationen	443
Raimund Geene	
Placing the Public into Public Health: Zur politischen Dimension der Gesundheitswissenschaften	459
Rainer Müller und Joachim Larisch	
Public Health in Zeiten von Ökonomisierung und zunehmender sozialer Ungleichheit	475
Benjamin Wachtler und Nadja Rakowitz	
Gesundheit als Brücke zwischen Gesellschaftskritik und Gerechtigkeitstheorie. Plädoyer für eine Neuauflage des interdisziplinären Materialismus aus dem Geist von Public Health	493
Uwe H. Bittlingmayer, Florian Schumacher und Gökçen Yüksel	
Global Public Health im „Corona“-Ausnahmезustand. Anmerkungen zu den Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften	513
Joachim Larisch	
Ausgangssperren, Bußgelder und Immunitätsausweise: Umriss einer Punitivität im Kontext der COVID-19-Pandemie	525
Friedrich Schorb und Henning Schmidt-Semisch	

Autorenverzeichnis

Thomas Altgeld, Diplom Psychologe, seit 1993 Geschäftsführung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. E-Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

Gesine Bär, Dr., Professorin für „Partizipative Ansätze in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften“ an der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Uwe H. Bittlingmayer, Dr., Professor für Allgemeine Soziologie mit Schwerpunkt Bildungssoziologie an der Pädagogischen Hochschule Freiburg i. B. E-Mail: uwe.bittlingmayer@ph-freiburg.de

Beate Blättner, Dr., Professorin für Gesundheitsförderung an der Hochschule Fulda. E-Mail: beate.blaettner@pg.hs-fulda.de

Katharina Böhm, Dr., Geschäftsführerin Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. E-Mail: katharina.boehm@hage.de

Bernhard Borgetto, Dr., Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit. E-Mail: bernhard.borgetto@hawk.de

Regina Brunnett, Dr., Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. E-Mail: regina.brunnett@hwg-lu.de

Marie-Luise Dierks, Dr., apl. Professorin für Public Health am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. E-Mail: dierks.marie-luise@mh-hannover.de

Corinna Ehlers, Dr., Professorin für Theorien und Methoden Sozialer Arbeit mit dem Schwerpunkt Case Management an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit. E-Mail: corinna.ehlers@hawk.de

Raimund Geene, Dr., Professor für Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Schwerpunkt auf kommunale Ansätze an der Alice Salomon-Hochschule in Berlin. E-Mail: raimund.geene@ash-berlin.eu

Karin Geffert, MD, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie – IBE, Arbeitsgruppe Evidence-based Public Health, Ludwig-Maximilians-Universität München. E-Mail: kgeffert@ibe.med.uni-muenchen.de

Thomas Gerlinger, Dr. Dr., Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und Leiter der Arbeitsgruppe „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“. E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Stefan Gress, Dr., Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda. E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.de

Susanne Hartung, Dr., Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten an der Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management. E-Mail: hartung@hs-nb.de

Andreas Heller, Dr., Professor für Palliative Care und Organisationsethik an der Universität Graz, Abteilung Public Care des Instituts für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie. E-Mail: andreas.heller@uni-graz.at

Christian Jesberger, Diplom-Volkswirt, Wissenschaftlicher Mitarbeiter; Dozent und Praxisreferent im Studiengang Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Hochschule Fulda. E-Mail: christian.jesberger@pg.hs-fulda.de

Karl Kälble, Dr. phil., M.A., seit 2004 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der AHPGS Akkreditierung gGmbH in Freiburg. E-Mail: karl.kaelble@ahpgs.de

Michael Köhler, Verwalter der Professur „Therapiewissenschaften mit Schwerpunkt interprofessionelle Kooperation“ an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit. E-Mail: michael.koehler@hawk.de

Petra Kolip, Dr., Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung und Leiterin der gleichnamigen Abteilung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. E-Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de

Joachim Larisch, Dr., bis 2018 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (vormals Zentrum für Sozialpolitik, ZeS) der Universität Bremen. E-Mail: jlarisch@uni-bremen.de

Rainer Müller († 2019), Dr., von 1988 bis 2007 Professor für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin an der Universität Bremen

Ruth Müller, Dr., Professorin für Wissenschafts- und Technologiepolitik an der Technischen Universität München. E-Mail: ruth.mueller@tum.de

Peter von Philipsborn, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE), Pettenkofer School of Public Health, Ludwig-Maximilians-Universität München. E-Mail: pphilipsborn@ibe.med.uni-muenchen.de

Nadja Rakowitz, Dr., Geschäftsführerin des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte. E-Mail: info@vdaae.de

Oliver Razum, Dr., Professor für Epidemiologie & International Public Health und Leiter der gleichnamigen Abteilung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

Eva Rehfuess, Dr., Professorin für Public Health und Versorgungsforschung an der Ludwig-Maximilians-Universität München. E-Mail: rehfuess@ibe.med.uni-muenchen.de

Brigitte Ruckstuhl, Dr., studierte Geschichte und Ethnologie an der Universität Zürich. Sie war in verschiedenen Feldern von Public Health, insbesondere in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig. Seit 2009 freischaffende Public-Health-Expertin und Historikerin. E-Mail: brigitte_ruckstuhl@bluewin.ch

Elisabeth Ryter, lic. phil. hist., studierte Geschichte und Kunstgeschichte an den Universitäten Bern und Zürich. Ihre Schwerpunkte als freischaffende Sozialwissenschaftlerin sind Bildung, Gleichstellung und Soziales. E-Mail: elisabeth.ryter@bluewin.ch

Ina Schaefer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Alice Salomon Hochschule Berlin. E-Mail: ina.schaefer@ash-berlin.eu

Bettina Schmidt, Dr., Professorin am Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Diakonie an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. E-Mail: bettina.schmidt@evh-bochum.de

Henning Schmidt-Semisch, Dr., Professor am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. Gesundheit & Gesellschaft. E-Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de

Friedrich Schorb, Dr., Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Universitätslektor am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. Gesundheit & Gesellschaft. E-Mail: schorb@uni-bremen.de

Patrick Schuchter, Dr. MPH, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Public Care des Instituts für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie der Universität Graz sowie Leiter des Bereichs „Palliative Care“ am Kardinal-König-Haus in Wien. E-Mail: patrick.schuchter@uni-graz.at

Benjamin Schüz, Dr., Professor für Public Health mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. Gesundheitsförderung und Prävention. E-Mail: benjamin.schuez@uni-bremen.de

Florian Schumacher, Dr., Akademischer Mitarbeiter am Institut für Soziologie der Pädagogischen Hochschule Freiburg. E-Mail: florian.schumacher@ph-freiburg.de

Monika Urban, Dr. phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin im DFG-Projekt „Digitales Altern. Wohnortbasierte Gesundheitstechnologien für ältere Menschen“, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. Gesundheit & Gesellschaft. E-Mail: murban@uni-bremen.de

Ernst von Kardorff, Dr., bis 2016 Professor für „Soziologie der Rehabilitation, Berufliche Rehabilitation und Rehabilitationsrecht“ am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin. E-Mail: ernst.von.kardorff@rz.hu-berlin.de

Benjamin Wachtler, Dr., Arzt und Public Health Wissenschaftler. Im Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) ist er im erweiterten Vorstand und beschäftigt sich vor allem mit den sozialen Determinanten der Gesundheit.

Klaus Wegleitner, Dr., Assoziierter Professor an der Abteilung Public Care des Instituts für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie und stellvertr. Leiter des Zentrum für Interdisziplinäre Alterns- und Care-Forschung (CIRAC) an der Universität Graz. E-Mail: klaus.wegleitner@uni-graz.at

Gökçen Yüksel, Dr., Akademische Mitarbeiterin am Institut für Soziologie der Pädagogischen Hochschule Freiburg. E-Mail: goekcen.yueksel@ph-freiburg.de



Einleitung: Public Health zwischen Multi-, Inter- und Transdisziplin

Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb

„Das Entstehen einer wissenschaftlichen Disziplin [...] reagiert auf gesellschaftliche Problemlagen und stellt Problemlösungskapazitäten zur Verfügung [...] Wissenschaftliche Disziplinen reagieren auf einen gesellschaftlichen Problemstand, auf einen Problemlösungsbedarf, der sich durch bisher zur Verfügung stehende Wissensformen nicht mehr befriedigen lässt“ (Nassehi 2008, S. 17 f.).

Die Wahrnehmung von öffentlicher Gesundheit als einem gesellschaftlichen Problem entstand vor dem Hintergrund des Zerfalls der feudalen bei gleichzeitigem Aufstieg der bürgerlichen Gesellschaft, die mit dem Zuzug immer größerer Bevölkerungsteile vom Land in die stetig wachsenden Städte einherging. In Folge von Industrialisierung und Urbanisierung kam es zu neuen extremen Ausprägungen sozialer Ungleichheiten und einem unkontrollierten Ausbruch von Infektionskrankheiten. Die Reaktionen von Ärzten wie Salomon Neumann, Rudolf Virchow und anderen auf diese radikalen Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts stellte jedoch noch keine Sozialmedizin bzw. Gesundheitswissenschaft dar, sondern „eine von Ärzten betriebene Sozialpolitik“ (Flügel 2012, S. 101). Ende des 19. bzw. Anfang des 20. Jahrhunderts verzeichnete dann schließlich nicht nur der naturwissenschaftliche Blick auf Krankheit immer größerer Erfolge, sondern auch der Frage nach den sozialen Krankheitsursachen im Sinne einer Erweiterung des naturwissenschaftlichen Blicks kam wachsende Bedeutung zu. Aus dieser Zeit

H. Schmidt-Semisch (✉) · F. Schorb
Universität Bremen, Bremen, Deutschland
E-Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de

F. Schorb
E-Mail: schorb@uni-bremen.de

resultieren dann auch zahlreiche Gründungstexte einer neuen Gesundheitsdisziplin, die im Deutschen Kaiserreich und der Weimarer Republik wahlweise als soziale Medizin oder soziale Hygiene bezeichnet wurde.

Unabhängig von ihrem Namen war diese neue Disziplin von Beginn an interdisziplinär angelegt. Darüber hinaus war es von Beginn an eine Besonderheit der neuen Gesundheitsdisziplinen, dass sie Geistes- sowie Naturwissenschaften miteinander verknüpften, wobei Alfred Grotjahn die soziale Hygiene bei aller Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit den Naturwissenschaften eindeutig den Geisteswissenschaften zuordnete:

„War die soziale Hygiene als deskriptive Wissenschaft schon den Naturwissenschaften entrückt und auf die Hilfswissenschaften wie Statistik, Nationalökonomie usw. angewiesen, so ist sie als normative Wissenschaft ganz den naturwissenschaftlichen Methoden entzogen und dafür den geisteswissenschaftlichen unterworfen. Kunsthistorische, psychologische, nationalökonomische und politische Elemente gehen in das sozialhygienische Kalkül ein. Die Zielvorstellung aber bleibt natürlich immer die größtmögliche Verhütung von dem Körper drohenden Schädlichkeiten bei der größtmöglichen Zahl oder gar der Gesamtheit“ (Grotjahn 1912, S. 412).

Die neue Gesundheitsdisziplin hat sich zudem von Beginn an dadurch ausgezeichnet, den Praxisbezug in den Mittelpunkt zu stellen wie fast zeitgleich Alfons Fischer in seinem „Grundriß der sozialen Hygiene“ darlegte: „Die soziale Hygiene ist die Wissenschaft von den Beziehungen zwischen den gesundheitlichen und den sozialen Verhältnissen der örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammenhängenden oder sonst praktisch zusammenfaßbaren Individuen und deren Nachkommen; sie ist zugleich ein praktisches Betätigungsfeld, indem sie den jeweils gegebenen Umständen entsprechende Forderungen zur Erhaltung und Vermehrung der Gesundheit von den genannten Bevölkerungsgruppen aufstellt und zu verwirklichen sucht“ (Fischer 1913). Damit war die Sozialhygiene von Anfang an Teil der Practical Arts, die nicht nur praktisch angewandt, sondern zwangsläufig auch interdisziplinär konzipiert werden (Stichweh 2013).

Als Public Health vor drei Jahrzehnten in Deutschland an Universitäten, zunächst in Form von Weiterbildungsstudiengängen, neugegründet wurde, richtete sich die Disziplin einerseits an internationalen, insbesondere angloamerikanischen Vorbildern aus und war andererseits daran interessiert, Aspekte der fast sechzig Jahre unterbrochenen Tradition der Sozialhygiene wieder aufzugreifen. Public Health sollte dabei

„als ein Ensemble von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen konzipiert werden, die auf einen gemeinsamen Gegenstandsbereich gerichtet sind, nämlich die Analyse von

Determinanten und Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsstrukturen und deren systematische Evaluation unter Effizienzgesichtspunkten. Im Zentrum des Erkenntnisinteresses der Gesundheitswissenschaften liegt ganz im Sinne von ‚Public Health‘ die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung“ (Hurrelmann und Razum 2012, S. 16).

Nach dem Willen ihrer Protagonist*innen sollte sich diese Multidisziplin Public Health allmählich zu einem inter- bzw. transdisziplinären Gefüge wandeln, indem sich die Bezugsdisziplinen schrittweise zu einer neuen Form der Zusammenarbeit unter salutogenem Vorzeichen transformieren (Schott und Kolip 1994). Andere Konzeptionen zielten noch stärker auf Vereinheitlichung und warben langfristig für die Etablierung einer Gesundheitswissenschaft im Singular mit Bevölkerungsgesundheit als Hauptgegenstand und Epidemiologie als Basismethode nach angloamerikanischen Vorbild (Hurrelmann und Laaser 1993). Bei dieser Konzeption wird Public Health ganz pragmatisch als eine Lehre zur politischen Lösung von Gesundheitsproblemen konzipiert, wobei die Schwierigkeit vor allem darin besteht, Gesundheit hier anders zu definieren als durch die Abwesenheit von Krankheit.

Badura sah 1994 neben dem unklaren Gesundheitsbegriff noch weitere Schwierigkeiten für die Entwicklung von Public Health in Deutschland. Denn anders als die Sozialhygiene im 19. Jahrhundert, so Badura damals, würden Public Health/Gesundheitswissenschaften in Deutschland weder von einer politischen Bewegung noch von einer starken Profession getragen. Aus diesem Manko resultierten seiner Ansicht nach drei zentrale Schwachpunkte der jungen Disziplin: Die große Distanz zwischen Praxis und Universität, die zunehmende Entfremdung zwischen Sozial- und Naturwissenschaften, vor allem aber, dass die in Public Health tätigen Naturwissenschaftler*innen, Mediziner*innen und Sozialwissenschaftler*innen über kein gemeinsames Paradigma verfügten (Badura 1994: 55). Und auch wenn diese Paradigmenvielfalt theoretisch Chancen bieten könne, führe sie in der Praxis jedoch zu „Beliebigkeit, wenn nicht sogar Theoriefeindlichkeit. Die nahezu ausschließliche Konzentration einer so wichtigen Basisdisziplin wie der Epidemiologie auf Methodenfragen, Untersuchungstechnologie und biostatistische Detailprobleme“ sei dann auch „Ausdruck einer letztlich in die Sterilität führenden konzeptionellen Hilflosigkeit (Badura 1994, S. 55).

Die Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen Geistes- und Naturwissenschaften sind freilich nicht auf Public Health beschränkt. Vollmer hat dieses Phänomen für die interdisziplinäre Forschung insgesamt so beschrieben:

„Für den Naturwissenschaftler bedeutet Interdisziplinarität Verzicht auf Effektivität und die Einführung von Hemmungen: für den Geisteswissenschaftler bedeutet sie

Disziplinierung und das Ignorieren von Kontexten. Kommunikation und Metakommunikation – also Austausch über Kriterien, Argumente und Argumentationsweisen, Beleglage und Beweispflicht – werden vom Naturwissenschaftler klar getrennt, vom Geisteswissenschaftler nicht (...) Der Naturwissenschaftler lebt demnach in einer Welt der Machbarkeit, des Funktionellen und der Präzision – der Geisteswissenschaftler umgekehrt in einer Welt der Skepsis, des Unvollständigen und des Ambivalenten“ (Vollmer 2010, S. 65).

Um die Schwierigkeiten des Brückenschlags zwischen Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft zu überwinden, könnten Theorie und Methoden der Science und Technology Studies in zweifacher Hinsicht hilfreich sein (vgl. Bauer et al. 2017). Indem sie die Genese von Wissen veranschaulichen und nachvollziehbar machen, können sie einerseits den Dialog zwischen Geistes- und Naturwissenschaften erleichtern. Und andererseits könnten sie zwei Spielarten der Mystifizierung der Wissenschaft entgegenwirken: Zum einen der zunehmend populärer werdenden Darstellung von Wissenschaft als einer elitären Verschwörung, wie sie unter anderem in Teilen der Klima-, Gender- oder Impfdebatte zum Ausdruck kommt, zum anderen der Interpretation von Wissenschaft als exklusivem Garant von Fakten und Wahrheit, die von einigen Vertreter*innen des Wissenschaftssystems selbst artikuliert wird, etwas im Kontext der „marches for science“.

Auch die von Badura konstatierte „Sterilität“ prägt heute häufig noch die Debattenbeiträge von Public Health-Akteur*innen. Wer nach anschaulichen Darstellungen und „dichten Beschreibungen“ (Latour) der Auswirkungen von ökonomischen und politischen Entwicklungen auf die Gesundheit und die Körper der von diesen Verwerfungen Betroffenen sucht, wird eher in der Literatur fündig (Louis 2019). Empirische Daten mit gesellschaftswissenschaftlicher Theorie und ethnographischer Analyse zu verknüpfen und damit Lebenslagen sowie Verhalten, Einstellungen und Selbstwahrnehmungen betroffener Individuen anschaulich zu vermitteln und plausibel zu machen, gelingt nur sehr selten (z. B. Metzl 2019). Selbst die in Großbritannien sehr aktive und einflussreiche politische Epidemiologie (Schrecker und Bambra 2015; Wilkinson und Pickett 2009) ist durch weitgehende Theorieabwesenheit charakterisiert, was unter anderem durch den normativen Bezug auf Kategorien der Risikofaktorenmedizin zum Ausdruck kommt. Umso wichtiger wäre eine Kombination von epidemiologischen Ergebnissen nicht nur mit qualitativen Methoden, sondern auch mit gesellschaftswissenschaftlicher Analyse.

Ein ähnlicher Befund gilt für Public Health als politischem Akteur. Zwar beeinflusst Public Health Politik in zunehmenden Maße, aber auch hier führt die Fixierung auf einen eng gefassten Evidenzbegriff zu einem unzulänglichen

Politik- und Gesellschaftsbegriff: „Was in einer Gesellschaft als ‚akzeptabel‘ oder ‚nicht akzeptabel‘ angesehen wird“, schrieb Badura 1994, „hängt sehr stark von den jeweiligen Wertesystem, den kulturellen Traditionen, historischen Erfahrungen und Prioritäten eines Landes ab. In den USA gilt z. B. eine unkontrollierte epidemische Verbreitung von Schußwaffen als akzeptabel, die Nichtfestsetzung von Geschwindigkeitsbegrenzungen auf Autobahnen als unakzeptabel. Für die Bundesrepublik gilt genau das Umgekehrte“ (Badura 1994, S. 69 f.).

Tatsächlich können die Frage nach den tieferliegenden Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit sowie die ganz grundlegende Frage, wie Menschen (zusammen) leben wollen und welches Verhalten gesellschaftlich als tolerierbar akzeptiert werden soll, durch Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken oder gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Analysen nicht allein beantwortet werden, ganz gleich wie qualitativ hochwertig diese sein mögen. In einer politischen Auseinandersetzung können Metanalysen politische Argumente zwar unterstützen, sie aber keinesfalls ersetzen.

Dreißig Jahre nach Einführung der ersten Weiterbildungsstudiengänge haben sich Public Health/Gesundheitswissenschaften an Universitäten und Fachhochschulen in Deutschland auf Bachelor- und Masterniveau fest etabliert und werden kontinuierlich weiter ausgebaut. Die Diskussionen über den Fortschritt bei der Integration von Bezugsdisziplinen oder darüber, ob Public Health heute eine Multi-, Inter- oder sogar schon eine Transdisziplin sei, sind damit aber noch längst nicht abgeschlossen. Jüngste Auseinandersetzungen um die Identität der Disziplin drehen sich etwa um die Frage, ob eine Zentralisierung der Public Health-Forschung in Deutschland durch ein außeruniversitäres Institut für die Profilierung und inhaltliche Akzentuierung des Faches notwendig ist (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al. 2015). Andere Akteure, die stattdessen eine dezentrale Struktur bevorzugen, fragen in den bestehenden außer- und inneruniversitären Institutionen, welche Methoden und welche inhaltlichen Schwerpunkte der Public Health-Forschung auf dem Weg zu einer nationalen Public Health-Strategie priorisiert werden sollten (Hoekstra et al. 2019). Überlegungen zu einer integrierenden Theorie der Gesundheitswissenschaften und einem gemeinsamen Methodenset werden ebenfalls regelmäßig artikuliert (Razum und Dockweiler 2015; Schnabel 2015). Insbesondere Schnabel hat sich intensiv mit der Frage beschäftigt, wie Public Health sich zu einer Disziplin entwickeln kann, in der die Bezugsdisziplinen nicht einfach nebeneinander stehen (Multidisziplin) bzw. miteinander interagieren (Interdisziplin), sondern in der sich in einem transdisziplinären Sinne durch die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen in der Auseinandersetzung mit der gemeinsamen Thematik neue Zugänge und Ansätze

entwickeln können. Konkret plädierte Schnabel dafür Gesundheit statt Krankheit zum prioritären Themenfeld der Gesundheitswissenschaften zu machen, ohne Krankheiten außen vor zu lassen. Gesundheitswissenschaften sollten sich gesellschaftskritisch positionieren und sich gleichzeitig als Anwendungswissenschaft auf die Herstellung, Aufrechterhaltung sowie Förderung von Gesundheit fokussieren. Voraussetzung für ein Gelingen dieser Strategie sei es, Respekt für Methoden und Erkenntnisse der jeweils anderen Seite zu entwickeln und dabei gleichzeitig die eigenen Begriffe, Paradigmen und Methoden infrage zu stellen (Schnabel 2015).

Vor diesem Hintergrund fragen die Beiträge in diesem Band in unterschiedlicher Art und Weise nach dem Stand der Disziplin Public Health sowie der entsprechenden Praxis und Politik: Welches Verhältnis hat Public Health zur Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention? Kann Public Health heute als eine ‚Profession‘ betrachtet werden? Welche disziplinären Zugänge finden sich in Public Health? Wie wirkt Public Health auf Politik ein, und wie beeinflusst – umgekehrt – Politik Public Health? Wie politiknah bzw. wie politisch soll Public Health sein?

Im Folgenden stellen wir die Beiträge, die wir entsprechend dem Titel des Buches den drei großen Bereichen Disziplin, Praxis und Politik zugeordnet haben, kurz im Einzelnen vor:

A. Public Health als Disziplin – Disziplinäre Zugänge

In einem ersten Beitrag zeichnen *Brigitte Ruckstuhl* und *Elisabeth Ryter* zunächst die Auseinandersetzungen um die Etablierung öffentlicher Gesundheit als einen eigenständigen Politik- und Verwaltungsbereich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nach. Entsprechende Überlegungen hätten sich seinerzeit im Kontext von Industrialisierung und Urbanisierung geradezu aufgedrängt: Die mehr oder weniger ungeregt wachsenden Städte hätten u. a. prekäre Lebensverhältnisse für große Teile der Bevölkerung bedingt und bildeten so einen günstigen Nährboden für Epidemien (z. B. Typhus und Cholera). Der mit statistischen Daten untermauerte Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit habe in den 1840er Jahren zu der Forderung aus medizinreformerischen Kreisen an den Staat geführt, das entstandene Elend mit sozialpolitischen Maßnahmen einzudämmen. Allerdings hätten solcherlei Forderungen nach einer öffentlichen Gesundheitspflege und einer damit erhofften Verbesserung der Lebensqualität in den Städten nur langsam Gehör gefunden, sodass es erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts zu einer nennenswerten Assanierung der Städte gekommen sei.

Im Anschluss daran zeigt *Katharina Böhm* auf, dass die Politikwissenschaft zwar durchaus zum Kanon der Public Health-Disziplinen gezählt werden könne,

dass politikwissenschaftliche Public Health-Forschung in Deutschland jedoch kaum stattfindet. Der Beitrag definiert den Gegenstand der Gesundheitspolitikwissenschaft und zeigt anhand von vier Feldern politikwissenschaftlicher Forschung auf, welchen Beitrag die Politikwissenschaft zur Public Health-Forschung und -Praxis leisten kann.

Benjamin Schütz weist sodann darauf hin, dass in vielen Bereichen von Public Health auch psychologische Konzepte und Inhalte zur Anwendung kommen (können). Dies gelte sowohl für die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung als auch für die Erforschung der Ursachen sozialer Unterschiede (mit Blick auf gesundheitlich relevante Verhaltensweisen) sowie der Rolle von Verhalten in komplexen Systemen. Dabei bezieht er sich kritisch auf die geläufige Abgrenzung von entweder ‚verhältnisbezogenen‘ oder ‚verhaltensbezogenen‘ Präventionsansätzen. Diese Einteilung funktioniere zwar sprachlich gut und habe eine hohe Augenscheinvalidität, sie sei aber nicht besonders hilfreich, weil sie die komplexen Systeme verschleierte, innerhalb derer Gesundheitsförderung und Prävention realisiert würden.

Im Anschluss unterscheidet *Henning Schmidt-Semisch* idealtypisch zwischen einer ‚Soziologie in Public Health‘ und einer ‚Soziologie der Public Health‘. Es werden die Forschungsfelder dieser beiden Perspektiven beschrieben, um abschließend zu überlegen, inwieweit die Soziologie die Rolle einer Reflexionswissenschaft im Kontext von Public Health übernehmen könnte. Dabei ermögliche eine ‚Soziologie der Public Health‘ nicht nur einen gewinnbringenden Blick auf die kontingenten Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie die damit verbundenen Public Health-Praktiken, sondern auch auf die Interessen, das Grundverständnis und die Verstrickungen der eigenen Profession.

Aus der ökonomischen Perspektive blicken *Christian Jesberger und Stefan Greß* auf Public Health. Sie konstatieren, dass Kosten-Effektivitätsanalysen bei der Finanzierung von Public Health-Interventionen in Deutschland bislang kaum eine Rolle spielen: Die Kosteneffektivität zu einem wichtigen Entscheidungskriterium bei der Finanzierungsentscheidung zu machen, so die Autoren, könnte allerdings zu einer Erhöhung der Legitimität des Einsatzes knapper öffentlicher Mittel für Präventionsmaßnahmen führen.

Bernhard Borgetto und Corinna Ehlers beschäftigen sich anschließend mit dem Verhältnis und den Gemeinsamkeiten von Sozialer Arbeit und Public Health. Gemeinsam sei den beiden Disziplinen vor allem zweierlei: Einerseits der Bezug auf das Konzept des Wohlbefindens und andererseits der Perspektivenwechsel weg von der Problem- und Defizitorientierung und hin zu Empowerment und Ressourcenorientierung. Insofern sei es zu begrüßen, dass sich Soziale Arbeit und Public Health in jüngerer Zeit aufeinander zu bewegten, denn sowohl die Soziale Arbeit

als Public Health könnten davon mit Blick auf Wissenschaft, Ausbildung und Praxis profitieren.

Ähnliches gilt auch für das Verhältnis der Pflege- und Therapiewissenschaften und Public Health, dem sich *Bernhard Borgetto und Michael Köhler* widmen. Die Autoren machen die unterschiedlichen Herkunft und Gegenstände dieser Disziplinen, aber auch ihre Gemeinsamkeiten deutlich. Vor diesem Hintergrund betonen sie die Notwendigkeit einer interprofessionellen Praxis, die für beide Seiten Gewinn bringend sein könne. Unter anderem bestehe „eine große Chance darin, die Angehörigen der Pflege- und Therapieberufe zu befähigen und zu motivieren, die Versorgungssettings zu gesundheitsfördernden Orten zu machen und die Versorgungsprozesse für anlassunabhängige Gesundheitsförderung und Prävention zu nutzen.“

Ruth Müller erläutert im Anschluss, welche Möglichkeiten und Herausforderungen das Forschungsfeld der Umweltepigenetik für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in Medizin und Gesellschaft bietet. Die Umweltepigenetik erforsche, wie sich verschiedene Faktoren der Umwelt auf die Expression des Genoms auswirkten und damit Prozesse anstießen, die in Krankheit münden könnten. Der Begriff der Umweltfaktoren umfasse hierbei sowohl materielle Aspekte der Umwelt (wie etwa Umweltgifte und Nahrungsmittel) als auch soziale Erfahrungen (wie etwa Stress oder Traumata). Die Umweltepigenetik verbinde diese Umwelterfahrungen mit molekularen Prozessen im Inneren des Körpers und konzipiere diesen als ‚biosozial‘. Dadurch entstünden neue Möglichkeiten, die Auswirkungen unterschiedlicher Lebensumwelten auf die Biologie des Körpers im Labor zu untersuchen.

Ausgangspunkt des Beitrages von *Monika Urban* ist im Folgenden die derzeit rasant fortschreitende Digitalisierung der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitswesens, die der Multidisziplin Public Health viele attraktive Forschungs- und Anwendungsfelder eröffne: vom health-data-mining der digitalen Sozialepidemiologie bis hin zur Konzeption digitaler Patientendokumentationssysteme im Kontext der Versorgungsforschung. Um die Wirkungen und Wechselwirkungen dieser komplexen Prozesse zu erfassen, so die Autorin, bedürfe es des Ansatzes der ‚Digital Public Health Studies‘, deren Anliegen es im Kontext von Digitalisierung sei, die sozialen Prozesse und konfligierenden Positionen zu rekonstruieren, sich wandelnde Wissensbestände und Wertesysteme zu analysieren sowie neue soziale Ungleichheiten und Kontrollmechanismen herauszuarbeiten.

Die beiden folgenden Beiträge befassen sich mit der akademischen Ausbildung in Public Health. Zunächst zeichnen *Beate Blättner und Marie-Luise Dierks* die Wiedereinführung von Public Health in Deutschland Ende der 1980er Jahre

nach, die eine Stärkung der Forschung, aber insbesondere auch den Aufbau postgradualer, universitärer Public Health-Studiengänge mit sich brachte. Für die gegenwärtige Situation konstatieren die Autorinnen insgesamt die Herausforderung, Public Health-Studierenden in Deutschland auf Bachelor-, Master- und Promotions-Ebene jeweils vergleichbare Kompetenzen zu vermitteln, die sowohl den internationalen Standards als auch den Anforderungen des Arbeitsmarktes entsprechen müssten. Gleichzeitig gehe es darum, mit der Heterogenität der Lernvoraussetzungen der Studierenden angemessen umzugehen, und mehr denn je ethische Fragen aufzugreifen und eine globale Perspektive einzunehmen.

Petra Kolip und Oliver Razum verdeutlichen diese Herausforderungen am Beispiel der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Dabei geht es ihnen einerseits um den disziplinären Zuschnitt und das Selbstverständnis, andererseits aber auch um die Verortung der Fakultät im politischen Raum, denn die Fakultät für Gesundheitswissenschaften stehe vor einer interessanten Entwicklung: Zwar habe sich die Prognose, dass sich ein Public-Health-Standort dann besonders gut entfalten könne, wenn es vor Ort keine Medizin-Fakultät gebe, erfüllt, aber genau eine solche Medizin-Fakultät mit rund 100 neuen Professuren würde nun in Bielefeld entstehen. Zwar seien die erbitterten Grabenkämpfe zwischen Medizin und Sozialwissenschaften abgekühlt, es bleibe aber gleichwohl interessant, wie die vorhandenen Mittel für Forschung und Lehre in Bielefeld perspektivisch verteilt würden.

B. Public Health als Praxis

Zu Beginn dieses Abschnittes thematisiert *Thomas Altgeld* die Phänomene ‚Präventionsparadox‘ und ‚Präventionsdilemma‘, wenn er konstatiert, dass viele Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderungsprojekte nach wie vor nur Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Bildungsniveau und Einkommen erreichten. Viele der Angebote seien durch ihren Kontext oder ihre Struktur oft indirekt mittelschichtorientiert. Insgesamt brauche Gesundheitsförderung und vor allem auch die Primärprävention eine neue Leitidee, die nicht besserwisserisch oder ‚volksbeglückend‘ daherkomme, sondern die Lebensentwürfe und -wirklichkeiten von Menschen ernstnehme. Dazu bedürfe es weiterhin einer verbesserten Dialogbereitschaft und -fähigkeit von Praktiker*innen sowie ganz grundsätzlich ein Denken in Dialog, Partizipation und sozialen Räumen.

Gleichwohl, so betonen *Peter von Philipsborn und Karin Geffert*, habe das Schaffen gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen wesentlich zur Erhöhung der Lebenserwartung und zum Rückgang der Krankheitslast beigetragen. Der Beitrag stellt zentrale Konzepte und Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene vor: vom sozioökologischen Modell über den Ansatz

von Gesundheit in allen Politikbereichen bis hin zum Konzept der planetaren Gesundheit. Dabei setze Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene an den sozialen, politischen und kommerziellen Determinanten von Gesundheit an und erfordere oft auch politisches Handeln in anderen Politikbereichen. Hier könnten sich Public-Health-Fachkräfte in ihrer Rolle als Anwält*innen für die Gesundheit einbringen und so zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen beitragen.

Im Anschluss widmen sich *Gesine Bär und Ina Schaefer* den neueren Community-Ansätzen und der partizipativen Forschung. Der Beitrag stellt drei unterschiedliche Ansätze von Community Health vor: 1) einen epidemiologischen, auf Bevölkerungsgesundheit orientierten Ansatz, 2) eine differenzsensible Interventionswissenschaft und 3) einen Ansatz, der auf gemeinsamen Identitäten bzw. Interessenlagen ohne Ortsbezug abstellt. Insgesamt plädieren die Autorinnen für mehr konzeptionelle Klarheit und theoretische Fundierung und zeigen das Potenzial partizipativer Forschung insbesondere auch für die Armutsforschung auf.

Für ‚Public Health als kommunale Sorgeskultur‘ insbesondere auch mit Blick auf die Sorge am Lebensende plädieren *Klaus Wegleitner, Andreas Heller und Patrick Schuchter*. Einer solchen kommunalen Sorgeskultur habe es dabei darum zu gehen, Sorge nicht (zumindest nicht vordringlich) von den Organisationen der Versorgung her zu denken, sondern von den alltäglichen Lebens- und Beziehungszusammenhängen der Bürger*innen. In den Vordergrund auch entsprechender ethischer Überlegungen träten nicht pflegerische oder medizinische Fragen, sondern die Sorgebedürftigkeiten in den lokalen Sorgenetzen. Solche ethischen Verständigungen seien – in Analogie zur präventiven Perspektive der Gesundheitsförderung – „weniger im Modus einer Notfallethik, sondern vielmehr im Modus einer Alltagsethik zu prozessieren.“

Die folgenden drei Beiträge nehmen sodann die evidenzbasierte Public Health in den Blick: Dabei wenden sich *Peter von Philipsborn und Eva Rehfuess* zunächst sehr grundsätzlich der evidenzbasierten Public Health (EbPH) zu: Sie definieren den Begriff, skizzieren die Grundprinzipien und beschreiben das Vorgehen der EbPH. Deutlich wird dabei insbesondere auch, dass die Besonderheiten von Public Health eine größere Methodenpluralität im Vergleich zur evidenzbasierten Medizin erfordern. Würde EbPH so umgesetzt, könne sie dazu beitragen, den Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit wirksam zu begegnen und die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu fördern.

Ernst von Kardorff geht im Anschluss dann auf konzeptionelle und methodische Grenzen von EbPH ein, die er angesichts zu wenig reflektierter normativer

Prämissen auch als Kritik an der Illusion wissenschaftlicher Objektivität formuliert. Seine kritischen Anmerkungen richten sich konkret auf folgende Punkte: a) die methodische Engführung des Evidenzbegriffs, b) die rhetorischen und publikationszentrierten Disziplinierungsversuche der Scientific Community, c) die legitimatorischen Strategien, mit denen EbPH im Feld der Gesundheitspolitik eine hegemoniale Stellung zu erreichen versucht, d) die an die Öffentlichkeit gerichtete Botschaft von vermeintlich neutralen und ‚objektiven‘ Informationen sowie e) den unhinterfragten Trend zu einer ‚Gesundheitsgesellschaft‘.

Susanne Hartung plädiert in ihrem Beitrag dafür, die Evidenzbasierte Public Health (EbPH) durch eine Praxisbasierte Evidenz (PbE) zu ergänzen. Praxisbasierte Evidenz (PbE) wird dabei als ein Ansatz verstanden, bei dem Wirkungsnachweise, die in der alltäglichen und routinierten Praxis erbracht werden, systematisch generiert und bewertet werden. Im Beitrag werden die Idee von PbE und die Notwendigkeit ihrer Berücksichtigung in Public Health erläutert, Ansätze der Generierung von PbE vorgestellt, Anforderungen an eine PbE-Datenbank benannt und ein Bewertungsraster für PbE vorgestellt. Insgesamt zeigt sich, dass PbE als ein wichtiger Baustein im Kontext von Wirksamkeitsnachweisen und damit für die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit ist.

Zum Abschluss dieses Bereichs diskutiert *Karl Kälble* aus einer professionssoziologischen Perspektive die Frage, ob und inwieweit sich die Multidisziplin Public Health in einem Prozess der Verberuflichung bzw. der Professionalisierung befindet und ihr ein Berufs- oder Professionscharakter attestiert werden kann. Sein Ergebnis ist, dass sich Public Health zwar in der Forschung und in der akademischen Public Health-Ausbildung erfolgreich institutionalisieren konnte, nicht aber als ein spezifischer Berufsstand oder gar eine monopolistische Zuständigkeit für einen bestimmten Tätigkeitsbereich im Sinne einer Profession. Auch für die Zukunft sei die Entwicklung eines eigenständigen Berufsfeldes aufgrund der heterogenen Aufgabengebiete von Public Health unwahrscheinlich.

C. Das Verhältnis von Public Health und Politik

Die Frage zum Verhältnis von Public Health und Politik beantwortet *Thomas Gerlinger* dahingehend, dass Wissenschaft und Politik im Selbstverständnis von Public Health aufs engste miteinander verknüpft seien. Insoweit existierten auf dem Gebiet von Public Health vielfältige Formen wissenschaftlicher Politikberatung. Gleichzeitig sei dieses Verhältnis von Wissenschaft und Politik ein schwieriges, wobei Gründe dafür durchaus auf beiden Seiten lägen. Denn beide nähmen jeweils eigene Problemperspektiven ein und unterlägen eigenen Handlungslogiken, die eine Transformation von wissenschaftlicher Expertise in die Praxis erschwerten. So würden z. B. die Chancen, dass wissenschaftliche Befunde

Eingang in das politische Handeln fänden, in dem Maße sinken, wie die Implikationen dieser Befunde im Widerspruch zu gewichtigen (etwa ökonomischen) Interessen relevanter Klientelgruppen politischer Entscheidungsträger stünden.

Im folgenden Beitrag diskutiert *Regina Brunnett* das Thema ‚Public Health als Biopolitik‘, wobei zunächst insbesondere ‚Old Public Health‘ (Sozialmedizin und Sozialhygiene) als paradigmatisches Beispiel für Foucaults Konzept der Bio-Politik analysiert wird. Im Anschluss präzisiert die Autorin den Begriff der ‚Normalisierung‘, um auf diese Weise das Konzept Bio-Politik für gesellschaftliche Analysen der Gegenwart nutzbar zu machen. Schließlich werden einige aktuell relevante Mechanismen biopolitischer Normalisierung durch ‚New Public Health‘ skizziert, wobei der Fokus auf der Digitalisierung von Gesundheit liegt.

Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung ist das Thema von *Bettina Schmidt*. Zentral ist für die Autorin dabei der Befund, dass der als gesundheitsdienlich geltende Lebensstil mit dem bevorzugten Lebensstil der gehobenen Soziallagen übereinstimme. Dies liege vor allem darin begründet, dass diese gehobenen Soziallagen über mehr Ressourcen verfügten, ihren Lebensstil als den ‚wahren‘ gesundheitsdienlichen Lebensstil zu propagieren. Es sei daher nicht verwunderlich, dass Public Health-Maßnahmen mehrheitlich verhaltens- statt verhältnisorientiert ausgerichtet seien. Vor diesem Hintergrund sei es von großer Bedeutung, dass Public Health die normativen Setzungen in Bezug auf Gesundheit kritisch reflektiere. Um vor allem auch die sozialen Verhältnisse in den Blick zu nehmen, dürfe sich eine professionelle Public Health-Arbeit nicht damit begnügen, vulnerable Personen zu mehr persönlicher Gesundheitsverantwortung zu empower, sondern sie müsse vor allem auch relevante Entscheidungsträger zu mehr gesellschaftlicher Gesundheitsverantwortung befähigen.

Darauf geht sodann *Raimund Geene* genauer ein, wenn er sich dem WHO-Konzept ‚Health in All Policies‘ (HiAP) widmet, das als Leitbild allen politischen und gesellschaftlichen Handelns mit dem Ziel gesunder Lebensbedingungen verstanden werden kann. Ziel sei es dabei, dass Gesundheitsförderung in ein synergetisches Wechselverhältnis mit anderen Politikzielen (Bildung, Produktivität, soziale Kohäsion, Gleichberechtigung etc.) trete, um u. a. die Erhöhung der Gesundheitschancen bei sozial Benachteiligten zu erreichen. Der Autor illustriert zahlreiche ermutigende Beispiele für die Politik, reflektiert aber auch die Gefahren, die z. B. in Normierung und Stigmatisierung liegen können. Gerade im Rahmen der Infektionsprävention mit Blick auf COVID-19 habe Gesundheit als ‚Health First‘ eine bislang beispiellose Umsetzung erlebt, die aber auch Paradoxien und Nebenwirkungen produziert habe, was wiederum ihre Legitimität infrage stelle. Insbesondere in Deutschland müsse dies „mit höchster Aufmerksamkeit verfolgt werden, denn die Politik von Sozialhygiene und Volksgesundheit

ist in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert stufenweise zu einer Politik der Rassenhygiene mutiert, die schließlich im Nationalsozialismus als Legitimation von Massenmorden beispielsweise an Menschen mit Behinderungen (als ‚Euthanasie‘ beschönigt) führte.“

Für *Rainer Müller* († 2019) und *Joachim Larisch* ergibt sich die politische Dimension der Gesundheitswissenschaften aus dem gesellschaftlichen Diskurs über Gesundheit und Wohlbefinden. Indem Gesundheit als individuelles Vermögen interpretiert werde, sich den im Lebenslauf verändernden Anforderungen anzupassen, seien Gesundheit und Wohlbefinden gesellschaftlich geformt und hätten so betrachtet immer auch eine politische Dimension. Allerdings habe die öffentliche Kommunikation (nicht zuletzt aufgrund der Expansion des Internets) einen Strukturwandel erfahren, sodass eine gesellschaftliche Akzeptanz gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen nicht mehr vorausgesetzt werden könne. Ohne eine transdisziplinäre ‚konzertierte Aktion‘ der beteiligten Fachdisziplinen, so die Autoren, seien diese Herausforderungen kaum zu bewältigen.

Um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, so *Benjamin Wachtler* und *Nadja Rakowitz*, müsse sich Public Health mit den politisch-ökonomischen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen, die eigene wissenschaftliche Praxis kritisch reflektieren und sich politisch klar für soziale Gerechtigkeit positionieren. Dies wiederum könne nur gelingen, wenn Public Health seine grundlegenden gesellschaftlichen Bedingungen theoriegeleitet analysiere. Am Beispiel der ökonomisierten Gesundheitsversorgung einerseits und der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit andererseits wird diskutiert, welche Anforderungen diese Problematiken an Public Health stellen und welche möglichen Lösungsansätze gefunden werden können. Es werden internationale epidemiologische Theorien vorgestellt, die nachhaltige Antworten auf drängende Gesundheitsprobleme liefern könnten.

Inwiefern Gesundheit als Brücke zwischen Gesellschaftskritik und Gerechtigkeitstheorie fungieren kann, loten *Uwe Bittlingmayer*, *Florian Schumacher* und *Gökçen Yüksel* aus und plädieren „für eine Neuauflage des interdisziplinären Materialismus aus dem Geist von Public Health.“ Die Autor*innen beziehen Public Health, sozialwissenschaftliche Gesellschaftstheorie und Politische Theorie aufeinander und diskutieren den Capabilities-Ansatz als gerechtigkeitstheoretische Rahmung von Gesundheitsförderung. Vor diesem Hintergrund konkretisieren sie abschließend die Idee von Gesundheit als Brücke zwischen Gesellschaftstheorie, Zeitdiagnose, Ungleichheits- und Herrschaftsforschung und Gerechtigkeitstheorie.

Die beiden letzten Beiträge widmen sich der neuen Situation, die seit Anfang 2020 durch die Corona-Pandemie entstanden ist und sich weiter kontinuierlich verändert. Zunächst konstatiert *Joachim Larisch*, dass auch weiterhin der exponentielle Anstieg der Infektionen die gesundheitlichen Versorgungssysteme einiger besonders betroffener Staaten zu überfordern drohe. Dabei führten die Maßnahmen, die zur Verlangsamung der Ausbreitung führen sollen, zu erheblichen Wohlfahrtsverlusten, wobei eine globale Diskussion über die Verwendung der (knappen) gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen in der Pandemie ebenso wenig erkennbar sei wie die Erörterung drängender ethischer Fragen. Insofern sei eine globale Perspektive für Public Health und die Gesundheitswissenschaften angesichts dieser Pandemie dringend geboten.

Im Anschluss befassen sich *Friedrich Schorb und Henning Schmidt-Semisch* mit der Frage, inwieweit ein punitiver Umgang mit gesundheitsabträglichem Verhalten im Kontext der Pandemie Raum greift. Dabei konstatiert der Beitrag die Brüchigkeit der vermeintlich eindeutigen Zuordnung, dass Krankheit behandelt und Kriminalität bestraft wird: Mit Verweis auf das Konstrukt der ‚Gesundheits-Devianz‘ wird gefragt, inwieweit dieses Konstrukt es legitimiert, sich auch im Gesundheitsbereich punitiver, also rigider und strafender Reaktions- und Präventionsmuster zu bedienen. Dazu wird aufgezeigt, wie es zur Aufweichung des Konsenses, Kranke nicht zu bestrafen, kommen konnte, um im Anschluss zu diskutieren, was unter Punitivität im Gesundheitsbereich zu verstehen sein könnte. Die Überlegungen werden dabei insbesondere am Beispiel des gegenwärtigen gesellschaftlichen Umgangs mit der Corona-Pandemie ausgeführt.

Abschließend möchten wir uns bei den Autorinnen und Autoren dieses Bandes bedanken, ohne deren Arbeit und Geduld dieses Buch nicht hätte realisiert werden können. Auch wenn wir uns bewusst sind, dass die hier behandelten Themen und Aspekte auch anders hätten ausgewählt und überdies noch um zahlreiche weitere hätten ergänzt werden können, so hoffen wir doch, dass die vorliegenden Beiträge Anlass sind für weitergehende Diskussionen und Reflexionen.

Literatur

- Badura, B. (1994). Public Health: Aufgabenstellungen, Paradigmen, Entwicklungsbedarf. In D. Schaeffer, M. Moers & R. Rosenbrock (Hrsg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen* (S. 55–71). Berlin: wzb.
- Bauer, S., Heinemann, T., & Lemke, T. (Hrsg.) (2017). *Science and Technology Studies: Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Fischer, A. (1913). *Grundriss der Sozialen Hygiene: Für Mediziner, Nationalökonomten, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer*. Berlin: Verlag von Julius Springer.

- Flügel, A. (2012). *Public Health und Geschichte: historischer Kontext, politische und soziale Implikationen der öffentlichen Gesundheitspflege im 19. Jahrhundert*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Grotjahn, A. (1912). Soziale Hygiene (Definition). In A. Grotjahn & I. Kaup (Hrsg.), *Handwörterbuch der Sozialen Hygiene Band 2* (S. 410–412). Leipzig: Verlag von F.C.W. Vogel.
- Hoekstra, D., Gerhardus, A., & Lhachimi, S. (2019). *Priorisierung von Forschungsthemen für Public Health. Ausgewählte Ergebnisse für Public Health*. Bremen.
- Hurrelmann, K., & Laaser, U. (Hrsg.) (1993). *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K., & Razum, O. (2012). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Louis, E. (2019). *Wer hat meinen Vater umgebracht*. Berlin: S. Fischer Verlag.
- Metzl, J. M. (2019). *Dying of Whiteness: How the Politics of Racial Resentment is Killing America's Heartland*. Hachette UK.
- Nassehi, A. (2008). *Soziologie: zehn einführende Vorlesungen*. Wiesbaden: Springer.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. (2015). *Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*. Halle (Saale).
- Razum, O., & Dockweiler, C. (2015). GeneralistInnen oder SpezialistInnen? Interdisziplinarität und fachliche Differenzierung innerhalb von Public Health in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 77(11), 831–833.
- Schnabel, P.-E. (2015). *Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften. Wege, Anschlussstellen, Kompatibilitäten*. Weinheim: Beltz Juventa
- Schott, T., & Kolip, P. (1994). Qualifizierungsziele der Public-Health-Studiengänge an deutschen Universitäten. In D. Schaeffer, M. Moers & R. Rosenbrock (Hrsg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen* (S. 203–225). Berlin: Edition Sigma.
- Schrecker, T., & Bamba, C. (2015). *How politics makes us sick: Neoliberal epidemics*. New York: palgrave macmillan.
- Stichweh, R. (2013). *Wissenschaft, Universität, Professionen, Soziologische Analysen*. Neuauflage von 1994. Bielefeld: transcript.
- Vollmer, G. (2010). Interdisziplinarität – unerlässlich, aber leider nicht möglich? In M. Jungert, E. Romfeld, T. Sukopp & U. Voigt (Hrsg.), *Interdisziplinarität: Theorie, Praxis, Probleme* (S. 47–75). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*. Berlin: Haffmans & Tolkemitt.

A. Public Health als Disziplin – Disziplinäre Zugänge