

Michael Noweski

Zur Ausreifung des  
Politikfeldes Public Health

Discussion Paper SP I 2010-302

August 2010

**Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)**

Forschungsschwerpunkt:  
**Bildung, Arbeit und Lebenschancen**

Forschungsgruppe  
**Public Health**

<http://www.wzb.eu/bal/ph/>

E-Mail: [michaelnoweski@gmx.de](mailto:michaelnoweski@gmx.de)

© Michael Noweski, WZB

**Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialfor-  
schung gGmbH (WZB)**

**Social Science Research Center Berlin (WZB)**

Schwerpunkt:  
**Bildung, Arbeit und Lebenschancen**

Research Area:  
**Education, Work, and Life Chances**

Forschungsgruppe:  
**Public Health**

Research Group:  
**Public Health Policy**

Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin  
Telefon: +49 30 25491-0, Fax: +49 30 25491-684  
<http://www.wzb.eu>

## **Zusammenfassung**

Der Begriff Public Health bezeichnet die Wissenschaft und die Praxis der Primärprävention, also einen spezifischen Bereich der Gesundheitswissenschaften, sowie ein neu entstehendes Versorgungssystem neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege. Diese neuen Strukturen konsolidieren sich schrittweise. Der vorliegende Aufsatz plädiert dafür, Public Health als ein werdendes Politikfeld wahrzunehmen, dessen Aufbau systematisch voranzutreiben ist.

## **Abstract**

As the theory and practice of primary prevention, public health is a defined field of health science and an emerging health care delivery system alongside curative medicine, rehabilitation and long-term care. As these new structures gradually take shape public health needs to be recognized as an up-and-coming policy field and developed systematically.



## Inhaltsverzeichnis

1	Orientierungsanstrengungen auf drei Ebenen.....	1
2	Public Health als Politikfeld.....	2
3	Absprossung von der Medizin.....	3
4	Konsolidierung von Wissensbeständen.....	4
5	Politische Organisation .....	7
6	Verrechtlichung.....	9
7	Materielle Reproduktion.....	11
8	Schluss.....	14
	Literatur .....	15



## 1 Orientierungsanstrengungen auf drei Ebenen

Public Health<sup>1</sup> entwickelt seit einigen Jahren eine selbstreflexive Ebene. Ausgangspunkt des Nachdenkens über sich selbst ist die Implementationsforschung und die Frage, wie man in der Gesellschaft wirksam sein kann.<sup>2</sup> Hierin wird Public Health in Interaktion mit einer gesellschaftlichen Umwelt beschrieben. Die Unterscheidung von Public Health und dessen Umwelt ermöglicht die Analyse der Wechselbeziehungen zweier Systeme<sup>3</sup> und der Relevanz von Public Health als Element der Gesellschaft. Es sind die folgenden zwei Fragen aufgeworfen: Was ist Public Health? Was soll Public Health?

Diese Fragen können von zwei Standorten aus beantwortet werden; von jenem des aktiven Teilnehmers und jenem des passiven Beobachters. Der Teilnehmer muss zunächst für sich selbst klären, was Public Health ist und welchen Zweck er damit verfolgt.<sup>4</sup> Da er unter Handlungsdruck steht, sind diese Fragen sofort zu beantworten, wenigstens provisorisch, um orientiert und damit entscheidungs- und handlungsfähig zu sein (Theoriebildung). Alsdann stellt sich das Problem der Vermittlung an den Beobachter. Dieser wartet darauf, überzeugt zu werden, dass Public Health sein Leben bereichert. Diesen Nachweis hat der Anbieter zu führen. Dieser versucht gedanklich die Position des Außenstehenden einzunehmen und hinterfragt im Lichte dessen Bedürfnisstrukturen und Relevanzkriterien Public Health mit Hilfe der Epistemologie<sup>5</sup> und Dekonstruktion. Das Ergebnis dieser Analyse ist eine Abstraktion der Theorie von Public Health. Diese Metatheorie ist weniger subjektiv und normativ, weil sie um Sondermerkmale, die aus Biografien und sozialen Bezügen der Theoretiker resultieren, bereinigt wurde. Auf dieser Ebene sollen Vergleiche mit anderen Disziplinen möglich werden und die Sinnfrage ohne Vorbedingungen gestellt werden können.<sup>6</sup> Public Health ist langfristig vor die Aufgabe gestellt, neben dem eigenen Theoriebestand auch eine Metatheorie zu entwickeln, um orientiert zu sein, in welcher Weise es welche Erwartungen erfüllen soll. Zu fragen ist, welchen Beitrag Public Health als Element der Gesellschaft zum Gelingen selbiger leistet.<sup>7</sup> Von der Antwort hängen Akzeptanz und Fortbestehen ab, erst recht heute, da ein allgemeiner Trend zur Ökonomisierung die Eigenlogiken der gesellschaftlichen Subsysteme in Frage stellt.<sup>8</sup>

---

<sup>1</sup> Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen die in ihrer Selbstbezeichnung den Begriff Public Health führen, oder einen als Äquivalent betrachteten Begriff verwenden, wie vielfach Gesundheitswissenschaften oder Prävention; je nach weitem oder engem Begriffsverständnis mit oder ohne Schnittmenge zu den Akteursnetzwerken der Pflege, Rehabilitation, Psychologie, Pädagogik oder Medizin.

<sup>2</sup> Z. B. Michelsen 2007; McQueen 2008.

<sup>3</sup> Weaver-Hightower 2008.

<sup>4</sup> Z. B. Rosenbrock 2008.

<sup>5</sup> Z. B. zur Medizin Toulmin 1976, 49f.

<sup>6</sup> Weinstein und Weinstein (1992, 141) unterscheiden die Abstrahierung der Theorien als Metatheorie und die Diskussion der Sinnfrage als Philosophie des jeweiligen Gegenstandes. Letztere wird aber als Bestandteil des Metatheoretisierens aufgefasst.

<sup>7</sup> Vgl. Haag et al. (1973, 172), die Sozialarbeit „in den Dienst historischer Vernunft“ zu stellen suchen.

<sup>8</sup> Z. B. Buestrich et al. 2008.

Neben der Klärung, was mit welchen Mitteln zu wessen Wohlfahrt erreicht werden soll, ist schließlich die Entwicklung und Verstetigung von immateriellen und materiellen Institutionen zu diskutieren und zu konzeptualisieren.<sup>9</sup> Neben der Theorie und der Metatheorie besteht hierin eine dritte Ebene der Orientierung (Abbildung 1), die im Folgenden skizziert werden soll.

Abbildung 1: Drei Orientierungsebenen

Orientierungsebene	Fragestellung
Theorie	Was soll erreicht werden und welche Mittel eignen sich zu dessen Verwirklichung?
Metatheorie	Welcher Beitrag zur gelungenen Gesellschaft <sup>10</sup> soll geleistet werden?
Politikfeldmanagement	Welche Institutionen sind erforderlich und wie können diese etabliert werden?

Quelle: eigene Darstellung

## 2 Public Health als Politikfeld

Wenn die Reflektion über Public Health sowohl Theorie, Metatheorie als auch Politikfeldmanagement zum Ziel hat, erfordert sie die Analyse eines komplexen Systems, das sich in mindestens drei funktionale Subsysteme einteilen lässt: ein praktisches (Versorgungssystem und Profession), ein wissenschaftliches (Wissenschaft bzw. Disziplin) und ein politisches (Politik inklusive Bewegung). Diese drei Akteursnetzwerke sind gleichermaßen thematisch mit Public Health befasst, jedoch eigenständig organisiert. Um die Formulierung dessen, was Public Health ist und sein soll, also den Public Health-Diskurs, in Gänze zu erfassen, sind diese drei Subsysteme im Blick zu behalten. Für diese umfassende Sicht kann Public Health als Politikfeld<sup>11</sup> bezeichnet und analysiert werden.<sup>12</sup> Nimmt man diese Perspektive ein, stehen jegliche sozialwissenschaftliche Theorien zur tiefer gehenden Analyse zur Verfügung. Als die wichtigsten seien hier die Wissenschaftsforschung, die Bewegungsforschung, die Verrechtlichungsforschung und die Professionalisierungsforschung<sup>13</sup> erwähnt.

<sup>9</sup> Brown et al. 2010.

<sup>10</sup> Konsensfähigster Modus des Zusammenlebens bei bestmöglicher Vermitteltheit der Elemente der Gesellschaft.

<sup>11</sup> Das Politikfeld ist Ort der Vorbereitung und Aushandlung kollektiv verbindlicher Entscheidungen als Prädiktoren individueller und kollektiver Handlungen auch jenseits des Regierungssystems.

<sup>12</sup> Exemplarisch Fairchild et al. 2010.

<sup>13</sup> Khoury 1980.



### 3 Absprossung von der Medizin

Ursprung der Definition von Public Health ist die Kritik an der alten Praxis der Medizin: Zuerst durch die Bevölkerungsmedizin (erste neue Norm: Bevölkerungsbezug), dann durch die Psychosomatik (zweite neue Norm: erweiterter Gesundheitsbegriff), dann durch die Sozialwissenschaften und Arbeiterbewegung (dritte neue Norm: Bekämpfung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen), dann durch die Medizinkritik der sechziger und siebziger Jahre (vierte neue Norm: Emanzipation). Diese Distanzierung von der klinischen Individualmedizin vollzog sich auf drei Schauplätzen – dem Versorgungssystem, dem Wissenschaftssystem und dem politischen System.<sup>14</sup> Da sich Public Health normativ bereits vor Jahrzehnten verselbstständigte, ist es folgerichtig, die Absprossung von der Medizin nun auch institutionell zu vollziehen und die Entflechtung in Versorgung, Wissenschaft und Politik voranzutreiben. Nur so wird es möglich, die Rivalität der Fraktionen<sup>15</sup> zu externalisieren und ein kohärentes Netzwerk zu etablieren, das Arbeitsroutinen entwickeln kann, weil das Mindestmaß an Übereinstimmung, das zur Kooperation und Arbeitsteilung erforderlich ist, auf diese Weise gewährleistet werden kann.<sup>16</sup> Dieses „Bouding“ von Public Health erfordert auch die Abgrenzung gegenüber der Sozialmedizin.<sup>17</sup>

Unstrittig ist, dass wissenschaftliche und versorgungspraktische Kooperationen zwischen Sozialmedizin und Public Health geboten sind. Die Ausbildung des letzteren Politikfeldes ist jedoch behindert, wenn analytisch nicht zwischen beiden Systemen unterschieden wird<sup>18</sup> und institutionelle Verflechtungen nicht aufgelöst werden<sup>19</sup>. Die Absprossung von Public Health von Medizin und Sozialmedizin bleibt unvollständig, solange Public Health als Synonym für Gesundheitsforschung in allen sektoralen Verästelungen gebraucht wird,<sup>20</sup> solange neben nichtmedizinischen auch medizinische Interventionskonzepte sowie klinische Forschung hierunter gefasst werden<sup>21</sup> und solange in

---

<sup>14</sup> Noweski 2009a, 13.

<sup>15</sup> Vgl. Underhill 1992.

<sup>16</sup> Vgl. Collins 1989, 137.

<sup>17</sup> Waller/Trojan 1996, 172.

<sup>18</sup> Schwartz (2003, 5f.) ersetzt in seinem Konzeptualisierungsversuch von Public Health lediglich Bevölkerungsmedizin/Sozialmedizin durch das neuere Label.

<sup>19</sup> In der Medizin besteht seit dem 19. Jahrhundert, seit der enormen Ausdifferenzierung in Teildisziplinen, ein Unbehagen bezüglich der Fragmentierung des Berufsstandes und bei einigen Angehörigen romantische Einheitsbestrebungen. Versuche, absprossende Teildisziplinen zu reintegrieren (z. B. White 1991) sind jedoch ahistorisch und behindern die Entwicklung der Arbeitsteilung.

<sup>20</sup> Badura et al. 2001a, 296.

<sup>21</sup> Schröder 2006. In den USA herrscht ebenfalls noch der globale Begriff von Public Health vor, der die Bevölkerungsmedizin einschließt. Z. B. Lasker/Committee on Medicine and Public Health 1997: "The distinguishing feature of the public health perspective is that it focuses on populations – assessing and monitoring health problems, informing the public and professionals about health issues, developing and enforcing healthprotecting laws and regulations, implementing and evaluating populationbased strategies to promote health and prevent disease, and assuring the provision of essential health services. The broad range of professionals involved in public health includes nurses, sanitarians, physicians, epidemiologists, statisticians, health educators, environmental health specialists, industrial hygienists, food and drug inspectors, toxicologists, laboratory technicians, veterinarians, economists, social scientists,

der Medizin tradierte Paradigmen, wie die Fokussierung auf das Individuum und Verhaltensprävention<sup>22</sup>, von der Spezifik dessen, was als „New Public Health“ gelten kann, wegführen.

#### 4 Konsolidierung von Wissensbeständen

Gewissheit darüber, was in welcher Weise zu tun ist, besteht in jungen Politikfeldern nur eingeschränkt. Dies betrifft alle Beteiligten, ob es sich um Mitglieder einer Profession<sup>23</sup>, einer Disziplin oder um politische Akteure handelt. Die Formulierung der Aufgaben bzw. Rollen in diesen drei Gruppen erstreckt sich für gewöhnlich über Jahrzehnte.<sup>24</sup>

Public Health steht diesbezüglich noch am Anfang des Prozesses. Im Wissenschaftssystem hinterlässt die Rede von einer „Multidisziplin“<sup>25</sup>, einem „Forschungsfeld“ oder einem „interdisziplinärem Gebiet“<sup>26</sup> einen amorphen Sammelbegriff, der vielfältige Forschungsaktivitäten als zugehörig reklamiert. Die Definition von Public Health als Disziplin fördert dies nicht, weil unbegrenzte Offenheit keine Verortung ermöglicht, keinen Raum zuweist, keine Eigenständigkeit zulässt, die Theoriebildung und Methodenentwicklung zum Service für ältere Disziplinen gerät. Die wissenschaftspraktische Folge ist ein Eklektizismus, der im Vergleich zu älteren und konsolidierteren Forschungstraditionen beliebig wirkt und zusätzliche Rechtfertigungszwänge schafft, die durchaus noch nicht hinreichend beantwortet werden konnten.<sup>27</sup> Daher scheint es Hochschulen gegenwärtig auch leichter zu fallen, Lehrstühle für Gesundheitsmanagement einzurichten, die sich monoparadigmatisch auf klassisch ökonomische Konstrukte stützen. Die freundliche Einladung von Public Health zur disziplinenübergreifenden Kooperation wird von normativ nahestehenden Forschern zwar angenommen, doch in der vorliegenden Form ist unklar, woran sich anknüpfen lässt, wenn man sich auf Public Health einlässt.<sup>28</sup> So bedingen sich Eklektizismus und lediglich lose und nicht belastbare interdisziplinäre Kooperation wechselseitig.

Dennoch konsolidieren sich Wissensbestände. Wachsender Konsens zeigt sich bei

- der Definition von Schlüsselbegriffen,
- der Formulierung der Aufgabenstellung,
- der Etablierung von Normen,

---

attorneys, nutritionists, dentists, social workers, administrators, and managers. They work not only in governmental agencies, but also in clinics, health centers, academic institutions, and community-based organizations.”

<sup>22</sup> Pfaff 2006.

<sup>23</sup> Vgl. Schütze 1992, 146: „Der Umstand, daß Sozialarbeit sich nicht auf einen völlig eigenständigen, maßgeblich eigenproduzierten und eigenkontrollierten abgegrenzten höhersymbolischen Sinnbezirk zur Selbststeuerung und Reflexion ihrer Berufsarbeit zurückziehen kann, bewirkt – ganz allgemein gesprochen – eine verstärkte Wirksamkeit der Paradoxien professionellen Handelns in ihrem Tätigkeitsbereich.“

<sup>24</sup> Brooks/Kleine-Kracht 1983.

<sup>25</sup> Flick 2002, 3.

<sup>26</sup> Haisch et al. 1999, 317.

<sup>27</sup> Vgl. die Topografie bei Kaba-Schönstein/Kälble (2000, 197) basierend auf Sozialer Arbeit, Medizin und Pflege, in der Public Health als nicht näher verortete Subkategorie erwähnt wird (201ff.).

<sup>28</sup> Homfeldt/Sting 2006, 11ff.

- der Theorieentwicklung,
- der Konzeptualisierung der Sozialtechnologien
- und der Aufarbeitung der Historie.

Nachdem zentrale Begriffe der Analyse und Anwendung von Public Health über einige Jahre diskutiert wurden<sup>29</sup> und sich nunmehr in Hand- und Lehrbüchern niederschlagen,<sup>30</sup> besteht noch einiger Verständigungsbedarf bei der Bestimmung des Relevanzrahmens und der Definition von Public Health selbst – insbesondere was die Disziplin angeht. Die Funktion eines Begriffes erfüllt Public Health bislang nicht, weil keine Unterscheidbarkeit gewährleistet ist. So besteht vielfach noch die Auffassung, es handele sich um ein Synonym für bevölkerungsbezogene Gesundheitswissenschaften, womit jegliche Forschungsrichtung gemeint ist, die sich mittelbar mit sozialen Determinanten von Gesundheit befasst, unter Einschluss von Brückendisziplinen wie der Gesundheitsökonomie.<sup>31</sup> In diesem Sinne könnte Public Health auch als Synonym für Versorgungsforschung gelten.<sup>32</sup> Einigen gilt Public Health schlicht als erweiterte Bevölkerungsmedizin, die sich diverser, z. B. sozialwissenschaftlicher, Hilfswissenschaften bedient, bzw. als eine, der Sozialepidemiologie folgende, anwendungsorientierte, wiederum interdisziplinäre, Interventionsforschung.<sup>33</sup>

Um eine fass- und vermittelbare und im Wissenschaftssystem anerkannte Disziplin auszubilden, ist es erforderlich, die allgemein gültigen Kriterien der Wissenschaftstheorie, die sich um die Merkmale „Spezifik“<sup>34</sup> und „interne Kohärenz“<sup>35</sup> ranken, zu erfüllen.<sup>36</sup> Da augenscheinlich viele Vertreter von Public Health dieser Aufgabenstellung ausweichen, stagniert hier die Disziplinengese<sup>37</sup>, während andernorts nach Lösungen gesucht wird.<sup>38</sup> Eine „chronische Identitätsdiffusion“<sup>39</sup> in offenen Netzwerken kann desorientierenden Identitätsrelativismus nach sich ziehen, der in der Rivalität der Diszipli-

---

<sup>29</sup> Z. B. „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ bei Waller/Trojan 1996.

<sup>30</sup> Haisch et al. 1999.

<sup>31</sup> Busse 1996.

<sup>32</sup> Badura et al. 2001b, 5: „Die Aktivitäten von Public Health/Gesundheitswissenschaften konzentrieren sich auf das Verständnis und die Determinanten von Gesundheit und Krankheit und auf die Fragen der Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsförderung, Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Pflege.“

<sup>33</sup> Frenk 1993.

<sup>34</sup> Rawson 1992.

<sup>35</sup> Fuchs/Turner 1986, 149.

<sup>36</sup> Vgl. Mie<sup>g</sup> 2007, 50: „Während ich gegenwärtig eine reelle Chance sehe, eine Umweltwissenschaft zu formieren, besteht meines Erachtens wenig Aussicht, die generellen Regeln der Wissenschaftspraxis zu ändern. Von daher kann ich einer Umweltwissenschaft nur anraten, sich zu ‚disziplinieren‘, d.h., sich einzuengen im Sinne von: einen klaren Gegenstand zu definieren und sich vom Allgemeinheitsanspruch zu verabschieden; eine Disziplin zu bilden.“ Zum noch überdehnten Allgemeinheitsanspruch von Public Health z. B. Badura et al. 2001b und Busse 1996.

<sup>37</sup> Kritisch: Ewers 2005, 45.

<sup>38</sup> Willimczik et al. 2009, 30.

<sup>39</sup> Begriff siehe Frey-Wegerich/Mühlum 1997, 23.

nen um Deutungsmacht<sup>40</sup> von Nachteil wäre.<sup>41</sup> Das Bounding von Praxis und Disziplin<sup>42</sup> zu forcieren, scheint daher geboten.

Als Aufgabe der Praxis von Public Health ist die Gesundheitsförderung identifiziert worden. Dieser Handlungsrahmen ist gleichwohl problematisch, weil er seinen historischen Ursprung in der Sozialhygiene hat und sowohl neben nichtmedizinisch-primärpräventiven noch immer medizinisch-kurative Interventionen einschließt.<sup>43</sup> Gesundheitsförderung bleibt damit ein sehr unspezifischer Begriff, der viel Gegensätzliches beinhaltet und für die Absprossung neuer Strukturen von der Medizin wenig hilfreich ist. Auch wenn es präventionspolitisch immer beabsichtigt gewesen ist, alle Akteure zu integrieren und keine Interventionsebene und -form auszuschließen, sollte der Begriff Gesundheitsförderung der nichtmedizinischen Primärprävention als konstituierende Funktion und Tätigkeit vorbehalten bleiben.<sup>44</sup> Das tradierte, extrem offen gefasste Verständnis kann durch die Bezeichnungen Gesundheitsschutz oder Gesundheitssicherung abgedeckt werden.

Wissenschaft und Praxis von Public Health definieren Normen, die eine spezifische Zweckbestimmung konkretisieren<sup>45</sup> und darüber Legitimation gegenüber den bereits vorhandenen Professionen und Politikfeldern schaffen. Die konsentierten Normen bestimmen die Relevanzkriterien und Prioritäten der Theoriebildung. Je verbindlicher dieser Handlungsrahmen<sup>46</sup> für die Teilnehmer ist, umso berechenbarer und vertrauenswürdiger ist die Gruppe, auch für ihre Mitglieder selbst. Je kompatibler die Grundsätze dieser Ethik mit den Moralvorstellungen der Umwelt sind, umso größer die Akzeptanz.<sup>47</sup> Die fortschreitende Definition der Normativität von Public Health orientiert also die Gruppe selbst wie auch ihre soziale Umwelt.

Theorien ergänzen normative Ziele und Handlungsrahmen um Analyseinstrumente, die durch Abstraktion der Praxis ein systematisches Bild derselben bereitstellen, und Korrekturen ermöglichen. Theorien können als operationalisierende Ableitung und Fortsetzung der normativen Handlungsorientierung gesehen werden, die sich in Modellen, Methoden, Ansätzen, Instrumenten und schließlich in Maßnahmen ausdifferenziert und konkretisiert.

Theorien legitimieren die jeweilige Disziplin in der Wissenschaftspolitik als eigenständigen Forschungsbetrieb. Wenn die Theoriebildung junger Disziplinen stagniert, droht deren politisches Scheitern.<sup>48</sup> Die Schwierigkeiten von Public Health, eigene Theoriebestände zu entwickeln,<sup>49</sup> sind daher ernst zu nehmen. Es bedarf sowohl der Bil-

---

<sup>40</sup> Donoghue 2003.

<sup>41</sup> Gängler und Schröder (2005, 177) sehen weniger wehrhafte Wissenschaften bedroht: "Transdisziplinarität ist eine Idee starker und großer Disziplinen, die es sich leisten können, mit dem Gedanken derartiger Forschungsfelder zu spielen, auch um kleinere Disziplinen in ihren Sog zu ziehen."

<sup>42</sup> Rosenbrock et al. 1995; vgl. Foster 1975; Coleman 1985.

<sup>43</sup> Terris 1992.

<sup>44</sup> Waller/Trojan 1996, 172.

<sup>45</sup> Faden/Powers 2008; Schnabel et al. 2009, 14ff. Vgl. Werte und Mission der Sozialarbeit bei Bisman 2004.

<sup>46</sup> Wills/Woodhead 2004. Vgl. Berufsethik der Pflege bei Remmers 2000.

<sup>47</sup> Vgl. Durkheim 1991, 61.

<sup>48</sup> Vgl. Aitkin 1985, 30-32.

<sup>49</sup> McQueen 2007.

derung *neuer* komplexer paradigmatischer Modelle der Wirklichkeit, als auch deren Anerkennung und Anwendung durch die Teilnehmer. Ein Indikator für konsolidierte Theoriebestände sind neben ersten Sammelbänden<sup>50</sup> entsprechende Kerncurricula in den Studiengängen<sup>51</sup>.

Im Anschluss und teilweise parallel zur Entwicklung der Theorien vollzieht sich die Konzeptualisierung der Sozialtechnologien, zunächst in der akademischen Diskussion,<sup>52</sup> und schließlich in der Bereitstellung von deren Ergebnissen in Form von Handlungswissen und Instrumenten für die Praxis.<sup>53</sup> Aus der Historie der Medizin ist bekannt, dass sich dieser Prozess über Jahrhunderte erstrecken kann.<sup>54</sup> Im Fall von Public Health scheinen die Akkumulation von Erfahrungswissen und die Auffächerung der Palette von Instrumenten der Versorgungspraxis zügig voranzukommen. Im Gegensatz zur Theorieentwicklung sind hier keine besorgten oder kritischen Kommentare der Teilnehmer festzustellen.

Historische Daten werden vor dem Hintergrund verschiedener Relevanz- und Bewertungskriterien unterschiedlich interpretiert.<sup>55</sup> Somit ist die eigene Geschichtsschreibung ein wesentliches Element der Identitätsbildung von Disziplinen und Professionen.<sup>56</sup> Bei Public Health vollzieht sie gegenwärtig eine Entwicklung, von der Suche nach historischen Vorbildern in der Sozialmedizin,<sup>57</sup> zur Analyse der eigenen Entwicklungs-<sup>58</sup> und Ideengeschichte<sup>59,60</sup>. Die Historie der Primärprävention wird auf der Basis der eigenen Normen neu erzählt und interpretiert.<sup>61</sup>

## 5 Politische Organisation

Auslöser der Entwicklung neuer Politikfelder sind nicht selten neue soziale Bewegungen.<sup>62</sup> In der Historie der Gesundheitspolitik finden sich dazu recht viele Beispiele.<sup>63</sup> Die Bewegungsforschung hat daher eine spezifische Sektion für gesundheitspolitische Aktivismen ausgebildet.<sup>64</sup> Die Analysen zur Bewegung der nichtmedizinischen Primärprävention als Resultat der Medizinkritik sind gleichwohl noch nicht sehr weit gediehen

---

<sup>50</sup> DiClemente et al. 2009.

<sup>51</sup> Zur Vereinheitlichung der zentralen Studieninhalte bei Public Health Dierks/Koppelin 2004.

<sup>52</sup> Z. B. zum „Setting-Ansatz“ Engelmann/Halkow 2008.

<sup>53</sup> Z. B. Niehoff 2008.

<sup>54</sup> Exemplarisch Müller 1968 zur Anamnese.

<sup>55</sup> Leontief 1948.

<sup>56</sup> Am umfangreichsten bei der Medizin. Bei der Sozialpädagogik im Anfangsstadium (Gängler/Schröer 2005).

<sup>57</sup> Moser/Schleiermacher 1996, 23: „Für ein Verständnis des Faches Public Health ist die Kenntnis des deutschen Vorläufers ‚Sozialhygiene‘ unentbehrlich.“

<sup>58</sup> Troschke 1996; Schaeffer et al. 2010.

<sup>59</sup> Bochow 2010. Vgl. zur Pflege Tomey/Allgood 2006 und zur Tiefenpsychologie Wyss 1991.

<sup>60</sup> Berridge 2000.

<sup>61</sup> Steindor 2005.

<sup>62</sup> Duyvendak 1995, 149ff. Vgl. auch die von der Frauenbewegung des beginnenden 20. Jahrhunderts propagierte „geistige Mütterlichkeit“ als Legitimationsfigur und normativer Nukleus der sich dann entwickelnden Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Münchmeier 1999).

<sup>63</sup> Z. B. Brotherston 1952; Barath 1991.

<sup>64</sup> Brown et al. 2004.

und geben vor allem wenig Aufschluss zu deren politischer Potenz.<sup>65</sup> Die deutsche Forschung widmet sich diesem Gegenstand überhaupt noch nicht,<sup>66</sup> obgleich einige zeitgenössische Quellen<sup>67</sup> in den Bibliotheken auffindbar sind und mindestens ein Aufsatz zum Thema vorliegt –<sup>68</sup> wenngleich eine Selbstbeobachtung aus dem Netzwerk selbst. Ob hier eine soziale Bewegung realpolitisch gescheitert ist, oder aufgrund einer untypischen Form, z. B. einer Auffächerung in einzelne Spezialbewegungen, als solche nicht wahrgenommen wurde, oder sich in Latenz befindet, weil die Organisationsfähigkeit durch unzureichende konzeptionelle Kohärenz (s.o.) beeinträchtigt ist<sup>69</sup>, kann hier nicht geklärt werden. Wenn die Etablierung und Ausreifung des neuen Politikfeldes Public Health untersucht werden soll, ist die Existenz einer sozialen Bewegung gleichwohl ein bedeutsames Kriterium, weil von der Mobilisierung politischer Akteure und ihrer Machtressourcen die Institutionenbildung abhängt<sup>70</sup>.

Da keine Analysen zur Gesundheitsbewegung oder der politischen Institutionenbildung von Public Health vorliegen, kann hier lediglich der gegenwärtige Stand der Verbändelandschaft in größten Umrissen dargestellt werden. Zu nennen sind eine Fachgesellschaft zusammen mit der Sozialmedizin<sup>71</sup>, eine eigene Fachgesellschaft<sup>72</sup>, ein Berufsverband<sup>73</sup>, ein Verband für Präventionsträger<sup>74</sup> und jährliche Konferenzen<sup>75</sup>. Kooperationsbeziehungen bestehen zu Gewerkschaften und politischen Parteien, ohne dass diese besonders formalisiert sind oder Einschätzungen zu deren Intensität vorliegen. Die Absprössung von der Medizin ist in der gesamten politischen Organisation noch nicht vollzogen, da man auf die kompetenziellen, materiellen und legitimatorischen Ressourcen vor allem sozialmedizinischer und sozialepidemiologischer Kooperanden angewiesen ist. Gleiches gilt in der Beziehung zu den Pflegewissenschaften. So war es zur politischen Durchsetzung der bislang einzigen gesundheitswissenschaftlichen Fakultät ohne Medizin an einer deutschen Universität in Bielefeld erforderlich gewesen, nichtmedizinische Primärprävention mit Pflegewissenschaften zu kombinieren.<sup>76</sup> Dieses Beispiel zeigt, dass politische Koalitionen zu Erfolgen verhelfen können. Sie geben jedoch auch Angewiesenheit auf Unterstützung zu erkennen. Deshalb sollten sie dem Ziel der Absprössung nachgeordnet und weitsichtig eingegangen werden, um langfristig nicht mehr nur als Ergänzungsqualifikation anderer Berufsgruppen<sup>77</sup> zu gelten.

---

<sup>65</sup> Robertson/Minkler 1994; McIntyre 1992.

<sup>66</sup> Vgl. Roth/Rucht 2008.

<sup>67</sup> Gesundheitsladen Hamburg 1981; Brinkmann/Franz 1982; Dersee 1982; Wunder/Sierck 1982; Gesundheitsladen München 1984.

<sup>68</sup> Göpel 2003.

<sup>69</sup> Vgl. Stevenson/Burke 1991.

<sup>70</sup> Safarzyńska/van den Bergh 2010.

<sup>71</sup> Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

<sup>72</sup> Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH)

<sup>73</sup> Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health e.V. (DVGPH)

<sup>74</sup> Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

<sup>75</sup> Jährlicher Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin.

<sup>76</sup> Rosenbrock et al. 1993.

<sup>77</sup> Vgl. einen Beitrag aus der Medizin, der Public Health als Applikation betrachtet (Stöbel 2008), und einen Beitrag aus Richtung der Rehabilitationswissenschaften, der eine Zusammenarbeit als gleichberechtigte Partner vorschlägt (Brennecke 2002).

Wenn Public Health sich in der politischen Arena<sup>78</sup> als Thema und Player etablieren soll, darf sich seine Professionalisierungsstrategie nicht in Verwissenschaftlichung und Qualifizierung<sup>79</sup> erschöpfen. Notwendig wäre ein wettbewerbsfähiger Verband, der im Stande ist, sich im politischen System zu orientieren<sup>80</sup> und gegenüber relevanten Akteuren Legitimierungsarbeit<sup>81</sup> zu leisten.<sup>82</sup> Der Organisations- und Mobilisierungsfähigkeit kann es zuträglich sein, allen Teilnehmern von Public Health das eigene politische Netzwerk transparent zu machen.<sup>83</sup>

## 6 Verrechtlichung

Die Ausreifung von Politikfeldern vollzieht sich auch durch den Aufbau eines spezifischen Rechtsrahmens. Die Anwendung der neuen Sozialtechnologien muss kodifizierten Geboten und Verboten unterworfen werden, die Verstöße gegen die allgemeine Moral aber auch die politikfeldeigene Ethik verhindern, andererseits die Versorgungsleistungen neuer Berufsgruppen legalisieren und sogar fördern.<sup>84</sup>

Die Verrechtlichung von Public Health wird noch ganz überwiegend als Rechtsgeschichte der Abwehr medizinischer Risiken untersucht.<sup>85</sup> Die Analyse der Entwicklung des Rechtsrahmens der neuen nichtmedizinischen Leistungserbringung ist dagegen noch ganz rudimentär und auf den § 20 SGB V sowie das ausstehende Präventionsgesetz fixiert. Vor allem die Entwicklung und Wirkung der untergesetzlichen Normen, wie der Leitlinien des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung zur Umsetzung des § 20, Satzungen von Verbänden oder Leitlinien von Berufsverbänden, kann aber jetzt schon in Angriff genommen werden. So zeigen sämtliche helfenden und auf persönliche Dienste gerichteten Berufsgruppen Professionalisierungsbestrebungen, die auf Effektivitätssteigerung durch Verregelung gerichtet sind.<sup>86</sup> Diese beginnen als interne und nicht formalisierte Diskussion um Qualitätsdefizite, setzen sich als Erfahrungsaustausch zu Praxisproblemen und deren Lösung fort,<sup>87</sup> führen zu Qualifizierungsinitiativen und Akademisierungsprozessen,<sup>88</sup> zur Formulierung von Regeln für die Leistungserbringung<sup>89</sup> und können schließlich zur Übernahme von öffentlichen Regulierungsfunktionen durch Kammern<sup>90</sup> führen. Der Grad der Formalisierung der sozialen Beziehungen zur Klientel, zu den Berufskollegen und zur umgebenden Öffentlichkeit nimmt

---

<sup>78</sup> Jones/Baumgartner 2005.

<sup>79</sup> Z. B. Pundt 2006a.

<sup>80</sup> Vgl. Noy 2008.

<sup>81</sup> Z. B. Schwartz/Schaeffer 2008; Rosenbrock 1996. Vgl. McGinnis et al. 2002.

<sup>82</sup> Suchman 1995.

<sup>83</sup> Vgl. De Vita et al. 2001.

<sup>84</sup> Nübling 2009.

<sup>85</sup> Moulton et al. 2007.

<sup>86</sup> Höppner 2008; Klemme et al. 2008. Ewers (2005, 45) konstatiert einen „Professionalisierungsrückstand nicht-medizinischer Gesundheitsdisziplinen“.

<sup>87</sup> Vgl. Kemnitz 1999.

<sup>88</sup> Speller et al. 2009.

<sup>89</sup> Vgl. Deicher 2004; Wienke 1998.

<sup>90</sup> Zur Verkammerung der Pflege Albrecht 2006.

zu, wenn die Stadien der kommunikativen Vernetzung, der Selbstverwaltung<sup>91</sup> und der Korporatisierung absolviert werden. Kritische Beobachter haben nachgewiesen, dass Verrechtlichung zu Bürokratisierung und Professionalisierung zu eigennützigem Monopolen und Paternalismus<sup>92</sup> führen können. Diese historischen Erfahrungen haben die Beteiligten jedoch für entsprechende Risiken sensibilisiert, so dass allenthalben frühzeitig gegengerichtete Reaktionen bzw. interne Professionskritik in Anlehnung an Ideale der Aufklärung und Persönlichkeitsrechte festzustellen sind.<sup>93</sup>

Die Analyse der Rechtsentwicklung von Public Health sollte auch die Determinanten der Regelsetzung erhellen; also den Politikprozess und die hieran beteiligten Akteure nebst deren Interessen, Machtpotenziale und Koalitionsverhalten. Am Schicksal des Präventionsgesetzes, das auch in der 17. Wahlperiode des Bundestages nicht zu erwarten ist,<sup>94</sup> wird deutlich, dass dieselben Gruppen und Verbände um Einfluss ringen, wie bei anderen Gesundheitsreformen, die mit Prävention wenig zu tun haben, weil sie beispielsweise die Finanzierung der Krankenversorgung betreffen. Von geringer Bedeutung sind spezifisch präventionspolitische Akteure, wie die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Die Besetzung der politischen Arena ist somit heterogen und von einem Übergewicht zu Gunsten der Repräsentanten der Krankenversorgung geprägt, was zu Vielstimmigkeit gegenüber der Legislative führt<sup>95</sup> und eine Umverteilung von Ressourcen (Entscheidungskompetenz, Geld) zu Gunsten des neuen Versorgungssystems nichtmedizinischer Primärprävention verhindert. Um nicht Protektorat der Krankenversorgung zu bleiben, wäre es erforderlich, dass die Finanzierungs- und Projektträger sowie die Leistungserbringer der Primärprävention und ihre Verbände im bestehenden gesundheitspolitischen Netzwerk Machtressourcen akkumulieren um ein eigenständiges Politikfeld definieren zu können, mit eigenem Auftrag und spezifisch qualifizierten Berufsgruppen, in dem sie als kompetenteste und fähigste Ansprechpartner der Politik akzeptiert sind und die Rechtsetzung maßgeblich selbst vorbereiten.

Die beiden entscheidenden Vorteile der Verrechtlichung, die Entwicklung von Handlungspotenzialen<sup>96</sup> und die Rückbindung an gesellschaftliche Bedarfe<sup>97</sup>, erschließen sich der Praxis von Public Health zumindest in kleinen Schritten. Fortschritte zeigen sich in der Vernetzung<sup>98</sup>, der Akademisierung<sup>99</sup>, der Qualitätssicherung<sup>100</sup> und der Regulierung<sup>101</sup>. Würden diese Entwicklungen systematisch reflektiert und politisch kommuniziert werden, würde die Ausreifung des Politikfeldes, schneller vorankommen,

---

<sup>91</sup> Vgl. die Fallstudie zum Bundesverband der Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen bei Schulze-Krüdener 1996.

<sup>92</sup> Freidson 1970; Illich 1976; Witz 1992.

<sup>93</sup> Vgl. Heite 2008, 204-206.

<sup>94</sup> BT 17/845, 3.

<sup>95</sup> Hegelich 2006.

<sup>96</sup> Friesacher 2009; McMahon 2000; Eraut 1994.

<sup>97</sup> Daicoff 2006; Stone 1934; Eraut 1993.

<sup>98</sup> Conrad/Geene 2009.

<sup>99</sup> Reschauer/Kälble 1997. Die Literatur zur Akademisierung von Public Health ist relativ umfangreich, wenngleich unpräzise, weil sowohl Akademisierung und Professionalisierung als auch Public Health und Pflege analytisch oft nicht unterschieden werden (Meifort 1997).

<sup>100</sup> Noweski 2009b.

<sup>101</sup> Noweski 2009b.



nicht zuletzt weil auch die untergesetzliche Verrechtlichung der Tolerierung und Rahmensetzung des Staates bedarf, dieser also in den Prozess einzubeziehen ist.<sup>102</sup> Wie detailliert die gesetzliche Flankierung ausfallen sollte,<sup>103</sup> wäre im Feld zu erörtern. Eine reflektierte und aktiv gestaltete Verrechtlichung böte den Teilnehmern von Public Health die Gelegenheit, durch eine Zweck-Mittel-Rationalität<sup>104</sup> gewährleistende Selbstverwaltung regulierende Interventionen des Staates, wie sie in der Krankenversorgung notwendig wurden aber in ihrer Wirkung umstritten geblieben sind, zumindest in weiten Teilen überflüssig zu machen.<sup>105</sup>

## 7 Materielle Reproduktion

Überlebenskämpfe von Politikfeldern sind nicht nur kulturelle Rivalitäten um Anerkennung und Deutungsmacht<sup>106</sup>, sondern auch Verteilungskämpfe um materielle Ressourcen<sup>107</sup>. Letztere können durch Ansätze der politischen Ökonomie, die Machtressourcen definieren und deren Verteilung auf politische Koalitionen untersuchen, sichtbar gemacht werden.<sup>108</sup> Ausgehend von der Annahme, dass es sich um ein Nullsummenspiel handelt, hängt der Bestand jeder Gruppe von ihrem Geschick ab, die Aktionen der übrigen zu antizipieren und die erreichbaren Ressourcen unter Kontrolle zu bringen.

Obgleich eine systematische Reflexion der Finanzierungsgrundlage von Public Health<sup>109</sup> noch aussteht, können an dieser Stelle als die beiden primären Finanzierungsquellen die wissenschaftliche Disziplin und das Versorgungssystem angenommen werden.<sup>110</sup> Die wissenschaftliche Disziplin kann sich nur entwickeln, wenn Lehrstühle mit hinreichender Finanzierung und Vernetzung im Wissenschaftssystem geschaffen wurden.<sup>111</sup> Voraussetzung dafür sind nicht nur gewonnene Machtkämpfe in den Universitäten, sondern auch in den Kultusministerien.<sup>112</sup> Das Versorgungssystem basiert auf öffentlicher Finanzierung, was sich in absehbarer Zeit kaum ändern wird, weil die Zielgruppen in weiten Teilen wenig kaufkräftig sind und sich aus Begünstigten sozialpolitischer Transferleistungen zusammensetzen. Bislang bleibt die Finanzausstattung, sowohl der Forschung als auch der Praxis, weit hinter dem Niveau der Krankenversorgung zurück.

Die Finanzierung von Public Health beginnt mit der Forschungsförderung des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT), das seit den siebziger Jahren

---

<sup>102</sup> Vgl. die sozialrechtliche Absicherung des Spitzenverbandes der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und des Gemeinsamen Bundesausschusses.

<sup>103</sup> Vgl. Fielding/Portwood 1980.

<sup>104</sup> Vgl. Luhmann/Schorr 1979.

<sup>105</sup> Vgl. Heite 2008, 148-150.

<sup>106</sup> Robertson 1998; Scott-Samuel/Springett 2007; Heite 2008.

<sup>107</sup> Wills et al. 2008, 525ff.; Easthope 1993.

<sup>108</sup> Palm 2006.

<sup>109</sup> Moulton et al. 2004.

<sup>110</sup> In beiden Fällen handelt es sich um öffentlich finanzierte Systeme, was zur These führt, dass neue Politikfelder in hohem Maße von öffentlicher Förderung abhängig sind.

<sup>111</sup> Ben-David/Collins 1966.

<sup>112</sup> Vgl. die herausragende Rolle des preußischen Kultusministers Althoff im 19. Jahrhundert bei der Durchsetzung neuartiger Lehrstühle auch gegen Vorbehalte der Fakultäten (Pfetsch 1973, 64-68).

einen besonderen Schwerpunkt auf Gesundheitsforschung setzt<sup>113</sup> und in den achtziger Jahren neben rein klinischen Studien auch Untersuchungen zu gemeindebezogenen nichtmedizinischen Interventionen förderte<sup>114</sup>. Nachdem einige Experten den Ausbau dieser nichtklinischen Forschung forderten<sup>115</sup> und Gutachten für das Ministerium aufgezeigt hatten, dass derlei Analysen im Ausland fest etabliert sind<sup>116</sup>, erhöhte das BMFT die Förderung im Rahmen seiner Gesundheitsforschung. Vor allem aber finanzierte es den Aufbau von Public Health-Forschungsverbänden.<sup>117</sup> Public Health war also zunächst ein Projekt der Wissenschaftsförderung und nicht der Versorgungspraxis. Folglich kann die Analyse der materiellen Reproduktion dieses Politikfeldes zunächst einmal mit dem Instrumentarium der Wissenschaftspolitik- und Innovationsforschung<sup>118</sup> erfolgen. Dem Wunsch von Public Health nach staatlicher Förderung<sup>119</sup> zu entsprechen, bedeutet demnach die Entwicklung einer neuen Sozialtechnologie zu unterstützen, in der Tradition beispielsweise des staatlich finanzierten Aufbaus der Krebsforschung<sup>120</sup> oder der stationären Krankenversorgung<sup>121</sup>. Im Falle von Public Health markieren unter anderem der Auf- und Ausbau der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Robert Koch-Instituts (RKI) den Institutionalisierungsprozess.

Der Stand der Ausreifung des Politikfeldes nichtmedizinische Primärprävention lässt sich auch an sich verändernden Karrierepfaden ablesen. Gesundheitsförderung war bereits in den achtziger Jahren Lehrinhalt in Studienmodellen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik an Fachhochschulen.<sup>122</sup> Seit den neunziger Jahren bestehen eigene Studiengänge an Universitäten,<sup>123</sup> zumeist zur Weiterqualifizierung nach einer anderen Berufsausbildung, seltener als Erstqualifikation in grundständigen Studiengängen. Für die meisten Absolventen entscheidet maßgeblich die Erstausbildung über den beruflichen Einsatzort und die Verdienstmöglichkeiten,<sup>124</sup> weswegen sie breit über alle Teile des Gesundheitssystems streuen.<sup>125</sup> Viele Absolventen, die vor ihrem Studium in Altenpflege und Krankenversorgung tätig waren, kehren in diese Einrichtungen zurück und dies keineswegs immer als Spezialisten für Primärprävention. Oft finden die Absolventen ihre erste Anstellung an den ausbildenden Hochschulen selbst. Nach einem grundständigen Studium wird häufig ein weiterer Hochschulabschluss angestrebt.<sup>126</sup> Das bedeutet, dass Public Health als einzige Qualifikation noch keine Karrieren gewährleistet,

---

<sup>113</sup> BMFT 1978.

<sup>114</sup> BMFT 1984.

<sup>115</sup> Schwartz et al. 1991.

<sup>116</sup> Braun 1992.

<sup>117</sup> Göpfert et al. 2003.

<sup>118</sup> Nill/Kemp 2009.

<sup>119</sup> Badura et al. 2001a, 297-299. Vgl. Olk 2009.

<sup>120</sup> Wagner/Mauerberger 1989.

<sup>121</sup> Spree 1995; Stevens 1984.

<sup>122</sup> Waller 1991, 197.

<sup>123</sup> Dierks/Hofmann 1996.

<sup>124</sup> Pundt/Lorenz 2004, 116f. Schönfärberische Verbleibsstudien aus den Fakultäten heben gerne die schnelle Berufseinmündung nach dem Abschluss hervor, unterschlagen dabei jedoch, dass viele der Studierenden bereits über Berufsbiografien verfügen oder neben dem Studium weiterarbeiteten.

<sup>125</sup> Pundt 2008; Coen/Wills 2007.

<sup>126</sup> Baumgarten et al. 2005, 39.

die Absolventen teilweise noch vom Ausbildungssystem selbst beschäftigt werden und in alten Arbeitsmärkten verbleiben, statt in ein neues Versorgungssystem einzumünden.<sup>127</sup> Das Ausbildungssystem wuchs schneller als das neue Versorgungssystem. Jene Arbeitgeber, die primär auf nichtmedizinische Primärprävention spezialisiert sind (Projektträger), beschäftigen in der Regel nur wenige Mitarbeiter in befristeten Beschäftigungsverhältnissen, weil sie ihre Mittel nur projektweise akquirieren. Ein Teil der Leistungserbringer befindet sich in Selbstständigkeit. Ein großer Teil der Arbeit wird noch von Ehrenamtlichen geleistet, was auf eine rudimentäre „Verberuflichung“ hindeutet. Im Vergleich zum Arbeitsmarkt der Altenpflege, der nach Einführung der Pflegeversicherung ein starkes Wachstum und die Ausbildung größerer Einheiten (Pflegedienste) vollzog, steht der Durchbruch für die Primärprävention noch aus und sind die gebildeten Strukturen noch fragil. Es wirkt sich aus, dass die Unterstützung eines Berufsverbandes als „Berufseinmündungs-Vertretung“<sup>128</sup> bislang fehlt und vielfach noch nicht akzeptiert ist, dass Gesundheitsförderung durch spezifisches Personal am effektivsten erledigt wird und, soweit dies versorgungspraktisch realisierbar ist, nicht durch andere Berufsgruppen, beispielsweise Pflegekräfte, miterledigt werden sollte<sup>129</sup>. Dass drei eigene Promotionsstudiengänge etabliert werden konnten, die zum Titel Doktor Public Health (DrPH) führen, ist hingegen ein wichtiger Erfolg auf dem Wege erstrebenswerte Karrierepfade zu etablieren, auch wenn bislang viele der Teilnehmer aus anderen Fachrichtungen stammen und nur wenige Absolventen in der Public Health-Forschung verbleiben,<sup>130</sup> die Promovierten also nur eingeschränkt zur Reproduktion der akademischen Elite von Public Health beitragen.

---

<sup>127</sup> Dierks et al. 1997; Dierks 2004; Baumgarten et al. 2005.

<sup>128</sup> Begriff bei Schulze-Krüdener 1999, 333.

<sup>129</sup> Grossmann/Scala 1994, 42. Vgl. die Auffassung bei Whitehead 2009 und Badura 1996, 44f. zur Gesundheitsförderung als Aufgabe der Pflege.

<sup>130</sup> Pundt 2006b.

## 8 Schluss

Einiges deutet darauf hin, dass Public Health ein von Marginalisierung bedrohtes Politikfeld ist,<sup>131</sup> obgleich das Potenzial zu Eigenständigkeit und Status gegeben ist. Wenn Public Health sich auf Dauer etablieren soll, bedarf es zweierlei. Erstens ist die Ausreifung der Strukturen durch die Beteiligten selbst voranzutreiben (Politikfeldmanagement), indem diese die Wissensbestände vergrößern und konsolidieren, die politische Interessenvertretung effektivieren, durch Regelsezung Qualität und Transparenz erhöhen und die Finanzierungsgrundlage sichern. Dabei können sie sich an älteren Feldern orientieren, beispielsweise an der Pädagogik, die nach einer Phase der Abscheu gegenüber „berufsständischer Statuspolitik“ nunmehr reflektierte Professionalisierungsarbeit zu leisten beschlossen hat, auch weil Koalitionen mit Akteuren anderer Politikfelder, namentlich den Gewerkschaften, diese Eigenleistung nicht substituieren konnten.<sup>132</sup> In dem Maße, wie die Ausreifung von Public Health vorankommt, können der konzeptionellen Eigenständigkeit gegenüber älteren Feldern eine institutionelle Entflechtung und der Ausbau der eigenen Infrastruktur folgen.

Zweitens bedarf es der Vermittlung der eigenen Interessen und Wahrnehmungsgewohnheiten mit jenen der übrigen umgebenden Gesellschaft. Die Etablierung einer neuen Forschung hat mehr Aussicht auf Erfolg, wenn sie die Ansprüche der Gesellschaft zur Kenntnis nimmt und die eigenen Beiträge zum Gelingen der Gesellschaft definiert. Dazu sind die eigenen Theorien gegenüber jenen anderer Disziplinen kritisch zu hinterfragen und zu adjustieren. Durch die Suche nach Spezifik und Innovation lassen sich bestehende Lücken in der Wissensproduktion schließen. Durch neue Brückendisziplinen kann die Kommunikation mit anderen Forschungen vor dem abreißen bewahrt, oder wiederhergestellt werden. Über solche Anpassungsbedarfe und -möglichkeiten informiert die Metatheorie. Sie kann Theorie-Cluster ohne eigene Präferenzen vergleichen, die spezifischen Paradigmen herausfinden und die Beziehungen der Disziplinen zueinander aufzeigen. Um diese Funktion übernehmen zu können, bedarf es jedoch normativer Unabhängigkeit und organisatorischer Eigenständigkeit von jeglicher Disziplin.

---

<sup>131</sup> Scott-Samuel/Wills 2007; Kickbusch 2008.

<sup>132</sup> Schulze-Krüdener 1999.

## Literatur

- Aitkin, Don (1985): Political Science in Australia. Development and Situation, in: Don Aitkin (ed.): Surveys of Australian Political Science. Sydney: Allen & Unwin.
- Albrecht, Mario (2006): Pflegekammer in Deutschland? Argumente, Initiativen, Geschichte der Diskussion. München: GRIN.
- Badura, Bernhard (1996): Pflege vor der Herausforderung durch die Gesundheitswissenschaften. *Pflege*, 9/1, 40-47.
- Badura, Bernhard/Doris Schaeffer/Jürgen von Troschke (2001a): Versorgungsforschung in Deutschland. Fragestellungen und Förderbedarf. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 9/4, 294-311.
- Badura, Bernhard/Wilhelm Kirch/Jürgen von Troschke/Johannes G. Gostomzyk/Ulrike Maschwesky-Schneider/Ulla Walter (2001b): Public Health/Gesundheitswissenschaften – Ziele, Aufgaben, Erkenntnisse. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 9/1, 5-7.
- Barath, Arpad (1991): Self-Help in Europe 1979-1989. A Critical Review. *Health Promotion International*, 6/1, 73-80.
- Baumgarten, Kerstin/Thomas Hartmann/Liane Schulze (2005): Ergebnisse einer Studie zum Absolventenverbleib von Diplom-GesundheitswirtInnen (FH), in: Kerstin Baumgarten/Thomas Hartmann (Hrsg.): Berufsfeld Gesundheitsförderung. Wege der Professionalisierung. Magdeburg: Weinert.
- Ben-David, Joseph/Randall Collins (1966): Social Factors in the Origins of a New Science. The Case of Psychology. *American Sociological Review*, 31/4, 451-465.
- Berridge, Virginia (2000): History in Public Health. Who Needs It? *Lancet*, 356/9245, 1923-1925.
- Bisman, Cynthia (2004): Social Work Values. The Moral Core of the Profession. *British Journal of Social Work*, 34/1, 109-123.
- BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) (1978): Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-1981. Bonn: BMFT.
- BMFT (1984): Forschung zur Gesundheitsvorsorge. Herz-Kreislauf-Krankheiten. Bonn: BMFT.
- Bochow, Michael (2010): Safer Sex. Der lange Weg einer kurzen Formel, in: Thomas Gerlinger/Susanne Kümpers/Uwe Lenhardt/Michael T. Wright (Hrsg.): Politik für Gesundheit. Bern: Huber.
- Braun, Dietmar (1992): Probleme und Perspektiven der Gesundheitsforschung in den Vereinigten Staaten, Frankreich und England. Bonn: Wirtschaftsverlag.
- Brennecke, Ralph (2002): Public Health und Rehabilitationswissenschaften. Eine Chance für die Zukunft, in: Uwe Flick (Hrsg.): Innovation durch New Public Health. Göttingen: Hogrefe.
- Brinkmann, Manfred/Michael Franz (Hrsg.) (1982): Nachtschatten im weißen Land. Betrachtungen zu alten und neuen Heilsystemen. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- Brooks, Jo A./Ann E. Kleine-Kracht (1983): Evolution of a Definition of Nursing. *Advances in Nursing Science*, 5/4, 51-85.
- Brotherston, J. H. F. (1952): Observations on the Early Public Health Movement in Scotland. London: Lewis.

- Brown, Lawrence D./Kimberley R. Isett/Michael Hogan (2010): Stewardship in Mental Health Policy. Inspiration, Influence, Institution? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35/3, 389-405.
- Brown, Phil/Stephen Zavestoski/Sabrina McCormick/Brian Mayer/Rachel Morello-Frosch/Rebecca Gasior Altman (2004): Embodied Health Movements. New Approaches to Social Movements in Health. *Sociology of Health & Illness*, 26/1, 50-80.
- BT 17/845 (Bundestagsdrucksache 17/845 vom 26.02.2010): Stärkung der gesundheitlichen Prävention. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim), Bärbel Bas, Dr. Edgar Franke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD.
- Buestrich, Michael/Monika Burmester/Heinz-Jürgen Dahme/Norbert Wohlfahrt (2008): Die Ökonomisierung Sozialer Dienste und Sozialer Arbeit. Entwicklung, theoretische Grundlagen, Wirkungen. Baltmannsweiler: Schneider.
- Busse, Reinhard (1996): Public Health-Forschung. Was, wie, wo und wozu? *Dr. med. Mäbuse*, 21/101, 26-30.
- Coen, Caroline/Jane Wills (2007): Specialist Health Promotion as a Career Choice in Public Health. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127/5, 231-238.
- Coleman, William (1985): The Cognitive Basis of the Discipline. Claude Bernard on Physiology. *Isis*, 76/1, 49-70.
- Collins, Randall (1989): Sociology. Proscience or Antiscience? *American Sociological Review*, 54/1, 124-139.
- Conrad, Peter/Raimund Geene (2009): Politikantizipation durch Netzwerkbildung? Zur Innovationsfähigkeit in der Gesundheitspolitik am Beispiel der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, in: Volker E. Amelung/Jörg Sydow/Arnold Winderler (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Daicoff, Susan (2006): Law as a Healing Profession. The "Comprehensive Law Movement". *Pepperdine Dispute Resolution Law Journal*, 6/1, 1-61.
- Deicher, Helmuth (2004): Die Hämotherapierichtlinien. Geschichte, Intentionen, Bedeutung. *Transfusion Medicine and Hemotherapy*, 31/Supplement 2, 99-103.
- Dersee, Thomas (1982): Der große Wie-lebst-Du-denn. Das Buch für Selbsthilfe, Selbstorganisation und Patientenrecht. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- De Vita, Carol J./Rachel Mosher-Williams/Nicholas A. J. Stengel (2001): Nonprofit Organizations Engaged in Child Advocacy, in: De Vita, Carol J./Rachel Mosher-Williams (eds.): *Who Speaks for America's Children? The Role of Child Advocates in Public Policy*. Washington, DC: Urban Institute Press.
- DiClemente, Ralph J./Richard A. Crosby/Michelle Kegler (eds.) (2009): *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. San Francisco, CA: Wiley.
- Dierks, Marie-Luise (2004): 10 Jahre Public Health-Studium an der Medizinischen Hochschule Hannover – „frühe“ und „spätere“ Jahrgänge im Vergleich, in: Marie-Luise Dierks/Frauke Koppelin (Hrsg.): *Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in Deutschland*. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.

- Dierks, Marie-Luise/Frauke Koppelin (Hrsg.) (2004): Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in Deutschland. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.
- Dierks, Marie-Luise/Christine Flaschka/Juliane Frühbuß/Christina Hagedorn/Rolf Weitkunat (1997): Berufsfelder und Karriereperspektiven für Absolventen der universitären Postgraduiertenstudiengänge „Public Health“, in: Karl Kälble/Jürgen von Troschke (Hrsg.): Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften/Public Health. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.
- Dierks, Marie-Luise/Werner Hofmann (1996): Public-Health-Ausbildung in Deutschland. Eine Idee setzt sich durch. Dr. med. Mabase, 21/101, 35-40.
- Donoghue, Christopher (2003): Challenging the Authority of the Medical Definition of Disability. An Analysis of the Resistance to the Social Constructionist Paradigm. *Disability & Society*, 18/2, 199-208.
- Durkheim, Emile (1991): Physik der Sitten und des Rechts. Vorlesungen zur Soziologie der Moral. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Duyvendak, Jan W. (1995): *The Power of Politics. New Social Movements in France*. Boulder, CO: Westview Press.
- Easthope, Gary (1993): The Response of Orthodox Medicine to the Challenge of Alternative Medicine in Australia. *Journal of Sociology*, 29/3, 289-301.
- Engelmann, Fabian/Anja Halkow (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Discussion-Paper SP I 2008-302 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Eraut, Michael (1993): Teacher Accountability. Why Is It Central to Teacher Professional Development, in: Lya Kremer-Hayon/Hans C. Vonk/Ralph Fessler (eds.): *Teacher Professional Development*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Eraut, Michael (1994): *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: Falmer.
- Ewers, Michael (2005): End-of-Life Care und Public Health – Konsens und Kontroversen, in: Michael Ewers/Doris Schaeffer (Hrsg.): *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Huber.
- Faden, Ruth R./Madison Powers (2008): Health Inequalities and Social Justice. *The Moral Foundations of Public Health*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51/2, 151-157.
- Fairchild, Amy L./David Rosner/James Colgrove/Ronald Bayer/Linda P. Fried (2010): The EXODUS of Public Health. What History Can Tell Us About the Future. *American Journal of Public Health*, 100/1, 54-63.
- Fielding, A. G./D. Portwood (1980): Professions and the State. Towards a Typology of Bureaucratic Professions. *The Sociological Review*, 28/1, 23-53.
- Flick, Uwe (2002): Innovation durch New Public Health. Einleitung und Überblick, in: Uwe Flick (Hrsg.): *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Foster, George M. (1975): Medical Anthropology. Some Contrasts with Medical Sociology. *Social Science & Medicine*, 9/8-9, 427-432.
- Freidson, Eliot (1970): *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. New York, NY: Atherton.

- Frenk, Julio (1993): The New Public Health. *Annual Review of Public Health* 14, 469-490.
- Frey-Wegerich, Cornelia/Albert Mühlum (1997): Sozialarbeitslehre zwischen Sozialarbeitspraxis und Sozialarbeitswissenschaft, 144/1-2, 23-27.
- Friesacher, Heiner (2009): Professionalisierung der Pflege – vom Hilfsberuf zur evidenzbasierten Heilkunde? *Intensiv*, 17/4, 177-181.
- Fuchs, Stephan/Jonathan H. Turner (1986): What Makes A Science "Mature"? Patterns of Organizational Control in Scientific Production. *Sociological Theory*, 4/2, 143-150.
- Gängler, Hans/Wolfgang Schröer (2005): Sozialpädagogische Historie. Verstreute Forschung und transdisziplinäre Vernetzung, in: Cornelia Schweppe/Werner Thole (2005): Sozialpädagogik als forschende Disziplin. Weinheim: Juventa.
- Gesundheitsladen Hamburg (Hrsg.) (1981): Spiel mir das Lied vom Leben. Gesundheitstag 1981, Hamburg 30. September bis 4. Oktober. Hamburg: Hein.
- Gesundheitsladen München (Hrsg.) (1984): Neue Wege aus dem kranken Gesundheitswesen. Bayerischer Gesundheitstag München 1983. Großhesselohe: Hampp.
- Göpel, Eberhard (2003): Arbeit und Gesundheit als Thema der alternativen Gesundheitsbewegung der 80er Jahre, in: Kuhn, Joseph/Eberhard Göpel (Hrsg.): Gesundheit als Preis der Arbeit? Frankfurt/Main: Mabuse.
- Göpfert, Peggy/Nora Merker/Wilhelm Kirch/Johannes Siegrist (2003): 10 Jahre Public Health in Forschung und Lehre. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 128/42, 2206-2208.
- Grossmann, Ralph/Klaus Scala (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim: Juventa.
- Haag, Fritz/Eduard Parow/Lieselotte Pongratz/Gerhard Rehn (1973): Überlegungen zu einer Metatheorie der Sozialarbeit, in: Hans-Uwe Otto/Siegfried Schneider (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. 1. Halbband. Neuwied: Luchterhand.
- Haisch, Jochen/Rolf Weitkunat/Manfred Wildner (1999): Wörterbuch Public Health. Bern: Huber.
- Heglich, Simon (2006): Policyformation am Beispiel des Präventionsgesetzes – Politische Organisierbarkeit einer präventiven Gesundheitspolitik, in: Horst Michna/Peter Oberender/Joachim Schultze/Jürgen Wolf (Hrsg.): „... und ein langes gesundes Leben“. Prävention auf dem Prüfstand. Köln: Hanns Martin Schleyer-Stiftung.
- Heite, Catrin (2008): Soziale Arbeit im Kampf um Anerkennung. Professionstheoretische Perspektiven. Weinheim: Juventa.
- Homfeldt, Hans G./Stephan Sting (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München: Reinhardt.
- Höppner, Heidi (2008): Fit für die Zukunft. Zur aktuellen Professionalisierung der Physiotherapie. *Dr. med. Mabuse*, 33/173, 40-43.
- Illich, Ivan (1976): *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. New York, NY: Pantheon Book.
- Jones, Bryan D./Frank R. Baumgartner (2005): *The Politics of Attention. How Government Prioritizes Problems*. Chicago, OH: University of Chicago Press.
- Kaba-Schönstein, Lotte/Karl Kälble (2000): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Analyse von Curricula des Studiums der Sozialen Arbeit und der Me-



- dizin, in: Stephan Sting/Günter Zurhorst (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim: Juventa.
- Kemnitz, Heidemarie (1999): Lehrerverein und Lehrerberuf im 19. Jahrhundert. Eine Studie zum Verberuflichungsprozeß der Lehrtätigkeit am Beispiel der Berlinischen Schullehrergesellschaft (1813-1892). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Khoury, Robert M. (1980): Is There a Process of Occupational Professionalization. *International Behavioural Scientist*, 12/4, 39-60.
- Kickbusch, Ilona (2008): Help! Where is the European Public Health Community? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62/3, 186.
- Klemme, Beate/Gunnar Geuter/Klaus Willimczik (2008): Physiotherapie - über eine Akademisierung zur Profession II. *Physioscience*, 4/2, 83-91.
- Lasker, Roz D./Committee on Medicine and Public Health (1997): *Medicine and Public Health. The Power of Collaboration*. New York, NY: New York Academy of Medicine.
- Leontief, Wassily (1948): Note on the Pluralistic Interpretation of History and the Problem of Interdisciplinary Cooperation. *Journal of Philosophy*, 45/23, 617-624.
- Luhmann, Niklas/Karl E. Schorr (1979): Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 25/3, 345-365.
- McGinnis, J. Michael/Pamela Williams-Russo/James R. Knickman (2002): The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. To Succeed, We Need Leadership That Informs and Motivates, Economic Incentives That Encourage Change, and Science That overes the Frontiers. *Health Affairs*, 21/2, 78-93.
- McIntyre, Lynn (1992): The Evolution of Health Promotion. *Probe*, 26/1, 15-22.
- McMahon (2000): The Development of Professional Intuition, in: Terry Atkinson/Guy Claxton (eds.): *The Intuitive Practitioner*. Buckingham: Open University Press.
- McQueen, David V. (2007): Critical Issues in Theory for Health Promotion, in: David V. McQueen/Ilona Kickbusch (eds.): *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. New York, NY: Springer.
- McQueen, David V. (2008): Self-Reflections on Health Promotion in the UK and the USA. *Public Health*, 122/10, 1035-1037.
- Meifort, Barbara (1997): Professionalisierungstendenzen in den Gesundheitsberufen, in: Karl Kälble/Jürgen von Troschke (Hrsg.): *Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften/Public Health*. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.
- Michelsen, Kai (2007): Politische Parteien als Transmissionsriemen für eine partizipative Politik nachhaltiger Gesundheitsförderung? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2/2, 112-117.
- Mieg, Harald A. (2007): Umweltwissenschaft muss sich "disziplinieren", in: Susanne Stoll-Kleemann/Christian Pohl (Hrsg.): *Evaluation inter- und transdisziplinärer Forschung. Humanökologie und Nachhaltigkeitsforschung auf dem Prüfstand*. München: oekom.
- Moser, Gabriele/Sabine Schleiermacher (1996): Sozialhygiene und öffentliche Gesundheitspflege. Kontinuität und Diskontinuität in der deutschen Nachkriegsentwicklung. *Dr. med. Mabuse*, 21/101, 23-25.
- Moulton, Anthony D./Richard A. Goodman/Wendy E. Parmet (2007): Perspective: Law and Great Public Health Achievements, in: Richard A. Goodman/Richard E. Hoff-

- man/Wilfredo Lopez/Gene W. Matthews/Mark A. Rothstein/Karen L. Foster (eds.): Law in Public Health Practice. New York, NY: Oxford University Press.
- Moulton, Anthony D./Paul K. Halverson/Peggy A. Honoré/Bobbie Berkowitz (2004): Public Health Finance. A Conceptual Framework. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10/5, 377-382.
- Müller, Gisela (1968): Grundlinien einer Geschichte der Anamnese. Kiel: Universität Kiel.
- Münchmeier, Richard (1999): Professionalisierung der Sozialpädagogik in der Weimarer Republik, in: Hans Jürgen Apel/Klaus-Peter Horn/Peter Lundgreen/Uwe Sandfuchs (Hrsg.): Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozeß. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Niehoff, Jens-Uwe (2008): Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement. Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven. Berlin: MWV.
- Nil, Jan/René Kemp (2009): Evolutionary Approaches for Sustainable Innovation Policies. From Niche to Paradigm? *Research Policy*, 38/4, 668-680.
- Noweski, Michael (2009a): Policy Learning im Politikfeld Primärprävention. Discussion-Paper SP I 2009-302 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Noweski, Michael (2009b): Primärprävention bei Kindern in Deutschland – Bestandsaufnahme und Kritik. Discussion-Paper SP I 2009-304 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Noy, Darren (2008): Power Mapping. Enhancing Sociological Knowledge by Developing Generalizable Analytical Public Tools. *American Sociologist*, 39/1, 3-18.
- Nübling, Rüdiger (2009): Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz – aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 8/3, 239-252.
- Olk, Thomas (2009): Selbsthilfeförderung als Bestandteil einer umfassenden Engagementförderung, in: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2009. Gießen: Focus.
- Palm, Jenny (2006): Development of Sustainable Energy Systems in Swedish Municipalities. A Matter of Path Dependency and Power Relations. *Local Environment*, 11/4, 445-457.
- Pfaff, Holger (2006): Prävention und Gesundheitsbewusstsein – Motivation des Bürgers: wo ansetzen – wie umsetzen?, in: Horst Michna/Peter Oberender/Joachim Schultze/Jürgen Wolf (Hrsg.): „... und ein langes gesundes Leben“. Prävention auf dem Prüfstand. Köln: Hanns Martin Schleyer-Stiftung.
- Pfetsch, Frank R. (1973): Die Institutionalisierung medizinischer Fachgebiete im deutschen Wissenschaftssystem, in: Frank R. Pfetsch/Avraham Zloczower: Innovation und Widerstände in der Wissenschaft. Düsseldorf: Bertelsmann Universitätsverlag.
- Pundt, Johanne (2006a): Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema, in: Johanne Pundt (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Bern: Huber.
- Pundt, Johanne (2006b): Public Health Absolventen mit Doktorhut, in: Johanne Pundt (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Bern: Huber.
- Pundt, Johanne (2008): Überzeugende Vielfalt. Berufliche Entwicklungen und Perspektiven durch Public Health. *Dr. med. Mabuse*, 33/173, 44-46.

- Pundt, Johanne/Hans-Jürgen Lorenz (2004): Professionalisierungserfahrungen und berufliche Perspektiven durch Public Health. Lohnt sich die postgraduale Qualifizierung für die Studierenden?, in: Marie-Luise Dierks/Frauke Koppelin (Hrsg.): Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in Deutschland. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.
- Rawson, Don (1992): The Growth of Health Promotion Theory and Its Rational Reconstruction. Lessons from the Philosophy of Science, in: Robin Bunton/Gordon Macdonald (ed.): Health Promotion. Disciplines and Diversity. London: Routledge.
- Remmers, Hartmut.(2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern: Huber.
- Reschauer, Georg/Karl Kälble (1997): Postgraduiertenstudiengänge an Universitäten, in: Karl Kälble/Jürgen von Troschke (Hrsg.): Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften/Public Health. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.
- Robertson, Ann (1998): Shifting Discourses on Health in Canada. From Health Promotion to Population Health. Health Promotion International, 13/2, 155-166.
- Robertson, Ann/Meredith Minkler (1994): New Health Promotion Movement. A Critical Examination. Health Education & Behavior, 21/3, 295-312.
- Rosenbrock, Rolf (1996): Public Health als soziale Innovation. Dr. med. Mabuse, 21/101, 31-34.
- Rosenbrock, Rolf (2008): Primärprävention – Was ist das und was soll das? Discussion-Paper SP I 2008-303 der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Rosenbrock, Rolf/Doris Schaeffer/Martin Moers (1995): Pflege und Public Health. Public Health Forum, 3/8, 4-6.
- Rosenbrock, Rolf/Horst Noack/Martin Moers (1993): Qualitative Bedarfsabschätzung Gesundheitswissenschaftlicher und Pflegewissenschaftlicher Qualifikationen im öffentlichen Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Neuss: Neusser Druckerei und Verlag.
- Roth, Roland/Dieter Rucht (2008): Die Sozialen Bewegungen in Deutschland seit 1945. Ein Handbuch. Frankfurt/Main: Campus.
- Safarzyńska, Karolina/Jeroen C.J.M. van den Bergh (2010): Evolving Power and Environmental Policy. Explaining Institutional Change with Group Selection. Ecological Economics, 69/4, 743-752.
- Schaeffer, Doris/Martin Moers/Klaus Hurrelmann (2010): Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren, in: Thomas Gerlinger/Susanne Kümpers/Uwe Lenhardt/Michael T. Wright (Hrsg.): Politik für Gesundheit. Bern: Huber.
- Schnabel, Peter-Ernst /Uwe H. Bittlingmayer/Diana Sahrai (2009): Normativität und Public Health. Einleitende Bemerkungen in problempräzisierender und sensibilisierender Absicht, in: Uwe H. Bittlingmayer/Diana Sahrai/Peter-Ernst Schnabel (Hrsg.): Normativität und Public Health. Wiesbaden: VS.
- Schröder, Peter (2006): Public Health Genomics. Der Stellenwert Genom-basierter Wissens für Prävention und Versorgung, in: Horst Michna/Peter Oberender/Joachim Schultze/Jürgen Wolf (Hrsg.): „... und ein langes gesundes Leben“. Prävention auf dem Prüfstand. Köln: Hanns Martin Schleyer-Stiftung.

- Schulze-Krüdener, Jörgen (1996): Berufsverband und Professionalisierung. Eine Rekonstruktion der berufspolitischen Interessenvertretung von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen. Weinheim: Studien Verlag.
- Schulze-Krüdener, Jörgen (1999): Geschichte der berufsverbandlichen Selbst- und Interessenorganisation von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen – Kooperationsprobleme als Folge der sekundären Professionalisierung, in: Hans Jürgen Apel/Klaus-Peter Horn/Peter Lundgreen/Uwe Sandfuchs (Hrsg.): Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozeß. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schütze, Fritz (1992): Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession, in: Bernd Dewe/Wilfried Ferchhoff/Frank-Olaf Radtke (Hrsg.): Erziehen als Profession. Opladen: Leske + Budrich.
- Schwartz, Friedrich W. (2003): Public Health – Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze, in: Friedrich W. Schwartz et al. (2003): Das Public Health Buch. München: Urban & Fischer.
- Schwartz, Friedrich W./Bernhard Badura/Josef G. Brecht/Werner Hofmann/Karl-Heinz Jöckel/Alf Trojan (1991): Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung, Berlin: Springer.
- Schwartz, Friedrich W./Doris Schaeffer (2008): Road Map für das Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung. Public Health Forum, 16/58, 20.
- Scott-Samuel, Alex/Jane Springett (2007): Hegemony or Health Promotion? Prospects for Reviving England's Lost Discipline. Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 127/5, 211-214.
- Scott-Samuel, Alex/Jane Wills (2007): Health Promotion in England. Sleeping Beauty or Corpse? Health Education Journal, 66/2, 115-119.
- Speller, Viv/Becky J. Smith/Linda Lysoby (2009): Development and Utilization of Professional Standards in Health Education and Promotion. US and UK Experiences. Global Health Promotion, 16/2, 32-41.
- Spree, Reinhard (1995): Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts. Historische Zeitschrift 260, 75-105.
- Steindor, Marina (2005): Gerechte Gesundheitschancen – ein halbherziges Thema über 200 Jahre deutscher Gesundheitspolitik, in: Michael Corsten/Hartmut Rosa/Ralph Schrader (Hrsg.): Die Gerechtigkeit der Gesellschaft. Wiesbaden: VS.
- Stevens, Rosemary (1984): Sweet Charity. State Aid to Hospitals in Pennsylvania, 1870-1910. Bulletin of the History of Medicine, 58/3, 287-314; 58/4, 474-495.
- Stevenson, H. Michael/Mike Burke (1991): Bureaucratic Logic in New Social Movement Clothing. The Limits of Health Promotion Research. Health Promotion International, 6/4, 281-289.
- Stone, Harlan F. (1934): The Public Influence of the Bar. Harvard Law Review, 48/1, 1-14.
- Stößel, Ulrich (2008): Medizinstudium und Public Health – New Pathways? Public Health Forum, 16/58, 18-19.
- Suchman, Mark C. (1995): Managing Legitimacy. Strategic and Institutional Approaches. Academy of Management Review, 20/3, 571-610.
- Terris, Milton (1992): Concepts of Health Promotion. Dualities in Public Health Theory. Journal of Public Health Policy, 13/3, 267-276.
- Tomey, Ann Marriner/Martha Raile Allgood (eds.) (2006): Nursing Theorists and Their Work. St. Louis, MO: Mosby.

- Toulmin, Stephen (1976): On the Nature of the Physician's Understanding. *Journal of Medicine and Philosophy*, 1/1, 32-50.
- Troschke, Jürgen von (1996): Public Health und Sozialmedizin. *Das Gesundheitswesen*, 58/Sonderheft 3, 205-210.
- Underhill, Paul (1992): Alternative Views of Science in Intra-Professional Conflict. General Practitioners and the Medical and Surgical Elite 1815-58. *Journal of Historical Sociology*, 5/3, 322-350.
- Wagner, Gustav/Andrea Mauerberger (1989): Krebsforschung in Deutschland. Vorgeschichte und Geschichte des Deutschen Krebsforschungszentrums. Berlin: Springer.
- Waller, Heiko (1991): Sozialmedizinische Lehre an Fachhochschulen. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 53/4, 193-197.
- Waller, Heiko/Alf Trojan (1996): Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Aufgabe der Sozialmedizin? *Das Gesundheitswesen*, 58/Sonderheft 3, 169-173.
- Weaver-Hightower, Marcus B. (2008): An Ecology Metaphor for Educational Policy Analysis. A Call to Complexity. *Educational Researcher*, 37/3, 153-167.
- Weinstein, Deena/Michael A. Weinstein (1992): The Postmodern Discourse of Metatheory, in: George Ritzer (ed.): *Metatheorizing*. Newbury Park, CA: Sage.
- White, Kerr L. (1991): *Healing the Schism. Epidemiology, Medicine, and the Public's Health*. New York, NY: Springer.
- Whitehead, Dean (2009): Reconciling the Differences Between Health Promotion in Nursing and 'General' Health Promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 46/6, 865-874.
- Wienke, Albrecht (1998): Leitlinien als Mittel der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung. *Medizinrecht*, 16/4, 172-174.
- Willimczik, Klaus/Gesche R. Bollert/Gunnar Geuter (2009): Bezugswissenschaften der Physiotherapie. Philosophie - Mutter aller Wissenschaften. *Physioscience*, 5/1, 27-33.
- Wills, Jane/David Woodhead (2004): 'The Glue that Binds...'. *Articulating Values in Multidisciplinary Public Health*. *Critical Public Health*, 14/1, 7-15.
- Wills, Jane/David Evans/Alex S. Samuel (2008): Politics and Prospects for Health Promotion in England. Mainstreamed or Marginalised? *Critical Public Health*, 18/4, 521-531.
- Witz, Anne (1992): *Professions and Patriarchy*. London: Routledge.
- Wunder, Michael/Udo Sierck (Hrsg.) (1982): *Sie nennen es Fürsorge. Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand*. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- Wyss, Dieter (1991): *Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Entwicklung, Probleme, Krisen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



## **Forschungsgruppe Public Health**

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch fassbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Forschungsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben Stadtteilen und Institutionen) sowie durch zielgruppenspezifische Kampagnen (v. a. HIV/Aids) und auf Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Integrierte Versorgung und Krankenhaussteuerung).

Homepage: <http://www.wzb.eu>

### **Wissenschaftliche Mitglieder der Forschungsgruppe:**

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter)	Dr. Michael Noweski
Dr. Michael Bochow	Dr. Hella von Unger
Dr. med. Anja Dieterich, MPH	Barbara Weigl, Dipl.-Päd./Dipl.-Geront.
Katrin Falk, M. A.	Prof. Dr. Michael T. Wright LICSW, MS
Susanne Hartung, Dipl.-Soz.	
Meggi Khan-Zvorničanin, Dipl.-Pflegepäd.	
Dr. Susanne Kümpers, MPH	
Jeannette Zsusza Madarász, PhD	

## Papers der Forschungsgruppe Public Health

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Reichpietschufer 50

10785 Berlin

Tel: 030 25491-577 Fax: 030 25491-556

WZB Public Health Homepage: <http://www.wzb.eu/bal/ph/publikationen.de.htm>

Auf der Homepage sind Abstracts für die Papers ab 1995 einzusehen.

### 2010

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2010-301	Doris Schaeffer/ Martin Moers/ Klaus Hurrelmann	Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren

### 2009

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2009-301	Michael Bochow/ Axel J. Schmidt/ Stefanie Grote	„Das schnelle Date“ – Internetgestützte Sexualekontakte und HIV-Infektionsrisiko. Ergebnisse einer 2006 durchgeführten Internetbefragung
SP I 2009-302	Michael Noweski	Policy Learning im Politikfeld Primärprävention
SP I 2009-303	Axel J. Schmidt/ Michael Bochow	Trends in Risk Taking and Risk Reduction Among German MSM. Results of Follow-Up Surveys „Gay Men and AIDS“ 1991-2007
SP I 2009-304	Michael Noweski	Primärprävention bei Kindern in Deutschland – Bestandsaufnahme und Kritik

### 2008

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2008-301	Susanne Kümpers	Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention
SP I 2008-302	Fabian Engelmann/Anja Halkow	Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung
SP I 2008-303	Rolf Rosenbrock	Primärprävention – Was ist das und was soll das?
SP I 2008-304	Michael Noweski	Ausreifung von Politikfeldern – Metapher oder Theorie?
SP I 2008-305	Jens Holst	Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Überarbeitete und aktualisierte Fassung des WZB Discussion Papers SP I 2007-304
SP I 2008-306	Lars E. Kroll/ Thomas Lampert/ Cornelia Lange/ Thomas Ziese	Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung
SP I 2008-307	Hella von Unger/Michael T. Wright (Hg.)	„An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis“ – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health



## 2007

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2007-301	Sebastian Klinke	Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern, Teil II
SP I 2007-302	Marc Suhrcke/Dieter Urban/Kim Moesgaard Iburg/David Schwappach/Till Boluarte/Martin McKee	The economic benefits of health and prevention in a high-income country: the example of Germany
SP I 2007-303	Hella von Unger/Martina Block/Michael T. Wright	Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht
SP I 2007-304	Jens Holst	Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz!
SP I 2007-305	Susanne Kümpers	Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz
SP I 2007-306	Edward Velasco	Behavioural surveillance and HIV prevention in men who have sex with men. Reports from Australia, Belgium, Canada, France, Germany, Switzerland, the United Kingdom, and the United States

## 2006

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2006-301	Martina Block	Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus. Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der Aids-Hilfen in Deutschland
SP I 2006-302	James I. Martin	Jenseits der Homosexualität? Zur Zukunft der HIV-Prävention für schwule Männer Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock und einer Replik von Michael T. Wright
SP I 2006-303	Hagen Kühn	Der Ethikbetrieb in der Medizin Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung
SP I 2006-304	Werner Maschewsky	„Healthy public policy“ – am Beispiel der Politik zu Umweltgerechtigkeit in Schottland
SP I 2006-305	Hartmut Reiners	Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen
SP I 2006-306	Eva Barlösius/ Regine Rehaag (Hg.)	Skandal oder Kontinuität – Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock

SP I 2006-307	Michael Noweski/ Fabian Engelman	Was ist Gesundheitspolitik? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung
SP I 2006-308	Zsafia Nemeth	HIV-Primärprävention in Osteuropa. Ein Vergleich der HIV-Primärpräventionsstrategien von Estland, Polen und Ungarn. Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock
SP I 2006-309	Sebastian Klinke/ Hagen Kühn	Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004
SP I 2006-310	Anja Dieterich	Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht
SP I 2006-311	Petra Buhr/ Sebastian Klinke	Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien
SP I 2006-312	Michael T. Wright/ Michael Noweski	Internetstricher. Eine Bestandsaufnahme der mann-männlichen Prostitution im Internet
SP I 2006-313	Michael Noweski/ Michael T. Wright	Aids-Forschung im Internet. Erfahrungen aus einer Studie zur mann-männlichen Prostitution.

## 2005

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2005-301	Hildegard Theobald	Social exclusion and social care for the elderly. Theoretical concepts and changing realities in European welfare states
SP I 2005-302	Verena Mörath	Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994 – "So ein Wurf wie der Trimmmy gelingt nur einmal im Leben"
SP I 2005-303	Sebastian Klinke	Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischen Wandel im Gesundheitswesen – Auswirkungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefärzten im Bundesland Bremen
SP I 2005-304	Michael T. Wright/ Martina Block	Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention
SP I 2005-305	Jens-Uwe Niehoff	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb

## 2004

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2004-301	Werner Maschewsky	Umweltgerechtigkeit. Gesundheitsrelevanz und empirische Erfassung
SP I 2004-302	Hildegard Theobald	Care services for the elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups
SP I 204-303	Klaus Priester	Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung
SP I 204-304	Michael Noweski	Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens

## 2003

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2003-301	Thomas Gerlinger	Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996
SP I 2003-302	David Klemperer	Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen – Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation
SP I 2003-303	Hans-Jürgen Urban	Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System

## 2002

Nr.	Verfasser	Titel
P02-201	Nicola Wolf	Krankheitsursachen Gene. Neue Genetik und Public Health
P02-202	Christa Brunswicker	Information und Dokumentation für New Public Health. Informationsströme, Akteure und Institutionen am Beispiel BSE (Bovine Spongiforme Enzephalopathie) und vCJK (Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit)
P02-203	David Klemperer	„Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten“ – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada
P02-204	Thomas Gerlinger	Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel

## 2001

Nr.	Verfasser	Titel
P01-208	Uwe Lenhardt	Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege? Dokumentation eines Workshops am 5.4.01 in Magdeburg
P01-207	Susanne Jordan	Violence and Adolescence in Urban Settings: A Public Health Approach Based on the MLIVEA Framework
P01-206	Hans-Jürgen Urban	Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit – Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende
P01-205	Michael Simon	Die Ökonomisierung des Krankenhauses – Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen
P01-204	Hagen Kühn	Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung
P01-203	Uwe Lenhardt	Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit
P01-202	Hagen Kühn	Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses
P01-201	John Harrington	A contingent Value? The Changing Role of Autonomy in Law on AIDS

## 2000

Nr.	Verfasser	Titel
P00-202	Uwe Lenhardt	Betriebliche Prävention im Umbruch –Stand und Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 11. Februar 2000 in Magdeburg
P00-201	Michael Simon	Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem

## 1999

Nr.	Verfasser	Titel
P99-205	Rolf Rosenbrock	Neue Wege zu alten Zielen? Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung
P99-204	Birgit Lampe	Die Bedeutung von ‚Gender‘ in latein-amerikanischen HIV/Aids-Programmen – eine Befragung von Nicht-Regierungsorganisationen
P99-203	Rainer Herrn	„Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung“. Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern: Befunde, Erfordernisse, Vorschläge

P99-202	Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Francoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrick Pinell, Michel Setbon with Assistance by Norbert Brömme, Anne Gröger	The Aids Policy Cycle in Western Europe – From Exceptionalism to Normalization
P99-201	Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Martin Moers, Francoise Dubois-Arber, Patrice Pinell, Michel Setbon unter Mitarbeit von Norbert Brömme und Anne Gröger	Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit

## 1998

Nr.	Verfasser	Titel
P98-206	Rolf Rosenbrock (ed.)	Politics behind Aids Policies. Case Studies from India, Russia and South Africa
P98-205	Rolf Rosenbrock/ Werner Maschewsky	Präventionspolitische Bewertungskontroversen im Bereich 'Umwelt und Gesundheit'
P98-204	Lisa Luger	HIV/AIDS prevention and 'class' and socio-economic related factors of risk of HIV infection
P98-203	Rolf Rosenbrock	Gesundheitspolitik – Einführung und Überblick
P98-202	Andreas Mielck Kathrin Backett-Milburn Stephen Pavis	Perception in Health Inequalities in Different Social Inequalities, by Health Professionals and Health Policy Makers in Germany and in the United Kingdom
P98-201	Rolf Rosenbrock	Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit

## 1997

Nr.	Verfasser	Titel
P97-205	Joyce Dreezens-Fuhrke	Soziokulturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches HIV/Aids-Präventionsprogramm in Indonesien
P97-204	Michael Simon	Das Krankenhaus im Umbruch – Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem
P97-203	Rolf Rosenbrock	Gemeindenaher Pflege aus Sicht von Public Health
P97-202	Hagen Kühn	Managed Care- Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA
P97-201	Uwe Lenhardt	Zehn Jahre "Betriebliche Gesundheitsförderung" – Eine Bilanz