

Grundlagen der Gesundheitswissenschaften

P.-E. Schnabel

- 3.1 Einleitung 65**
- 3.2 Zur Geschichte der Gesundheitsthematik 66**
- 3.3 Grundlegende Wissenschaften
für die Gesundheitswissenschaften 67**
 - 3.3.1 Der besondere Beitrag von Medizin, Epidemiologie
und Naturwissenschaften 68
 - 3.3.2 Der Beitrag der Sozial- und Geisteswissenschaften 70
 - 3.3.3 Vorteile und Bedingungen interdisziplinären Vorgehens
in den Gesundheitswissenschaften 73
- 3.4 Methodische Grundlagen 75**
 - 3.4.1 Beobachten, Messen und Zählen unter replizierbaren
Bedingungen – die naturwissenschaftliche Methode 76
 - 3.4.2 Regelgeleitetes Verstehen von Erfahrungen –
die sozialwissenschaftliche Methode 77
- 3.5 Theoretische Grundlagen 81**
 - 3.5.1 Modell der Somatogenese von Krankheit
und Gesundheit 82
 - 3.5.2 Modell der Psychosomatogenese 84
 - 3.5.3 Modelle der Soziopsychosomatogenese 85
 - 3.5.4 Entwicklung von Risiken und Potenzialen im Lebenslauf –
das Erklärungsmodell der Sozialisationsgenese 87



3.6 Zentrale Fragestellungen und Lösungsansätze der Gesundheitswissenschaften 88

- 3.6.1 Krankheits-/Risikoverteilungsforschung
und Gesundheitsberichterstattung 89
- 3.6.2 Krankheits-/Gesundheitsentstehungsforschung
und Gesundheitsförderung 91
- 3.6.3 Gesundheitssystemanalyse und -gestaltung 92
- 3.6.4 Umweltforschung und ökologische Gesundheitsförderung 95

3.7 Zum Verhältnis von Gesundheitswissenschaften und Pflegewissenschaft 96

Wissens- und Transferfragen 98

Literatur 99

3.1 Einleitung

Man hat von den Gesundheitswissenschaften, die sich in Deutschland erst in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zu etablieren begannen, zu Recht von einer versorgungspolitisch notwendigen und verspäteten Innovation gesprochen (Hurrelmann u. Laaser 1989). Dass dieses so ist, wirft nicht nur ein besonderes Licht auf die in vielerlei Hinsicht so fortschrittliche deutsche **Gesellschaft** und die in ihrem Namen handelnden **Organe**. Denen nämlich bereitet es bis heute große Schwierigkeiten, über die Gesundheit und deren systematische Förderung viel mehr als bloß zu reden. Selbst wenn die Bundesbürger – wie neuerdings – dazu angehalten sind, pro Kopf und Jahr knapp 50 Cent, insgesamt also rund 40 Mio Euro in die Förderung ihrer Gesundheit zu investieren, dann sind das noch nicht einmal 1% der Gesamtsumme, die sich die Deutschen jährlich ihre Versorgung im Krankheitsfall kosten lassen. Die Tatsache der verspäteten und bis heute noch nicht abgeschlossenen Einführung von Public-Health-Einrichtungen an Universitäten und Fachhochschulen gibt darüber hinaus aber auch Anlass, um nach Eigentümlichkeiten der **Gesundheitswissenschaften selbst** zu fragen, die bis in die Gegenwart hinein ihrer gesellschaftlichen Akzeptanz und ihrem bedarfsgerechten Auf- und Ausbau im Wege standen.

Gesundheit und ihre nachhaltige Sicherung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation zu einem auch nur annähernd so wichtigen **Handlungsziel** von Menschen, Organisationen und politischen Entscheidungsinstanzen werden zu lassen, wie die Krankheit und deren Verhinderung (WHO 1986), macht enorme strukturelle, professionelle, arbeitsorganisatorische und v. a. ökonomische Veränderungen erforderlich.

! Diese Veränderungen werden gegenwärtig weder von den Wissenschaften, noch von den überwiegend medizinisch ausgebildeten und orientierten Dienstleistern im Gesundheitswesen, noch von den Konsumenten krankheits- und gesundheitsbezogener Dienstleistungen richtig durchschaut. Deshalb besteht trotz wachsender Einsicht in die Notwendigkeit von Reformen immer noch zu wenig Bereitschaft, sich wirklich auf sie einzulassen (Rosenbrock u. Kühn 1994).

Leider ist auch zwischen der Medizin und den Naturwissenschaften (Pharmazie, Biologie, Chemie, Physik) auf der einen und den Sozial- und Geisteswissenschaften (Ökonomie, Soziologie, Psychologie, Rechts- und Politikwissenschaften) auf der anderen Seite, die sich aus Gründen sachlicher Notwendigkeit zur Zusammenarbeit unter dem Dach der Gesundheitswissenschaften entschlossen haben, bis heute nicht geklärt, in welchem Maße diese sich mit **Krankheitsanalyse** und -verhinderung oder mit **Gesundheitsforschung** und -förderung beschäftigen sollen. Im Augenblick müssen sie sich eher davor hüten, von den bedeutend länger und nachhaltiger etablierten Krankheitswissenschaften – an ihrer Spitze der im Nachkriegsdeutschland schon einmal nicht so erfolgreichen Sozialmedizin – thematisch und umsetzungspolitisch vereinnahmt zu werden. Gelänge dies, was nicht nur im Interesse ihrer Erkenntnis- und Durchsetzungsfähigkeit, sondern auch im Interesse der Reformfähigkeit unseres so

genannten »Gesundheitswesens« verhindert werden sollte, wären die Gesundheitswissenschaften demnächst von einer der üblichen Hilfsdisziplinen (Epidemiologie, Medizinsoziologie, Medizinpsychologie usw.) des vom **medizinisch-therapeutischen** Paradigma beherrschten, überwiegend auf Kuration und Kriseninterventionismus gerichteten Wissenschaftsbetriebes kaum noch zu unterscheiden.

3.2 Zur Geschichte der Gesundheitsthematik

Die Frage, was die Gesundheit ist und wie man ihrer teilhaftig werden könne, hat Heilkundige und Ärzte zu allen Zeiten interessiert. Die Auffassung jedoch, welcher Aufwand vom einzelnen Menschen und von der Gesellschaft als Ganzer zu betreiben sei, um Gesundheit herzustellen und aufrecht zu erhalten, war über die Jahrhunderte einem erheblichen Wandel unterworfen.

➤ Bei Licht betrachtet, scheint sich diese Auffassung nicht frei, sondern, was zumindest die letzten Jahrhunderte betrifft, in ständiger Abhängigkeit von der Definitionsmacht der Medizin entwickelt zu haben. Die Medizin, die im eigenen Professionalisierungsinteresse stets danach strebte, sich das gesellschaftliche Monopol über die Behandlung von Kranken zu sichern (Freidson 1979), hat in den unterschiedlichen Phasen ihrer Entwicklung, von der frühen Ganzheits- zur hochspezialisierten High-Tech-Medizin, immer auch maßgeblich darüber mitbestimmt, welche Bedeutung die Gesellschaft, ihre Menschen und einschlägige Institutionen glaubten, der wissenschaftlichen und praktischen Beschäftigung mit dem Gesundheitsthema beimessen zu sollen.

Die **antike** und **mittelalterliche** Medizin, die mit Gelehrtenpersönlichkeiten wie Hippokrates (ca. 460–377 vor Chr.), Galen (129–199 n. Chr.) oder Paracelsus (1493–1541) in Verbindung gebracht wird, stellte das Primat der Gesundheitssicherung, das Streben nach vollkommener Harmonie zwischen Körper (Natur) und Geist, die präventive Wirkung einer maßvollen Lebensführung usw. und mit ihnen die Ergebnisse systematischer Berufserfahrung, in den Mittelpunkt ihres diagnostischen und therapeutischen Handelns. (Vermutlich tat sie das, solange ihr die Kenntnisse vom Inneren des Menschen und das Wissen um die Mikroprozesse der Krankheitsentstehung verwehrt waren.)

Im Zuge der Perfektionierung des durch Technik begünstigten und durch die Naturwissenschaften unterstützten anatomischen und bioätiologischen Blicks (Kamper u. Wulf 1982), die mit der **Aufklärung** um die Mitte des 17. Jahrhunderts ihren Anfang nahm und bis heute andauert, geht der Medizin das Interesse an der Beschäftigung mit der Gesundheit und ihren Sicherungsbedingungen fast vollständig verloren. Zeitweilig findet es sich nur noch in den Lehrmeinungen exotischer Randdisziplinen, wie der romantischen Medizin, der Homöopathie oder der asiatischen Naturheilverfahren wieder (Labisch u. Woelk 1998).

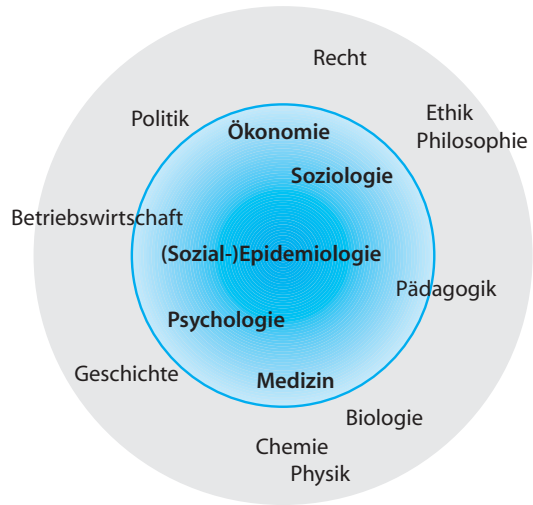
Neuerliche Aufmerksamkeit wird ihr zuteil, als mit der **Sozialmedizin** und der **öffentlichen Wohlfahrtspflege**, die sich seit Beginn des 19. Jahrhunderts als gesellschaftliche Reaktion auf das Masseneleid der Frühindustrialisierung entwickelte und ausgehend von den Erfahrungen von Rudolf Virchow, Salomon Neumann und anderen Klassikern der Sozialmedizin, die Einsicht durchzusetzen beginnt, dass sich die Volkskrankheiten der Neuzeit ohne genaue Kenntnis der psychosozialen Entstehungsbedingungen nicht richtig verstehen und ohne »Politik« nicht erfolgreich behandeln lassen (Deppe 1991). Zum endgültigen Durchbruch als zentralem Thema einer neuartigen, v. a. mit den nichtmedizinischen Einflussfaktoren krankheits- und gesundheitsbezogenem Verhaltens befassten Gesundheitswissenschaften kam es schließlich erst, als sich im Verlaufe des 20. Jahrhunderts die Vermutung zur Gewissheit verdichtete, dass sich die gesundheitlichen Probleme der Gegenwart mit den Erkenntnismöglichkeiten und Mitteln der kurativen Medizin allein, nicht würden lösen lassen (Badura u. Strodtholz 1998).

- Nicht fehlendes biophysiologisches Wissen, wie in den Anfängen der Medizin, sondern ein **epochales Ereignis**, die fast vollständige Verdrängung der übertragbaren durch die chronisch-degenerativen Krankheiten und die Sorge um ihre **angemessene Behandlung**, machten es erforderlich, die traditionsreiche Beschäftigung mit der Gesundheit, ihren Risiken und Aufrechterhaltungsbedingungen auf neue wissenschaftliche Grundlagen zu stellen.

3.3 Grundlegende Wissenschaften für die Gesundheitswissenschaften

Wie es der **Plural** im Namen zum Ausdruck bringt, setzen sich die Gesundheitswissenschaften aus einem Konsortium verschiedener Einzeldisziplinen mit unterschiedlichen Traditionen und Forschungskulturen zusammen, die nur schwer in Einklang miteinander zu bringen sind. Dass der Einsatz von Medizin, Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften erforderlich ist, um dem Gesundheitsphänomen analytisch und praktisch gerecht zu werden, ist inzwischen eine ebenso unbestrittene Tatsache wie der Umstand, dass man es in den Gesundheitswissenschaften mit einer Gruppe unverzichtbarer **Kernwissenschaften** zu tun hat (vgl. ■ Abb. 3.1). Darum herum legt sich mit der Pädagogik, der Betriebswirtschaftslehre/Management, Politik- und Rechtswissenschaft ein Ring von wichtigen **Anwendungsdisziplinen**, die sich für die praktische Umsetzung der kernwissenschaftlichen Erkenntnisse als unverzichtbar erwiesen haben. Ferner gibt es eine Reihe bewährter **Ergänzungswissenschaften**, zu denen Biologie, Chemie und Physik auf der einen und Geschichte und Ethik/Philosophie auf der anderen Seite gehören. Ihre Aufgabe ist es, die Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankheitswissenschaften in physioätiologischer Weise zu untermauern und sich über die historischen bzw. ethischen und philosophischen Rahmenbe-

■ Abb. 3.1. Ordnung der unter dem Dach der Gesundheitswissenschaften vereinten Disziplinen



dingungen krankheits- und gesundheitsbezogenen Handelns letzte Klarheit zu verschaffen.

3.3.1 Der besondere Beitrag von Medizin, Epidemiologie und Naturwissenschaften

Einer historisch gewachsenen Tradition entsprechend und ihrem gesellschaftlichen Versorgungsauftrag gemäß, beschäftigt sich die **Medizin** v. a. damit,

- Krankheiten zu **erkennen** und ursächlich zu **verstehen**,
- ihrer Entstehung **vorzubeugen** und
- ihre **Folgewirkungen** für die Betroffenen so **erträglich** wie möglich zu machen.

! Im Dienste der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit sind die Vertreter dieses gerade deshalb aber unverzichtbaren Faches, im Rahmen von »Public Health« folglich nur in soweit tätig, als die Bewältigung von Krankheit und die existierenden Formen der Krankenbetreuung eine wesentliche, keineswegs aber eine hinreichende Bedingung für das Überleben in Gesundheit darstellen.

Obwohl die inzwischen international anerkannte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation, die sich ausdrücklich **gegen** das von vielen Menschen immer noch geteilte, auf rein medizinische Wahrnehmungskriterien **reduzierte Sichtweise** richtet (WHO 1946) und obwohl dieses Verständnis zu den Leitprinzipien der Gesundheitswissenschaften gehört, gibt es nicht wenige medizinische Fachvertreter, die meinen, dass ihnen neben dem Monopol auf die Behandlung Kranker nun auto-

matisch auch das Monopol auf den gesellschaftlichen Umgang mit der Gesundheit zu fallen müsse. Sie vertreten diese Meinung und versuchen sie innerhalb von »Public Health« politisch durchzusetzen, obwohl die Beschäftigung mit dem, was Gesundheit konstituiert, weder im **Beruf** noch in der **Ausbildung** von Mediziner*innen eine wirkliche Rolle spielt und ihnen der Praxisalltag vor Augen führen müsste, dass eine **angemessene** Behandlung chronischer Patienten durch noch so gutes medizinisch-kuratives Know-how allein, nicht zu bewerkstelligen ist.

Biologie, **Chemie** und **Physik** haben viel dazu beigetragen, dass sich die moderne Medizin, die nach allem, was sie je getan hat und tut, eher dem Lager der Sozial- und Erfahrungswissenschaften zuzuschreiben wäre, sich als Naturwissenschaft präsentieren konnte. Von diesem Nimbus hat sie profitiert, als es darum ging, sich seit dem Mittelalter gegen die Konkurrenz anderer Heilberufe durchzusetzen. Im Kontext von »Public Health« dient den medizinischen Fachvertretern der naturwissenschaftliche Hintergrund nicht selten dazu, sich mit ihrer Arbeit gegenüber den mit der Erforschung der Gesundheit beschäftigten Vertretern der Sozial- und Geisteswissenschaften als die »**Wissenschaftlicheren**« in Szene zu setzen.

Die über Jahrhunderte andauernde und aus der modernen Entwicklung überhaupt nicht wegzudenkende Zusammenarbeit zwischen Medizin und Naturwissenschaft hatte, aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften gesehen, aber **ambivalente** Folgen. Sie führte einerseits dazu, den Erkenntnisgewinn beider Kooperationspartner enorm zu steigern. Andererseits muss heute von einer wachsenden Diskrepanz gesprochen werden, zwischen demjenigen, was die Medizin über Krankheiten weiß und demjenigen, was sie therapeutisch zu tun imstande ist (Krämer 1991).

- Diese Diskrepanz, die vermutlich durch nichts, auch nicht durch die gegenwärtig aufscheinenden Möglichkeiten der Biotechnologie zu schließen sein wird, trägt heute dazu bei, dass die **Erwartungshaltungen** gegenüber der Medizin schier unaufhaltsam steigen und die Gesellschaft sich infolge dessen dazu genötigt sieht, in die Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Techniken fast **unbegrenzt** zu investieren.

Ob die **Gesundheitswissenschaften** und die auf ihren Erkenntnissen aufbauende Gesundheitsförderung, wenn man sie denn ließe, zu einer Lösung dieser Problematik von nennenswertem, bevölkerungsmedizinischen Ausmaßen beitragen würde, ist z. Z. noch nicht absehbar. Doch könnten die Naturwissenschaften, die dann allerdings ihre Aufmerksamkeit weitaus häufiger als bisher den biologischen, chemischen und physikalischen Mikroprozessen körperlichen Funktionierens und seiner Aufrechterhaltung zuwenden müssten, einen nicht weniger wichtigen, bislang aber noch fehlenden Beitrag leisten.

Nicht anders verhält es sich mit der **Epidemiologie**, die

- mit ihrer Beschreibung und **ursächlichen** Analyse der gesellschaftlichen Verteilung von Erkrankungen sowie
- mit der Identifikation **präventionsbedürftiger** Risikopersonen und -gruppen zu einer Kerndisziplin der Krankheits- und der Gesundheitsforschung aufgestiegen ist.

- Leider ist eine Gesundheitsepidemiologie, die sich v. a. mit der gesellschaftlichen Entstehung und Verteilung von Gesundheitspotenzialen beschäftigen müsste, noch nicht entwickelt worden.

3

Selbst die **Sozialepidemiologie**, die sich im Unterschied zur Epidemiologie auf die psychischen und sozialen Ursachen der Ungleichverteilung von Massenkrankheiten und definierten Risiken konzentriert (Mielck u. Bloomfield 2001), ist bis in die Gegenwart hinein eine **Krankheitswissenschaft** geblieben und hat den Aufstieg zur Kerndisziplin eines überwiegend mit den Fragen der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beschäftigten Wissenschaft noch vor sich. Zuvor müsste allerdings entschieden werden, was unter Epidemiologen immer noch nicht geklärt zu sein scheint (Brand u. Brand 2002), nämlich: ob Sozialepidemiologie die Epidemiologie mit **einschließt** und künftig als deren Leitdisziplin fungieren, oder ob sie, wie bisher, einen nach wie vor auf Krankheit fixierten Teil der Epidemiologie verkörpern soll.

3.3.2 Der Beitrag der Sozial- und Geisteswissenschaften

Die nichtmedizinischen Kern- und Anwendungswissenschaften von »Public Health«, lassen sich in zwei Gruppen unterteilen. Die eine, hauptsächlich repräsentiert durch Psychologie und Pädagogik, hat es mit den **verhaltensbedingten** Bestimmungsmomenten von Gesundheit und Krankheit zu tun. Die andere, zu denen die Soziologie, die Ökonomie und die Betriebswirtschaftslehre gehören, setzt sich mit den umweltbedingten Faktoren, hier insbesondere mit denjenigen gesellschaftlichen **Organisationsformen** analytisch und gestalterisch auseinander, mittels derer Gesundheit entsteht und aufrecht erhalten wird. Beide Gruppen haben sich, nachdem es mithilfe der **Sozialisationsforschung** gelungen ist, herauszuarbeiten, dass sowohl an der Entstehung von Krankheit als auch an der Herstellung von Gesundheit so gut wie immer eine im Lebenslauf variierende Konstellation von

- **personalen**,
- **institutionellen** und
- **ökologischen**

Faktoren beteiligt ist (Schnabel u. Hurrelmann 1997), zu unverzichtbaren, forschungs- und umsetzungsstrategisch aufeinander angewiesenen Disziplinen der Gesundheitswissenschaften entwickelt.

- ❗ **Um die Zusammenarbeit zwischen den Verhaltens- und den Verhältniswissenschaften, ist es gegenwärtig leider noch nicht so gut bestellt, wie man es im Interesse der Sache erwarten sollte und wie man es aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu den Erfahrungswissenschaften eigentlich erwarten könnte.**

Die **Psychologie**, als überwiegend analytische, und die **Pädagogik**, als überwiegend anwendungsorientierte Teile der Gesundheitswissenschaften, haben ihre Bemühun-

gen, wenn auch nicht ausschließlich, so aber doch hauptsächlich auf das Individuum, insbesondere das Verstehen und die Beeinflussung seiner Handlungsmotive konzentriert. Sie stehen insofern der Medizin, die seit jeher wissenschaftliches und praktisches Hauptaugenmerk auf den Umgang mit **Einzelpersonen** richtete, paradigmatisch um einiges näher, als die mit den Funktionsweisen **sozialer Gebilde** (Gruppen, Institutionen, Organisationen usw.) beschäftigten Gesellschafts- und Wirtschaftswissenschaften. Das betrifft nicht nur das methodische Vorgehen der Psychologie, die – darin den Naturwissenschaften nacheifernd – einen großen Teil ihrer Erkenntnisse, wenn auch seltener unter laborähnlichen, so doch unter experimentell kontrollierten Bedingungen (vgl. Kap. 4 dieses Beitrags) generiert (Vogt 1998). Es ist deshalb auch nicht verwunderlich, dass die ebenfalls am Verhalten ihrer Patienten unter Diagnostik und Therapie und an den gesundheitsgefährdenden Lebensstilen von Menschen interessierte Medizin nicht nur mit den Erklärungsansätzen der Psychologie besonders viel anfangen kann. Sie greift auch gern auf Erkenntnisse der Entwicklungs- und Lernpsychologie zurück, wenn es darum geht, ihre Patienten zum verantwortungsbewussteren Umgang mit Krankheit und Gesundheit zu motivieren.

Interdisziplinäre Themenbereiche

Zu den Themengebieten, auf denen diese Zusammenarbeit schon seit Jahrzehnten, wenn auch nicht immer zum Anerkennungsvorteil der Psychologie (Leppin 2002) funktioniert, zählen:

- die Bestimmung dessen, was Krankheit und Gesundheit im Einzelfall **bedeuten**,
- die Klärung, auf welche Weise menschliches Verhalten und dessen Genese mit der **Entstehung** von Krankheit und Gesundheit zusammenhängen,
- das Verstehen und die Bearbeitung von **Verhaltensproblemen** bei Ärzten, Pflegepersonen und anderen professionellen Dienstleistern, sofern diesen eine Wirkung auf den Verlauf von Krankheitskarrieren nachzuweisen ist und
- die Frage, ob und wie durch die psychologisch angeleitete Veränderung menschlichen Verhaltens zur besseren **Bewältigung** (»compliance«) von Krankheiten und zur **Herstellung** von Gesundheit (»coping«) beigetragen werden kann.

Eine **Gesundheitspsychologie**, die sich unter Hintansetzung ihres besonderen analytisch-therapeutischen Blicks, vermehrt auf das Thema Gesundheit konzentrieren und sich in Verbindung damit auch auf die Wechselwirkung ihrer gesellschaftlichen und individuellen Konstruktions- und Förderungsbedingungen einlassen müsste, beginnt sich erst langsam zu entwickeln (Leppin 2002).

Ähnlich geht es der **Pädagogik**, die der auf den Einzelfall bezogenen Interventionsphilosophie der Medizin recht nahe steht und von dieser auch gern bemüht wird, um ihre Heilsbotschaft zu den Adressaten zu transportieren. Dabei stößt sie jedoch immer dann an ihre Grenzen, wenn die Verhaltensänderungskonzepte, die sie propa-

giert und durchzusetzen versucht, mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen kollidieren, die von den Adressaten nur schwer oder überhaupt nicht beeinflusst werden können (Schnabel et al. 1997).

Letztlich haben es die **Soziologie** und die **Wirtschaftswissenschaft** zwar auch mit dem Verhalten von Menschen zu tun, das sie im Interesse von Risikovermeidung und Gesundheitsförderung zu optimieren versuchen.

! Im Zentrum ihrer analytischen und praktischen Bemühungen jedoch, stehen die Funktionsbesonderheiten von Gruppen und Organisationen, zu deren gesundheitswissenschaftlich relevanten Eigentümlichkeiten es gehört, dass sich die Menschen in ihnen als Funktionsträger und deshalb meist nicht so verhalten, wie es aus der Sicht autonomer, gesundheitsbewusst und/oder ökonomisch rational handelnder Individuen vernünftig wäre.

Dieses Denken in **systemischen** Zusammenhängen, dem sich gesundheitsbezogenes wie anderes Handeln auch, nur als eines erschließt, das in der Auseinandersetzung des Menschen mit der gesellschaftlich organisierten Umwelt entsteht und deshalb von dieser analytisch nicht getrennt werden kann, ist dem medizinisch-kurativen Denken relativ fremd und kann ihren Vertretern nur schwer vermittelt werden.

➤ Es ruft außerdem **Widerstände** hervor, weil es Mediziner und Ärzte, die daran gewöhnt sind, aus der Position des Wissens- und Kompetenz**monopolisten** heraus zu agieren, mit unerfreulichen Wahrheiten konfrontiert. Zu ihnen gehört v. a. die Erkenntnis, dass die Qualität ihres diagnostischen und therapeutischen Handelns nicht allein dem Dispositionsvermögen der Ärzte unterliegt, sondern zu einem großen Teil den ideologischen, politischen, wirtschaftlichen und versorgungsstrukturellen Rahmenbedingungen, unter denen sie lernen, leben und arbeiten. Ähnlich verhält es sich mit der **Ökonomie**. Sie verweist auf die so gern verdrängten **wirtschaftlichen** Motive ärztlichen Handelns und bemüht sich, aufzuzeigen, wie diagnostische und therapeutische Dienstleistungen durch geeignete Kontroll- und Steuerungsmaßnahmen (Management) zielführend und **kostengünstig**, und damit sozial verträglicher als bisher erbracht werden können.

Die Soziologie ist, indem sie ihren klassischen Forschungsgebieten als **Medizinsoziologie** (Krankheitsverteilungsforschung und Krankheitssystemanalyse) zwei weitere Gebiete, nämlich

- die Identifizierung und Beseitigung psychosozialer **Gesundheitsrisiken** in Arbeit und Freizeit und
- die auf die Analyse von Behandlungsprozessen und die Förderung von Gesundheit bezogene **Versorgungsforschung**,

hinzufügte, zu einer Grundlagenwissenschaft von »Public Health« geworden, ohne die die **Modernitätsdefizite** des Gesundheitswesens weder richtig erkannt, noch erfolgreich behoben werden könnten (Geyer 2002). Der **Gesundheitsökonomie** kommen darüber hinaus noch die wichtigen Aufgaben zu,

- die für den systemanalytischen Bewertungsvorgang (Qualitätsanalyse) wichtigen **Wirtschaftlichkeitskriterien** zu ihrem Recht zu verhelfen und
- diese neben den biophysiologicalen, personellen und sozialen als feste Orientierungsgrößen innerhalb künftiger Strategien des **Versorgungsmanagements** zu verankern (Hessel et al. 2002).

! Die besonderen Schwierigkeiten, mit denen es die Sozialwissenschaften, unter ihnen besonders die Soziologie und die Ökonomie, als künftige Gesundheitswissenschaften zu tun haben, liegt v. a. darin, dass es ein echtes, mit der Pflege der Gesundheit betrautes System noch gar nicht gibt, möglicherweise auch nicht geben wird, an dem sie analytisch arbeiten und in dessen Dienst sie sich stellen könnten.

Genau hier liegt gegenwärtig der besondere **Gebrauchswert**, den die mit dem Gesundheitsthema befassten Teile der **Politikwissenschaft** für die Gesundheitswissenschaften besitzt (Müller 2002). Mit ihrer Hilfe kann nicht nur aufgezeigt werden, welche Faktoren auf den Ebenen von Staat, Ländern, Kommunen, Verbänden und Organisationen der Etablierung der Gesundheitssicherung als Leitidee des politischen Planungs- und Entscheidungshandelns im Wege stehen. Politikwissenschaft ist darüber hinaus auch in der Lage, sog. **Implementationsstrategien** zu entwickeln, anhand derer derartige Widerstände überwunden werden könnten. Vor allem gilt dies für Widerstände auf der rechtlichen, strukturellen und organisatorischen Ebene.

3.3.3 Vorteile und Bedingungen interdisziplinären Vorgehens in den Gesundheitswissenschaften

Zusammenfassend kann man sagen, dass überall dort in Deutschland, wo man möglichst vielen der oben erwähnten Einzeldisziplinen die Gelegenheit eröffnete, uneingeschränkt und längerfristig zusammenzuarbeiten, positive Wirkungen, und zwar sowohl im Hinblick auf das Erkenntnisvermögen der beteiligten Wissenschaften, als auch im Hinblick auf den Erschließungsgrad der Gesundheitsmaterie selbst, erzielt werden konnten. Leider hat man auch an denjenigen Orten, wo dies möglich war, bislang bestenfalls einen »**trans**disziplinären« Zustand der Zusammenarbeit, insgesamt aber noch kein produktives Miteinander erreicht, welches die anspruchsvolle Bezeichnung »**interdisziplinär**« verdienen würde.

! Wirkliche Interdisziplinarität als Kooperationsform ist nicht nur durch den respektvollen Umgang der involvierten Wissenschaften mit den Erkenntnissen und den Erkenntnisgewinnungsmethoden der Partner gekennzeichnet. Beim Wort genommen, verpflichtet sie die kooperierenden Disziplinen außerdem, sich im Dienste der gemeinsamen Sache auf die gleichberechtigte Arbeit an

einem **gemeinsamen Erkenntnisfundus einzulassen und zu der Bereitschaft, aus diesem ständig wachsenden Fundus aufeinander abgestimmte forschungs- und gestaltungsstrategische Konsequenzen auch und besonders dann zu ziehen, wenn diese zu einer teilweisen Aufgabe monodisziplinärer Identitätskonstruktionen und Interessen hinauslaufen sollte** (Weingart u. Stehr 2000).

Die **Vorteile** wirklicher Interdisziplinarität, die überall da, wo es sie bisher gegeben hat, meist nur in zeitlich befristeten Projekten herausgearbeitet und für die Gesundheitswissenschaften bislang nur an wenigen Wissenschaftsstandorten längerfristig überprüft werden konnten, liegen v. a. auf drei Gebieten:

- Erstens trägt sie dazu bei, die Wahrnehmungsfähigkeit der **Einzelwissenschaften** an deren Rändern zu schärfen und sie damit für die kooperative Bearbeitung von Querschnittsthemen, wie Gesundheit und Krankheit, überhaupt erst fähig zu machen.
- Zweitens erhöht echte Interdisziplinarität die Fähigkeit der Wissenschaften **generell**, sich mit Gegenständen und Fragestellungen auseinanderzusetzen, die sich – wie die Gesundheit als körperliches, seelisches und gesellschaftlicher Phänomen – nur multiperspektivisch erfassen und erforschen lassen.
- Drittens verbessert sie die Fähigkeit derer, die in einem interdisziplinär organisierten Lernumfeld ausgebildeten **Experten**, sich mit den Gestaltungserfordernissen auf der Mikro- (Individuum), Meso- (Institutionen) und Makroebene (Politik) der öffentlichen Gesundheit (»Public Health«) sachangemessener auseinander zu setzen.

➤ Damit diese Gewinne aber auch eingefahren werden können, müssen eine Reihe interner und externer Voraussetzungen z. T. erst noch erfüllt, z. T. verbessert werden. Dazu gehören u. a.:

- die Einführung von zwischenwissenschaftlichen **Kommunikationsformen**, die es ermöglichen, sich als **respektvolle** Kooperateure und weniger als konkurrierende Besitzer verschiedenwertiger Anteile an der Wahrheit über Gesundheit zu begegnen;
- eine verbindliche **Einigung** auf einen einheitlichen **Gegenstand**, auf gemeinsam verfolgte Forschungsfragen und auf das Anstreben gemeinsamer **Entwicklungsziele**, deren Ergebnisse nicht zur Disposition kurzfristig variierender Einzelinteressen gestellt werden dürfen;
- die gegenseitige **Akzeptanz** unterschiedlicher **Methoden**, die angesichts so komplizierter Inhalte, wie dem der Gesundheit, als sich notwendigerweise ergänzende und nicht als einander ausschließende Maßnahmen zur Erkenntnisgewinnung und -überprüfung betrachtet werden;
- die längerfristige Verfügbarkeit über **räumlich-organisatorische** Rahmenbedingungen, die ein ständiges Sich-Begegnen unter sachangemessenem Einsatz verschiedener Kooperations-, Lehr- und Lernformen ermöglicht.

Lehrbuch Pflegemanagement III

Kerres, A.; Seeberger, B.; Mühlbauer, B.H.

2003, XI, 337 S., Softcover

ISBN: 978-3-540-44331-5