

4.3 Der interdisziplinäre Ansatz des Bielefelder Ausbildungskonzepts für Gesundheitswissenschaften

F. X. Kaufmann

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich die Vorstellung durchgesetzt, als ob "Gesundheit" ein Problem sei, für das "die Medizin" im wesentlichen zuständig sei. Sehen wir uns klassische Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens an, etwa die Bekämpfung der Cholera durch Stadtsanierung oder den Arbeitsschutz und die gesundheitliche Aufklärung der Arbeiterschaft, so ist auch nicht zu bestreiten, daß Mediziner maßgeblich an der Lösung dieser Probleme beteiligt waren. Gerade in Deutschland entwickelte sich seit Ende des 19. Jahrhunderts eine sozialmedizinische Bewegung, die ihren Höhepunkt in der Zeit der Weimarer Republik fand, und v.a. im großstädtischen Bereich über Ambulatorien und kommunale Gesundheitsämter den Gesundheitszustand der Arbeiterschaft nicht nur kurativ, sondern auch durch Einwirken auf die örtlichen Verhältnisse und durch gesundheitliche Aufklärung zu verbessern suchte. Der Umstand, daß diese soziale engagierten Ärzte häufig jüdischer Herkunft waren und der Sozialdemokratie nahestanden, führte zu einer recht radikalen Eliminierung dieser Tradition kommunaler Gesundheitspflege im Zuge der nationalsozialistischen Gleichschaltung aller gesellschaftlichen Kräfte. Das "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) von 1934" brachte zwar einerseits die auf das gesamte Deutsche Reich ausgedehnte Einführung von Gesundheitsämtern und damit eine v.a. erb- und rassehygienisch motivierte staatliche Gesundheitspolitik. Aber es erstickte gleichzeitig die kommunalen Initiativen und damit den sozialreformerischen Elan der Sozialmediziner. Das von den Nationalsozialisten erlassene GVG bildet übrigens bis heute die wesentliche gesetzliche Grundlage des öffentlichen Gesundheitswesens in der BRD. Seine Formulierungen sind so allgemein, daß sie die juristischen Säuberungen durch den Alliierten Kontrollrat überstanden haben. Dies soll hier nicht erwähnt werden, um sie dadurch in Mißkredit zu bringen, sondern um auf den geringen politischen Stellenwert aufmerksam zu machen, der dem öffentlichen Gesundheitswesen zugemessen wurde.

Diese Beobachtung führt uns zurück zur Frage der Interdisziplinarität. Ob Gesundheit primär oder gar ausschließlich ein medizinisches Problem ist oder sein kann, hängt vom zugrundeliegenden Begriff der Medizin ab. Die medizinische Forschung und Ausbildung in der Bundesrepublik hat ihr Schwergewicht ebenso wie die medizinische Praxis in der kurativen Medizin. Klassische Zweige der

Medizin, wie die Epidemiologie oder die Sozialmedizin, führen daneben nur ein Schattendasein. Eben diese Bereiche sind es jedoch, welche auch die größte Affinität zu den Sozialwissenschaften aufweisen, sie stellen sozusagen interdisziplinäre Grenzbereiche der Medizin zu den Humanwissenschaften dar, ähnlich wie in anderer Hinsicht die psychosomatische Medizin oder die Psychiatrie. Auch diese Zweige haben jedoch, soweit sie sich vom naturwissenschaftlich fundierten kurativen Paradigma entfernen, Schwierigkeiten im deutschen Medizinsystem, ebenso wie übrigens die Homöopathie und andere Naturheilverfahren. Wir müssen also zunächst festhalten, daß es im wesentlichen der naturwissenschaftlich-technischen Verfestigung, um nicht zu sagen der human- und sozialwissenschaftlichen Borniertheit des in der BRD vorherrschenden Medizinalsystems zuzuschreiben ist, daß Gesundheitswissenschaften in diesem Lande nicht primär als medizinische Aufgabe mehr betrachtet werden dürfen. Deshalb bedürfen wir auch neuer akademischer Ausbildungsgänge außerhalb der medizinischen Fakultäten, weil sich diese in den vergangenen Jahrzehnten - übrigens aus durchaus verständlichen Gründen - als in dieser Hinsicht reformunfähig erwiesen haben.

Ein weiteres kommt allerdings hinzu: Wenn wir die Grundfrage der Gesundheitswissenschaften und des öffentlichen Gesundheitswesens ernst nehmen, nämlich die Frage "Wovon ist der Gesundheitszustand einer Bevölkerung abhängig und wie läßt er sich verbessern?", so zeigt sich, daß mögliche Antworten auf diese Frage auf Faktoren und Dimensionen verweisen, die beim gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Spezialisierung auch beim besten Willen nicht mehr der Medizin zugeordnet bzw. inkorporiert werden könnten. Lebensweisen erweisen sich als von ökonomischen, ökologischen, psychischen und sozialen Faktoren abhängig, deren Studium zum Gegenstand spezialisierter Wissenschaften geworden ist. Die ökonomische und organisatorische Dimension des Gesundheitswesens hat heute solche Bedeutung erreicht, daß sie als eigenständiger Wirkfaktor Berücksichtigung verdient. Was in der Gesundheitspolitik geschieht - man erinnere sich an die erst kurz zurückliegende sog. Gesundheitsreform - hat mit den somatischen und psychischen Befindlichkeiten von Personen, auf die sich Medizin auch in einem breiten Verständnis bezieht, nur noch sehr mittelbar zu tun. Auch die Rechtsordnung übt, wie nicht zuletzt die Ärzte selbst zunehmend irritiert wahrnehmen, eigenständige Wirkungen auf die gesundheitsrelevanten Zusammenhänge aus. Kurzum: Die nichtmedizinischen Bedingungsfaktoren der Gesundheit rücken heute mehr und mehr ins Rampenlicht, und es hat den Anschein, als ob v. a. von seiten der verschiedenen Sozialwissenschaften - Soziologie, Ökonomie, Rechtswissenschaft, Politikwissenschaft und Geschichte - neue Impulse für ein breiteres Verständnis der Gesundheitsförderung zu erwarten seien.

Allerdings wäre es nach unserer hier in Bielefeld vertretenen Auffassung verfehlt, einen Studiengang in Public health ausschließlich sozialwissenschaftlich zu fundieren. Ich möchte dies an einem Beispiel verdeutlichen: Die Organisation eines Krankenhauses wirft zweifellos wichtige betriebswirtschaftliche,

administrative, leitungsmäßige und organisationssoziologische Probleme auf. Wollte man diese jedoch ausschließlich nach den Gesichtspunkten der Betriebswirtschaftslehre, des Verwaltungsrechts, der Managementwissenschaften oder der Organisationssoziologie behandeln, so würde der Zweck, um dessentwillen ein Krankenhaus besteht, gar nicht als systematische Größe in den Blick kommen, sondern allenfalls in den Detailproblemen der Krankenhaushygiene oder den Grenzwerten organischer und psychischer Belastbarkeit von Patienten. Eine bloß sozialwissenschaftliche Betrachtungsweise könnte zu einer ähnlichen Borniertheit führen, wie Sozialwissenschaftler sie dem herrschenden Paradigma der apparativen, medikamentösen kurativen Medizin unterstellen. Worauf es uns ankommt, das ist gerade die Kombination der medizinischen und der sozialwissenschaftlichen Perspektive. Deshalb sind auch bedeutende medizinische Einrichtungen in Ostwestfalen gleichberechtigte Mitträger unseres Studiengangs.

Unser Studiengang ist als Zusatzstudiengang konzipiert, d. h. wer ihn absolvieren will, muß bereits ein anderes Studium erfolgreich abgeschlossen haben und sich zudem bereits wissenschaftlich oder praktisch mit Gesundheitsproblemen befaßt haben. Der Studiengang richtet sich also an Personen, die bereits das akademische Lernen gelernt haben und mit bestimmten, allerdings untereinander sehr verschiedenen Vorkenntnissen in den Studiengang eintreten. Wir freuen uns, daß es uns gelungen ist, für diesen ersten Studienjahrgang Absolventen der verschiedensten Ausbildungsgänge - Mediziner, Psychologen, Pädagogen, Soziologen, Sportwissenschaftler, Ökotoxikologen, Biologen, Ökonomen und Politikwissenschaftler - zu gewinnen, übrigens auch in einem recht ausgewogenen Verhältnis von Frauen und Männern. Gerne würden wir auch Fachhochschulabsolventen mit einschlägiger Berufserfahrung aufnehmen (inzwischen genehmigt). Mehr als 80 % aller Studierenden haben bereits praktische Erfahrungen in gesundheitsrelevanten Bereichen und viele versuchen, den Studiengang berufsbegleitend bei gleichzeitiger Reduktion ihrer Arbeitszeit zu absolvieren. Von einem "Studiengang für arbeitslose Soziologen" kann also keine Rede sein.

Von dieser bunten Mischung erhoffen wir uns einen zweiten praktischen Aspekt der Interdisziplinarität: Die Zusammenarbeit dieser Studenten mit unterschiedlichen Vorkenntnissen dürfte weit über das hinaus, was die Lehre leisten kann, zu einem mehrdimensionalen, multidisziplinären Verständnis der Gesundheitsprobleme beitragen.

Praktische Probleme gehören grundsätzlich keiner Disziplin an. Insoweit als unser Studiengang nach einer einigermaßen an wissenschaftlichen Disziplinen orientierten gemeinsamen Grundausbildung im 1. Jahr sich im 2. Jahr nach praxisorientierten Schwerpunkten auffächert, wird sich hier die Interdisziplinarität sozusagen von der Sache her aufdrängen. Allerdings besteht beim Umgang mit praktischen Problemen auch die Gefahr, daß man sie allzu pragmatisch, also unter Verzicht auf analytische Gesichtspunkte angeht, wie sie von den Einzeldisziplinen entwickelt werden. Das wäre keine Interdisziplinarität, sondern Disziplinlosigkeit - im doppelten Sinne. Um dieser

Disziplinlosigkeit vorzubeugen, ist eine solide multidisziplinäre Ausbildung erforderlich, welche dann in den Studien-schwerpunkten in spezialisierter Weise vertieft werden soll. Abschließend seien einige Randbemerkungen zu diesem Bielefelder Programm gestattet, um dessen Verwirklichung wir uns in den kommenden Jahren kümmern wollen.

1. Das Konzept des Studiengangs ist der Plan eines Experiments, eines ersten Versuches, der bisher erst in einem politisch administrativen Sinne erfolgreich ist, dessen Wirksamkeit und Nutzen sich jedoch erst noch erweisen müssen. Ich möchte auch im Namen meiner Kollegen und Behörden, Verbänden, Fakultäten und Einzelpersonlichkeiten, und unter ihnen nicht zuletzt unseren Studenten danken, daß sie uns dieses Vertrauen, diesen Kredit geschenkt haben. Als erste Einrichtung dieser Art in der Bundesrepublik müssen wir notwendigerweise mit einem zunächst unerprobten Konzept arbeiten, in das natürlich ausländische Erfahrungen eingegangen sind, die jedoch nicht unbesehen übernommen werden konnten. Ob die Schwergewichte richtig gesetzt wurden, ob die Lücken verkraftbar sind oder sich nachträglich schließen lassen (die juristische Dimension fehlt z. B. weitgehend), ob das Verhältnis von breiter Grundausbildung und spezialisierender Schwerpunktbildung glücklich getroffen wurde, und ob schließlich unsere Absolventen in der Konkurrenz um offene Stellen erfolgreich sein werden, all dies läßt sich nur aus Erfahrung lernen. Das bedeutet auch, daß das vorliegende Konzept nur als erstes, nicht als letztes Wort der Bielefelder Public-health-Ausbildung gelten kann.
2. Vielfach besteht ein persönliches Unbehagen angesichts der beschränkten personellen Kapazitäten und der fehlenden Vorerfahrungen auch der Lehrenden in diesem Feld. Auch wir Lehrende müssen hier zunächst lernen, das gilt v. a. für die Sozialwissenschaftler unter uns. Die meisten haben sich erst in den letzten Jahren mit Gesundheitsfragen zu beschäftigen begonnen, und die Lehrangebote für diesen Studiengang müssen größtenteils neu entwickelt werden. Nur der Umstand, daß wir hier ein in der Bundesrepublik eben weitgehend brachliegendes Feld betreten, rechtfertigt unsere Kühnheit. Wir dürfen - nicht zuletzt bei unseren Studierenden - in dieser Anfangsphase um Nachsicht bitten. Aber wir müssen uns bewußt bleiben, daß hier Neues und mehr von uns gefordert wird, als im akademischen Betrieb üblich. Wir haben dafür die Chance, auch mit und von unseren Studenten lernen zu können, die z. T. schon Experten in bestimmten Fragen sind, wofür sich v. a. die Schwerpunktbildung im 2. Jahr anbietet. Wir halten es für möglich, hier durch Diplomarbeiten auch kurzfristig in erheblichem Umfang Ergänzungen unseres Wissens zu gewinnen.

3. Diese studienbegleitenden Forschungsintentionen sind aber sicher nicht ausreichend. Wir bedürfen der Entwicklung gesundheitswissenschaftlicher Forschung auch in Bielefeld als Grundlage der Heranziehung eines breiteren und qualifizierteren wissenschaftlichen Personals. Eine Gruppe aus unserer Mitte, zu der Mediziner und Soziologen gehören, hat soeben das Konzept eines gesundheitlichen Forschungsschwerpunkts vorgelegt, das nach entsprechender Diskussion und mit Unterstützung universitärer und öffentlicher Stellen, nicht zuletzt seitens des Landesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales hoffentlich bald zu einer Institutionalisierung gesundheitswissenschaftlicher Forschung in Bielefeld führen wird. Dann wird das, was seit jeher die Stärke des Universitätswesens ausgemacht hat, nämlich die Verbindung von Lehre und Forschung, auch in unserem Bereich Wirklichkeit werden, und so scheint die Hoffnung nicht unberechtigt, daß unser zartes Pflänzchen sich den Unbilden einer konkurrenzbestimmten Wirklichkeit gewachsen zeigen wird.