

Gerhard Polak (Hrsg.)

Das Handbuch Public Health

Theorie und Praxis

Die wichtigsten
Public-Health-Ausbildungsstätten

SpringerWienNewYork

Public Health in den Niederlanden

Paul Schnabel

Wie in manchen anderen Ländern wurde auch in den Niederlanden allmählich vergessen, daß die moderne Medizin ihre ersten und entscheidenden Erfolge nicht im Bereich der privaten und individuellen Fürsorge geleistet hat, sondern schon in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts im Bereich der öffentlichen Fürsorge oder der Public Health. Besonders dort, wo sich ein sehr differenziertes Krankenkassensystem entwickeln konnte – wie etwa in der Bundesrepublik, Belgien oder den Niederlanden –, sind immer mehr ursprünglich typische Public-Health-Leistungen, z.B. Mutter- und Kindfürsorge, als Leistung der Krankenkassen definiert und entsprechend individualisiert worden. Anfang der achtziger Jahre war Public Health in den Niederlanden praktisch auf jene kleinen Bereiche zusammengeschrumpft, die als nicht versicherbar galten oder über den Rahmen der individuellen Person als Patienten hinausgingen: Präventionsprogramme, Notarztdienste, Schulmedizin oder Arbeitsmedizin.

Seitdem hat sich vieles geändert, obwohl der Anteil von Public Health an den Gesamtkosten für Gesundheit unveränderlich bescheiden geblieben ist. Von den etwa 65 bis 70 Milliarden Gulden, die pro Jahr für Gesundheit aufgewendet werden (ungefähr 9% des BNP bei einer Einwohnerzahl von 15,5 Millionen), können nicht mehr als 2% direkt dem Bereich Prävention/Public Health/Gesundheitspolitik zugeschrieben werden. Zwar gibt es auch in den Bereichen der kurativen Medizin und der Pflege Aktivitäten, die ihrer Art nach als Formen von Public Health betrachtet werden können, aber sie umfassen insgesamt finanziell kaum mehr als noch einen weiteren Prozentpunkt.

Charakteristisch für die Wiederentdeckung und wachsende gesellschaftliche und politische Anerkennung der Bedeutung von Public Health ist aber sicher, daß dieser Bereich im Haushaltsplan des Ministeriums für Gesundheit jetzt an erster Stelle steht. Symbolisch wird so hervorgehoben, daß, politisch gesehen, Schutz und Förderung der Gesundheit das Primat über die Gesundheitsfürsorge errungen haben. Seit „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ hat sich die holländische Regierung mit der sogenannten „Nota 2000“ (1986) verpflichtet, die von der WHO gesetzten Maßstäbe zu erfüllen. Die derzeitige linksliberale und als sehr kompetent geltende Ministerin für Gesundheit, Dr. Else Borst-Eilers, fördert die

Entwicklung neuer präventiven Ansätze und Versuchsmodelle. Public-Health-Themen, die sie in ihrer „Nota Gezond en Welt“ (1995) zu Schwerpunkten ihrer Gesundheitspolitik gemacht hat, sind die Erhöhung der gesunden Lebenserwartung, die Vorbeugung prinzipiell vermeidbarer Todesursachen und die Verbesserung der Lebensqualität der chronisch Kranken und der Behinderten.

Weshalb eine präventiv angesetzte Gesundheitspolitik?

Die Begründung einer pro-aktiven Gesundheitspolitik ist in erster Linie positiv: Vorbeugen ist besser als heilen, heißt es auch hier. Man erhofft sich von einer präventiv-orientierten Gesundheitspolitik aber auf Dauer auch ökonomische Vorteile. Würde es gelingen, die Bevölkerung davon zu überzeugen, daß ein gesundheitsbewußteres Verhalten – eine Änderung auch des Lebensstils (kein Nikotin, weniger Alkohol, ausgewogene Diät, mehr körperliche Aktivität, keine Drogen usw.) – entscheidend zur Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen kann, dann müßte sich das im 21. Jahrhundert auch in verhältnismäßig niedrigeren Ausgaben für die kurative wie die palliative Gesundheitsfürsorge bemerkbar machen. Gerade weil die schon sehr hohe allgemeine Lebenserwartung (1994: Männer 74,6, Frauen 80,3 Jahre) stärker ansteigt als die gesunde (etwa 60 Jahre), wird vor allem die Anhebung der gesunden Lebenserwartung als Ziel der neueren Gesundheitspolitik angestrebt.

Ein zweiter Grund für die neue Popularität des Public-Health-Denkens ist sicher die Einsicht, daß die großen Infektionskrankheiten nicht definitiv überwunden werden können. Natürlich hat die AIDS-Epidemie (seit 1982 in den Niederlanden etwa 9000 Patienten und bis jetzt 4500 Sterbefälle, Tendenz glücklicherweise stark fallend) sehr zu dieser Einsicht beigetragen. Allerdings ist mittlerweile deutlich geworden, daß auch Tuberkulosis noch immer eine Gefahr darstellt, vor allem wegen des unaufhaltbaren Zuflusses von Asylanten und Migranten. Die sehr große Reiselustigkeit der Niederländer wiederum hat dazu geführt, daß Krankheiten wie Malaria nicht länger als exotisch gelten. Die Zahl der neuen Fälle von Gonorrhoe oder Syphilis ist schon seit mehr als 15 Jahren stark rückläufig, Hepatitis und Chlamydia verbreiten sich aber noch immer weiter.

Auf nationaler Ebene ist die tatsächliche Durchführung einer präventiv angelegten Gesundheitspolitik nur beschränkt möglich. Das Grundgesetz verpflichtet die Regierung zwar, Maßnahmen zur Förderung der Volksgesundheit zu ergreifen, nicht aber dazu, sie auch selbst durchzusetzen. Das wird auch nicht erwartet und ist gegenwärtig sogar politisch verpönt: Die Regierung soll sich auf ihre Richtlinienkompetenzen beschränken und dem „Mittelfeld“ (Ärzteschaft, Krankenkassen, Einrichtungen, Patientenvereine, Kommunen) die selbständige Durchführung geeigneter Strategien überlassen. Auf nationaler Ebene werden nur noch die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die finanziellen Stimulierungsmaßnahmen und die wissenschaftlichen Unterstützungsmöglichkeiten bereitgestellt, die regional nach Bedürfnis in Anspruch genommen werden können. So hat das Reichsinstitut für Volksgesundheit und Umwelt (RIVM) 1997 zum zweiten Mal einen hochinteressanten und mit mehr als 2500 Seiten wohl auch sehr umfassenden Bericht („Volksgesondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen“) über den Gesundheitszustand der Bevölkerung derzeit und in den Jahren bis 2015 vorgelegt, der auch wichtige Anreize für die Entwicklung einer kommunalen Gesundheitspolitik bietet.

Einige andere Beispiele: Unter starker finanzieller Beteiligung des Ministeriums wird in Hausarztpraxen jetzt eine „programmatische Prävention“ durchgeführt – jährliche Grippeimpfungskampagnen, ein groß angelegtes Screening auf Gebärmutterhalskrebs und ein erster Versuch, den Patienten das Rauchen abzugewöhnen (Rauchen ist in den Niederlanden mit 35 % der Erwachsenen noch immer sehr verbreitet, und bei Jugendlichen ist leider zu beobachten, daß sie wieder mehr rauchen bzw. immer Jüngere damit anfangen). In Anbetracht der wachsenden Zahl der chronisch Kranken wurde 1990 eine Nationale Kommission zur Verbesserung der Lage der chronisch Kranken (NCCZ) einberufen und mit einem eigenen Etat in Millionenhöhe ausgestattet. Chronisch Kranke sind jetzt ein politisches Thema geworden, und man ist sich stärker bewußt, welchen sozialen und ökonomischen Benachteiligungen sie ausgesetzt sind. Dem Bereich Public Health zugeordnet werden auch einige der nationalen gesundheitswissenschaftlichen Institute für Prävention und „Health education“ (NIGZ), für Sozialpsychiatrie und Alkohol- und Drogenbekämpfung (Trimbos-instituut), für sozial-sexuologischen Fragen (NISSO) usw. In einer Mischung aus Forschung, Programmentwicklung, Modellversuch-Evaluierung, Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit haben diese Institute den Auftrag, die Praxis der Public Health qualitativ zu unterstützen. Besondere Bedeutung mißt die Ministerin für Gesundheit einem Sonderprogramm zur Erforschung und Aufhebung sozialökonomisch bedingter gesundheitlichen Unterschiede bei. Es war vor ein paar Jahren eine herbe Enttäuschung, feststellen zu müssen, daß zwischen den höchsten und niedrigsten sozialen Schichten bei der Lebenserwartung ein Unterschied von etwa vier Jahren entstanden ist.

Eine besondere Verantwortung im Bereich Public Health obliegt der staatlichen Gesundheitsaufsichtsbehörde („Staatstoezicht op de Volksgezondheid“), die für die Überwachung und Überprüfung der internen und externen Qualitätskontrollsystemen in den jeweiligen Sektoren des Gesundheitssystems verantwortlich ist. Das „Staatstoezicht“ (meistens einfach „Inspectie“ genannt) ist zwar dem Minister für Gesundheit unterstellt, aber nicht Teil des Ministeriums und verfügt über ein hohes Maß an professioneller Autonomie. Gerade in einem größtenteils von privaten und selbständigen Trägern bestimmten Gesundheitssystem kommt dem normierenden Einfluß des „Staatstoezicht“ besondere Bedeutung zu.

Public Health auf kommunaler Ebene

Obwohl die kommunalen Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsfürsorge eher bescheiden sind, verfügen die Niederlande seit Anfang der achtziger Jahre über ein flächendeckendes Netz von etwa 60 „Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten“ (GG&GDs), die für die jeweilige Kommune (oder für eine Gruppe von kleineren Gemeinden, die an einer „gemeenschappelijke“ Regelung beteiligt sind) eine Vielzahl von Public-Health-Aufgaben erfüllen. Das Gesetz zur Förderung der kollektiven Prävention (1992) verpflichtet die Gemeinden zur systematischen epidemiologischen Erfassung der Gesundheitslage der Bevölkerung, zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten, zu Förderungsmaßnahmen im Bereich der Hygiene und Psychohygiene, zum Schutz der

Umwelt und technisch-hygienischen Überwachung von Großküchen und dergleichen. Eine sehr wichtige Aufgabe ist die kollektiv-präventive Fürsorge der sogenannten Risikogruppen (Kinder, Asylbewerber, Behinderte, Obdachlose, Migranten aus Marokko, Surinam oder der Türkei), einschließlich „Lifestyle“-Beratung und Gesundheitserziehung.

In den meisten Fällen überlassen die Kommunen die Ausführung dieser Aufgaben vollständig den Gesundheitsdiensten, die außerdem dann auch noch die gesundheitspolitische Beratung der jeweiligen Stadtregierung auf sich nehmen. Als im Winter 1995 die Flußdeiche einzustürzen drohten, waren es die GG&GDs, die im Rahmen der Katastrophenbekämpfung gesetzlich mit der Koordination der ärztlichen Hilfe beauftragt waren. Zusätzliche Aufgaben der GG&GDs sind in vielen Fällen auch die Organisation der Notarzthilfe, die prophylaktische Hilfe für Tropenreisende und die Vermittlung von Plätzen in Pflegeeinrichtungen und Altenheimen oder die Herstellung von Gutachten in sozialmedizinischen Fragen (Transportmittel für Behinderte, reservierte Parkplätze usw.). In Großstädten wie Amsterdam ist die GG&GD maßgebend an der Hilfe für Drogensüchtige (z. B. Methadonverabreichung) beteiligt. Der Katalog an Leistungen und Diensten ließe sich noch mühelos weiter fortsetzen, aber das Muster ist eigentlich immer dasselbe: GG&GDs übernehmen die Aufgaben, die in der privaten medizinischen Versorgung nicht oder weniger gut geleistet werden können, sich auf die Bevölkerung (oder bestimmte Bevölkerungsgruppen) als Ganzes beziehen oder aber nur auf einer übergeordneten Ebene gut organisiert werden können. Die Zusammenarbeit mit Laien- und Selbsthilfebewegungen ist selbstverständlich, und meistens sind die Verbindungen zur Polizei, Sozialhilfe, Heilsarmee oder Sozialarbeit auch stärker ausgeprägt als etwa die Verbindung mit den Krankenhäusern oder Hausärzten.

Mit einem Gesundheitsamt im deutschrechtlichen Sinne des Wortes kann man eine GG&GD aber nicht gleichstellen, und auch Versuche, GG&GDs als Einrichtungen der „Basis“-Gesundheitsfürsorge darzustellen, sind gescheitert. In den Niederlanden werden nicht die Gesundheitsdienste, sondern die fast 7000 Hausärzte als Basisgesundheitsfürsorge betrachtet: In den Niederlanden hat jeder Haushalt seinen eigenen, meistens im selben Bezirk oder Viertel wohnenden Hausarzt (der tatsächlich auch Hausbesuche macht). Die Krankenkassen zahlen Hausärzte nicht pro Einzelleistung, sondern pro Patient und Jahr einen Fixbetrag. Ohne einer vom Hausarzt erfaßten Überweisung übernehmen weder Krankenkassen (60 % der Bevölkerung) noch Privatversicherungen die Kosten einer fachärztlichen Untersuchung oder Behandlung. Gerade dank des Überweisungsmonopols des Hausarztes als „gatekeeper“ im Gesundheitssystem hat sich die Hausarztmedizin (dreijährige Zusatzausbildung) erst entwickeln und als Basisfürsorge etablieren und behaupten können.

Public Health am Arbeitsplatz

Der niederländische Sozialstaat mit seinen vielen wohlfahrtsstaatlichen Arrangements befindet sich schon seit mehreren Jahren in einem Prozeß des Umbruchs. 1995 wurde die anscheinend fast unantastbare gesetzliche Krankengeldregelung

praktisch mit einem Schlag abgeschafft. Die Arbeitgeber selbst wurden für die Fortbezahlung des Lohns ihrer krankgeschriebenen Mitarbeiter verpflichtet. Obwohl sie sich privat gegen diese Lohnfortzahlung versichern konnten – in den meisten Fällen haben die Arbeitgeber sich aber für die Übernahme des Risikos in den ersten drei Monaten ausgesprochen –, war die Absicht von Regierung und Parlament in erster Linie doch, sie zu einer aktiveren Reintegrationspolitik zu zwingen. Das heißt einerseits bessere Vorbeugung von arbeitsbedingten Krankheiten und andererseits mehr Anstrengungen, den Arbeitnehmer wieder gesund an seinem Arbeitsplatz zu re-integrieren.

Die Position des Sozialmediziners als Betriebsarzt oder Versicherungsarzt hat sich dadurch grundlegend geändert. In das noch relativ neue „Arbeitsomstandigheden“(Arbeitsbedingungen)-Gesetz ist der „Arbo“-Arzt im Auftrag des Arbeitgebers sowohl damit beschäftigt, Arbeitsausfall vorzubeugen, als auch kranke Arbeitnehmer zu betreuen und zu begleiten. Das hat inzwischen tatsächlich zu einer erheblichen Reduzierung der Zahl der Krankgeschriebenen geführt und, wichtiger noch, Arbeitgeber stärker ihren eigenen positiven oder negativen Einfluß auf das Arbeitsklima bewußt gemacht. „Arbo“-Ärzte sind nicht Teil der Belegschaft einer Firma, sondern Angestellte eines privaten „Arbo-Diensts“, der mit Einverständnis des Betriebsrats im Auftrag der jeweiligen Firma bestimmte Leistungen erbringt. Die sogenannten *Arbo-paketen* können pro Auftraggeber auch sehr verschieden sein und damit auch die Kosten pro Arbeitnehmer.

Die sehr hohen Invaliditätsrenten, auf die die Arbeitnehmer im Falle einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit Anspruch hatten, haben das System Ende der achtziger Jahren fast unter seinem eigenen Gewicht zusammenbrechen lassen. Mehr als 10% der arbeitenden Bevölkerung wurden über das sogenannte „WAO“-System (*Wet op de Arbeidsongeschiktheid*) frühpensioniert bzw. versteckt arbeitslos gemacht. Inzwischen ist es sehr viel schwieriger geworden, eine WAO-Rente zu bekommen, auch sind die allgemeinen Bedingungen dafür wesentlich ungünstiger geworden. Sozialmediziner, die sich daran gewöhnt hatten, daß kaum jemand aus der WAO herauskommen und wieder seinen Beruf aufnehmen konnte, sehen sich jetzt vor die Aufgabe gestellt, mit gezielten Maßnahmen und den Möglichkeiten des einzelnen Klienten entsprechend die Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und den Erhalt des Arbeitsplatzes anzustreben.

In der sozialmedizinischen Ausbildung haben die sehr tiefgreifenden Änderungen im Bereich der sozialen Absicherung mit dazu beigetragen, daß die schon längst fällige Umstrukturierung der Ausbildung sich endlich durchsetzen konnte. Arbeitsmedizin und Versicherungsmedizin sind nicht länger vollständig getrennte Bereiche, sondern unter den Namen „occupational medicine“ ineinander integriert.

Public Health in Wissenschaft und Ausbildung

Sozialmedizin ist an den meisten niederländischen medizinischen Fakultäten keine stark entwickelte, geschweige denn angesehene Disziplin. Public Health an sich ist an keiner Universität selbständig als Fachgebiet vertreten, und die Gesundheitswissenschaften verteilen sich quasi zufällig über die medizinischen und

die sozialwissenschaftlichen Fakultäten. An der Erasmus-Universität Rotterdam ist die Sozialmedizin noch am stärksten vertreten, an der Universität Maastricht haben sich die Gesundheitswissenschaften – vor allem im Bereich der Prävention – gut entwickelt. Rotterdam ist stark in den gesundheitspolitischen und -ökonomischen Fächern und sehr stark in Epidemiologie. Wissenschaftlich haben Public Health und Sozialmedizin besonders über die Epidemiologie an den Universitäten Boden gewinnen können.

Die relativ schwache universitäre Etablierung der Sozialmedizin, Public Health oder Gesundheitswissenschaften fand bis Anfang der neunziger Jahre in der Organisation der Ausbildungsgänge ihre Entsprechung. Obwohl für Sozialmediziner genauso wie für Hausärzte und Fachärzte ein eigenes Standesregister geführt wurde und wird, war die Ausbildung im Vergleich dazu sehr viel weniger entwickelt und wurde auch kaum noch von akademischer Seite mitgetragen. Mit Ausnahme der arbeitsmedizinischen Ausbildung an der Universität von Amsterdam wurden alle andere Ausbildungsgänge von relativ kleinen privaten Instituten durchgeführt.

Versuche, in den Niederlanden nach amerikanischem und englischem Vorbild eine echte und multidisziplinär orientierte School of Public Health aufzubauen, sind zunächst aus verschiedenen Gründen immer in Ansätzen stecken geblieben. Die De-facto-Anerkennung der Sozialmediziner als Fachärzte unterband eigentlich schon von vornherein die Entwicklung eines multidisziplinären Ansatzes. Der Wunsch danach blieb aber lebendig und wurde auch von den vielen niederländischen Absolventen prominenter Schools of Public Health (London, Johns Hopkins, Columbia, Berkeley usw.) immer wieder artikuliert. Ende der achtziger Jahre stießen diese Impulse schließlich auf ein Interesse im Ministerium für Gesundheit, und mit aktiver und auch finanzieller Unterstützung des Ministeriums war es schließlich möglich, 1992 die Gründungsurkunde der „Netherlands School of Public Health“ auszustellen. Wie in den Niederlanden üblich, wurde die NSPH als eine autonome *stichting* (Stiftung) konzipiert, eine unabhängige Rechtsperson also, mit ihrem eigenen Vorstand. Allerdings war die NSPH anfangs finanziell noch größtenteils von einer auf drei Jahre befristeten finanziellen Unterstützung seitens des Ministeriums und den beiden am Aufbau der NSPH beteiligten Universitäten abhängig. Die Erasmus-Universität Rotterdam und die Universität Utrecht, später auch noch die Universität von Amsterdam, wurden per Kooperationsvertrag mitverantwortlich für die Entwicklung der NSPH als Postgraduierten-Ausbildungsstätte. Der Sitz der NSPH wurde in Utrecht errichtet (Utrecht ist die am zentralsten gelegene Großstadt der Niederlande und auch der wichtigste Verkehrsknotenpunkt, also für die Studenten gut erreichbar).

Die Netherlands School of Public Health

Die neue NSPH sollte höchste Ansprüche befriedigen und die „New Public Health“ in den Niederlanden maßgebend mitgestalten. Der englische Name war zugleich Programm: Die NSPH sollte in kürzester Zeit die typisch angelsächsische multidisziplinär angelegte Master of Public Health-Ausbildung selbständig anbieten können und sich auch an ein internationales Publikum richten, also das

Studienangebot auch in englischer Sprache durchführen können. Die Idee, daß die Kosten der Ausbildung von den Studenten (oder ihren Arbeitgebern) zu tragen waren, stand ebenfalls sicher unter angelsächsischem Einfluß: Die NSPH sollte binnen weniger Jahre ohne jegliche finanzielle Unterstützung auskommen. Seit einigen Jahren schon wird von der niederländischen Regierung grundsätzlich der Standpunkt vertreten, daß mit Ausnahme einer befristeten Entwicklungsphase die Kosten der Ausbildungsgänge für Postgraduierte nicht aus den Etats der Universitäten bestritten werden dürfen und daß auch das Kulturministerium dafür nicht aufzukommen hat. Postgraduiertenkurse sind finanziell Sache der Studenten, ihrer Arbeitgeber oder der jeweiligen Berufsgruppen.

Bereits im September 1993 startete der erste MPH-Ausbildungskurs mit 15 Teilnehmern und einem Budget von 40.000 Gulden für zwei Jahre Halbtagsunterricht. Schon bald wurde deutlich, daß der Aufwand zu groß, zu teuer und zu intensiv war, um auf Dauer die anvisierte Zahl von 25 Studenten halten zu können. Die sich aus diesem Umstand ergebenden Probleme konnten 1997 mit finanzieller Hilfe und festen Zusagen des Ministeriums für Gesundheit größtenteils behoben werden. Schools of Public Health entbehren grundsätzlich der Möglichkeiten, finanziell vollständig selbsttragend zu sein. Eine Erfahrung, die sicherlich nicht allein in den Niederlanden gemacht und inzwischen vom Ministerium für Gesundheit (nicht vom Kulturministerium!) akzeptiert worden ist. Die Studiengebühren bleiben trotzdem hoch genug.

Inhaltlich umfaßt das MPH-Studium sowohl Kern- wie auch Wahlpflichtveranstaltungen auf allen relevanten Gebieten von Public Health: Epidemiologie und Statistik, Planung und Management, Prävention und Intervention im lokalen, regionalen und nationalen Bereich, Arbeit und Gesundheit, Public Mental Health, Umwelt und Gesundheit, Bekämpfung der Infektionskrankheiten, psychosoziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Lebensaltern, internationaler Vergleich von Gesundheitssicherungssystemen usw. Seit zwei Jahren ist das Studium internationalisiert (anglisiert), auch sind die meisten Studenten ausländischer Herkunft. Das Studium wird jetzt innerhalb eines Jahres absolviert und die Studiengebühren erheblich heruntergesetzt.

Ist das MPH-Studium stark international und multidisziplinär angesetzt, so sind die sozialmedizinischen Ausbildungsgänge, die von der NSPH angeboten werden, eher national orientiert und nur für Ärzte zugänglich. Allerdings hat sich das Angebot inhaltlich wesentlich geändert, auch ist qualitativ der Anschluß an die in der Ausbildung von Haus- und Fachärzten üblichen Anforderungen wieder gefunden. Die ehemaligen privaten Institute gibt es kaum noch, und die sozialmedizinische Ausbildung kennt jetzt eine neue Differenzierung in zwei Richtungen, einerseits *community medicine* (für Ärzte in kommunalen Gesundheitsdiensten), andererseits *occupational medicine* für Ärzte, die in Arbo-Diensten tätig sind.

Die NSPH bietet nicht nur Möglichkeiten zur Berufsausbildung oder zum Erwerb eines Masters, sondern auch eine Vielzahl an Fortbildungs- und Weiterbildungskursen. Erwähnenswert ist hier sicher noch die Entwicklung eines auf die besonderen Bedürfnissen des *Staatstoezicht* zugeschnittenen Ausbildungsganges. Auch international werden regelmäßig in Zusammenarbeit mit den an der NSPH beteiligten Universitäten Kurse in verschiedenen Bereichen der Public Health angeboten.

Schluß

Public Health hat in den Niederlanden wieder Terrain gewonnen, sowohl in ihrer eher traditionellen Prägung wie auch in ihrer mehr modernen Fassung, ausgerichtet am Interesse der Gesellschaft an einer sich selbst steuernden Gesundheitsförderung durch Verhaltensänderung. Dauerhaft und erfolgreich kann diese Entwicklung nur sein, wenn sie auch wissenschaftlich und professionell gefördert wird. Die Errichtung einer nationalen School of Public Health unter wesentlicher Beteiligung dreier großer Universitäten trägt dazu maßgebend bei.