

Das Gesundheitswesen im Umbruch - Perspektiven eines zukunftsfähigen ÖGD aus der Sicht des Public Health

Vortrag von Prof. Dr. Christian von FERBER im Rahmen des Fachkolloquiums
"Neuorientierung des ÖGD - Risiken und (Neben-)Wirkungen" am 29.08.2003 in Berlin

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen: Die fehlende Gesamtverantwortung im Gesundheitswesen.

Überlegungen zu Reformen im Gesundheitswesen geraten sehr bald an die Schwelle, die einer unserer kompetentesten Gesundheitspolitiker, Alfred SCHMIDT (1941 - 1990; MÜLLER, R, SCHUNTERMANN, F. (Hg.) 1992) das Fehlen einer Gesamtverantwortung auf den Begriff gebracht hat. In seinem Beitrag für die Enquete Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" des Deutschen Bundestages (1989) bezeichnete Alfred SCHMIDT mit dieser Feststellung das Auseinanderfallen von ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und der Realität des Gesundheitswesens.

Zu den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen gehört die Verteilung der Zuständigkeiten im Gesundheitswesen. Sie ist im Grundgesetz nicht - wie es sich Reformer stets wünschen - nach funktionalen Kriterien, sondern nach institutionellen Gesichtspunkten erfolgt. Danach ist der Bund für die Sozialversicherung zuständig (Art. 74 Zfr. 12. in Verbindung mit Art. 72 Abs. 2), während für die Bundesländer und die Kommunen alle die gesundheitlichen Aufgaben und gesundheitsrelevanten Leistungen übrig bleiben, die nicht über die Sozialversicherung finanziert werden können oder auch sollen. Die Aufteilung der Zuständigkeiten stellt für sich genommen kein Problem für die Gesundheitspolitik dar, wäre nicht das Gesundheitswesen - auch international gesehen - ein gesellschaftlicher Dienstleistungsbereich, den eine hohe wissenschaftlich innovative, technische und wirtschaftliche Dynamik auszeichnet. Sie führt je nach Leistungsspektrum zu Ungleichgewichten in der Entwicklung der beiden Sektoren,

Die ursprünglich bei der Ausarbeitung des Grundgesetzes aus ganz anderen politischen Erwägungen getroffene Aufteilung der Zuständigkeiten im Gesundheitswesen hat im Gesundheitswesen zwei Sektoren geschaffen, den von der GKV dominierten Sektor der Sozialversicherung und den Sektor, zu dem auch der Öffentliche Gesundheitsdienst gehört. In das Bewusstsein der Öffentlichkeit tritt kaum die Tatsache, dass die Gesamtheit der Aufwendungen für den Schutz, die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit - also für die Erfüllung des Verfassungsauftrages (SGB I § 4 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 2 GG) -, die das Statistische Bundesamt als Gesundheitsbudget der Bundesrepublik errechnet, nur etwas mehr als 50 % für die Sozialversicherungen ausweist, aber nur mit deren Ausgaben beschäftigt sich die Gesundheitspolitik. Die Gründe dafür sind vielschichtig, sie zu kennen, ist jedoch für eine ÖGD-Reform aufschlussreich.

Die beiden unter funktionaler Betrachtungsweise willkürlich geschaffenen Sektoren im Gesundheitswesen unterscheiden sich - grob gesehen - in drei wesentlichen Hinsichten:

Im Zugang zu finanziellen Ressourcen. Die über die Sozialversicherung erbrachten Leistungen finanzieren sich über zweckgebundene Anteile am Einkommen aus unselbständiger Arbeit. Hier liegt die Akzeptanzschwelle hoch - schon wegen der Aufteilung in "Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile". Die in dem Sektor Bundesländer/Kommunen erbrachten Leistungen finanzieren sich über Steuern und stehen damit in Konkurrenz zu anderen öffentlichen Aufgaben. Hier liegt die Akzeptanzschwelle niedrig.

In den Leistungsprodukten und in den unterschiedlichen Anteilen der in ihnen enthaltenen Leistungen vorgelegter Produktionsstufen.

Die in der Zuständigkeit der Sozialversicherung liegenden Leistungen dienen der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Diese überwiegend "kurativen Leistungen" vermitteln den Patienten neben den persönlichen Dienstleistungen der Ärzte und Pflegekräfte den Zugang zu industriell erzeugten Produkten. Diese "Medizinprodukte und Arzneimittel" sind überwiegend mit wirtschaftlichen Methoden reproduzierbar und beruhen in zunehmendem Umfang auf biotechnischen Verfahren. Volkswirtschaftlich gesehen verbinden sich mit ihrer Produktion wichtige industrie- und forschungspolitische Effekte. Dem entsprechend wird auf der Seite der "Verbraucher" (Patienten und Ärzte) es zunehmend schwieriger, zwischen "therapeutisch notwendig und entbehrlich" zu unterscheiden.

Die in dem Sektor Bundesländer/Kommunen erbrachten Leistungen dagegen dienen einerseits dem Gesundheitsschutz, insbesondere der Abwehr von Gefahren aus der physikalischen Umwelt. Andererseits richten sie sich auf die Pflege und Mobilisierung eines breiten Spektrums von gesundheitlichen Ressourcen der Bürger selbst (z.B. gesundheitliche Selbsthilfe oder "Sozialkompensation" für bestimmte Zielgruppen) sowie auf Gesundheitsdienlichkeit und Gesundheitsverträglichkeit der sozialen und sozialräumlichen Umwelt (z.B. bürgerschaftliches Engagement, Wohnungspolitik und Stadtentwicklung). Diese Leistungen sind ganz überwiegend im engeren Sinne des Wortes "persönliche" Dienstleistungen. Von ihnen gehen außer auf die Beschäftigung selbst keine weiteren volkswirtschaftlichen Wirkungen aus. Sie sind weder forschungs- noch industriepolitisch von Bedeutung.

Beides zusammengenommen: Unterschiedlicher Zugang zu finanziellen Ressourcen einerseits und andererseits unterschiedliche Möglichkeiten, in der Leistungserstellung auf industrielle Fertigung und biotechnische Unterstützung zurückzugreifen sowie die damit verbundenen volkswirtschaftlich erwünschten Effekte auszulösen, bedingen ein wachsendes Ungleichgewicht in der Dynamik, mit der beide Sektoren sich seit der Gesundheitsreform von 1971 entwickelt haben (GESUNDHEITSBERICHT 1971, HOPF 1974). Es entsteht ein sich kontinuierlich verstärkendes Ungleichgewicht, das nicht nur in finanzieller oder - präziser im Hinblick auf die Sozialhaushalte gesagt - in fiskalischer Hinsicht die Gesundheitspolitik in Atem hält, sondern die Gleichmäßigkeit der gesundheitlichen Versorgung zu gefährden droht.

In dem letztgenannten Gesichtspunkt liegt vermutlich der sozialstaatliche und ethische Kern für die Unausweichlichkeit einer strukturellen Reform. Jede strukturelle Reform, die diesen Namen verdient, muss die Verteilung der Zuständigkeiten einbeziehen und damit die Gesamtverantwortlichkeit im Gesundheitswesen politisch herstellen. Denn die Gleichmäßigkeit der gesundheitlichen Versorgung betrifft ein besonders wichtiges sozialstaatliches Ziel, auf dessen Verletzung auch die Öffentlichkeit empfindlich reagiert. Dieses Ziel richtet sich darauf, dreierlei zu gewährleisten

- einen gleichen Zugang zu den gesundheitlichen Leistungen (SGB I § 4),
- ein gleichmäßiges Versorgungsniveau (§ 70 SGB V; § 69 SGB XI) und
- einen dem unterschiedlichen Risiko entsprechenden Gesundheitsschutz.

Diesem Ziel sind beide Sektoren des Gesundheitswesens verpflichtet. Denn es stellt den Kern eines auf soziale Integration gerichteten Gesundheitswesens dar.

Aktuell sehen die für die Einhaltung dieses Grundsatzes Verantwortlichen sich durch Ergebnisse der Gesundheitsforschung herausgefordert. Diese dokumentieren einen hohen Anteil vermeidbarer Sterblichkeit und Krankheitslast sowie Unterschiede der Lebenserwartung nach sozialen und sozialräumlichen Umweltbedingungen. Beides dokumentiert ein Zurückbleiben hinter essentiellen Gesundheitszielen und ist durch eine präventive Gesundheitspolitik im Prinzip vermeidbar. Mit anderen Worten: Das Bewusstsein für die Notwendigkeit, eine Gesamtverantwortlichkeit im Gesundheitswesen herzustellen, für beide Sektoren eine gemeinsame Gesundheitspolitik zu entwerfen, wächst.

Die durch die Dynamik im Sozialversicherungssektor ausgelöste Finanzreform wird voraussichtlich dieses Bewusstsein noch verstärken. Dass es sich dabei um eine grundsätzliche Frage der Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitswesens und nicht allein um die der Überlebensfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt, wird allein schon darin deutlich, dass sich in den Reformkommissionen zunehmend zwei prinzipiell unvereinbare Positionen gegenüberstehen. Die eine hält die Dynamik im GKV Sektor des Gesundheitswesens für beherrschbar, die andere hält eine Strukturreform für unausweichlich. In jedem Fall aber wird die für die nächste Stufe der Finanzreform des GKV Systems geplante Einbeziehung von Einkünften außer dem Arbeitsentgelt oder gar die Einführung einer Bürgerversicherung eine Verteilungsdiskussion auslösen, die nicht ohne eine Klärung der Verantwortlichkeit unter funktionalen Gesichtspunkten geführt werden kann.

In dieser Verteilungsdiskussion liegt eine reale Chance für eine angemessene Ausstattung des ÖGD. In Erläuterung dieser Einschätzung werde ich im folgenden einige Argumente vortragen, die sich in dem gesetzten Rahmen der Veranstaltung zur "ÖGD-Reform Berlin" nur als Thesen formulieren lassen.

These:

Der medizinisch-technische Fortschritt bestimmt die Dynamik des GKV Sektors und verwischt zunehmend die Grenzen zwischen Gesundheits-, Forschungs- und Wirtschaftspolitik.

Die Beschränkung in der gesundheitspolitischen Diskussion auf die Kosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übersieht, dass Kosten stets auch Einnahmen auf Seiten der Produzenten der Leistungen

sind. In dem Maße, wie sich hier die Verteilung der Einnahmen zu Gunsten der Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten verschiebt, verändern sich unter der Hand die Sinnhaftigkeit der Versorgung und die Ziele der Gesundheitspolitik. Die GKV finanziert nicht allein die Behandlung der Patienten durch Vertragsärzte und in Krankenhäusern der Akutversorgung. Sie finanziert in einem erheblichen Umfang die Hersteller der Arzneimittel und Medizinprodukte sowie deren nicht unerhebliche Aufwendungen für Forschung und Entwicklung und dies mit einer - auch international gesehen - steigenden Tendenz. Bei einem Volumen der Gesundheitsausgaben von mehr als 10 % des BSP ist dies bei einem geschätzten Anteil von 25 - 30 % eine wirtschafts- und forschungspolitisch durchaus relevante Größenordnung.

Wenn wir diesen volkswirtschaftlichen Effekt einbeziehen, hat sich das GKV System zu einer "Sozialen Marktwirtschaft" im Kleinen entwickelt. Wirtschaftspolitisch fördert sie die Entwicklung und Produktion von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie deren Vermarktung in Krankenhäusern und Arztpraxen. Sozialpolitisch ist sie bestrebt, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung der Versicherten aufrecht zu erhalten - in der Hoffnung, die sich zunehmend als Utopie erweist, beide Ziele mit der Finanzierung durch Krankenkassenbeiträge unter der Zusatzbedingung der Beitragsstabilität erreichen zu können. Die Gesundheitspolitik auf Bundesebene trägt zwei Gesichter, das eine blickt auf die Forschungs- und Wirtschaftsförderung, das andere auf die bedarfsgerechte Versorgung und die Einhaltung des Diskriminierungsverbots ("Keine Zwei-Klassen-Medizin"). Um nicht eines der beiden Gesichter oder gar beide zu verlieren, benötigt die Gesundheitspolitik des Bundes entgegen dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§§ 71 Abs. 1, 141 Abs. 2 SGB V; § 70 SGB XI) ständig mehr Geld. Sie wird die Einnahmequellen der GKV ausweiten und sie wird die Versorgungsformen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten umgestalten müssen, wie z.B. neue Entgeltsysteme in den Krankenhäusern, kollektive Formen der ambulanten Patientenversorgung wie Arztzentren, Ärztenetze, Sonderverträge mit Ärztegruppen, Health Maintenance Organisationen. Welche berechtigten Bedürfnisse von Patienten damit aus der Versorgung ausgeblendet, für welche Patientengruppen die Zugangsschwellen in einer unzumutbaren Weise erhöht werden, so dass sie zu Zielgruppen einer "sozialkompensatorischen Versorgung" werden, bedarf einer ebenso aufmerksamen wie wissenschaftlich unabhängigen Beobachtung. Letzteres ist die Aufgabe des Public Health.

Bevor Patentlösungen für das nachhaltige wirtschaftliche Überleben des GKV Sektors in das Stadium ernsthafter politischer Überlegungen treten, erscheint es daher gerade im Zuge einer ÖGD-Reform lohnend, sich den Funktionen im Gesundheitswesen zuzuwenden, die von der Dynamik des medizinisch technischen Fortschritts vernachlässigt werden und die der GKV-Sektor nur unzureichend erfüllt.

Was sind die Funktionen des zweiten Sektors des Gesundheitswesens und welche Bedingungen bestimmen seine ganz anders geartete Entwicklungsdynamik?

Dem Sektor des Gesundheitswesens, der in die Zuständigkeit der Bundesländer und der Kommunen fällt, verhilft die biomedizinisch-technische Entwicklung und deren sozialwirtschaftliche Vermarktung nicht zu einer einheitlichen Struktur und einer politisch einfach zu vermittelnden Identität. Diesem Sektor mangelt es an einer von außen kommenden Dynamik, die politischen Handlungsdruck erzeugt. Dieser Mangel an identitätsstiftenden Merkmalen ist nicht allein der Vielfalt der Bundesländer geschuldet, in der einzelne Länder sich gesundheitspolitisch vor anderen zu profilieren suchen.

Untersuchungen zu Zielen und Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (HOPF 1974), wie sie im Zuge der Novellierung von ÖGD-Gesetzen in vielen Bundesländern durchgeführt wurden, kommen überraschender Weise zu einem sehr ähnlichen Ergebnis (für viele andere Vorläufer, die eine eigene Literatur ausmachen, sei hier genannt: Dieter GRUNOW und Vera GRUNOW-LUTTER 2000). Übereinstimmend finden diese Untersuchungen eine Vielfalt in der Schwerpunktsetzung bei den Zielen und Aufgaben des ÖGD - manche sprechen gar von Beliebigkeit. Oder - positiv ausgedrückt - die unterschiedliche Gewichtung von Zielen und Aufgaben des ÖGD sei eben das Gemeinsame; der kleinste gemeinsame Nenner sei eben in der Tat sehr klein und dann auch noch nach unterschiedlichen Interessen auslegbar.

Bemerkenswerter Weise gibt es unterschiedliche Auffassungen gerade bei den sogenannten neuen Aufgaben, auf die hin der ÖGD weiterentwickelt werden könnte, ja, die ihm sogar zur Dynamik verhelfen könnten. Die Unschlüssigkeit, sich hier verbindlich festzulegen, lässt sich bis in die Gesetzestexte hinein verfolgen, wenn man sie miteinander vergleicht. Dabei sind die meisten Novellierungen bzw. Neuschöpfungen der ÖGD Gesetze in den 90er Jahren entstanden. So mangelt es an einem Konsens im Verständnis und in der Umsetzung der "ortsnahen Koordinierung gesundheitlicher Leistungen", der "Gesundheitsberichterstattung", der "sozialkompensatorischen Leistungen" oder der Prävention bzw. der Gesundheitsförderung. Einig sind sich allerdings die politischen Auftraggeber für ÖGD-Reformen in der Vorgabe, dass das Ergebnis zumindest "kostenneutral", überwiegend aber zu Einsparungen führen müsse. Das klingt so - um einen Vergleich

zu wagen -, als ob man bei einer Altbausanierung den Architekten beauftragt, kurzfristig bereits einen Überschuss zu erwirtschaften. Offenbar besteht über den politischen Auftrag hinaus, im Zuge einer ÖGD-Reform, Kosten einzusparen, kein weiterer Bedarf an Zielformulierungen. Es ist sicher nicht überzogen, wenn wir abschließend feststellen: Offensichtlich steht eine ÖGD-Reform nicht unter einem politisch unabweisbaren Handlungsdruck.

Die Kernfrage, die den hier vorgestellten Überlegungen und Argumenten zugrunde liegt, lässt sich daher dahingehend zuspitzen: Kann die Orientierung an grundlegenden Erkenntnissen des Public Health und die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen einen politisch unabweisbaren Handlungsdruck erzeugen? Und - da Politiker und die Öffentlichkeit, auf die hin sie handeln, Zeit brauchen - besteht ein solcher unabweisbarer Handlungsdruck auf Dauer und hat er sogar noch die Tendenz der Selbstverstärkung ?

Ich möchte 4 Probleme hier zur Diskussion stellen, die bei einer konsequenten Aufbereitung und in der Öffentlichkeit wirksamen Darstellung zur Profilierung kommunaler Gesundheitspolitik führen können. Dabei lasse ich es angesichts der Vielfalt kommunaler Selbstverwaltungskörperschaften bewusst offen, welche Gestaltungsformen sich als Handlungsträger kommunaler Gesundheitspolitik besonders eignen: Sind es die Stadtstaaten oder die Großstädte und ihre Regionen (der *metropolitan areas*, wie sie die Soziologie bezeichnet), sind es Zusammenschlüsse wie "Gesunde Städte Regionen" oder eine "Ruhr(gebiets)stadt", welche Rolle spielen die Landkreise und ihre Kommunen? Dies ist sicher kein geringes Problem für die Umsetzung kommunaler Gesundheitspolitik sowie leider ein oft vorgebrachter Einwand, aber aus der Sicht des Public Health kein unüberwindbares Hindernis, wenn es gelingt, kommunale Gesundheitspolitik in ihrem Kernbestand überzeugend zu formulieren.

Ich werde zunächst die 4 Kernprobleme in Form von Thesen vorstellen und anschließend sie veranschaulichen und erläutern.

Erste These:

Ohne eine kommunale Koordinierung und der mit ihr garantierten Interessenneutralität bleiben

- eine patientenorientierte Versorgung vor allem chronisch kranker Menschen und
- eine umfassende Prävention oder Gesundheitsförderung

hinter ihren potentiellen Möglichkeiten zurück.

Für beide Aufgaben besteht ein unabweisbarer Handlungsdruck und - schon rein organisatorisch betrachtet - ein Defizit, das die Sozialversicherungsträger bisher nicht haben aufheben können - schließlich hatten sie dazu 3 Jahrzehnte lang Zeit (Vgl. das im Gesundheitsbericht von 1971 vorgestellte Programm) - und das sich im Zuge der GKV Reformen verstärken wird.

Zweite These:

Ohne eine Verknüpfung von Prävention und Gesundheitsförderung mit der Stadtentwicklung können wichtige Ursachen für die Ungleichheit gesundheitlicher Chancen nicht wirksam, vor allem aber nicht präventiv beeinflusst werden. Sozialräumliche Bedingungen haben einen bisher unterschätzten Einfluss auf die Lebenserwartung und den Krankheitsverlauf, möglicherweise auch auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen sowie auf das Ergebnis von Beratung und Behandlung.

Dritte These:

Ohne eine Fundierung kollektiver Patientenrechte in der Kommunalen Selbstverwaltung bleiben die Forderungen nach Mitbeteiligung der Bürger und Bürgerinnen an der Gestaltung der Versorgungsprozesse, wenn es um Defizitanalyse, Zielfindung, Prioritätensetzung und Evaluation geht, politische Leerformeln. Vor allem entbehren diese Forderungen ohne den Bezug zu Formen der kommunalen Selbstverwaltung einer demokratischen Legitimation. Partizipation setzt für die Bürger, die zur Partizipation ermutigt werden sollen und müssen, überschaubare räumliche Strukturen voraus. Partizipation ist eine Bringschuld der politisch Verantwortlichen. Damit steht sie grundsätzlich in einem Gegensatz zu einer Mediatisierung durch Verbände und Parteien, wie sie dem GKV Sektor eigen ist (A. RENNER et al 2002). Der Partizipation kommt im Gesundheitswesen eine überragende Bedeutung zu, weil gesundheitliche Leistungen in ihrem Klientenbezug kleinräumig koordiniert werden müssen.

Vierte These:

Das Gesundheitswesen ist ein gesellschaftlicher Dienstleistungsbereich, dessen Leistungen auf Forschungsergebnissen und deren Anwendung beruhen. Kriterien für die Zweckbestimmung und für die Qualität der Leistungen sind gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Fortschreibung. Die Kriterien sind auch für die Gesundheitspolitik verbindlich. Für den GKV Sektor bedarf diese Feststellung über das eingangs Gesagte hinaus keiner weiteren Begründung, außer vielleicht des Hinweises das neben die "gesicherten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse" (§§ 70 Abs. 1; 72 Abs. 2 SGB V; §§ 11 Abs.

1; 28 Abs. 3; 69 SGB XI) der Leistungen zunehmend die Gesundheitsökonomie und die Finanzwirtschaft treten (Beitragsstabilität §§ 71 Abs. 1; 141 Abs. 2 SGB V; § 70 SGB XI). Für die Leistungen des zweiten Sektors, zu dem auch der ÖGD gehört, betreten wir mit dieser Feststellung Neuland. Darin liegt eindeutig eine Schwäche für die Profilierung des ÖGD.

Erläuterungen zu den Thesen

Erste These:

Kommunale Koordinierung und die mit ihr garantierte Interessenneutralität sind für eine erfolgversprechende Gesundheitsförderung und Prävention unverzichtbar.

Die Ergebnisse epidemiologischer Studien in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts waren für die vorbeugende Beeinflussung von Entstehung und Verlauf chronischer Krankheiten ermutigend. Sie erweckten große Hoffnungen. Mit der Erkennung und Beeinflussung von Risikofaktoren bzw. Frühstadien von Krankheiten könnten diese selbst vorbeugend beeinflusst werden. Der Verlust an Lebensqualität für die Patienten und die Behandlungskosten für die öffentlichen Träger könnten durch Gesundheitsförderung und Prävention merklich verringert werden. Diese Hoffnungen haben sich nur zum Teil erfüllt. Ob der Anstieg der Lebenserwartung in allen Altersgruppen, den wir seit den 60er Jahren in den hoch entwickelten Ländern der westlichen Welt beobachten, der Prävention und einer verbesserten medizinischen Versorgung oder Fortschritten im Arbeits- und Gesundheitsschutz oder dem Gesundheitsverhalten der Bürger zu zurechnen ist, lässt sich nicht beantworten. Die Konsequenzen aus dieser Feststellung bedeuten nicht nur eine Herausforderung für Public Health, sondern eine Schwäche für die Begründung einer präventiven Gesundheitspolitik.

Zum Nachdenken fordert allerdings die Tatsache heraus, dass wir in der Beeinflussung wichtiger verhaltensbedingter Risikofaktoren wie Zigarettenrauchen, Fehl- und Überernährung, Alkoholkonsum und Bewegungsmangel keine wirklich entscheidenden Durchbrüche erzielt haben. Dies gilt für die Gesundheitsförderung - also für die Maßnahmen, die wir der unspezifischen oder primären Prävention zurechnen - ebenso wie für die Maßnahmen, die die Behandlung verbreiteter chronischer Krankheiten wie z.B. Diabetes mellitus, Asthma und chronisch obstruktive Bronchitis, koronare Herzkrankheit unterstützen sollten - meist begrifflich unscharf als sekundäre Prävention bezeichnet.

Welche Schlussfolgerungen daraus für die Gesundheitsförderung und die Prävention zu ziehen sind, möchte ich an der Raucherprävention kurz erläutern. Raucherprävention dient beidem, der Gesundheitsförderung und den die Therapie unterstützenden Maßnahmen. Den Erfolgen oder Misserfolgen ihrer Vorgehensweise kommt daher eine grundsätzliche Bedeutung für Gesundheitsförderung und Prävention zu.

80% der Raucher im Erwachsenenalter geben an, bereits vor dem 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen zu haben. Das Einstiegsalter für den regelmäßigen Konsum von Zigaretten verlagert sich zunehmend in die ersten Jahre des zweiten Lebensjahrzehnts; im Durchschnitt liegt es derzeit bei 13 Jahren mit weiterhin sinkender Tendenz. International vergleichbare Untersuchungen kommen übereinstimmend zu dem gleichen Ergebnis (DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM HEIDELBERG 2002).

Schulentlassungsuntersuchungen in Berlin (1994/1995) ermitteln eine Raucherprävalenz bis zu 40 und mehr Prozent eines Jahrganges. Die in Berlin gefundene Raucherprävalenz unterscheidet sich deutlich nach Schultypen. Diese Unterschiede können im Sinne eines Sozialschicht spezifischen Verhaltens interpretiert werden (DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM HEIDELBERG 2002). Eine Untersuchung in Herne im Ruhrgebiet (2000/2001) kommt zu den gleichen Ergebnissen, findet aber für die Unterschiede nach Schultypen eine andere Erklärung. In der Jugendphase vollzieht sich über die schulische Sozialisation die Einordnung in Arbeit und Beruf und damit erst in einen Sozialstatus (U. PRUESS et al 2004).

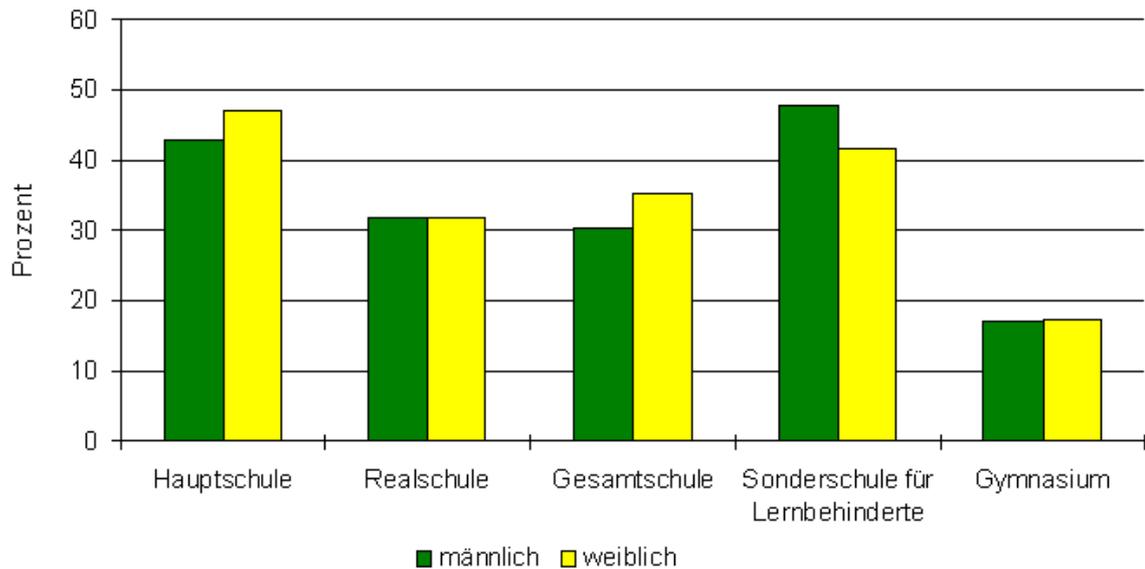


Abb. 1
 Raucherprävalenz bei den untersuchten Jugendlichen der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95 in Berlin nach Geschlecht und Schulart
 © Sozialstrukturatlas 1999, SenGesSozV, Berlin

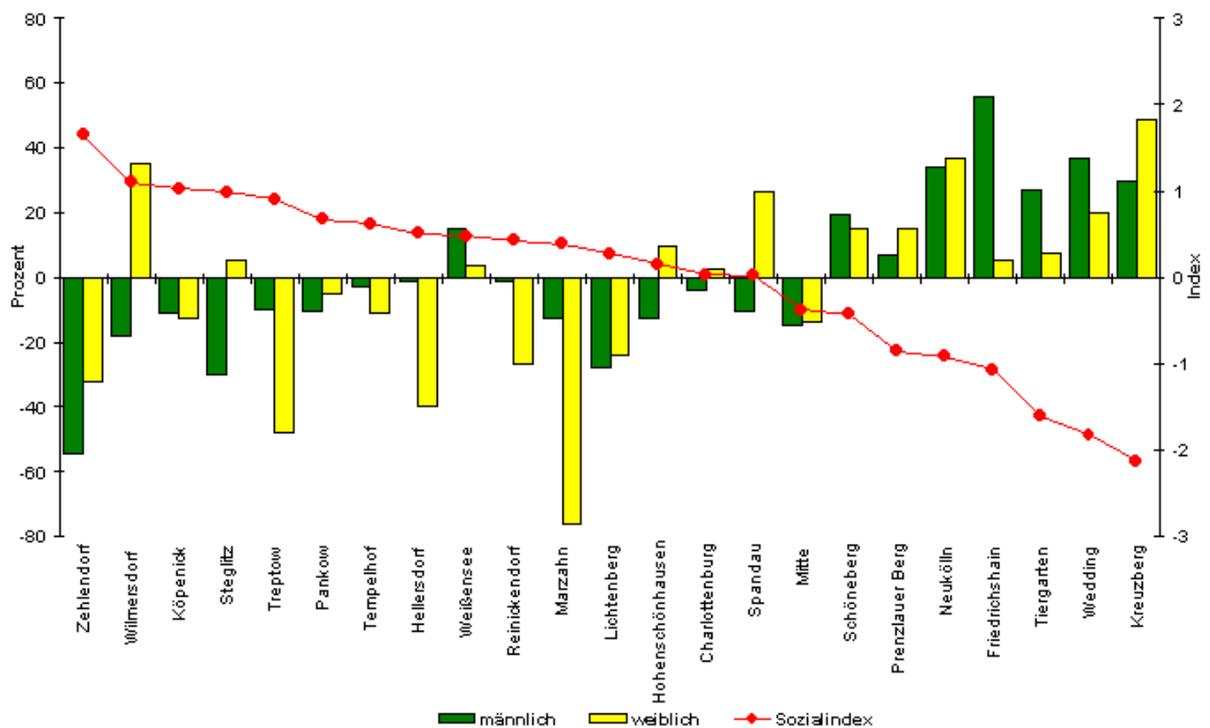


Abb. 2
 Zusammenhang zwischen Sozialindex und **Sterblichkeit an Lungenkrebs** (ICD 9 / 162 / Alter 5 bis 64 Jahre) in den Berliner Bezirken 1996 – 1998 (zusammengefasst) - prozentuale Abweichung vom Berliner Durchschnitt
 © Sozialstrukturatlas 1999, SenGesSozV, Berlin

Ein regelmäßiger Konsum von Zigaretten ist kein isoliertes Verhalten. Er ist nicht nur ein Zeichen von Abhängigkeit vom Nikotin, sondern ist in der Jugendphase, also in der sensiblen Phase des Einstiegs in eine lebenslängliche Abhängigkeit, mit anderen Verhaltensausrägungen eng verbunden. So unterscheiden sich rauchende und nichtrauchende Jugendliche unabhängig vom Schultyp in einigen wichtigen Verhaltensdimensionen. Untersuchungen mit dem Youth Self Report, einem international standardisierten Fragebogen zur Selbsteinschätzung des Befindens und des Sozialverhaltens Jugendlicher kommen zu dem folgenden Ergebnis (U.PRUSS et al 2004).

Rauchende Jugendliche schätzen sich signifikant als aggressiver ein im Vergleich mit ihren nichtrauchenden Mitschülern. Sie zeigen ein höheres Ausmaß an dissozialem Verhalten und stehen in Opposition zu den von der Schule vermittelten Werten. Es wäre vermutlich verkehrt, aus diesen Ergebnissen abzuleiten: Weil du rauchst, verhältst du dich aggressiv; oder umgekehrt: Weil du zur Aggression neigst, rauchst du. Vielmehr gilt: Rauchen ist im Jugendalter mit sozial abweichendem Verhalten verknüpft, möglicher Weise sein symbolischer Ausdruck in der Selbst- und Fremdwahrnehmung - wohlgedemerkter ehe es zur eigentlichen Abhängigkeit vom Nikotin und damit zu einem sich selbst motivierendem Konsummuster wird. In der Jugend- und Einstiegsphase ist der Konsum von Zigaretten ein individuelles Verhalten, aber mit dem Milieu von informellen Gruppen und gesellschaftlichen Umweltbedingungen eng verbunden (U.PRUESS et al. 2004).

Für die Gesundheitsförderung und die Raucherprävention an Schulen folgt daraus, dass sie in ihre Strategien diese enge Verknüpfung des Zigarettengebrauchs mit anderen Orientierungen des Verhaltens Jugendlicher an Gruppennormen und milieuspezifischen Bedingungen mit einbeziehen muss. Raucherprävention an Schulen und Jugendarbeit müssen zusammenarbeiten. Diese Schlussfolgerung wird durch die Evaluation von Programmen der Raucherprävention an Schulen eindrücklich bestätigt (DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM HEIDELBERG 2002). Es leuchtet ein, dass solche umfassenden Programme, die neben den Schulen, die Jugendarbeit und die sozialen Umweltbeziehungen in ihre Maßnahmen einbeziehen, nur mit kommunaler Unterstützung einen nachhaltigen Erfolg versprechen. Nur diese verbürgt Interessenneutralität, Kontinuität und Nachhaltigkeit und kann die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Akteuren herstellen. Gesundheitsförderung und Prävention, die sich diese gesicherte Erkenntnis des Public Health nicht zu eigen machen, bringen sich sehenden Auges um ihren Erfolg.

Die Raucherprävention an Schulen gehört zu den auch international am intensivsten untersuchten Maßnahmen der Gesundheitsförderung (DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM HEIDELBERG 2002). Was die Verknüpfung des vorbeugend zu beeinflussenden Risikoverhaltens mit anderen Verhaltensorientierungen anbelangt, sind deren Ergebnisse paradigmatisch. Daher eignet sie sich für eine exemplarische Darstellung der Prävention als einer wissenschaftlich begründeten Politik. Auch das Risikoverhalten von Patienten mit Asthma, Diabetes und koronaren Herzkrankheiten ist mit anderen Verhaltensorientierungen aus ihrer Lebensumwelt verknüpft und kann nur zusammen mit diesen verändert werden. Das mag im Augenblick entmutigend klingen, verschafft aber der Einsicht Raum, dass eine erfolgversprechende Gesundheitsförderung und Prävention eine anspruchsvolle Aufgabe ist, die nicht nur Engagement, sondern auch ein spezifisches Sachwissen sowie geeignete Rahmenbedingungen erfordert, und dazu gehört ein kommunales Setting.

Zweite These:

Ohne eine Verknüpfung von Prävention und Gesundheitsförderung mit der Stadtentwicklung können wichtige Ursachen für die Ungleichheit gesundheitlicher Chancen nicht wirksam, vor allem aber nicht präventiv beeinflusst werden.

Sichtbare Fortschritte in der medizinischen Behandlung und steigende Lebenserwartung lassen im Bewusstsein der Öffentlichkeit die Tatsache in den Hintergrund treten, dass es große Unterschiede in der vorzeitigen Sterblichkeit und in der Lebenserwartung gibt. Sie werden allerdings erst dann konkret sichtbar, wenn diese statistischen Kennziffern nicht auf die Wohnbevölkerung schlechthin, sondern auf eine sozialräumliche Gliederung bezogen werden. Zu einer solchen statistischen Darstellung der Ungleichheiten in der vorzeitigen und vermeidbaren Sterblichkeit und in der Lebenserwartung - auch in ihrem zeitlichen Verlauf - sind nur Gebietskörperschaften wie die Kommunen oder Stadtstaaten in der Lage.

Der von den Professoren MEINLSCHMIDT und BRENNER (1999) herausgegebene "Sozialstrukturatlas Berlin von 1999", der sich als "soziale Diagnose" für Berlin vorstellt, enthält dazu bemerkenswerte Analysen.

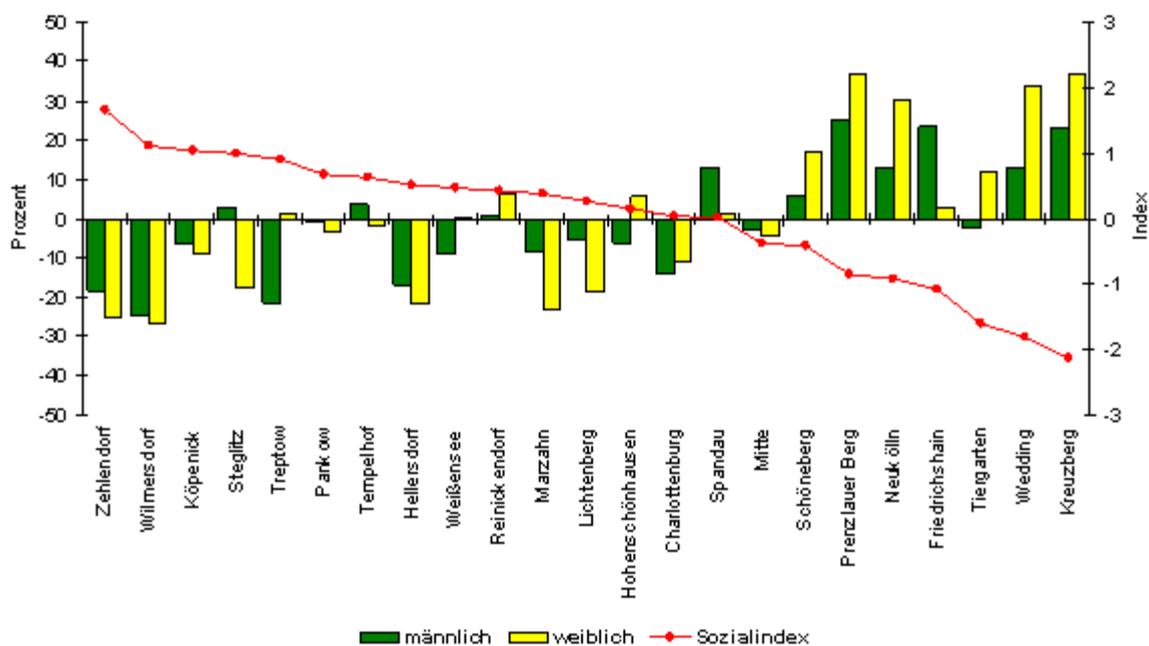


Abb.3
Zusammenhang zwischen Sozialindex und durch medizinische/präventive Interventionen vermeidbare Sterblichkeit (Alter 35 – 65 Jahre) in den Berliner Bezirken 1996 – 1998 (zusammengefasst) – prozentuale Abweichung vom Berliner Durchschnitt
© Sozialstrukturatlas 1999, SenGesSozV, Berlin

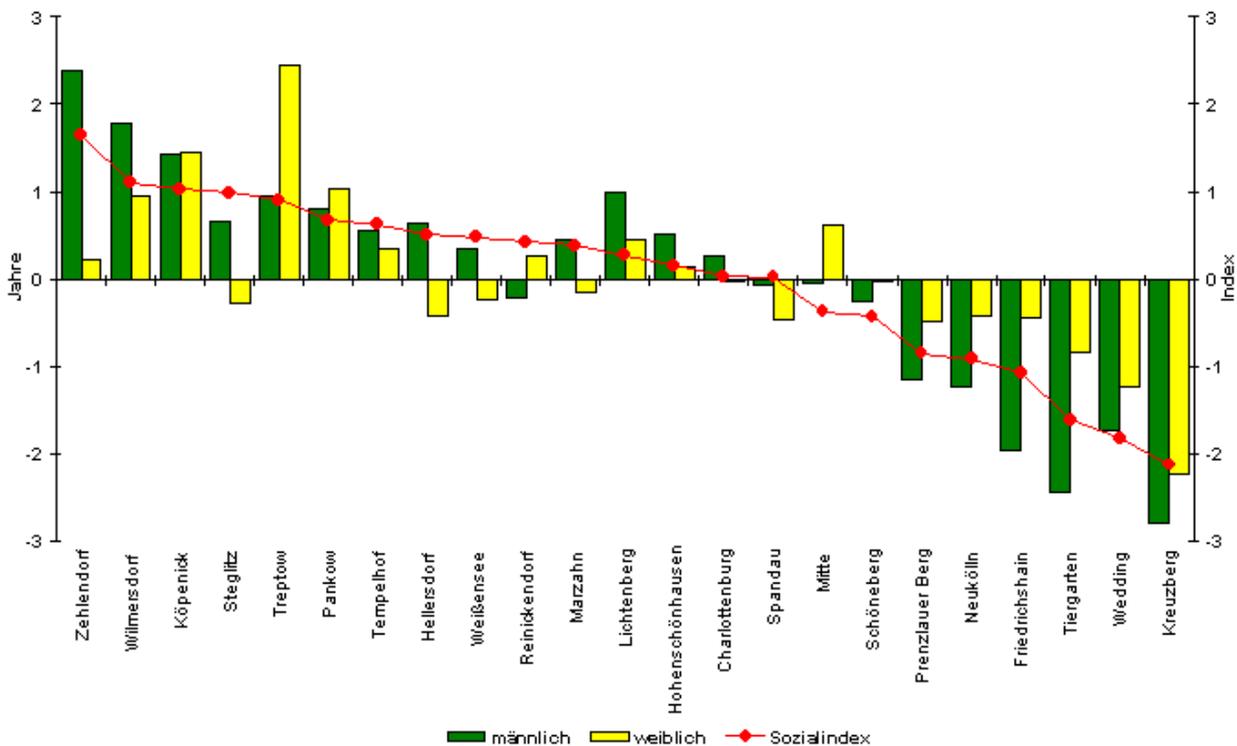


Abb. 4
Zusammenhang zwischen Sozialindex und geschlechtsspezifischer (mittlerer) Lebenserwartung in den Berliner Bezirken 1996 – 1998 (zusammengefasst) – Abweichung vom Berliner Durchschnitt in Jahren
© Sozialstrukturatlas 1999, SenGesSozV, Berlin

Die Unterschiede in wichtigen, auch für internationale Vergleiche üblichen Indikatoren zur Darstellung von Erfolgen bzw. Defiziten in der sozialstaatlichen Organisation des Gesundheitswesens sind nicht nur statistisch relevant, sondern dokumentieren erhebliche Unterschiede in den Ergebnissen der medizinischen Versorgung einschließlich der Gesundheitsförderung und der Prävention. Wie die Analysen für Berlin sehr über-

zeugend ergeben, lassen sich die für die Bezirke gefundenen Unterschiede bis in kleinräumige Strukturen hinein festmachen. MEINLSCHMIDT und BRENNER verwenden dafür die Bezeichnung "Verkehrszellen". Dies ist ein ebenso wichtiger wie überzeugender Schritt ihrer Analyse. Sie knüpfen damit an die klassischen Untersuchungen von MOSSE und TUGENDREICH (1913) an, die in Deutschland am Beginn der Sozialepidemiologie stehen.

Überraschend und daher hier hervorzuheben ist die Tatsache, dass solche bis in die "Verkehrszellen" hinein zu verfolgenden Unterschiede in der vorzeitigen Sterblichkeit und in der Lebenserwartung ihre Ursachen nicht in den durch Krankheitserregern übertragbaren Krankheiten haben. Es sind also vornehmlich nicht biomedizinisch und in der physikalischen Umwelt festzumachende Krankheitsursachen für die Unterschiede verantwortlich. Versuche zu einer Erklärung müssen bei der sozialräumlichen Lebenslage und der Auseinandersetzung der Menschen mit ihrer materiellen und sozialen Umwelt ansetzen (Chr. von FERBER 2003).

Die Untersuchungsergebnisse von MEINLSCHMIDT und BRENNER sind vor allem in der Tiefengliederung ihrer Ergebnisdarstellung für Deutschland einmalig. Die seit den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts international intensiv geführte Diskussion über die Ursachen der beobachteten Unterschiede in der Sterblichkeit und in der Lebenserwartung von Bevölkerungsgruppen (MATHERS et al 2001; COCKERHAM 1997) bringen sie einen wichtigen Schritt weiter. Versuchen zu einer monokausalen Erklärung wie Einkommensunterschiede, Unterschiede der Sozialen Schicht, Bildungsunterschiede verstellen die Analysen für Berlin insofern den Weg, als sie überzeugend auf die Verkettung solcher für die Gesunderhaltung bedeutsamer Merkmale mit sozialräumlichen Bedingungen hinweisen. Nicht niedriges Einkommen oder die Zugehörigkeit zu niedrigen Statusgruppen oder das geringe Bildungsniveau allein bewirkt die Unterschiede, sondern deren gemeinsames Auftreten unter sozialräumlichen Bedingungen.

Für die Gesundheitsförderung ebenso wie für die auch die medizinische Therapie begleitende Prävention bedeutet dieses Ergebnis einerseits eine hoffnungsvolle Perspektive, weil das Auftreten vorzeitiger Sterblichkeit und vergleichsweise geringerer Lebenserwartung konkret im Lebensraum der betroffenen Menschen festgemacht und für mögliche Interventionen offengelegt wird. Andererseits aber wird der hohe Anspruch deutlich, den das Erreichen des Zieles, gleiche gesundheitliche Ergebnisse für alle Menschen anzustreben, an die kommunale Gesundheits- und Sozialpolitik stellen. Diese deckt die Unterschiede auf und nur diese kann sie wirksam verringern. Sie steht im Dienste der sozialen Integration, einer Kernaufgabe des Gesundheitswesens. Aus diesem Grunde ist die beherrschende Stellung, die der GKV Sektor den Verbänden für Politik und Management im Gesundheitswesen einräumt und damit die Kommunen als Träger der Gesundheitspolitik marginalisiert, nicht nur ein Hemmnis für Reformen, sondern ein Strukturfehler im Gesundheitswesen.

Zwischenbemerkung zu der ersten und zweiten These

Nach den Ausführungen zur Gesundheitsförderung und zur notwendigen Verknüpfung von Prävention und Stadtentwicklung stellt sich zugleich auch angesichts ihrer Ansprüche an die Durchführung die berechnete Frage: Wie soll das finanziert werden und von wem? Eine Frage, die das angekündigte Präventionsgesetz wird beantworten müssen. Um sich jedoch mit dieser Antwort nicht davon zu stehlen, möchte ich die folgenden Grundsätze zur Diskussion stellen.

Prävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe und sollte daher aus Steuergeldern finanziert werden. Die Höhe der Mittel sollte der Höhe der Aufwendungen entsprechen, die für die Behandlung der gesundheitlichen und für die Kompensation der sozialen Folgen der unterlassenen Prävention entstehen. Zur rationalen Abschätzung dieser Aufwendungen gibt es gesundheitsökonomische Modelle, die eine Berechnung der Kosten "unterlassener Prävention" erlauben, z.B. Kosten ernährungsabhängiger Krankheiten oder Mundgesundheitsstudie etc. Mit diesem Grundsatz wenden wir volkswirtschaftlich ein Prinzip an, das sich in der Gesetzlichen Unfallversicherung bewährt hat, und wir haben eine rationale Grundlage für die Bestimmung der Größenordnung notwendiger präventiver Maßnahmen. Für die Analysen zur ÖGD-Reform Berlin würde das z.B. bedeuten, dass den für "sozialkompensatorische Leistungen" ausgewiesenen Kosten eine entsprechende Position für "unterlassene Prävention" gegenübergestellt würde, Innerhalb des damit gegebenen Kostenrahmens könnten und sollten dann Präventionsprojekte vorgeschlagen werden.

Dritte These:

Partizipation im Gesundheitswesen setzt für die Bürger, die zur Partizipation ermutigt werden sollen, überschaubare räumliche Strukturen voraus. Kommunale und (in Stadtstaaten) bezirkliche Gesundheitskonferenzen eröffnen bisher unausgeschöpfte Chancen der Bürgerbeteiligung.

Die ÖGD-Gesetze der Bundesländer legen gegenüber dieser Forderung allerdings eine bemerkenswerte Zurückhaltung an den Tag, geeignete Rahmenbedingungen für die Partizipation der Bürger und Bürgerinnen vorzugeben. Außer Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz sehen Hamburg und Berlin kommunale bzw. bezirkliche Gesundheitskonferenzen, z.T. auch nur als "Kann"-Bestimmung vor. Zugegebenermaßen betreten

wir mit dieser Forderung in der Gesetzgebung, vor allem aber in der Ausgestaltung und Durchführung eindeutig politisches Neuland (RENNER et al 2002; v.d.KNESEBECK et al. 2002). Hier besteht jedoch politischer Handlungsbedarf: Ohne Partizipation gibt es kein bürgerschaftliches Engagement. "Wer b. sagt, muss auch a. wollen können!"

Vierte These:

Das Gesundheitswesen ist ein gesellschaftlicher Dienstleistungsbereich, dessen Leistungen auf Forschungsergebnissen und deren Anwendung beruhen. Kriterien für die Zweckbestimmung und für die Qualität der Leistungen sind gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Fortschreibung durch Forschung. Die Kriterien sind auch für die Gesundheitspolitik verbindlich.

Selbstverständlich beruhen der gesundheitliche Umweltschutz, die Gefahrenabwehr bei der Trinkwasserversorgung, die Lebensmittelkontrolle oder die Maßnahmen zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten auf naturwissenschaftlichen und biomedizinischen Erkenntnissen. Auch besteht bei der Sensibilität der Öffentlichkeit gegenüber den gesundheitlichen Gefahren, die z.B. aus der physikalischen Umwelt oder aus der Verarbeitung und Vermarktung von Lebensmitteln drohen, eine hohe politische Verbindlichkeit in der Einhaltung vorbeugender Maßnahmen, wie die Erfahrung mit AIDS, Tschernobyl, BSE oder SARS zeigen. Daher ist bei diesen Aufgaben eine ausreichende Ausstattung politisch durchsetzbar. Wegen der notwendigen biotechnischen Ausstattung hat deren Wahrnehmung Auswirkungen auf Forschung und Industrieproduktion, in diesem Sinne handelt es sich um "produktive" öffentliche Dienstleistungen. Ob sie auch zur Profilierung kommunaler Gesundheitspolitik beitragen, erscheint jedoch zweifelhaft.

Wie aber ist es mit der Wissensbasierung der Aufgaben und Leistungen bei den "neuen Aufgaben" des ÖGD bestellt? Z.B. der ortsnahen Koordinierung, der Prävention unter Einbeziehung der Stadtentwicklung oder der Partizipation der Bürger und Bürgerinnen an der Gestaltung der Versorgungsprozesse? Gibt es hierzu "gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse"? Welches sind die Bezugswissenschaften? Und - vor allem - wie ist die Verbindlichkeit der Anwendung der Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik gesichert? Hier betreten wir Neuland. Dazu einige abschließende Bemerkungen.

Public Health ist wegen seiner Interdisziplinarität, vor allem aber wegen der ausdrücklichen Einbeziehung der Verhaltens-, Sozial- und Kulturwissenschaften eine Bezugswissenschaft, die zunehmend auch in der Gesundheitspolitik herangezogen wird (Chr. von FERBER 2002). Allerdings erkennen Politiker und Öffentlichkeit nur selektiv die Verbindlichkeit seiner Erkenntnisse an.

Public Health gibt den unter dieser Bezeichnung zusammenarbeitenden Einzelwissenschaften nicht nur eine gemeinsame Zielrichtung auf den Weg wie Bevölkerungs- und Versorgungsbezug, Bürger- und Patientenorientierung, Gesundheitsförderung und Prävention, Qualität und Ergebnisorientierung gesundheitlicher Leistungen (SCHWARTZ et al (Hg.) 1998). Public Health macht zwar Gebrauch von den Methoden der Bio-, Psycho-, Wirtschafts-, Sozial- und Kulturwissenschaften, aber definiert die Problem- und Fragestellungen nicht allein nach der Verfügbarkeit der einzelwissenschaftlichen Methoden, sondern nach ihrer politischen oder praktischen Bedeutung. Was ist aus der Sicht der Menschen, die es in ihrem Lebensalltag unmittelbar angeht, das Problem? Wissenschaftstheoretisch sprechen wir daher von einer Zugangsweise, die bei den in der Lebenswirklichkeit sich als Problem darstellenden Gegebenheiten (den "Phänomenen") ansetzt (daher "phänomenologische" Methode). Auf dieser Grundlage bestimmt sich erst die Auswahl der zur Problembearbeitung heran zu ziehenden Methoden.

Als gesicherte Erkenntnisse des Public Health für die Gestaltung der "neuen Aufgaben" des ÖGD können die folgenden Feststellungen gelten:

Prävention und Gesundheitsförderung sind nur dann auf Dauer wirksam, wenn sie umfassend, kontinuierlich und zielgerichtet erfolgen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind im ersten Schritt die Formulierung einer Botschaft, die von wenigen an viele gesendet wird. Sie ist eine Form der Massenkommunikation und folgt ihren Regeln. Die Botschaft wird bei den Adressaten nur dann handlungswirksam, wenn sie auf verschiedenen Wegen zugleich gesendet und durch vertrauenswürdige Personen im Lebensalltag der Adressaten verstärkt wird. Entscheidend für die Handlungswirksamkeit der Botschaften der Gesundheitsförderung sind daher die "Mikroebene" oder die zwischenmenschlichen Beziehungen im Lebensalltag der Adressaten. Denn hier kommt es zu Konflikten mit konkurrierenden Botschaften und Angeboten. Aus diesem Grunde ist die kommunale Ebene als Wirkungsfeld von Gesundheitsförderung und Prävention unverzichtbar.

Zusammenarbeit, nicht Wettbewerb erzeugt Synergieeffekte. In dieser Feststellung konkurrieren deutlich ökonomische und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse in der wissenschaftlichen Begründung der Gesundheitspolitik. Jede Zusammenarbeit zwischen Organisationen und Verbänden vollzieht sich über Personen

und bedarf einer interessenneutralen Koordination, um Synergieeffekte zu erzielen. Beide Bedingungen aber sind auf der kommunalen Ebene in der ortsnahe Koordination gesundheitlicher Leistungen eher gegeben als auf der Landes- oder Bundesebene. Auf diesen beiden Ebenen überlagern die partikularen Verbandsinteressen und ihre Profilierung in der Öffentlichkeit das Sachinteresse. Auf der kommunalen Ebene vollzieht sich dagegen wegen der vielseitigen Verflechtung der Interessenlagen leichter ein "Austausch von Einfluss" ("exchange of influence", wie es die Kommunalsoziologie herausgearbeitet hat) - das lehren 3 Jahrzehnte Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. Symptomatisch ist die Auflösung der "Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen" in den aktuellen Vorschlägen zur Gesundheitsreform!

Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen erfordert Formen der direkten Demokratie. Nur diese eröffnet den engagierten Bürgern Handlungsspielräume und wirkt motivierend. "Verbraucher"-Schutzorganisationen leisten Lobby-Arbeit, aber sie fördern nicht das bürgerschaftliche Engagement und die gesundheitliche Selbsthilfe.

Zitierte Literatur:

- COCKERHAM, W.C. (1997) The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: A lifestyle explanation. In: Journal of Health and Social Behavior Vol 38 (June): 117 – 130
- DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM HEIDELBERG (2002) Gesundheit fördern - Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Heidelberg
- FERBER, Chr. von (2002) Wettbewerb und Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung - eine ethische Herausforderung für Gesundheitswissenschaft/Public Health. In : BRAND, A, ENGELHARDT D. von, SIMON A, WEHKAMP, K-H (Hg) Individuelle Gesundheit versus Public Health ? Bd. 11 der Reihe Ethik in der Praxis. Münster (LIT) : 29 – 47
- FERBER, Chr. von (2003) The meaning of life expectancy for the individual, for Public Health and for Social Security Systems. In: Public Health in Europe Heidelberg (Springer) (im Erscheinen)
- GESUNDHEITSBERICHT (1971). Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg) Stuttgart (Kohlhammer)
- GRUNOW, D.; GRUNOW-LUTTER, V (2000) Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess, Weinheim und München (Juventa)
- HOPF, E. J. (1974) Richtlinien für Ländergesetze über das Gesundheitswesen. Stuttgart (Thieme)
- KNESEBECK, O. v.d., ZAMORRA, P., RUGULIES R. (2002) Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur "Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung". In: BADURA, B., SIEGRIST, J. (Hg) Evaluation im Gesundheitswesen, Weinheim und München (Juventa) 2. Aufl.: 163 – 177
- MATHERS, C.D.; SADANA, R.; SALOMON J.A.; MURRAY; Ch.; J. L.; LOPEZ, A.D. (2001) Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. In: The Lancet Vol. 357 _ 1685 – 91
- MEINLSCHMIDT G.; BRENNER, M.H. (1999) Sozialstrukturatlas Berlin 1999 Berliner Zentrum Public Health. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.
- MOSSE, M.; TUGENDREICH, G. (1913) Krankheit und Soziale Lage, München (J.F. Lehmann)
- MÜLLER, R; SCHUNTERMANN, M.F. (Hg.) (1992) Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt Köln (Bund-Verlag)
- Pruess, U, Brandenburg, A, Ferber, Chr.von; Lehmkuhl, G. (2004) Verhaltensmuster jugendlicher Raucher. (zum Druck für 2004 angenommen Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- RENNER, A.; Brandenburg, A., FERBER Chr.von (2002), Zur Evaluation von Gesundheitskonferenzen - eine Pilotstudie. In: BADURA, B., SIEGRIST, J. (Hg) Evaluation im Gesundheitswesen, Weinheim und München (Juventa) 2. Aufl. 179 – 200
- SCHMIDT, A. (1989) Aufgaben eines Krankenversicherungssystems in der Rehabilitation, Gutachten für die Enquete-Kommission "Struktureform der gesetzlichen Krankenversicherung" des Deutschen Bundestages, Düsseldorf
- SCHWARTZ, F.W.; BADURA, B.; LEIDL, R.; RASPE, R.; SIEGRIST, J. (Hg.) (1998) Das Public Health Buch, München (Urban & Schwarzenberg)
- Kontaktadresse:** Prof. Dr. Christian von Ferber, Auf dem Ufer 7, 40593 Düsseldorf.
E-mail : ferberl@uni-duesseldorf.de