

Rainer Müller*), Detlev Ganten), Joachim Larisch*)**

*) Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik

**) World Health Summit, WHS Foundation GmbH c/o Charité – Universitätsmedizin Berlin

Gesundheit ist mehr als Medizin

Public Health als interdisziplinäre, transsektorale, gesellschaftliche Aufgabenstellung

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Gesundheit als Humanvermögen im Lebenslauf.....	2
3. Individuelle und öffentliche Gesundheit als demokratische Ressource.....	4
4. Biowissenschaft , Biopolitik und Public Health.....	5
5. Bio-psycho-soziale Modelle in der Lebensspanne.....	6
6. Gesundheitsausgaben und Gesundheitsnutzen.....	8
6.1 Kosten und Nutzen in Marktwirtschaften.....	8
6.2 Nutzenbewertung für Leistungen im Medizinsystem.....	8
7. Sicherung von Gesundheit als Gesellschaftspolitik.....	9
7.1 Public Health und Medizin.....	9
7.2 Public Health, Öffentlichkeit und politische Emanzipation.....	12
7.3 Institutionelle Absicherung der „Health of Nations“.....	12
8. Sozialinvestitionspolitik und Public Health.....	13
9. Zusammenfassung und Ausblick.....	14
10. Literatur.....	18

1. Einleitung

Im Jahr 2012 wurden in Deutschland mehr als 300 Milliarden Euro für gesundheitsbezogene Dienstleistungen und Waren verwendet. Das sind gut 11 Prozent des Bruttoinlandprodukts und mehr als 3.700 EUR je Einwohner (Statistisches Bundesamt 2014). Sämtliche gesundheitsbezogene Güter und Leistungen zur Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, der Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen sowie die dazu notwendigen getätigten Investitionen werden durch das Statistische Bundesamt erfasst. Grundlage für die Erfassung ist die Systematik des „System of Health Accounts“ der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat). Mehr als 83 Milliarden Euro (28 Prozent) dieser Ausgaben entfallen auf ärztliche Leistungen (www.gbe-bund.de). Das dahinter stehende gesellschaftliche Konzept von „Gesundheit“ und „Krankheit“ ist wesentlich durch die Medizin geprägt und konzentriert sich damit auf die Finanzierung behandlungsbedürftiger Erkrankungen bzw. Beschwerden der in der Gesetzlichen (fast 90 Prozent) bzw. Privaten (etwa 10 Prozent) Krankenversicherung versicherten Bevölkerung bzw. auf die Finanzierung des

Gesundheitswesens über Steuern. Da aber medizinische Expertise und eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Leistungen nicht notwendigerweise durch Ärztinnen und Ärzte erbracht werden, ist damit der Einfluss der Medizin auf die gesundheitliche Sicherungs- und Versorgungsstruktur nur unzureichend abgebildet. Medizin als derzeit überwiegend kurativ ausgerichtete ärztliche Heilkunst wird einem umfassenden Gesundheitsbegriff aber nicht gerecht. Er erfasst im Kontext der Medizin nahezu ausschließlich die individuelle Erkrankung/Krankheit.

Es stellt sich die Frage, welche Faktoren und Strategien für eine effiziente Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung insgesamt einbezogen werden müssen, und ob der erhebliche Verbrauch gesellschaftlicher Ressourcen für ein medizinisch dominiertes Gesundheitswesen der richtige Weg ist. Wenn aber nicht die Medizin und ihre Entwicklung diagnostischer, kurativer und rehabilitativer Methoden entscheidend für die Gesundheitslage der Bevölkerung ist, welche Faktoren rechtfertigen es dann, erhebliche und tendenziell steigende Ressourcen dem medizinisch dominierten Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen? Zur Beantwortung dieser Frage ist es notwendig, auf die Kriterien zur Messung gesundheitlichen Nutzens einzugehen. Es stellt sich die Frage, inwieweit Naturwissenschaften, Biologie und Medizin auf der einen Seite und Geistes- und Gesellschaftswissenschaften auf der anderen Seite je für sich oder gemeinsam in der Lage sind, zu einer validen Analyse der Situation von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung beizutragen. Dies schließt die Frage ein, inwieweit die akademischen und gesellschaftlichen Strukturen vorbereitet sind, derart komplexe Analysen zu erstellen und praktikable Vorschläge für eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu erarbeiten. Entscheidend für eine derartige Orientierung ist ein gemeinsames paradigmatisches Verständnis von Gesundheit in Abgrenzung zu Krankheit und über das Verhältnis von Medizin zu Public Health. Zu klären sind weiterhin die Differenzierungen der professionellen Ausstattungen in Bezug auf Wissenskanon und Handlungsmuster einschließlich der spezifischen Ethiken in den beiden Bereichen. Auf den politischen Ebenen sind Verständigungen darüber notwendig, was Gesundheitspolitik im engeren Sinn als Krankenversorgung, medizinisch begründete Prävention/Prophylaxe in Richtung Umwelt (Arbeits-, Umwelt-, Konsumentenschutz) und Lebensstil in Abgrenzung zu Health in all Policies/Public Health sein soll. Den aufgeworfenen Fragen kann hier nicht im Einzelnen nachgegangen werden. Die nachfolgenden Überlegungen verbleiben bei der Absicht, dem Konzept Public Health eine Deutung zu geben, die in den bisherigen Diskussionen zu wenig beachtet wurden. Eine gründliche Auseinandersetzung zum Verhältnis von Medizin und Public Health bleibt selbstverständlich eine Herausforderung. Allerdings kann dies nur unter sorgfältiger Beachtung des Diskurses über Biopolitik (Geyer 2001, Lemke 2007) bzw. prädiktive Medizin (Kollek, Lemke 2008) geschehen.

2. Gesundheit als Humanvermögen im Lebenslauf

Im lebensweltlichen und wissenschaftlichen Kontext zum Gesundheitsdiskurs werden vielfältige Definitionen von Gesundheit benutzt. Einflussreich war die Definition in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation von 1946: „(..), dass die folgenden Grundsätze für das Glück aller Völker, für ihre harmonischen Beziehungen und ihre Sicherheit grundlegend sind: Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen

und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ Unschwer ist sowohl die individuelle personale Gesundheit als auch das öffentliche Gut Gesundheit in dieser Proklamation zu erkennen. Es wird weiterhin eine Abgrenzung von Krankheit zur individuellen Gesundheit als Wohlergehen bzw. Wohlbefinden („Well-being“ in der engl. Fassung) angesprochen.

Im vorliegenden Beitrag wird unter Gesundheit das Humanvermögen im Lebenslauf verstanden und die wechselseitige Beziehung von individueller und öffentlicher Gesundheit herausgestellt. Zum Humanvermögen zählen neben dem wirtschaftlichen Humankapital, also dem Arbeitsvermögen, weiterhin die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Elternverantwortung, zum politischen und gemeinnützigen Engagement, zur Betreuung von nahe stehenden Alten und Kranken. Franz-Xaver Kaufmann (2009) sieht im Humanvermögen eine neue Kategorie der Sozialstaatstheorie. Sicherung von Gesundheit stellt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Aufgabe sozialstaatlichen Handelns dar. „Der Begriff Humanvermögen bezeichnet zum einen die Gesamtheit der Kompetenzen aller Mitglieder einer Gesellschaft, von jungen und alten Menschen, von Kindern, Eltern und Großeltern, von Kranken, Behinderten und Gesunden. Zum anderen soll mit diesem Begriff in einer individualisierenden, personalen Wendung das Handlungspotential des einzelnen umschrieben werden, d.h. all das, was ihn befähigt, sich in unserer komplexen Welt zu bewegen und sie zu akzeptieren.“ (Bundesministerium für Familie und Senioren 1994, S. 28) Bei der Bildung von Humanvermögen geht es um die Vermittlung von Befähigungen zur Bewältigung des Alltagslebens, also um den Aufbau von Handlungsorientierungen und Werthaltungen (ebenda S. 28).

In dieser Definition klingt an, was nachfolgend unter individueller und öffentlicher Gesundheit als Doppelperspektive im Verständnis von Public Health thematisiert wird. Vor diesem Hintergrund liefert das Konzept Humanvermögen „die legitimatorische Grundlage für einen vielfach diagnostizierten, aber unterschiedlich interpretierten Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik.“ (Kaufmann 2009, S. 110) Es verlangt eine Verschiebung der Prioritäten weg von der Sozialversicherungspolitik hin zu einer sozialinvestiven Politik in den Bereichen Bildung, Frauen und Familien, weg von der Verteilungsproblematik hin zur Produktivitätsproblematik (ebenda S.110-111). Mit diesem Postulat kommt die Bedeutung von Public Health in der Doppelperspektive ins Spiel und erhält Medizin mit seinen personenbezogenen Dienstleistungen, nicht nur der vorherrschenden ärztlichen Leistungen, einen öffentlichen Stellenwert. Medizin wird in seiner Public Health-Relevanz wahrgenommen und nach ihrem Beitrag zur Sicherung des Humanvermögens gefragt werden. Public Health Politik kann als Politik der Inklusion bezeichnet werden. Eine Politik die auf die Inklusion, also auf die soziale Integration bzw. Teilhabe jeder Person an allen Funktionskreisen der Gesellschaft abstellt, hat zum Ziel die Daseinssicherung bzw. die Sicherung des Humanvermögens der Person in seinem Lebenslauf (Müller 2009). Die Sicherung des Humanvermögens geschieht über politische Interventionen, gerichtet sowohl auf die Person als auch auf ihre nähere und weitere Umwelt. Die Interventionen lassen sich in vier typische Formen der Wirkungsweise gliedern (Kaufmann 1982):

1. Verbesserung des rechtlichen Status ,
2. Verbesserung der Einkommensverhältnisse ,
3. Verbesserung der materiellen und sozialen Umwelt und
4. Verbesserung der Handlungskompetenz.

Mit diesen vier Dimensionen ist die Lebenslage (Engelhardt 1991) einer Person charakterisiert und wird die Inklusion, also die gesellschaftliche Teilhabe als funktionales Äquivalent zu früheren elementaren Solidaritäts-Vorstellungen beschrieben (Kaufmann 1982).

Diesen Effekttypen ordnet Kaufmann Interventionsformen zu, die sich stets als mehrstufige Maßnahmenkomplexe zeigen, und in den Dimensionen Wirkungsweise, typische Maßnahmen, intendierte Hauptwirkung, Trägerschaft, Zentralproblem der Realisierung, Generalisierbarkeit von Regelungen, öffentliche Kosten, Implementierbarkeit und Akzeptanz. Er unterscheidet rechtliche, ökonomische, ökologische und pädagogische Interventionsformen.

Für die vier Formen lassen sich solche Interventionen für die Sicherung der individuellen sowie öffentlichen Gesundheit ausmachen. Kursorisch seien genannt für die rechtliche Form zur Stärkung des Individuums Regelungen zu Schule bzw. Bildung, die Sozialgesetze zu Krankheit, Rente, Pflege, Arbeitslosigkeit, Armut und zur gesundheitsgerechten Umwelt Arbeitsschutz- und Umweltschutzrecht. Zu den ökonomischen Interventionen gehören Geldleistungen von Versicherungen wie Krankengeld und Sachleistungen wie diagnostische und therapeutische medizinische Leistungen für Personen. Krankenhäuser, ambulante Medizin und Bildungseinrichtungen sind als die räumlich gebundenen Infrastrukturen im Kontext von ökologischen personenbezogenen Interventionen zu nennen. Der öffentlichen Gesundheit dienen hier Maßnahmen zur Stadtplanung, Wasserversorgung, Wohnen und Arbeiten. Unter Maßnahmen zur Verbesserung der individuellen Handlungskompetenz, als pädagogische Intervention bezeichnet, fallen die Dienstleistungen der Bildungseinrichtungen und des medizinisch geprägten Gesundheitswesens sowie diejenigen der Selbsthilfeaktivitäten.

Mit dieser „soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention“ sind gute Anregungen für eine Evaluation von Public Health und Medizin mit der Frage gegeben, ob denn beide sich ja auch überlappende Strategien für die Sicherung und Hebung des Humanvermögens effektiv und effizient sind. Solche evaluativen Politikfeldanalysen haben bei international vergleichendem Blick selbstverständlich die jeweiligen Pfadabhängigkeiten der nationalen Politiken gerade zum Wohlfahrtsstaat zu beachten(Esping- Andersen 1990, Busemeyer u.a. 2013)

3. Individuelle und öffentliche Gesundheit als demokratische Ressource

Der Definition von Gesundheit unterliegt stillschweigend die Vorstellung eines funktionierenden, ständig verfügbaren leistungsfähigen Körpers (Schroer 2005), und sie ist nicht frei von Wertvorstellungen über Person bzw. Individuum und Gesellschaft. Sie verknüpft die Welt der Natur, also das Biologische, mit der Welt der Gesellschaft, d.h. mit dem Handeln und den Normen bzw. Werten und kulturellen Mustern von Personen bzw.

Gruppen. Mit dem Gesundheitsbegriff wird also das Biologisch-Körperlich-Leibliche und zugleich das Normative, Wertende für das soziale Handeln, also das Tätigsein von Personen im gesellschaftlichen Kontext der jeweiligen zeitgenössischen Ausgestaltung angesprochen (Labisch 1992).

Vor diesem Hintergrund wird Gesundheit in der Wertschätzung der Bevölkerung als höchstes Gut betrachtet und in den Industriegesellschaften als zentraler Wert nicht angezweifelt. Gesundheit wird sowohl als individuelles, privates als auch als öffentlich-allgemeines Gut angesehen. Dieser Doppelaspekt, nämlich ein privates und zugleich ein öffentliches Gut zu sein, macht die Grundauffassung von Public Health aus. Konzeptionen von Gesundheit und Public Health unterliegen selbstverständlich historischen Entwicklungen, haben sich doch Auffassungen von Natur und Kultur und ihre wechselseitige Ausgestaltung in der Moderne bzw. Postmoderne mit den enormen Errungenschaften der Naturwissenschaften und ihrer technologischen Umsetzung sowie sozioökonomischen Nutzung dramatisch verändert.

Wird Gesundheit aber auch verstanden als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe im Lebensverlauf, also als Kompetenz, mit eigenen Ansprüchen und Erwartungen auf der einen Seite und mit Anforderungen und Notwendigkeiten der Lebens- und Arbeitswelt auf der anderen Seite souverän umzugehen, so setzt das voraus, dass die Individuen auf Ressourcen zurückgreifen können, die die Entwicklung dieser Fähigkeiten unterstützen bzw. fördern. Damit bleibt Öffentliche Gesundheit nicht auf Krankenversorgungspolitik, schon gar nicht auf Medizin reduziert. Sie durchzieht tendenziell alle gesellschaftlichen Teilbereiche, sei es Bildung, Erwerbsarbeit, Familie, Verkehr, Ernährung oder städtisches Leben (Health in all Policies). Gesundheit als Humanvermögen verstanden, bezieht theoretisch wie praktisch die Konzeption von Nachhaltigkeit ein. Verwiesen wird damit auf die Zeitperspektive, auf Zukunftsfähigkeit, sowohl in der Perspektive des (langen) Lebens des Einzelnen wie der nächsten Generationen und ruft zur sozialen Verantwortung auf.

4. Biowissenschaft, Biopolitik und Public Health

Gesundheit ist das Ergebnis des komplexen Zusammenspiels der Biologie des Einzelnen und der Umwelt, in der er lebt und sich mit einem kulturell geprägten Lebensstil einrichtet (Schwenk 1996). Die Komplexität der Biologie wird besonders deutlich durch die Fortschritte der Systembiologie, dem Versuch, die unglaubliche Vielfalt der Einzelergebnisse von systematischen Analysen des Genoms, des Proteoms, des Metaboloms, des Microbioms, Epigenoms und anderer Systeme zusammenzufassen und zu verstehen mit Mitteln einer von Informatik gestützten Gesamtbewertung (BMBF 2002, Wiechert 2004, Kegel 2012). Die modernen dynamisch fortschreitenden Erkenntnisse der Biologie stehen nicht für sich selbst, sondern werden einer technologischen und ökonomischen Verwertung auch in der Medizin zugeführt und gewinnen somit politische und kulturelle Bezüge. Die gesellschaftlichen Implikationen werden unter dem Stichwort Biopolitik kontrovers diskutiert (Geyer 2001, Lemke 2008, Kauffmann, Sigwart 2011). Anstrengungen zur rechtlichen und politischen Steuerung bzw. Regulierung werden unternommen (Schreiber, Tadaki, Rosenau 2007; Baer 2008). Die Erkenntnisse der biologischen Lebenswissenschaften mit ihren technologischen Interventionsmöglichkeiten erfassen die intimsten Dimensionen des Alltagslebens und nehmen Einfluss auf den Lebensstil von Personen und Kollektiven. Beispielfhaft sei auf die

molekulare Medizin/ Humangenetik und auf die prädiktive Medizin verwiesen (Kollek, Lemke 2008). Mit der Entwicklung der Genomforschung und ihrer Relevanz für Public Health hat sich ab 2003/2004 eine Kooperationsgruppe „Public Health Genetics“ beschäftigt (Brand u.a. 2004, Brand et al. 2006). Mittlerweile hat sich ein „Public Health Genomic European Network“ gebildet (<http://www.phgen.eu/typo3/index.php>).

Als Lebensstil wird die Art bezeichnet, wie der Einzelne sich unter Berücksichtigung seiner biologischen Bedingungen in der natürlichen und sozioökonomischen Umwelt und in seinem persönlichen Umfeld bewegt und arrangiert. Er kann mehr oder weniger der Gesundheit dienen und selbst bestimmt sein. Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit für den Lebensstil und die Suche nach dem eigenen geeigneten Umfeld sind nicht unwesentlich von sozialen, soziotechnischen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen abhängig. Die Angebote der Biotechnologie und der modernen Medizintechnologie gehören dazu. Vor allem Bildung ist ein entscheidender Faktor für die Möglichkeit selbstverantwortlichen Handelns. Der Lebensstil sowohl des Einzelnen als auch von Bevölkerungsgruppen in Regionen dieser Erde ist gewaltigen Änderungen unterworfen. Die große Dynamik der Biologie während der Lebensspanne des Einzelnen und besonders auch während der Evolution des Lebens insgesamt ist Gegenstand einer neuen Wissenschaft, die neue Dimensionen im Verständnis und in der Konzeption von Interventionen ermöglicht, die ganz am Anfang stehen. Diese Dynamiken in den Wechselverhältnissen der Biologie, der Umwelt und der Lebensstile sind grundsätzlicher Art. Auf die Gesundheit bezogen verlangen sie nach einer neuen „Public Health-Wissenschaft“, die in bisher nicht bekannter Weise interdisziplinäre, intersektorale Zusammenarbeit notwendig macht. Ansätze dazu finden sich in der Entwicklungspsychologie (Schneider, Lindenberger 2012).

5. Bio-psycho-soziale Modelle in der Lebensspanne

Die wissenschaftliche Betrachtung der Entwicklung der menschlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Eigenschaften über die gesamte Lebensspanne ist eng mit der Ausbildung der Entwicklungspsychologie verbunden (Brandstädter, Lindenberger 2007). Ihre Botschaft lautet: „Wir entwickeln uns, solange wir leben, man muss den gesamten Lebenslauf in den Blick nehmen, um ein tieferes und genaues Verständnis einzelner Entwicklungsabschnitte zu gewinnen.“ (ebenda, Vorwort, S.7) Betont wird, dass sich menschliche Entwicklung auf historischen und ontogenetischen Zeitebenen vollziehen und von daher die Entwicklungsprozesse in einem Möglichkeitsraum durch sowohl biologische Ausstattungen als auch soziale und kulturelle Bedingungen strukturiert werden. Die biologische Ausstattung des Individuums wird sowohl unter der phylogenetischen, also der Entwicklungsgeschichte von Arten über Generationen in der Evolution, als auch unter der ontogenetischen Entwicklung eines Individuums über die Spanne seines Lebens betrachtet. Individuelle Entwicklung über die Lebensspanne wird zwar als Ergebnis der Interaktion von Anlage- und Umweltbedingungen angesehen, aber der Prozess wird ebenso wesentlich geprägt durch die sich über Lernprozesse der Person ändernden Vorstellungen. Entwicklungstheorien lassen sich danach unterscheiden, welcher Seite in dieser Interaktion ein wesentlicher Gestaltungseffekt zugeschrieben wird.

Das Thema Anpassung und Entwicklung in der menschlichen Ontogenese wird auch als adaptionsistisches Programm in evolutionsbiologischer Sicht behandelt. Die Evolutionsmedizin fragt "Warum werden wir krank?" (Nesse, Williams 1997) und „Gesundheit als Erbe der Evolution“ (Ganten et al. 2012) ist die ergänzende Sicht. Nesse und Williams sind der begründeten Auffassung, dass die modernen Erkenntnisse der Evolutionsbiologie sowohl Ressourcen für eine erfolgreiche Präventivmedizin als auch „auf der Grundlage der Prinzipien der Evolutionsmedizin beträchtliche klinische Ressourcen zur Gesundheitserhaltung“ zur Verfügung stellen. (ebenda S. 286) Einen Überblick über Stand der Forschung zu psychosozialen Stress, Suszeptibilität und chronische Erkrankung beim Altern mit dem Versuch, dies in ein epigenetisch fundiertes „Biological Embedding of Childhood Adversity Model“ zu gießen, geben Miller et al. (2011). Dieses natur- wie sozialwissenschaftlich empirisch gestützte Modell liefert hinreichende Begründungen für eine gesundheitsgerechte humane Gestaltung der Lebensbedingungen von Heranwachsenden im Sinne einer verantworteten Public Health- Politik.

Die Öffnung des Gesundheitsbegriffs auf den gesamten Lebenslauf bzw. die Lebensspanne macht auf einen weiteren Forschungsstrang aufmerksam, der in den letzten Jahren ebenfalls wichtige Erkenntnisse erbracht hat und für eine gestaltungsorientierte Public Health- Politik von sehr großer Bedeutung ist, nämlich die psychophysiologische Chronobiologie (Hildebrandt u. a. 1998, Rönneberg 2010). Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass das biologisch-rhythmisch strukturierte Leben der Menschen nicht unendlich plastisch und beliebig formbar ist und Rhythmen als Zeitverhalten eine große Bedeutung für das Wohlbefinden haben.

Demnach beeinflusst eine große Zahl von biologischen Rhythmen sehr unterschiedlicher Frequenz in vielfältigen Koppelungen die zeitliche Ordnung unserer Lebensabläufe – von der Zeugung bis zum Tod, über den Tag, die Woche, den Monat und das Jahr. Die Rhythmen und ihre Koppelungen werden durch endogene, biologische Prozesse (innere Uhr) und über äußere Zeitgeber der Umweltperiodik, insbesondere Licht im Tag-Nachtwechsel, aber auch durch soziale Prozesse gesteuert, reguliert und synchronisiert bzw. desynchronisiert. So sind hunderte von biologischen Prozessen als tagesrhythmisch bekannt. Ob sich nun die große Vielfalt der biologischen Rhythmen mit einem Periodenspektrum von wenigen Millisekunden bis zu einem Jahr und länger in Synchronisation oder Desynchronisation befindet, hängt vom Zusammenspiel der endogenen und exogenen – einschließlich der sozialen – Zeitgeber ab. Anhaltende chronische Desynchronisation kann zu chronischen Erkrankungen und Leistungsminderung körperlicher und mentaler Art führen (Bechtold et al. 2010). Für die Zeitgestaltung, ob in der Erwerbssphäre, der Schule oder bei der Frage des Festhaltens an Sonn- und Feiertagen, d.h. für die Organisation von Leistung und Produktivität, ist die Periodik von Wachheit und Erholung sowie insbesondere der Schlaf von Relevanz (Allmer 1996). Ein wichtiges Thema für Public Health ist die Frage nach den derzeitigen Zeitregimen, den Zeitverwendungstypen, den betrieblichen und öffentlichen Zeitpolitiken in und zwischen den verschiedenen sozialen Kontexten mit ihren sozialen und gesundheitlichen Risiken (Mückenberger 2012). Verallgemeinert im Verständnis von Public Health lässt sich sagen, dass die soziale Ordnung auf die biologische Ordnung, d.h. auf die Gesundheit von Individuen, einen Einfluss hat.

In den industrialisierten Gesellschaften wird die soziale Ordnung wesentlich durch die marktwirtschaftlich dominierten wirtschaftlichen Strukturen bestimmt, und auch der gesellschaftliche Diskurs über Gesundheit bezieht sich auf ökonomische Kategorien, indem Kosten und Nutzen gesundheitsbezogener Leistungen thematisiert werden.

6. Gesundheitsausgaben und Gesundheitsnutzen

6.1 Kosten und Nutzen in Marktwirtschaften

Funktionierende Märkte sichern die optimale Versorgung der Bevölkerung mit Gütern und Dienstleistungen. Die Funktionsfähigkeit der Märkte ist von zahlreichen Voraussetzungen abhängig, die wiederum aus ökonomischer Sicht staatliche Eingriffe rechtfertigen. Diese Eingriffe dienen der wohlfahrtsstaatlichen Regulierung der gesundheitsbezogenen Versorgung der Bevölkerung, wobei es sowohl zu Modifizierungen der Gesundheitsmärkte als auch zu ihrer Ersetzung kommen kann, je nach Ausgestaltung des Gesundheitssystems und seiner historischen Entwicklung. Wegen der prinzipiellen Begrenztheit gesellschaftlicher Ressourcen und deren alternativen Verwendungsmöglichkeiten sind auch in diesem Fall die Kosten und der Nutzen der Maßnahmen zu bewerten. Sowohl der gesellschaftliche Ressourcenverbrauch („Input“) als auch die erzeugte Leistung („Output“) müsste in marktwirtschaftlichen Kategorien, also in Geldeinheiten erfasst werden. Dies führt bereits bei dem Ressourcenverbrauch zu einigen Schwierigkeiten, da beispielsweise die „Sorgearbeit“ (familiäre oder nachbarschaftliche Pflege und Unterstützung u. ä.) monetär kaum zu erfassen ist. Auch die Bewertung von Gesundheit oder gar des Lebens in Geldeinheiten führt zu erheblichen Schwierigkeiten, so dass für die gesundheitsökonomische Evaluation verschiedene nicht-monetäre Ansätze entwickelt wurden. Alle vorhandenen Ansätze beziehen sich ohnehin nur auf Entscheidungssituationen über Einzelmaßnahmen und scheinen kaum geeignet zu sein, eine gesellschaftliche Gesamtbewertung zu ermöglichen.

6.2 Nutzenbewertung für Leistungen im Medizinsystem

Für die Bewertung der Ergebnisse der verwendeten Ressourcen im vornehmlich auf Krankheit ausgerichteten Gesundheitssystem bleiben auf gesellschaftlicher Ebene recht grobe Kriterien übrig, nämlich Mortalität und Morbidität. Wenn in Deutschland im Jahr 2011 die beschwerdefreie Lebenserwartung bei Männern mit 57,9 Jahren um 13,2 Jahre gegenüber Schweden mit 71,1 Jahren und gegenüber Frankreich um 4,8 Jahre zurück liegt (Eurostat 2013), dann stellt sich die Frage, ob die angesprochenen Einflussfaktoren auf Wohlbefinden und Gesundheit defizitär sind und welche Politiken für die Hebung der Lebensqualität zur Verfügung stünden. Auf zu niedrige Ausgaben für das Medizinsystem kann der genannte Rückstand wohl kaum zurückgeführt werden, liegen doch die Ausgaben im Jahr 2011 in diesem Sektor je Einwohner in Deutschland bei 4.495, in Frankreich bei 4.118 und in Schweden bei 3.925 US-\$ (OECD 2013, S. 155 Tab. 7.1.1; OECD 2013a). Der Zweifel an der überragenden Wirkmächtigkeit der Medizin auf die Sicherung von Gesundheit im Lebensverlauf wird verstärkt durch die gesundheitsökonomische Erkenntnis, dass insbesondere die zeitliche Nähe zum Tod die Kosten im Krankenversorgungssystem beeinflusst. Ein großer Anteil der Gesundheitsausgaben konzentriert sich unabhängig vom Alter auf die letzte Lebensphase eines Menschen (Nöthen 2011). In diesem Zusammenhang konstatieren Henke und Reimers (2006, S. 13), „dass nur wenige Untersuchungen existieren,

die sich speziell mit der Ausgabewirksamkeit des medizin-technischen Fortschritts befassen“. Das Verständnis des medizin-technischen Fortschritts sei wegen „seiner Vielschichtigkeit häufig nur vage und unklar“ (ebenda S.13). Eine empirische Konzeptualisierung sei deshalb und aus Mangel an geeigneten Daten problematisch, um in Kosten-Nutzen-Analysen die Effekte in Größen wie verlängerte Lebenszeit, Verbesserung von Lebensqualität, körperliche Leistungsfähigkeit oder Humankapital zu ermitteln. Für einzelne Indikationsgebiete wie Herzinfarkt, Frühgeburten, Depression oder Brustkrebs liegen allerdings, so die Autoren, einzelne Studien vor. Zur systematischen Bewertung gesundheitsrelevanter Prozesse und Verfahren wurde das Konzept „Health Technology Assessment“ etabliert (siehe DIMDI, Franke, Hart 2006).

Ungeachtet dieser Schwierigkeiten, Einflussgrößen auf objektive und subjektive gesundheitliche Outcomes nachzuweisen, hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 ausführlich Stellung bezogen. Als objektive Outcomes werden Indikatoren zu Morbidität, Mortalität, Lebenserwartung und verlorenen Lebensjahren angesehen. Als subjektive Indices werden positive wie negative Empfindungen, die für das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit bedeutsam sind, gewählt. Prädisponierende Faktoren wie Erbfaktoren, Alter, Geschlecht und Krankheitsgeschichte, sozialer Status und Lebensstil, transsektorale Determinanten wie Bildungswesen, Umweltqualität und Arbeitsbedingungen sowie die medizinische Infrastruktur werden als Einflussgrößen gewertet. Auf der Grundlage von Literaturstudien wird der Anteil des Gesundheitssystems an der Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse nach Lebenserwartung, Mortalitätsraten oder Anzahl verllorener Lebensjahre gemessen. Die Bilanz lautet: „Die Betrachtungen dieses Kapitels zeigen einerseits die limitierten Wirkungen eines auf professionelle medizinische Dienstleistungen beschränkten Gesundheitswesens i. e. S. auf und andererseits die große Bedeutung darüber hinausgehender Determinanten für die Gesundheit der Bevölkerung. Daraus ergibt sich, dass eine präventive Gesundheitspolitik im Sinne einer intersektoralen ressortübergreifenden Politik gedacht und eingesetzt werden muss“. (ebenda S. 61) Die Forderung ist ohne Zweifel begründet. Allerdings geht es insgesamt um die Sicherung von Humanvermögen im Lebenslauf als zentrale gesellschaftspolitische Herausforderung, also um einen Paradigmenwechsel hin zu einer Sozialinvestitionspolitik mit einer entsprechenden investiven Gesundheitspolitik unter dem Motto „Health in all Policies“. „Der für die kommenden Jahrzehnte absehbare Schwund an Humanvermögen stellt eine der größten wirtschafts- und sozialpolitischen Herausforderungen dar.“ (Kaufmann 2009, S.113) Dieser Herausforderung zu begegnen bedarf es einer gesundheitssichernden Gesellschaftspolitik, welche sich allerdings über den Begriff der Gesundheit als individuelles und gesellschaftliches Vermögen zu verständigen hat.

7. Sicherung von Gesundheit als Gesellschaftspolitik

7.1 Public Health und Medizin

Zur Verständigung über das Wechselverhältnis von Public Health und Medizin ist es geboten, sich mit der Geschichte der Medizin (Eckart 2013) und von Public Health (Milles, Kerkhoff 2010) zu befassen. In allen historischen Epochen haben sich Individuen, Gemeinschaften und

Gesellschaften und ihre jeweilige organisatorischen bzw. institutionellen Regulationsformen mit Krankheit auseinandergesetzt. Es kam zu einer Institutionalisierung von Medizin mit der zentralen Profession Arzt. In diesem Kontext entwickelten sich Konzepte und Praktiken der Heilkunst in Anwendung bei Patienten. Die Bedrohung der Gesundheit von Kollektiven insbesondere durch Seuchen rief zu einer Schutzpolitik auf, die über die gesellschaftlichen bzw. staatlichen Organe zu bewerkstelligen war. Medizinische bzw. ärztliche Expertise war hier verlangt. Handlungsakteure waren vornehmlich politisch Verantwortliche zur Sicherstellung bzw. Wiederherstellung der öffentlichen Ordnung. Dieser Typ von öffentlicher Gesundheitspolitik wurde in Städten und Zentralstaaten seit Beginn der Industrialisierung und Verstädterung zu einer expliziten Public Health Konzeption (Labisch 1992, Labisch, Woelk 2012).

So ist es berechtigt, von einem eigenständigen gesellschaftspolitischen Sektor „Öffentliche Gesundheitspflege“, heute als Public Health bezeichnet, in Abgrenzung vom Medizinsektor zu sprechen. Allerdings hat Public Health keine vergleichbare Institutionalisierung wie die Medizin in Klinik und ambulanter Praxis und ebenfalls keine Professionalisierung wie beim Arzt in den beruflichen Tätigkeitsfeldern der öffentlichen Gesundheitssicherung erfahren. Die Ausgestaltung von Public Health erfolgte in der Entwicklung regionaler, gemeindlicher und zentralstaatlicher Wohlfahrtspolitik. Denn in der Ausbildung der Industriegesellschaften bzw. -staaten in den vergangenen 150 Jahren wird Gesundheit als individuelles wie öffentliches Gut in enger Verbindung zu sozialer Sicherheit gesehen und ist in dieser konzeptionellen Verknüpfung Gegenstand und zugleich Motor für den Auf- und Ausbau von Sozialpolitik (einschließlich Bildung) und des Wohlfahrtsstaates. Die Einsicht, dass Erwerbsarbeit und Gesundheit fundamental in einem Wechselverhältnis stehen, wurde zur grundlegenden Erkenntnis in der Ausgestaltung der westlichen Sozialstaaten in den letzten 140 Jahren. Denn individuelle und kollektive Wohlfahrt basiert auf der nachhaltigen Ausbildung und Pflege des Arbeitsvermögens als Teil des Humanvermögens. Sicherheit und Gesundheit wurden zu normativen Konzepten, die gestaltende Kraft entfalteten. Sie wurden zu allgemein verbindlichen Lebens- und Verhaltensrichtlinien im privaten, öffentlichen und im privatwirtschaftlich betrieblichen Zusammenhang. Public Health in der wohlfahrts- bzw. sozialstaatlichen Einbindung dient dem Aufbau und der Sicherung von Humanvermögen im Lebenslauf als individuelle wie kollektive Kompetenz. Public Health im Rahmen von sozialpolitischem Handeln in allen gesellschaftlichen Sektoren trägt zur nachhaltigen Regeneration und Reproduktion von Humanvermögen, der Entwicklung von individueller und kollektiver Kompetenz, bei. Hierin besteht der Doppelaspekt von Public Health als öffentlicher Gesundheitssicherung, nämlich ein individuelles, persönliches und zugleich öffentliches Gut zu sein. Für öffentliche Güter gilt, dass sie nicht als Waren über Marktprozesse zu realisieren sind, sondern der öffentlichen Bereitstellung und des gesamtwirtschaftlichen Denkens und Handelns bedürfen.

Das Postulat der Inklusion ist das Grundprinzip wohlfahrtsstaatlicher Arrangements und begründet, dass jede Person Zugang zu allen Funktionsbereichen der Gesellschaft hat. Das normative Konzept des Sozialstaates hat die Absicht, dass „die Ziele des Wohlstandes, der Freiheit, der Sicherheit, der Gleichheit und des Schutzes vor Not verwirklicht und von möglichst vielen Mitgliedern der Gesellschaft verstanden, angenommen und erfahren werden“

(Zacher 2000, S.54). Mit diesem Blick auf die historische Entwicklung eines demokratischen Rechts- und Wohlfahrtsstaates ist Gesundheit als integraler Teil der sozialstaatlich garantierten Sozialen Sicherheit anzusehen. Sicherung von Gesundheit als „Health in all Policies“ wie die Gefährdung von Gesundheit in allen Sektoren der Lebens- und Arbeitswelt waren und sind ständige Aufgabenstellung einer Gesundheitspolitik, die über eine Krankenversorgungspolitik weit hinausgeht. Public Health unterscheidet sich in verschiedenen Dimensionen von Medizin. Gerade bei der Betrachtung der Handlungsorientierung und ihrer praktischen Ausgestaltung wird dies offenkundig. Schröder (2007) sieht nicht nur bei Aufgaben und Methoden sondern ebenfalls bei den moralischen Herausforderungen der jeweiligen Akteure in den Bereichen Medizin und Public Health Unterschiede. Er plädiert in Abgrenzung von der Medizinethik für eine eigenständige Public -Health-Ethik und geht von einer wechselseitigen Ergänzung aus. Während für die Medizin das Arzt-Patient-Verhältnis das konstituierende Merkmal ist, ist für Public Health der Bevölkerungsbezug bestimmend. Während für den Arzt primär die individuelle Heilbehandlung im Vordergrund steht, zielt Public Health auf die Förderung von Gesundheit bzw. Prävention. Als vorrangige Orientierung gilt in der Medizinethik das Wohl des Patienten, in der Public-Health-Ethik das Wohl der Bevölkerung bzw. von Gruppen unter dem Aspekt der Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens. Zwar gelten Achtung von Menschenwürde und Gerechtigkeit für beide Sphären, in den konkreten Handlungskonstellationen zeigen sie jedoch eher spezifische Notwendigkeiten, die zu beachten sind. So werden Effizienz und Verhältnismäßigkeit eher der Public-Health-Ethik zugerechnet.

Wollte man sich mit dem heutigen Verhältnis von Medizin und Public Health befassen, so wäre zu klären, mit welchen theoretischen Konzeptionen ein derartiger Systemvergleich angestellt werden könnte. Es ließen sich wissenssoziologische, handlungstheoretische, kulturwissenschaftliche oder auch systemtheoretische Konzeptionen verschiedener Spezifizierungen heranziehen. Die große Schwierigkeit besteht jedoch darin, dass Medizin und ebenfalls der Arztberuf einer überaus starken Dynamik funktionaler Differenzierung unterliegen. Von einem einheitlichen System Medizin und von einem klaren professionellen Konzept Arzt kann längst nicht mehr gesprochen werden (Vogd 2002, Dickel, Franzen, Kehl 2011). Die Subdisziplinen der Medizin haben eine hohe Spezialisierung in ihren theoretischen Fundierungen und den daraus abgeleiteten biotechnologischen Handlungspraktiken erfahren. Für die Medizin gilt vorherrschend das klinisch-naturwissenschaftliche Paradigma bezogen auf Krankheit mit Orientierung auf den einzelnen Patienten. In Public Health ist der Medizin gegenüber jedoch ein Komplex von Wissenschaften interdisziplinärer Differenzierung und Kooperation erwachsen, der sich kompetent gerade mit Gesundheit beschäftigt. Die multidisziplinären Gesundheitswissenschaften sind in der Lage, zu den modernen Herausforderungen der individuellen und öffentlichen Gesundheitssicherung wesentliche theoretische wie praktische Fundierungen zu liefern. Public Health als wissenschaftliche Infrastruktur etabliert sollte die Institution sein, die die gesellschaftlichen Implikationen der hoch dynamischen Entwicklungen der Medizin, es sei nur der Bereich der molekularen Medizin/Humangenetik genannt, kritisch begleitet, selbstverständlich in enger Kooperation mit Medizin. Public Health reflektiert konstitutiv als Disziplin die gesellschaftlichen Determinanten von individueller wie kollektiver öffentlicher Gesundheit und die Folgen von sozioökonomischen, biomedizinischen und politischen Prozessen.

7.2 Public Health, Öffentlichkeit und politische Emanzipation

Public Health ist explizit der Öffentlichkeit verpflichtet. Öffentlichkeit wird verstanden als eine gesellschaftspolitische Sphäre mit den Dimensionen öffentliches Wohl, öffentliche Meinungs- und Willensbildung und Öffentlichkeit als staatliche Gewalt (Winter 2002, S. 2). Verfassungsrechtlich wird die öffentliche Grundstruktur (res publica) in den wechselseitigen Elementen gesehen: die Öffentlichkeit als das Volk/die Bürgergesellschaft, das Gemeinwohl/die öffentliche Wohlfahrt, der öffentliche Verfassungsprozess/ Demokratie als gegliederte Öffentlichkeitsordnung (Rinken 2002, Häberle 2002). In dieser Perspektive hat sich Public Health als Wissenschaft und politische Praxis zu beweisen. Referenzgrößen für Gesundheit und Gesundheitspolitik sind Gemeinwohl, Humanvermögen, Öffentliche Güter, Gerechtigkeit und demokratische Meinungs- und Willensbildung. Public Health in kritischer und kooperativer Auseinandersetzung mit Medizin kann so in historischer Tradition einen Beitrag zur individuellen wie gesellschaftlichen Emanzipation leisten.

Gesundheit als individuelles wie öffentliches Gut erhält in der demokratischen Entwicklung von Gesellschaft und Staat einen emanzipatorischen Charakter. Emanzipatorische Bewegungen des Bürgertums, der Arbeiterschaft und andere soziale Bewegungen wie Frauen- und Ökologiebewegung haben sich darauf bezogen. Public Health als öffentliche Gesundheitssicherung ist also als Teil der „politische(n) Öffentlichkeit im Prozess [!] der sozialstaatlichen Transformation des liberalen Rechtsstaates“ (Habermas 1969, S. 242) zu würdigen. Selbstverständlich lässt sich ein „Strukturwandel der Öffentlichkeit“ (Ebenda) ebenfalls auf den aktuellen lokalen, europäischen und globalen sozialen und politischen Ebenen beobachten (Winter 2002, Peters 2007).

Gerade das gesellschaftspolitische Konzept von Teilhabe, Teilhaberechte, Teilhabegerechtigkeit bzw. das deutlich demokratischere Konzept der Beteiligung, Beteiligungsgerechtigkeit liefert eine entscheidende Begründung als Rechtfertigung und Bewertung für die politische Legitimation von Public Health (Nullmeier u. a. 2009). Eine politische bzw. politikwissenschaftliche Reflexion zu Public Health hat sich nämlich der Frage zu stellen, ob ein „Decline of the Public“ (Marquand 2004) oder ein „Silent Surrender of Public Responsibility“ (Gilbert 2004) zu beobachten und wünschenswert ist (Seeleib-Kaiser 2009). Je nach Grad der Grenzverschiebung zwischen „Öffentlich“ und „Privat“ in den jeweiligen Staaten gestaltet sich die Relevanz von Public Health. Für die politische Konzipierung eines Europäischen Sozialmodells ist diese Auseinandersetzung von hoher Brisanz. Nicht zuletzt sind Reformüberlegungen, auch im EU-Kontext, der Transformation von Sozialstaatlichkeit zu einer Sozialinvestitionspolitik, also in Humanvermögen zu investieren, nicht ohne Konsequenzen für Theorie und Praxis von Public Health (European Union 2007).

7.3 Institutionelle Absicherung der „Health of Nations“

Die Institutionen der sozialen Sicherung wie Kranken-, Renten-, Unfall-, Pflege-, Arbeitslosenversicherung und andere Einrichtungen wurden in den vergangenen 140 Jahren für die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit, d.h. Gesundheit, etabliert und wirken als Einrichtungen von Public Health im demokratischen Rechts- und Sozialstaat. 90 Prozent der Bevölkerung sind Mitglieder dieser Institutionen der

Daseinssicherung und profitieren durch Geld- und Dienstleistungen bei den Risiken Armut, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Behinderung im Rahmen von Kuration, Rehabilitation und Prävention. Hier kommt die Medizin mit ihren Einrichtungen und Leistungen insbesondere bei der Bewältigung von Krankheiten ins Spiel. Erstrangig wirkt die Gesetzliche Krankenversicherung im Zusammenwirken mit den anderen Einrichtungen als Akteur von Public Health. Durch dieses sozialpolitische Netzwerk wird Einfluss genommen auf das Gelingen eines Lebenslaufs. Normativ wird für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen die „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (SGB IX § 1) gefordert, und es wird der „Vorrang von Prävention“ (SGB IX § 3) betont. Die Gesetzliche Krankenversicherung verfügt wie die anderen Sozialversicherungen im Prinzip über eine demokratische Legitimation durch Sozialwahlen. Einer systematischen Nutzung und Wiederbelebung dieses demokratisch wie auch zivilgesellschaftlich ausbaufähigen Potenzials steht eine Politik mit ihrer Ideologie entgegen, die auf Wettbewerb, Deregulierung, Privatisierung und Abbau bzw. Entwertung von öffentlichen Gütern setzt. Sozialbürger, Mitglieder der Sozialversicherungen und Patienten werden zu „Kunden“ und die öffentlichen Institutionen zu „Unternehmen“, die wie privatwirtschaftliche Betriebe zu „managen“ sind. Dies führt zu erheblichen Widersprüchen, da die sozialstaatlich zu gewährleistende Versorgung einer marktökonomisch strukturierten Wettbewerbssituation entgegensteht. Da Gesundheitsleistungen nicht (durchgängig) marktökonomisch produzierbar, aber auch nicht beliebig staatlich ausweitbar sind, werden spezifische sozio-ökonomische Regulierungen erforderlich. Diese könnten beispielsweise in räumlich abgegrenzten genossenschaftlichen Strukturen zu finden sein, in denen die „Produktion von Gesundheit“ als reziprokes gesellschaftliches Verhältnis implementiert wird, verbunden mit dezentraler Entscheidungskompetenz über die Ressourcennutzung. Im Hinblick auf die medizinischen Fortschritte in der Diagnostik und Therapie wird es aber auch notwendig sein, den Zugang zu diesen Verfahren auf gesamtstaatlicher Ebene zu regeln. Es sind allerdings in Deutschland kaum systematische Ansätze zu einer nicht-marktökonomischen Strukturierung erkennbar.

8. Sozialinvestitionspolitik und Public Health

Ein modernes Verständnis eines Sozialinvestitionsstaates verlangt ein verändertes Verständnis zum „Welfare-Mix“ bzw. „Wohlfahrtspluralismus“ zwischen Staat, Markt, Individuum, Familie und sozialen Arrangements der Zivilgesellschaft und damit auch neue Steuerungsmodalitäten zur Befähigung der Bürgerinnen und Bürger (Lessenich 2008, Busemeyer u. a. 2013). So plädiert Lessenich für eine „Neuerfindung des Sozialen“ (ebenda S. 38) und für „die Neujustierung von privaten und öffentlichen Verantwortlichkeiten.“ (Lessenich 2008, S. 17) Dieses Verständnis deckt sich mit den oben angesprochenen Dimensionen des Öffentlichen. Eine derartige Umorientierung von Sozialstaatlichkeit in Richtung einer expliziten Investitionspolitik stellt auf die Notwendigkeit einer überzeugenden Festlegung auf „Health in all Policies“, d.h. auf gestaltende Interventionen ab. Für die Umorientierung der Gesundheitspolitik heißt dies: Entschiedene Politik zur Ausbildung und Aufrechterhaltung von Humanvermögen in der Spanne des Lebenslaufs. Präventive Investitionspolitik in diesem Verständnis verlangt nach einer konsequenten verstärkten

Investition in Bildung in den ersten Lebensphasen, aber ebenso über den gesamten Lebenslauf zur Stärkung der Daseinskompetenz der biographischen Akteure/Lebensläufer. In einer solchen Politik erhält Public Health wichtige Aufgabenstellungen für wissenschaftliche Expertisen und für eine gestaltende Praxis einer „Sozialen Lebenslaufpolitik“ (Naegele 2010). Mit der Richtlinie Nr.18 im Jahr 2005 „Promote a lifecycle approach to work“ (Klammer 2010, S. 677) ist in der Europäischen Beschäftigungsstrategie eine Orientierung auf den Lebenslauf stark in den Vordergrund gerückt worden. Der Politik wird empfohlen, eine Lebenslaufpolitik zu fördern und zu unterstützen, „die eine optimale Teilhabe an Erwerbsarbeit und anderen gesellschaftlich sinnvollen Aktivitäten über den gesamten Lebenslauf“ ermöglicht. (Klammer 2010, S. 699) Eine Integration von Lebenslaufpolitik mit Sozialpolitik wird selbstverständlich nicht die ihr bisher eigene Schutzfunktion vernachlässigen dürfen, sie wird aber sehr viel stärker Prävention und die gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebens- und Berufsverläufen zu ihrer Sache machen. Weiterhin bleiben gründliche Analysen über Arbeits- und Lebensbedingungen mit ihren Risiken und Gefährdungen und den zur Bewältigung notwendigen Ressourcen notwendig. Die kumulativen Effekte von kombinierten Risikolagen im Zeitverlauf innerhalb der Erwerbstätigkeit und mit solchen außerhalb davon müssen in den Blick genommen werden. Es gilt, Bewältigungsoptionen von lebensphasen- und lebensverlaufsspezifischen Erscheinungen in ihren geschlechtsspezifischen Ausprägungen zu entwickeln (European Union 2007, European Commission 2013). Die Gestaltung von Zeit im Lebenslauf stellt sich als eine herausragende Aufgabe einer sozialen und investiven Lebenslaufpolitik. Public Health als Wissenschaft und Praxis kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

9. Zusammenfassung und Ausblick

Ärztliche Leistungen und damit die Medizin prägen wesentlich die gesellschaftlichen Konzepte von „Gesundheit“ und „Krankheit“, ohne dass der damit überwiegend kurativ ausgerichtete Gesundheitsbegriff geeignet ist, die gesellschaftlichen Dimensionen von „Gesundheit“ zu erfassen. Erforderlich ist es, „Gesundheit“ als Humanvermögen zu entwickeln, also als individuelle und gesellschaftliche Kompetenz zur Entwicklung von Handlungspotenzialen zur Bewältigung der sich im Lebenslauf ändernden Anforderungen, die sich sowohl aus der individuellen Leiblichkeit als auch der gesellschaftlichen Umwelt ergeben. Gesundheit ist daher als privates und öffentliches Gut zu verstehen, welches im Sinne von Public Health durch eine sozialinvestive Politik als Ergänzung einer Sozialversicherungspolitik zu fördern ist. Eine solche sozialinvestive Politik bezieht sämtliche Teilbereiche gesellschaftlichen Handelns als „Health in all Policies“ ein. Die Medizin und die Biowissenschaften sind ein wesentlicher Bestandteil einer solchen Politik, da sie zusammen mit anderen für Public Health bedeutsamen Disziplinen zur Entwicklung bio-psycho-sozialer Modelle in der Lebensspanne beitragen können, um die lebenslaufspezifischen Handlungspotenziale zur Beteiligung an gesellschaftlichen Prozessen zu identifizieren und zu verbessern. Im Sinne von Public Health geht es dabei um den Einfluss der sozialen Ordnung der Gesellschaft auf die Gesundheit von Individuen. Da die soziale Ordnung in industrialisierten Gesellschaften durch marktwirtschaftlich dominierte Strukturen bestimmt wird, sind Kosten und Nutzen der für Gesundheitsleistungen verwendeten Ressourcen zu diskutieren und abzugrenzen gegenüber einer der Öffentlichkeit verpflichteten

sozialinvestiven Politik zur Sicherung von Gesundheit als individuelles und gesellschaftliches Vermögen. Dies kann die Medizin mit ihrer hohen Spezialisierung und den daraus resultierenden biotechnologischen Handlungspraktiken nicht leisten, sondern es ist die Aufgabe der multidisziplinären Gesundheitswissenschaften, diesbezügliche theoretische Modelle und praktische Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Die Entwicklung von Handlungskompetenzen von Individuen und gesellschaftlichen Gruppen zur Bewältigung der sich im Lebenslauf ändernden Anforderungen sichert Gesundheit als privates und öffentliches Gut und damit die „Gesundheit der Nationen“ als wesentlichem Bestandteil des „Reichtums der Nationen“. Dies ist die Aufgabe von Public Health und weist über die Medizin hinaus.

Public Health ist mehr als Medizin

Die Aussage „Gesundheit ist mehr als Medizin“ ist so nicht logisch, liegen doch die beiden Begriffe und die dahinter stehenden Sachverhalte auf unterschiedlichen Sinnebenen und lassen sich nicht vergleichen. Die Aussage soll eher provokant zum Nachdenken anregen und in Zweifel stellen, dass Medizin die Deutungshoheit und überwiegend die praktische Zuständigkeit für Gesundheit hat. Damit wird nicht bestritten, dass Medizin und Gesundheit durchaus in theoretischer wie auch praktischer Hinsicht in Verbindung gebracht werden können und dies nicht nur in einem historisch angelegten Rückblick (Labisch 1992, Brandt, Gardner 2000). Die obige Aussage ist also dahingehend zu präzisieren: „Public Health ist mehr als Medizin“. Denn Public Health zielt in seiner politisch gestalterischen Absicht auf ein breiteres Feld, ist in seiner theoretischen Konzeptualisierung ebenfalls expliziter auf Interdisziplinarität angelegt als Medizin. Public Health ist nicht auf die Heilung bzw. Betreuung von Kranken fokussiert und hat ein breites Spektrum von Interventionen zur Verfügung sowohl hinsichtlich des Individuums als auch von Populationen sowie zur Gestaltung der näheren und weiteren Umwelten. Innerhalb dieses Kontextes hat medizinische Expertise und ärztliche Kompetenz einen angemessenen, jedoch eingeschränkten Raum. Die Heterogenität von Public Health macht es so schwierig, bei Public Health in Analogie zu Medizin eine systemische Kontur, eine institutionelle Verortung sowie professionelle Beruflichkeit zu erkennen. Unter dem Aspekt von Professionalität gilt für die Medizin der spezifische Fallbezug auf den Patienten unter Anwendung wissenschaftlichen Wissens im ärztlichen Handlungsmuster. Die berufliche Tätigkeit im Feld von Public Health ist nicht durch Fallbezug charakterisiert sondern als eine expertliche Arbeit in Bürokratien, sowie technokratischen Institutionen und Forschungseinrichtungen zu bezeichnen. Kann die kurative Medizin und das patientenbezogene ärztliche Handeln sich auf einen biomedizinischen Wissenskanon und spezifische Handlungspraktiken beziehen, so liegen für den Public Health-Experten weder auf der Wissensebene noch für die Strukturierung seines beruflichen Handelns ein einheitlicher Kanon oder disziplinäre Handlungsprotokolle vor. Ein originäres Kompetenz- und Tätigkeitsprofil und die Generierung des dafür notwendigen Wissens kann für Public Health und seine Fachkräfte im Vergleich mit Medizin und der Profession Arzt nicht reklamiert werden. Ebenso fehlt es an einer alleinigen Zuständigkeit für bestimmte Problemlagen, an einer autonomen Berufsausübung und damit an Macht als notwendigem Merkmal professionellen Handelns (Cassier-Woidasky 2011).

Entwicklung von Public Health in Deutschland

Die These, dass Public Health dennoch mehr ist als Medizin, soll nachfolgend mit eher kursorischen Verweisen auf Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland zum komplexen Feld „Gesundheit“ bzw. „Public Health“ plausibel gemacht werden. Public Health hat in den letzten 20 Jahren in der Bundesrepublik nach der Pervertierung durch den Nationalsozialismus und den nachwirkenden Folgen wieder eine Aufwertung in der öffentlichen Wahrnehmung, Forschung und institutionellen Verankerung in Hochschulen gefunden (Schott, Hornberg 2011, Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. 2012), verblieb allerdings im Vergleich mit der Medizin weiterhin in Forschung und Lehre sowie in der praktischen Institutionalisierung wie auch der Einbindung durch Expertise in relevanten gesellschaftspolitischen Feldern unterentwickelt.

Wenn auch eine Etablierung von Public Health in Forschung und Lehre an den Hochschulen erst in den 1980er und 1990er Jahren stattfand, so gab es jedoch bereits ab etwa 1970 als Auswirkung der „1968er Bewegung“ eine zunehmende breitere Thematisierung von Gesundheit in sozialen Bewegungen zur Umwelt, zu Frieden, zur Antiatompolitik und zur Frauenemanzipation. In der Arbeiterbewegung bzw. in den Gewerkschaften wurden gesundheitsbezogene Forderungen in diesem Zeitraum ebenfalls verstärkt thematisiert. Die Anknüpfung an die Entwicklungen der Kaiserzeit und der Weimarer Republik speisten sich dabei aus mehreren Quellen. Zu nennen ist die kritische Auseinandersetzung mit Medizin im Nationalsozialismus und die Reformbestrebungen zur Psychiatrie (Forsbach 2011, Argumente für eine Soziale Medizin (III)1972). Einen breiteren öffentlichen Ausdruck fand die vielfältige „Gesundheitsbewegung“ auf dem ersten Gesundheitstag 1980 in Westberlin mit etwa 15.000 Teilnehmern als Gegenveranstaltung zum 83. Deutschen Ärztetag (Burkhart 1980).

Auf der politischen Ebene wurden mit implizitem Verständnis von Public Health Gesetze zum Arbeits-, Umwelt- und Verbraucher-/Konsumentenschutz verabschiedet. Für den Arbeitsschutz sei beispielhaft das Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 genannt. Mit diesem Gesetz erhielten Betriebsärzte und Sicherheitsingenieure eine Public Health – Legitimation für die gesundheitsgerechte Gestaltung von Erwerbsarbeit. Mit der Umsetzung der EU-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz von 1989 in deutsches Recht im Jahre 1996 wurde diese Rechtsverpflichtung weiter ausgebaut (Pieper 2010, Larisch 2009). Für den Umweltschutz sei beispielhaft das Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung angesprochen (Kloepfer 2011).

Dem Public Health- Gedanken war, wenn auch so explizit damals nicht benannt, das 1974 von der sozialliberalen Bundesregierung in Gang gesetzte „Forschungsprogramm zu Humanisierung des Arbeitslebens“ verpflichtet (Bieneck 2009). Hier knüpften die gewerkschaftlichen Initiativen zu „Gute Arbeit“ an (Schröder, Urban 2009). Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) betreibt und finanziert Forschung für Arbeit und Gesundheit und bietet umfassende Informationen zu diesem Thema. Die Bundesanstalt ist somit wie die verschiedenen dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellten Institute als eine Public Health- Einrichtung anzusehen. Für die Entwicklung von Public Health waren Forschungsförderprogramme der Bundesregierung bedeutsam und ebenso Initiativen in Hochschulen zum Aufbau von Forschungs- und Lehreinheiten (Räbiger 2011, Milles 2007, Schnabel, Wolters 2011, Berlin School of Public Health). Der Deutsche

Bundestag richtete 1990 ein „Büro für Technikfolgenabschätzung“ ein und hat seitdem, ohne explizit dies zu vertreten, sich mit relevanten Themen zu Public Health geäußert so u.a zu „Grundwasserschutz und Wasserversorgung“- besondere Problemsituation in den neuen Bundesländern (TAB- Brief, Nr.1/91), „Biologische Sicherheit bei der Nutzung der Gentechnik“ (Tab – Brief;Nr.2/91), „Stand der Technikfolgen- Abschätzung im Bereich der Medizintechnik“ (TAB Arbeitsbericht Nr.39 1996) „Umwelt und Gesundheit“ (TAB Brief Nr. 12, Juni 1997), „Medizintechnische Innovationen – Herausforderungen für Forschungs-, Gesundheits- und Wirtschaftspolitik“ (TAB Arbeitsbericht Nr.134 2009) und „Herausforderungen einer nachhaltigen Wasserwirtschaft“ (TAB Arbeitsbericht 2013 Nr. 158 2013). Bereits 1988 hatte die Enquetekommission des Deutschen Bundestages einen Bericht zu „Chancen und Risiken der Gentechnologie“(Catenhusen, Neumeister 1988) vorgelegt.

Statistische Daten, Forschungsansätze und Ausbildung

Innerhalb der Entwicklungsgeschichte von Public Health hat die Konzipierung und Veröffentlichung von Bevölkerungs- und Medizinalstatistik eine Rolle gespielt. Die Sozialversicherungsdaten der Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungen wurden recht früh nach Einrichtung der Versicherungen genutzt (Müller 1984). An diese Tradition der Gesundheitsberichterstattung wurde Anfang der achtziger Jahre mit finanzieller Unterstützung der Bundesregierung angeknüpft. So kam es zu einer engen Zusammenarbeit mit der Gesundheitswissenschaft und vor allem einigen Gesetzlichen Krankenversicherungen (Müller 1980, Georg, Stuppardt, Zoike 1982, Schröder, Borgers 1983). Zu diesem Thema wurde 1997 ein „Memorandum zur Analyse und Nutzung von Gesundheits-und Sozialdaten“ veröffentlicht (v.Ferber, Behrens 1997). Zwar können gemäß § 303 GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder diese Daten nutzen, doch bislang geschieht dies unzulänglich. Nur einige Kassen sind hier seit Jahren in enger Kooperation mit gesundheitswissenschaftlichen Instituten und legen wissenschaftliche Analysen auf der Basis der Routinedaten zu vielfältigen Problembereichen des Gesundheitswesens vor (Müller, Braun 2006). Zur Arzneimittelversorgung wird seit vier Jahren jährlich ein Barmer GEK Arzneimittelreport publiziert (Glaeske, Schicktanz 2013). Die Mehrheit der Kassen wertet ihre Daten allerdings nur für strategische Politiken und nicht für die Öffentlichkeit aus (Glaeske 2006). Zu verweisen ist ebenso auf den Pflegereport der Barmer GEK Krankenkasse (Rothgang, Müller, Unger 2013).

Innerhalb der Deutschen Forschungsgemeinschaft kam es 1991 zu einer Arbeitsgruppe, die mit einer „Public-Health-Fokussierung“ eine Denkschrift zur Gesundheitssystemforschung mit einer breiten interdisziplinären Ausrichtung vorlegte (Schwartz, Badura, Blanke, Henke, Koch, Müller 1995). Es wurden die Einflussfaktoren, Wirkzusammenhänge und Rahmenbedingen wie Demographie, Ökonomie, Politik, Wertewandel, wissenschaftlicher Fortschritt angesprochen. Aktuelle Themenbereiche und exemplarische Forschungsfelder wurden skizziert sowie disziplinäre Bedingungen der Klinischen Medizin, Sozialmedizin, Epidemiologie, Arbeitsmedizin/Arbeitswissenschaft, Ökonomie, Politik- und Verwaltungswissenschaft, Soziologie, Psychologie und Pädagogik beschrieben. Die

institutionellen Bedingungen von Gesundheitssystemforschung wurden dargestellt und Empfehlungen zur Förderung ausgesprochen. Im Kontext dieser Initiative entstand die Publikation „Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung“ (Schwartz, Badura, Brecht, Hofmann, Jöckel, Trojan 1991).

Während in den USA neben den Medical Schools sich auch Public Health Schools schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Ausbildungsstätten für Public Health Fachkräfte etablieren konnten (Brandt, Gardner 2000), gelang dies in Deutschland erst in den 1980er Jahren. Allerdings verständigten sich diese Lehreinrichtungen in den USA nicht wie die Medizin auf ein einheitliches Paradigma. Es zeigte sich eine interdisziplinär heterogene Ausrichtung von Technik über Sozialwissenschaft, Statistik bis zu Medizin und hier überwiegend als Hygiene. Ausgebildet wurden Fachkräfte für bürokratische, administrative Prozesse in staatlicher Regie. Die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie, die Vorgängereinrichtung der heutigen Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf 1920 gegründet, kann nur sehr begrenzt als eine Forschungs- und Lehreinrichtung für den Komplex Public Health angesehen werden (Milles, Schmacke 1999). Selbstverständlich wäre auch zu fragen, welche Entwicklungen das Verhältnis von Public Health und Medizin in der DDR erfahren hat.

Für eine systematische Bilanz des Verhältnisses von Public Health und Medizin und einer darauf aufbauenden Konzipierung von Public Health sind die angesprochenen Überlegungen von Kaufmann zu einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Interventionen und zur Kategorie Humanvermögen äußerst hilfreich und wegführend. Labisch hat ebenso richtungsweisende Überlegungen zu „Ideale Typen individueller Gesundheit“ und „Ideale Typen öffentlicher Gesundheit“ mit dem doppelten Blick auf Public Health und Medizin angestellt (1992). Eine Konzipierung von Public Health für den deutschen bzw. europäischen Kontext hat sich der Pfadabhängigkeit der Public Health Traditionslinien in den einzelnen Staaten, unter Beachtung der Pervertierung in der Nazi-Zeit, im Rahmen der Sozialstaatsentwicklungen auseinander zu setzen, denn Public Health ist in den einzelnen Staaten von diesen Rahmenbedingungen entscheidend geprägt. Die Bemühungen um die Ausbildung eines „Europäischen Sozialmodells“ mit einer expliziten Integration von Public Health in dieses System hat sich der unterschiedlichen Entwicklungspfade zu vergewissern und wie es die Geschichte in den einzelnen Staaten mehr oder weniger gezeigt hat, sich gegen die negativen Wirkungen einer marktliberalen Wirtschaftspolitik zu stellen (Leibfried 2006, Stuchlik, Kellermann 2008).

10. Literatur

- Allmer, H. 1996: Erholung und Gesundheit, Göttingen
Argumente für eine soziale Medizin (III) 1972, Heft1/2 , 14. Jahrgang
- Baer, S. 2008: Juristische Biopolitik: Das Wissensproblem im Recht am Beispiel des demographischen Wandels, in: Cottier, M., Estermann, J., Wrase, M. (Hg.): Wie wirkt Recht? Baden-Baden, S.181-201
- Bechtold, D.A./Gibbs, J.E./Loudon, A.S. 2010: Circadian dysfunction in disease. In: Trends Pharmac. Sci. Vol. 31(5). S. 191-198
- Berlin School of Public Health: Chronik der BSPH (http://bsph.charite.de/ueber_uns/chronik; Zugriff: 21.6.2014)

- Bieneck, H. 2009: Humanisierung des Arbeitslebens- Ein sozial- und forschungspolitisches Lehrstück, München
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hg.) 2002: Systeme des Lebens. Systembiologie
- Brand, A., Dabrock, P., Paul, N., Schröder, P. 2004: Gesundheitssicherung im Zeitalter der Genomforschung. Diskussion, Aktivitäten und Institutionalisierung von Public Health Genetics in Deutschland, Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung (<http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/02677.pdf> ; Zugriff: 12.6.2014)
- Brand, A., Schröder, P., Brand, H., Zimmern, R. 2006: Getting Ready for the Future: Integration of Genomics into Public Health Research, Policy and Practise in Europe and Globally, in: Community Genet, 9, p.67-71
- Brandt, A., M., Gardner, M. 2000: Antagonism and Accomodation: Interpreting the Relationship Between Public Health and Medicine in the United States During the 20th Century, in: American Journal of Public Health, Vol. 90, No. 5, p.707-715
- Brandtstädter, J., Lindenberger U. (Hg.) 2007: Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Stuttgart
- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hg.) 1994: Familie und Familienpolitik im geeinten Deutschland. Zukunft des Humanvermögens, Bonn
- Burkhart, Ch.(Hg.) 1980: Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, Berlin (West)
- Busemeyer M.R. u.a. 2013: Wohlfahrtspolitik im 21. Jahrhundert. Neue Wege der Forschung, Frankfurt, New York
- Cassier- Woidasky, A.-K. 2011: Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht, in : Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47, Hamburg, S. 163- 184
- Catenhusen, W.-M., Neumeister, H.(Hg.) 1988: Chancen und Risiken der Gentechnologie, Frankfurt/M, New York
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.: Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland - Forschung und Lehre, verabschiedet am 13.9.2012 (http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DGPH_-_Public_Health_in_Deutschland.pdf; Zugriff: 12.6.2014)
- Dickel, S., Franzen, M., Kehl, Ch.(Hg.) 2011: Herausforderungen der Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis, Bielefeld
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (<http://www.dimdi.de/static/de/hta/index.htm>)
- Eckart, W. 2013: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.7, völlig neu bearbeitete Aufl., Berlin, Heidelberg
- Engelhardt, W.W. 1991: Einleitung in eine "Entwicklungstheorie" der Sozialpolitik und Lebenslage - Analysen als Grundlagen der Sozialpolitik und Sozialpolitiklehre. In: Thiemeyer, T. (Hrsg.): Theoretische Grundlagen der Sozialpolitik II, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Bd. 205, Berlin, S. 9-122
- Engfer, R., Grunow, D. 1987: Nichtorganisierte Gesundheitsselbsthilfe im Lebenslauf, in: Kaufmann, F.- X. (Hg.): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe, München, S. 119-142
- Esping-Andersen, G. 1990: The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge, Princeton
- European Commission 2013: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020. (Commission Staff Working Document SWD (2013) 44 final) (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9772&langId=en>; Zugriff: 12.6.2014)
- European Union 2007: Second programme of Community action in the field of health (2008- 2013). Decision No. 1350/2007/EC, Official Journal of the European Union L 301/3 (20.11.2007) (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32007D1350&from=EN>; Zugriff: 12.6.2014)

- Eurostat 2013: Healthy life years statistics
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics
 (Zugriff: 3.12.2013)
- Ferber, v. C. 1991: Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Forschungsverbund "Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe", in : Schwartz, F.W., Badura, B., Brecht, J.G., Hofmann, W., Jöckel, K.-H., Trojan, A. (Hg.): Public health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung, Berlin u.a. 449- 454
- Ferber, v., L., Behrens, J. (Hg.) 1997: Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten- Stand und Perspektiven- Memorandum zur Analyse und Nutzung von Gesundheits- und Sozialdaten, Sankt Augustin
- Forsbach, R. 2011: Die 68er und die Medizin. Gesundheitspolitik und Patientenverhalten in der Bundesrepublik Deutschland (1960-2010), Göttingen
- Franke, R., Hart, D. 2006: HTA in den Entscheidungsprozessen des IQWiG und G-BA. Bestandsaufnahme und aktuelle Fragen der gesundheitsrechtlichen Regulierung, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49, S.241-250
- Ganten, D., Spahl, Th., Deichmann, Th. 2012: Die Steinzeit steckt uns in den Knochen. Gesundheit als Erbe der Evolution, 5. Auflage, München
- Georg, A., Stuppardt, R., Zoike, E. 1982: Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen, Essen (BKK-Eigendruck)
- Geyer, Ch. (Hg.) 2001: Biopolitik. Die Positionen, Frankfurt a. M.
- Gilbert, N. 2004: Transformation of the welfare state: The silent surrender of public responsibility, Oxford
- Glaeske, G. 2006: Arzneimitteldaten: Ein Thema für die Gesundheitsberichterstattung, in: Müller, R., Braun, B. a.a.O. S. 23-31
- Glaeske, G., Schickanz, C. (Hg.) 2013: Barmer GEK Arzneimittelreport 2013, Siegburg
- Häberle, P. 2002: Öffentliches Interesse revisited, in: Winter, a.a.O., S.157-178
- Habermas, J. 1969: Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft, Neuwied, Berlin
- Henke, K.-D., Reimers, L. 2006: Zum Einfluss von Demographie und medizin-technischen Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, Berlin
 (<https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/36443/1/513725393.pdf>; Zugriff: 17.5.2014)
- Hildebrandt, G., Moser, M., Lehofer, M. 1998: Chronobiologie und Chronomedizin, Stuttgart
- Hornberg, C., Pauli, A. 2011: Stellenwert und Aufgabenfelder von „Umwelt und Gesundheit“ in Public Health, in: Schott, Th., Hornberg, C. (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, Wiesbaden, S. 191- 217
- Kauffmann, C., Sigwart, H.-J. (Hg.) 2011: Biopolitik im liberalen Staat, Baden-Baden
- Kaufmann, F.-X. 1982: Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Interventionen, in: F.-X. Kaufmann (Hrsg.), Staatliche Sozialpolitik und Familie, München, Wien, S.49-86
- Kaufmann F.-X. 2009: Humanvermögen: Eine neue Kategorie der Sozialstaatstheorie, in: Obinger H., Rieger E. (Hg.) 2009: Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien, Frankfurt, New York, S. 95-117
- Kegel, B. 2012: Epigenetik. Wie Erfahrungen vererbt werden, 5. Auflage, Köln
- Klammer, U., 2010: Flexibilität und Sicherheit im individuellen (Erwerbs-) Lebenslauf- Zentrale Ergebnisse und politische Empfehlungen aus der Lebenslaufforschung der European Foundation, in: Naegele, a.a.O., S. 675- 710
- Kloepfer, M. 2011: Umweltschutzrecht, München
- Kollek, R., Lemke, Th. 2008: Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests, Frankfurt, New York

- Labisch, A. 1987: Problemsicht, Problemdefinition und Problemlösungsmuster der Gesundheitssicherung durch Staat, Kommunen und primäre Gemeinschaften, in: Kaufmann, F.-X.: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe, München S.91- 118
- Labisch A. 1992 : Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a. M., New York
- Labisch, A., Woelk, W. 2012: Geschichte der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, K., Razum, O.(Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5. Auflage, Weinheim, Basel, S. 55-98
- Leibfried, St. 2006: Europäische Sozialpolitik – Richtern und Märkten überlassen? WSI-Mitteilungen, 10, S. 523-531
- Larisch, J. 2009: Arbeitsschutz und ökonomische Rationalität, Berlin
- Lemke, Th. 2007: Biopolitik zur Einführung, Hamburg
- Lessenich St. 2008: Die Neuerfindung des Sozialen, Bielefeld
- Marquand, D. I. 2004: Decline of the Public, Cambridge
- Miller, G. E., Chen, E., and Parker, K. J. 2011: Psychological Stress in Childhood and Susceptibility to the Chronic Diseases of Aging: Moving Towards a Model of Behavioral and Biological Mechanisms, in: Psychol Bull. 137(6): 959–997. (doi: 10.1037/a0024768)
- Milles, D., Schmacke, N.(Hg.)1999 : Ludwig Teleky und die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie, Düsseldorf
- Milles, D. 2007: Durchwachsen. Zum Aufbau der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen, in: Helmert, U., Braun, B., Milles, D., Rothgang, H.(Hg.) : Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin, Bremerhaven, S. 9-39
- Milles, D., Kerkhoff, A. 2010: Gesellschaft und Gesundheit: historische Texte zu Konzeptionen und Entwicklungen der modernen Public Health, Bremerhaven
- Milles, D., Müller, R. (Hg.) 1985: Berufsarbeit und Krankheit. Gewerbehygienische, historische, juristische und sozialepidemiologische Studien zu einem verdrängten sozialen Problem zwischen Arbeitnehmerschutz und Sozialversicherung, Frankfurt a.M.
- Mückenberger, U. 2012: Lebensqualität durch Zeitpolitik, Berlin
- Müller, R. 1980: AU-Meldungen. Häufigkeit, Dauer und Diagnosen der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen einer Ortskrankenkasse nach Berufen und Wirtschaftszweigen, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 13-14, S. 465-470
- Müller, R. 1984: Die Verhinderung einer Gewerbemedizinalstatistik in Deutschland. Zur Geschichte der Berichterstattung über die industrielle Pathologie, in: Müller, R., Milles, D.: Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, S. 50- 82
- Müller, R. 2002: Gesundheitspolitik, in: Kolip, P.: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung, Weinheim, München S.149-172
- Müller, R. 2009: Zur Sicherung von Gesundheit als individuelles, öffentliches und betriebliches produktives Potenzial, in: Obinger, H., Rieger, E. (Hg.): Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien. Herausforderungen, Reformen und Perspektiven, S. 119-136
- Müller, R., Braun, B. (Hg.) 2006: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV- Daten, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 51, Gmünder Ersatzkasse, St. Augustin
- Naegele, G.(Hg.) 2010: Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden
- Nesse, R. M., Williams, G. C. 1997: Warum wir krank werden. Die Antworten der Evolutionsmedizin, München
- Nöthen, M. 2011: Hohe Kosten im Gesundheitswesen: eine Frage des Alters? In: Wirtschaft und Statistik, Juli 2011, S.665-675
- Nullmeier, F., Köppe, St., Friedrich, J. 2009: Legitimation der Sozialpolitik, in: Obinger, H., Rieger, E. (Hg.): Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien, Frankfurt, New York, 2009, S.151-189
- OECD 2013: Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (Zugriff: 3.12.2013)

- OECD 2013a: OECD-Gesundheitsdaten 2013. Deutschland im Vergleich.
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-DEUTSCHLAND-2013-in-German.pdf> (Zugriff: 3.12.2013)
- Peters, B. 2007: Der Sinn der Öffentlichkeit, Frankfurt
- Pieper, R. 2010 : Arbeitsschutzrecht, Frankfurt am Main
- Räbiger, J. 2011: Das Public-Health-Förderprogramm der Bundesregierung und was es bewirkt hat, in:
 Schott, Hornberg a.a.O. S.127-141
- Rinken, A. 2002: Geschichte und heutige Valenzen des Öffentlichen, in: Winter, a.a.O., S. 7- 74
- Roenneberg, T. 2010: Wie wir ticken: Die Bedeutung der Chronobiologie für unser Leben, Köln
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. 2013 : Barmer GEK Pflegereport 2013, herausgegeben von Barmer GEK, Siegburg
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I, Bundestags-Drs. 15/5660 (21.3.2001)
 (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/056/1405660.pdf>; Zugriff: 27.11.2013)
- Schnabel, P.-E., Wolters, P.2011: 16 Jahre Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, in: Schott,Th., Hornberg, C. a.a.O. S. 105-126
- Schneider, W., Lindenberger, U.(Hg.) 2012: Entwicklungspsychologie, 7. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel
- Schott, Th., Hornberg, C.(Hg.) 2011: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden
- Schräder, W.F., Borgers, D. 1983: Qualität, Rationalität, Effektivität- Forschung in der ambulanten Medizin mit Dokumenten der GKV, in: Argument –Sonderband 102, Hamburg, S.62-73
- Schreiber, H.-L., Tadaki, M., Rosenau, H.(Hg.) 2007: Globalisierung der Biopolitik, des Biorechts und der Bioethik? Frankfurt a. M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien
- Schröder, P. 2007: Public- Health- Ethik in Abgrenzung zur Medizinethik, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, S.1-9
- Schröder, L., Urban, H.-J. (Hg.) 2009 : Gute Arbeit: Handbuch für Betriebe, Politik und Gewerkschaften, Frankfurt a. M.
- Schroer, M. (Hg.) 2005: Soziologie des Körpers, Frankfurt a. M.
- Schwartz, F.W., Badura, B., Brecht, J.G., Hofmann, W., Jöckel, K.-H., Trojan, A.(Hg.) 1991: Public health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung, Berlin u.a.O.
- Schwartz, F. W., Badura, B., Blanke, B., Henke, K.-D., Koch, U., Müller, R. (Hg.) 1995: Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Weinheim
- Schwenk, O., G. 1996: Lebensstil zwischen Sozialstrukturanalyse und Kulturwissenschaft, Opladen
- Seeleib-Kaiser, M. 2009: Wohlfahrtsstaatstransformationen in vergleichender Perspektive: Grenzverschiebungen zwischen 'Öffentlich' und 'Privat', in: Obinger, Rieger a.a.O., S. 241-274
- Statistisches Bundesamt 2014: Gesundheit. Ausgaben. Fachserie 7.1.1. 2012. Wiesbaden.
- Stillfried, D. v. 1996: Gesundheitssystem im Wandel: Das Dilemma zwischen Bedarfskonzept und Eigenverantwortung: Medizinische Grundversorgung als Reformperspektive? Bayreuth
- Stuchlik, A., Kellermann, Ch. 2008: Europa auf dem Weg zur Sozialen Union? Die Sozialagenda der EU im Kontext europäischer Sozialstaatlichkeit, Friedrich- Ebert-Stiftung, Internationale Politikanalyse, Berlin
- TAB Arbeitsbericht, Nr.39, 1996 (<http://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab039.pdf>; Zugriff: 23.6.2014)
- TAB Arbeitsbericht, Nr. 134, 2009 (<http://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab134.pdf>; Zugriff: 23.6.2014)

- TAB Arbeitsbericht, Nr. 158, 2013 (<http://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab158.pdf>; Zugriff: 23.6.2014)
- TAB-Brief, Nr.1/91 (<http://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/tab-brief/TAB-Brief-01.pdf>; Zugriff: 23.6.2014)
- TAB- Brief, Nr.2/91 (<http://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/tab-brief/TAB-Brief-02.pdf>; Zugriff: 23.6.2014)
- TAB- Brief, Nr.12, Juni 1997 (<http://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/tab-brief/TAB-Brief-012.pdf>; Zugriff: 23.6.2014)
- Vogd, W.2002: Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Zur Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionellen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 31, Heft 4, S. 294-315
- Wiechert, W. 2004: Systembiologie: eine interdisziplinäre Herausforderung, Paderborn
- Winter, G. (Hg.) 2002: Das Öffentliche heute. Kolloquium zu Ehren von Alfred Rinke, Baden Baden
- Zacher, H.F. 2000: Der deutsche Sozialstaat am Ende des Jahrhunderts, in: Leibfried, St., Waagschal, U. (Hg.): Der deutsche Sozialstaat – Bilanzen, Reformen, Perspektiven, Frankfurt a.M./New York, S. 53-90