

Gesundheits- als Gesellschaftspolitik

von Stefan Huster¹

ABSTRACT

Das Bemühen um die Gesundheit der Bevölkerung und eine gerechtere Verteilung von Gesundheit konzentriert sich häufig auf die Ausgestaltung des Versorgungssystems. Dabei wird nicht hinreichend berücksichtigt, dass für Gesundheit und ihre soziale Verteilung auch andere Faktoren von maßgeblicher Bedeutung sind. Will man auch diese wirkmächtigen Gesundheitsdeterminanten beeinflussen, muss sich Gesundheitspolitik zur Gesellschaftspolitik erweitern. Sie kann dann aber im Kampf um die knappen Ressourcen auch in ein Konkurrenzverhältnis zum Versorgungssystem geraten.

Schlüsselwörter: Gesundheitspolitik, Public Health, Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitsungleichheiten, Gesellschaftspolitik

The concern for public health and a more equitable distribution of health is often focused on the design of the health care system. Yet it is not sufficiently considered that there are other factors which are crucial for health and social distribution. In order to influence these powerful determinants of health, health policy must extend towards social policy. However, in the struggle for scarce resources, the result might be a competition between health policy and health care system.

Keywords: health policy, public health, health determinants, health disparities, social policy

1 Die Vielzahl der Einflussfaktoren für Gesundheit und Gesundheitsverteilung

In der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland wird viel Wert darauf gelegt, dass für alle Bürger eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau zur Verfügung steht. Dies ist mehr als verständlich: Gesundheit ist ein besonders wichtiges Gut, das nicht nur in sich wertvoll ist, sondern auch die Voraussetzung für viele andere Lebensvollzüge darstellt (Daniels 1985, 36). Dass insbesondere weithin Einigkeit darüber besteht, dass eine soziale Spaltung der Versorgungsqualität („Zwei-Klassen-Medizin“) vermieden werden sollte, ist eine politisch-kulturelle Errungenschaft, die wir nicht leichter Hand aufgeben sollten.

Allerdings darf dabei nicht übersehen werden, dass die Gesundheit der Bevölkerung und die soziale Verteilung von Gesundheit nur sehr begrenzt vom System der medizinischen

Versorgung abhängen. So hat der Sachverständigenrat den Anteil des Gesundheitssystems an der Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse auf lediglich 10 bis 30 Prozent bei Männern und 20 bis 40 Prozent bei Frauen geschätzt (SVR 2002). Bestätigt wird diese Ansicht durch eine vergleichende Betrachtung: Während die durchschnittliche Lebenserwartung mit dem wachsenden Wohlstand einer Gesellschaft und der dadurch ermöglichten besseren medizinischen Versorgung zunächst rasant zunimmt, flacht sich diese Kurve ab einem gewissen Niveau – bei etwa 5.000 Dollar Bruttosozialprodukt pro Kopf – ebenso rapide ab (Abbildung 1). In Staaten, die oberhalb dieses Schwellenwerts liegen und in denen nicht mehr die Infektionskrankheiten, sondern nicht übertragbare Krankheiten die Haupttodesursachen bilden, zeigt sich ein recht uneinheitliches Bild: Die durchschnittliche Lebenserwartung steht weder mit der Höhe des Bruttosozialprodukts noch mit der Höhe der Gesundheitsausgaben in einer Beziehung. Hinzu kommt, dass auch in Staaten, in denen – wie in Deutschland – die gesamte Bevölkerung Zugang zu einem

¹Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie, Juristische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum · Universitätsstraße 150 · 44780 Bochum · Telefon: 0234 3222239 · Telefax: 0234 3214271 · E-Mail: stefan.huster@rub.de

leistungsfähigen Versorgungssystem hat, die Verteilung von Gesundheit in sozialer Hinsicht erstaunlich ausdifferenziert ist: So gelangt etwa die Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zu dem Ergebnis, dass auch in Deutschland deutliche Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit bestehen (Lampert et al. 2005). Männer im obersten Einkommensfünftel leben durchschnittlich zehn Jahre länger als Männer im untersten Fünftel; bei Frauen beträgt dieser Unterschied acht Jahre (Abbildung 2). Vergleicht man die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre, sind die Unterschiede mit 14 und zehn Jahren noch größer. Auch wenn manche Daten und Zusammenhänge umstritten geblieben sind, wird für Deutschland die Existenz eines ausgeprägten sozialen Gesundheitsgradienten nicht mehr grundsätzlich geleugnet.

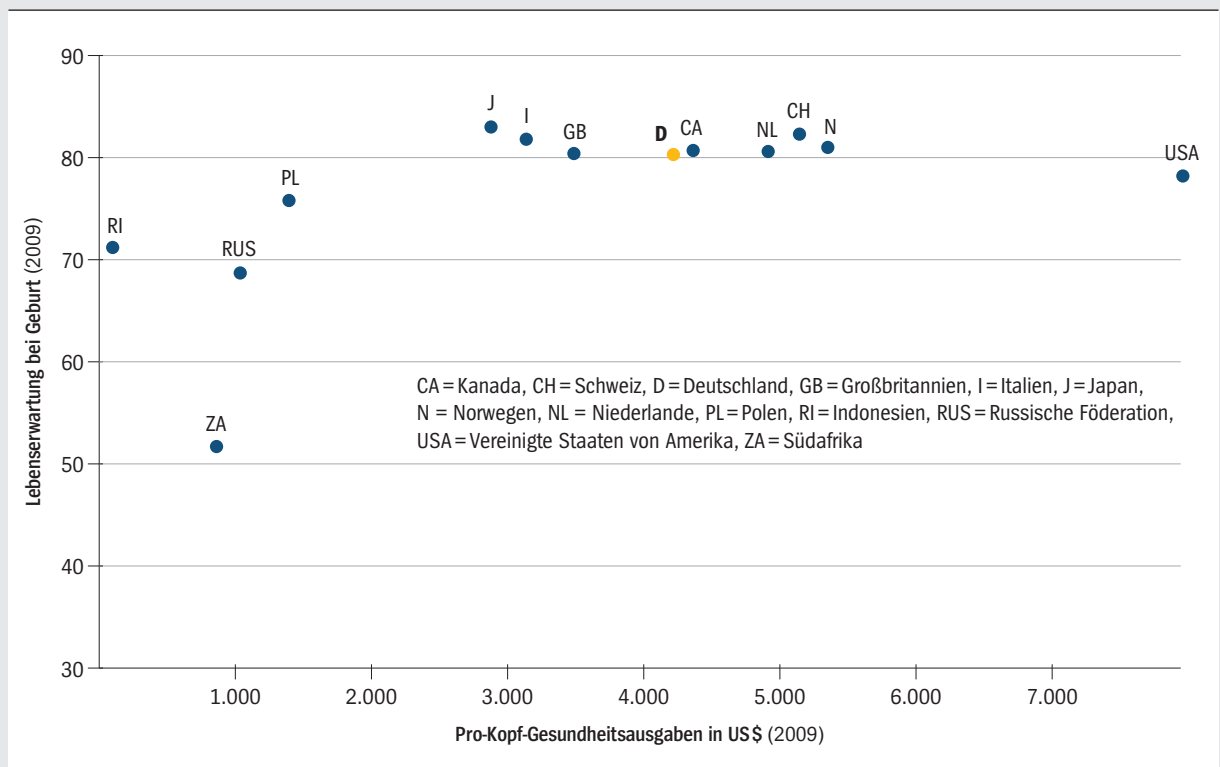
Aus epidemiologischer Sicht ist es nicht entscheidend, wie gut eine Krankheit behandelt wird, sondern dass sie möglichst selten und spät auftritt. Für die Gesundheit der Bevölkerung und die Gesundheitsverteilung ist also die Prävention – im weitesten Sinne – viel wichtiger als die kurative medizini-

sche Behandlung. Ob und in welchem Umfang Krankheiten auftreten, ist aber eben von anderen, im weitesten Sinne sozialen Faktoren abhängig. Dabei lassen sich unterschiedliche gesundheitsrelevante Faktoren unterscheiden:

- (1) Die Qualität und Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung ist der offensichtlichste Einflussfaktor, der aber – bei allen Schwierigkeiten einer Quantifizierung der verschiedenen Determinanten – offenbar nicht mehr so stark ins Gewicht fällt, sobald ein gewisses Versorgungsniveau erreicht ist.
- (2) Zu berücksichtigen ist sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene die genetische Disposition, die auf vielerlei Weise mit den anderen Einflussfaktoren interagiert.
- (3) Zu den gesundheitsrelevanten Faktoren gehören auch die Umweltbedingungen sowohl im Wohnumfeld als auch am Arbeitsplatz.
- (4) Von maßgeblicher Bedeutung für den Gesundheitszustand ist ferner die Lebensführung: Tabakkonsum, Umgang mit Alkohol, Ernährungsweise, Sexualverhalten und Bereitschaft zu regelmäßiger körperlicher Bewegung.

ABBILDUNG 1

Lebenserwartung und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben: Ländervergleich



(5) Am schwierigsten ist es, für den Einfluss originär sozialer Faktoren die Kausalverhältnisse zu bestimmen; klar ist jedoch, dass es Korrelationen zwischen Gesundheitszustand und bestimmten gesellschaftlichen Strukturen gibt. Dies betrifft nicht nur die Einkommenssituation, die es etwa nicht erlaubt, zusätzliche Gesundheitsleistungen einzukaufen oder sich gesünder zu ernähren. Auch andere, eher „weiche“ Faktoren wie das Ausmaß der Selbstbestimmung am Arbeitsplatz, die Erfahrung von Arbeitslosigkeit, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung sowie die Einbindung in ein soziales Netzwerk scheinen für den Gesundheitszustand wichtig zu sein. So sind psychosoziale Faktoren wie Stress für das Herzinfarktisiko fast genauso bedeutsam wie das Rauchen (Yusuf et al. 2004, 937; Rosengren et al. 2004, 953).

Unabhängig davon, ob man den Sozialstatus anhand von Einkommen, Bildung oder beruflicher Stellung bestimmt, lässt sich nachweisen, dass die gesundheitsrelevanten Faktoren zu einem erheblichen Teil schichtenspezifisch ausgeprägt sind: Angehörige der unteren sozialen Schichten sind häufiger einer gesundheitsbelastenden Arbeitsumgebung ausgesetzt und leiden auch in ihrem Wohnumfeld häufiger unter Lärm und Luftverschmutzung; sie ernähren sich ungesünder, neigen stärker zu Nikotinkonsum und vernachlässigen die körperliche Bewegung; schließlich leiden sie sowohl in ihrem Privat- und Arbeitsleben als auch in der Öffentlichkeit an geringen Selbstbestimmungs- und Partizipationsmöglichkeiten. Dass für sie auch kulturelle und finanzielle Barrieren für den Zugang zu (zusätzlichen) Leistungen der medizinischen Versorgung existieren könnten, dürfte dabei – zumindest in Deutschland – noch eines der geringsten Probleme sein.

2 Gesundheitsförderung und -gerechtigkeit als sozialstaatliche Aufgaben

Aus der Einsicht in die Vielzahl von Gesundheitsdeterminanten ergeben sich zwei Konsequenzen:

- Zum einen ist es nicht zielführend, Gesundheitspolitik als ein isoliertes Politikfeld zu verstehen, auf dem es nur um das Versorgungssystem geht. Diese explizite Gesundheitspolitik könnte für den Gesundheitszustand der Bevölkerung, aber auch für die soziale Verteilung der Gesundheit viel weniger bedeutsam sein als eine implizite Gesundheitspolitik, die sich in anderen Politikbereichen um die sozialen Gesundheitsdeterminanten kümmert: Die Vorstellung, soziale Gesundheitsungleichheiten könnten medizinisch „wegbehandelt“ werden, ist unreal. Eine rationale Gesundheitspolitik müsste daher integrativ und holistisch angelegt sein und – wie die Europäische Union das nennt – „health in all policies“ berücksichtigen (Kickbusch 2006).

Abwegig erscheint es vor diesem Hintergrund auch, ausschließlich oder auch nur vorrangig auf das Gesundheitsministerium und die Krankenkassen als verantwortliche Akteure zu zeigen; sie sind für eine allgemeine Gesundheitspolitik, auf die es hier ankommt, nicht zuständig. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der berühmt-berüchtigte weite Gesundheitsbegriff in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein (als) das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ definiert, im Kontext dieses umfassenden Verständnisses von Gesundheit und ihren Determinanten steht (Kickbusch 1999, 275). Betont werden soll ja gerade, dass Gesundheit primär von sozialen Faktoren und nicht nur von der medizinischen Versorgung abhängt. Nun mag man trotzdem der Ansicht sein, diese Definition leide darunter, dass sie – beim Wort genommen – nahezu jedes soziale Problem als eines der Gesundheit und der Gesundheitspolitik auffassen müsse. Unfair ist es aber, sie mit Hinweis auf ihre absurden Konsequenzen für das System der medizinischen Versorgung zu kritisieren, will sie doch gerade diesen Zusammenhang überschreiten.

- Zum anderen ergeben sich aus dem Umstand, dass die sozialstrukturellen Verhältnisse Auswirkungen auf die Gesundheit haben, erweiterte Handlungsmöglichkeiten für den Sozialstaat. Wenn man weiß, wie wichtig Bildung für die Gesundheit ist und dass Arbeitslosigkeit krank macht, erscheint die Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik in einem anderen Licht. Die gesundheitlichen Auswirkungen einer als ungerecht empfundenen Bezahlung von Arbeit auf die Gesundheit lassen sich experimentell und statistisch nachweisen (Falk et al. 2011) – sollte diese Einsicht in gesundheitsschädliche „Gratifikationskrisen“ bei der Diskussion über Mindestlöhne und Arbeitsbedingungen nicht eine Rolle spielen?

Die sozialepidemiologischen Erkenntnisse unterfüttern die Auffassung des „common sense“, gravierende soziale Ungleichheiten seien dem Gesundheitszustand – von einer ausgeglichenen Gesundheitsverteilung einmal ganz zu schweigen – nicht zuträglich. Auch wenn wir die exakten Zusammenhänge zwischen Sozialstruktur und Gesundheit nicht immer ganz genau kennen, ist dies kein grundsätzliches Hindernis: Politik ist meistens Handeln unter Unsicherheit; dies erkennt auch das Bundesverfassungsgericht an, wenn es dem Gesetzgeber für den Schutz hochrangiger Rechtsgüter, zu denen Leben und Gesundheit ja gewiss gehören, einen Einschätzungs- und Prognosespielraum einräumt. Der begründete Verdacht, der Sozialstatus sei gesundheitsrelevant, legitimiert darum eine Politik, die den Zusammenhalt der Gesellschaft und ihr „Sozialkapital“ zu stärken und die sozialen Ungleichheiten zu begrenzen versucht (Huster 2011).

3 „Vorbeugen ist besser als heilen“?

Von den Protagonisten einer entsprechenden Public-Health-Politik wird vielfach beklagt, dass Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung viel weniger Aufmerksamkeit und Ressourcen erhalten als die medizinische Versorgung. Auch wenn man den dabei genannten Zahlen schon deshalb mit Vorsicht begegnen muss, weil Prävention nicht auf Vorsorgeuntersuchungen und Rückenschulen verengt werden darf, sondern die gesamte Organisation des sozialen Zusammenlebens umfasst, ist diese Klage im Kern verständlich. Warum machen wir politisch so wenig aus der Volkswisheit, Vorbeugen sei besser als Heilen? Und – bezogen auf die soziale Gesundheitsgerechtigkeit – warum interessieren die politische Öffentlichkeit selbst marginale Zugangsunterschiede im Versorgungssystem so viel mehr als die massiven sozialen Gesundheitsungleichheiten?

Dass Public Health einen schweren Stand hat, dürfte zunächst an einigen deutschen Eigentümlichkeiten liegen. Nach den Erfahrungen im Nationalsozialismus war das Thema „Volksgesundheit“ lange Zeit verpönt; die Gesundheitspolitik der Nachkriegszeit war ganz auf das System der medizinischen Individualversorgung mit der zentralen Stellung der niedergelassenen Ärzte fokussiert. Zudem erschwert die föderale und sektorale Zersplitterung des deutschen Gesundheitssystems populationsbezogene Maßnahmen, wie die Diskussion um den Nichtraucherschutz und das Scheitern der Bemühungen um ein Präventionsgesetz zeigen. So finden wir nun eine Vielzahl von Präventionsprojekten unterschiedlichster Träger, aber kein übergreifendes politisches Konzept (*Gene 2009, 301; Lungen und Passon 2011, 6*).

Hinzu kommt, dass es für die Public-Health-Politik schwierig ist, die Wirksamkeit und Qualität ihrer Maßnahmen nachzuweisen (*Gerhardus et al. 2010; Kolip und Müller 2009*). Zwar sind die Korrelationen von Sozialstatus und Gesundheit gut belegt; welche Kausalitäten jeweils zugrunde liegen, an denen die Politik ansetzen könnte, ist aber häufig sehr viel weniger deutlich. Zudem liegen die Effekte der Präventionspolitik oft in weiter Zukunft: Ob etwa eine Verbesserung der Vorschulbildung zu einer Erhöhung der Lebenserwartung führt, weiß man erst Jahrzehnte später. Dies wirkt sich auch auf die Finanzierungsbereitschaft aus. Dabei ist die weit verbreitete Ansicht, Prävention könne oder solle Geld sparen, aus mehreren Gründen fragwürdig. Zum einen gilt es das für unterschiedliche Präventionsansätze entschieden zu differenzieren. Manche Maßnahmen mögen die Ausgaben im Versorgungssystem oder in anderen Bereichen tatsächlich reduzieren, andere führen nur dazu, dass sich Kosten in die Zukunft verlagern. Generalisierende Aussagen sind deshalb nicht sinnvoll (*Martin und Henke 2008; Rothgang und Salomon 2009, 345; Suhrcke 2009, 610*). Zum anderen ist die Frage der Kostenersparnis das falsche Beurteilungskriterium: Dass

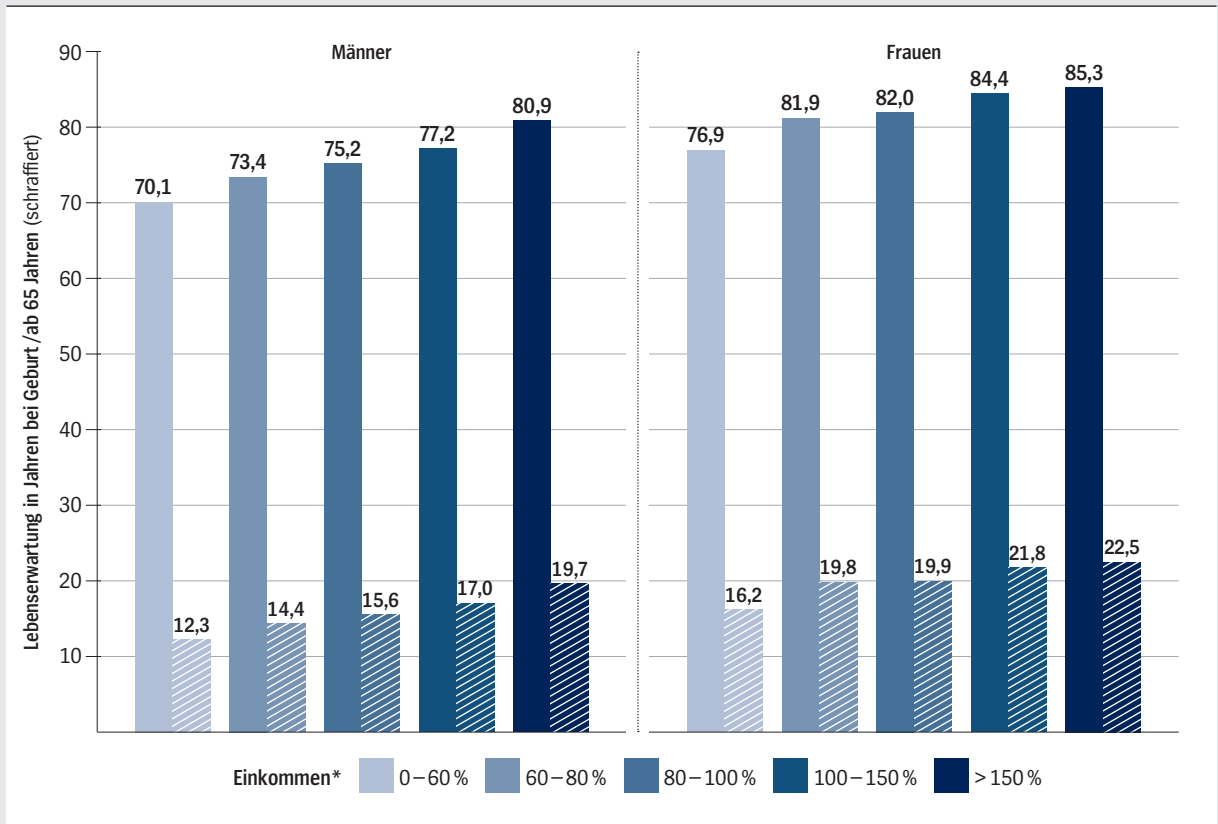
Ressourcen eingespart werden, verlangen wir ja auch nicht von einer Blinddarmoperation – warum dann von Präventionsmaßnahmen? Es kommt nicht auf die Einsparungen an, sondern auf die Effizienz dieser Maßnahmen, also auf ein vernünftiges Verhältnis von Kosten und Nutzen. Hinzu kommt das Grundproblem der ökonomischen Evaluation: Wir können zwar vielleicht noch die Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsgewinne feststellen, sind aber ziemlich hilflos, wenn auch die Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit, um die es der Public-Health-Politik maßgeblich geht oder zumindest gehen sollte, monetär bewertet werden soll.

Schließlich hat Public Health ein politisches Wahrnehmungs- und Durchsetzungsproblem. Anders als im Versorgungssystem existiert hier keine Lobby, für die die Ausweitung der zur Verfügung stehenden Ressourcen oberste Priorität besitzt; auch fehlt Public Health die technische Faszination der Hochleistungsmedizin. Weil sie sich auf die Gesamtbevölkerung bezieht, ist zudem die Motivation der einzelnen Bürger, sich für Public-Health-Maßnahmen einzusetzen, nicht besonders ausgeprägt. Während Leistungen der Gesundheitsversorgung einen klaren Individualbezug haben und deshalb das Interesse der Bürger auf sich ziehen, schlägt hier das „Präventionsparadox“ durch: Auf statistischer Ebene haben schon kleine Veränderungen des Verhaltens oder der Umwelt deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung; auf individueller Ebene bringen sie dagegen dem einzelnen nur einen geringfügigen Vorteil ein (*Rose 1985, 32*). Public-Health-Politik hat daher immer eine etwas „expertokratische“ Anmutung; es fehlt ihr der Charakter der mildtätigen Zuwendung: Der Arzt hilft dem leidenden Menschen, direkt und persönlich. Der Public-Health-Experte hingegen organisiert – ungleich abstrakter und unpersönlicher – gesundheitsförderliche Verhältnisse. Es ist vielleicht kein Zufall, dass Public-Health-Maßnahmen maßgeblich von Institutionen wie der WHO mit der berühmten „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ von 1986 und dem „Social Determinants of Health“-Projekt sowie der Europäischen Union mit ihren Aktionsprogrammen angestoßen und eingefordert werden – Institutionen nämlich, denen man ein technokratisches Politikverständnis nachsagt und deren gesundheitspolitische Ausrichtung schon mangels entsprechender Regelungskompetenzen nicht durch die Verteilungskämpfe im System der medizinischen Versorgung bestimmt wird.

Dabei behält die medizinische Versorgung ihre große sachliche und symbolische Bedeutung. Niemand will dem einzelnen Patienten eine Behandlung verweigern, weil mit dem gleichen finanziellen Aufwand in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung mehr gesundheitlicher Nutzen gestiftet werden könnte: Selbst wenn das im Einzelfall stimmen sollte, hat die konkrete Hilfe größere Dringlichkeit als

ABBILDUNG 2

Allgemeine Lebenserwartung bei Geburt und ab 65 Jahre nach Einkommen und Geschlecht



*bezogen auf das mittlere Netto-Äquivalenzeinkommen; 100 % entsprachen 1.398,- Euro im Jahr 2005

Quelle: SOEP und Periodensterbefahr 1995–2005; Grafik: G+G Wissenschaft 2012

die Rettung „statistischer Leben“. Auf einer höheren Entscheidungsebene, auf der es noch nicht um konkrete Personen, sondern um die Ressourcenzuweisung an die verschiedenen Politikbereiche geht, sollten wir aber gleichwohl noch einmal überlegen, wie weit wir die Privilegierung der Versorgung gegenüber der Vorsorge treiben wollen. Denn am Ende stehen hinter den „statistischen Leben“ sehr konkrete Menschen.

Diese Zusammenhänge sollte auch das Recht berücksichtigen und nicht durch die verfassungsrechtliche Verfestigung von Leistungsansprüchen das Versorgungssystem zulasten anderer gesundheitsrelevanter Politikbereiche unnötig aufblähen. Solange (ehemalige) Bundesverfassungsrichter wie selbstverständlich davon ausgehen, dass „der Arzt (...) der wichtigste Garant für die Volksgesundheit“ ist (Steiner 2003, 6), liegt allerdings die Folgerung nahe, die medizinische Behandlung sollte absolute Priorität genießen. Diese Prämisse

hat mit der Wirklichkeit aber wenig zu tun. In dem komplexen Gefüge von Sozialstruktur, Umweltbedingungen, Lebensführung, genetischer Disposition und medizinischer Versorgung ist der Arzt mitnichten der wichtigste Garant für die Gesundheit der Bevölkerung, sondern eine eher marginale Größe. Er gleicht eher einem Rettungsschwimmer am Fluss, der (manchmal) ein Menschenleben rettet, wobei es aber eigentlich darauf ankäme, die morsche Brücke zu reparieren, die überhaupt erst so viele Menschen in den Fluss hineinfallen lässt (McKinlay 1974). Aus juristischer Sicht ist es darum wichtig, dem Gesetzgeber bei der gesundheitsförderlichen Ausgestaltung der Lebenswelten hinreichenden Gestaltungsspielraum zuzugestehen. Insbesondere die sozialen Gesundheitsungleichheiten lassen sich nur durch die Pflege öffentlicher Güter nachhaltig verringern. Insoweit ordnet sich die Public-Health-Politik in die Entwicklung zu einem nicht (nur) versorgenden, sondern (auch) vorsorgenden und

investiven Sozialstaat ein (*Schmidt und Kolip 2007*), die die Bedeutung individueller sozialer Leistungsansprüche unweigerlich relativiert.

4 Das Verhältnis von Versorgung und Vorsorge

Die Vertreter einer Public-Health-Politik, die auf eine Verringerung der Gesundheitsungleichheiten ausgerichtet ist, wenden sich allerdings häufig besonders entschieden gegen Leistungsbeschränkungen im Versorgungssystem. Dies ist auf der einen Seite nachvollziehbar, weil durch solche Beschränkungen tatsächlich ein Selektionseffekt zulasten der schlechten gesundheitlichen Risiken und der wirtschaftlich Schwachen eintreten kann. Da sie aber ohnehin die Benachteiligten sind, ist es politisch durchaus plausibel, alle Veränderungen im System der Gesundheitsversorgung abzulehnen, die diese Gruppen zusätzlich belasten und dadurch den Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Krankheit zu verstärken drohen.

Auf der anderen Seite zeigen die Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung, dass das System der Gesundheitsversorgung nur in sehr begrenztem Ausmaß für den sozialen Gesundheitsgradienten verantwortlich ist und daher auch gewiss nicht den primären Ansatzpunkt bilden kann, wenn man diesen Zusammenhang auflösen oder zumindest abmildern will. Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist zur Gewährleistung von Chancengerechtigkeit zwar notwendig, aber sicherlich nicht hinreichend. Im Gegenteil könnte uns die Weigerung, über Leistungsbeschränkungen nachzudenken, zu Investitionen in die medizinische Versorgung zwingen, die gerade unter dem Aspekt der Gesundheitsgerechtigkeit sehr viel ineffizienter sind, als wenn diese Ressourcen für andere Politikbereiche – etwa das Bildungswesen – zur Verfügung ständen. Gewiss darf man Vorsorge und Versorgung nicht gegeneinander ausspielen – wir brauchen auch und gerade aus Gründen der Gerechtigkeit selbstverständlich beides. Aber da die Mittel nun einmal begrenzt sind, ist ein Vergleich des Grenznutzens von Maßnahmen inner- und außerhalb des Gesundheitswesens unausweichlich. Eine wohlmeinende Sozialpolitik, die diesen Vergleich und eine Berücksichtigung der Opportunitätskosten der medizinischen Versorgung scheut, weil sie sich ausschließlich auf die Gesundheitsversorgung als den Politikbereich mit offensichtlichster Gesundheitsrelevanz kapriziert, könnte auf diese Weise ihre eigenen Bemühungen um Gesundheitsgerechtigkeit konterkarieren. Das Nachdenken über Prioritäten und Leistungsgrenzen im Versorgungssystem (*Huster 2010; Wohlgemuth und Freitag 2009*) ist daher nicht trotz, sondern gerade wegen der sozialen Gesundheitsgerechtigkeit geboten.

Literatur

- Daniels N (1985):** Just Health Care. Cambridge: Cambridge University Press
- Falk A, Menrath I, Verde PE, Siegrist J (2011):** Cardiovascular Consequences of Unfair Pay (SOEppapers on Multidisciplinary Panel Data Research 380). Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Geene R (2009):** Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg.). Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 301–321
- Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, et al. (Hrsg.) (2010):** Evidence-based Public Health. Bern: Hans Huber
- Huster S (2010):** Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Deutsches Verwaltungsblatt, Heft 17, 1069–1077
- Huster S (2011):** Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Berlin. Verlag Klaus Wagenbach
- Kickbusch I (2006):** Die Gesundheitsgesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Kickbusch I (1999):** Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In: Häfner H (Hrsg.). Gesundheit – unser höchstes Gut? Schriftenreihe der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Berlin: Springer, 275–290
- Kolip P und Müller VE (Hrsg.) (2009):** Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber
- Lampert T, Saß AC, Häfelfinger M, Ziese T (2005):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Lüngen M, Passon AM (2011):** Eine rationale Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 6, Heft 1, 6–11
- Martin K, Henke KD (2008):** Gesundheitsökonomische Szenarien zur Prävention. Baden-Baden: Nomos
- McKinlay JB (1974):** A Case for Refocussing Upstream: The Political Economy of Illness, In: Enelow AJ, Henderson JB (Hrsg.). American Heart Association. Applying Behavioral Science to Cardiovascular Disease. Dallas
- Rose G (1985):** Sick Individuals and Sick Populations. International Journal of Epidemiology, Jg. 14, Heft 1, 32–38
- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S et al. (2004):** Association of Psychosocial Risk Factors with Risk of Acute Myocardial Infarction in 11.119 Cases and 13.648 Controls from 52 Countries (the INTERHEART Study): Case-Control Study. The Lancet, Band 364, 953–962
- Rothgang H, Salomon T (2009):** Die gesundheitsökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip P, Müller VE (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber, 345–362
- Schmidt B, Kolip P (Hrsg.) (2007):** Gesundheitsförderung im aktiveren Sozialstaat. Weinheim: Juventa
- Steiner U (2003):** Das Bundesverfassungsgericht und die Volksgesundheit. Medizinrecht, Jg. 21, Heft 1, 1–7

Suhrcke M (2009): Ökonomische Aspekte der Prävention: Eine internationale Perspektive. Gesundheitswesen, Jg. 71, Heft 10, 610–616

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos

Wohlgemuth WA, Freitag MH (Hrsg.) (2009): Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. (2004): Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (the INTERHEART Study): Case-Control Study. The Lancet, Band 364, 937–952

DER AUTOR



Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Jahrgang 1964, Studium der Philosophie und Rechtswissenschaft in Bielefeld und Frankfurt am Main. Promotion und Habilitation an der Juristischen Fakultät der Universität Heidelberg. Seit 2002 Lehrstuhl an der FernUniversität in Hagen; seit 2004 Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und

Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität Bochum und Geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sozialrecht. Mitglied der DFG-Forschergruppe „Priorisierung in der Medizin“. 2010/11 Fellow am Wissenschaftskolleg zu Berlin.