

Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland

Rede auf dem 31. Deutschen Evangelischen Kirchentag am 8. Juni 2007 in Köln

Was ist gerecht und was ist ungerecht? Über diese Fragen debattieren Philosophen und Theologen seit vielen Jahrhunderten. Bei allen Unterschieden stimmen die meisten Theologen und Philosophen aber darin überein, dass im Kern von irdischer Gerechtigkeit die Chancengleichheit steht. Bezogen auf Gesundheit hat dies die englische Sozialepidemiologin Margret Whitehead so formuliert: Jeder Mensch soll eine faire Chance haben, seine Gesundheitspotenziale zu entfalten. Durch Politik und öffentliche Anstrengungen sollen Hindernisse auf diesem Weg so weit wie möglich beseitigt werden.

Wie sieht es damit aus in Deutschland?

Zunächst einmal gibt es dazu gute Nachrichten:

Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt in Deutschland wie in allen reichen Industrieländern pro Jahrzehnt um mehr als ein Jahr an. Diese gute Nachricht erhält ihr ganzes Gewicht erst durch die zweite gute Nachricht: wir haben nicht nur mehr Lebensjahre, sondern wir werden im Durchschnitt auch immer gesünder älter: Die 75-jährigen Frauen sind heute im Durchschnitt so gesund wie es die 65 bis 70-jährigen Frauen vor 10 Jahren waren. Mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben – das ist heute die realistische Perspektive in reichen Ländern. Sie wird auch durch aktuelle, beunruhigende Entwicklungen – Stichworte etwa: Übergewicht, Alzheimer-Krankheit etc. – nicht grundlegend in Frage gestellt. Im globalen Vergleich leben wir diesbezüglich auf einer der Inseln der Glückseligen. Wenn wir dieser Perspektive folgen wollen, müssen wir fragen, aus welchen Quellen sich diese Gewinne an Gesundheit und Leben speisen. Entgegen verbreiteter Vorstellungen spielen Medizin und Krankenversorgung dabei eine zwar unverzichtbare, aber untergeordnete Rolle: Maximal ein Drittel dieser Fortschritte gehen auf das Konto der Medizin (bei Frauen – je nach Schätzung – 20 bis 40 %, bei Männern 10 bis 30 %). Der Rest erklärt sich aus verbesserten Lebensverhältnissen, besserer Bildung, gewachsenen Handlungsspielräumen und – durch diese Faktoren verstärkt – gesundheitsgerechteres Verhalten. Die wichtigsten Ansatzpunkte zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage liegen also außerhalb der Medizin.

Aber wo kann Gesundheitspolitik dann eingreifen? Erste Antworten liefert ein Blick auf die Krankheitsstatistik. Denn hinter den jährlich ca. 600 Mio. Behandlungsfällen in der Krankenversorgung, die sich auf ca. 10.000 verschiedene Krankheiten und Diagnosen beziehen, lässt sich ein klares Muster erkennen: Es sind nur ganz wenige, häufige, überwiegend chronische und degenerative Krankheiten und die Unfälle, die ca. drei Viertel des Krankheits- und Sterbegeschehens ausmachen und für die auch drei Viertel der Ausgaben für Behandlung und Therapie anfallen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind die ‚big killers‘, die oft zum Tode führen. Stoffwechselerkrankungen, darunter der Diabetes, Muskel-Skeletterkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und – mit stark wachsendem Gewicht – psychische Erkrankungen – das sind die ‚big crippers‘, die jahrelangen, sehr oft lebenslangen Be-

darf an Behandlung und Betreuung auslösen. Bei allen Unterschieden in der Entstehung, im Verlauf und im Endpunkt – diese Krankheiten haben zwei für die Gesundheitspolitik wichtige Gemeinsamkeiten: 1. Sie sind – einmal eingetreten – nur selten wirklich zu heilen (im Sinne einer restitutio ad integrum). Und 2. Sie können mit den Mitteln moderner Prävention zu einem sehr großen Anteil verhütet werden – qualifizierte Schätzungen reichen hier von ca. 25 % bis ca. 50 %.

Aber wo soll man da anfangen? Orientierung bringt hier der Blick auf die Verteilung der Erkrankungen in der Bevölkerung. Gesundheitsrisiken und Gesundheitschancen sind nämlich höchst ungleich verteilt. Wer in Deutschland das Pech hat, mit seiner Ausbildung, seinem Einkommen und seiner Stellung im Beruf zum untersten Fünftel der Bevölkerung zu gehören, der hat auch gesundheitlich schlechte Karten: Menschen aus dem untersten Fünftel tragen über ihr ganzes Leben hinweg – von der Wiege bis zur Bahre – ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Menschen aus dem obersten Fünftel. In Zahlen heißt das: Männer aus dem untersten Fünftel sterben früher und leben im Durchschnitt 10 Jahre kürzer als Männer aus dem obersten Fünftel, bei Frauen beträgt der Unterschied im Durchschnitt 5 Jahre. Bei Frauen und Männern aus dem untersten Fünftel stellen sich darüber hinaus auch chronische Krankheiten und Behinderungen durchschnittlich sieben Jahre früher im Leben ein als bei Menschen aus dem obersten Fünftel. Wir haben leider allen Grund anzunehmen, dass sich diese Schere in Deutschland nicht schließt, sondern derzeit immer weiter auseinander geht. Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen ist dabei nicht nur ein Problem der ganz Armen oder von gesellschaftlichen Randgruppen. Vielmehr verringern sich die Chancen auf ein langes und gesundes Leben mit jedem Schritt hinunter auf der gesellschaftlichen Stufenleiter – von ganz oben bis ganz unten.

Daraus folgen zwei Herausforderungen für eine Gesundheitspolitik, die die gesundheitliche Lage der Bevölkerung verbessern will und sich nicht auf die Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung beschränkt. Die erste Herausforderung besteht in einer Verbesserung der Qualität der Versorgung und Betreuung chronisch kranker Menschen. Die zweite Herausforderung besteht darin, die großen Möglichkeiten der Krankheitsverhütung auch tatsächlich zu nutzen. Es gibt noch eine dritte Herausforderung, die werde ich am Schluss meines Beitrags erläutern.

Was den Zugang zur Krankenversorgung angeht, finden wir in Deutschland dank der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung vergleichsweise sehr gute Voraussetzungen. Nur ein paar Handvoll Länder auf der Erde sind dem Ziel so nahe, dass jeder Mensch ohne Rücksicht auf sein Einkommen und seine gesellschaftliche Stellung jederzeit Zugang zu einer vollständigen Krankenversorgung von guter Qualität hat. Die Einschränkungen beziehen sich auf diejenigen, die immer noch keine Krankenversicherung haben, und sie beziehen sich auf die je nach Einkommen sehr unterschiedlich wirkenden Praxisgebühren und Zuzahlungen bei Medikamenten, im Krankenhaus und bei der Rehabilitation. Hinzu kommen oft längere Wartezeiten für GKV- gegenüber Patienten mit Privater Versicherung und die Tatsache, dass manche hoch spezialisierten Ärzte ausschließlich Privatpatienten behandeln. Trotz dieser Einschränkungen: Der undiskriminierte Zugang zur Krankenversorgung ist ein sehr hohes zivili-

satorisches Gut. Der solidarische Ausgleich der Belastungen zwischen arm und reich, alt und jung, zwischen Familien und Singles sowie zwischen krank und gesund wird von mehr als 70 % der Bevölkerung unterstützt; überwiegend auch von den sogenannten Nettozahlern. Die – relative – Chancengleichheit beim Zugang zur Krankenversorgung ist ein Element von Gerechtigkeit, die – so sagen uns Sozialpsychologen – viele andere, dauernd erlebte Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten erträglich macht.

Diese Chancengleichheit muss beständig verteidigt werden gegen diejenigen Kräfte, die aus Eigennutz oder ideologischen Gründen die solidarische Basis unseres Versorgungssystems zerstören und durch das Wirken von Angebot und kaufkräftiger Nachfrage ersetzen wollen. Weil Menschen mit niedrigem Einkommen im Durchschnitt auch wesentlich höhere Krankheitskosten haben, laufen alle diese Vorschläge auf den Abbau von Solidarität, von Fairness und Gerechtigkeit hinaus. Da geht es nicht um bessere Versorgung oder gar um Gerechtigkeit, sondern um bessere Geschäfte mit privaten Honoraren, übersteuerten Medikamenten und mit Versicherungspolice. Vorsätzlich nehmen Neoliberale und andere Marktradikale damit offene Zweiklassenmedizin in Kauf, also Verhältnisse, unter denen im Krankheitsfall je nach Geldbeutel mehr gelitten oder auch früher gestorben wird. Verziert wird dieses simple Strickmuster gerne mit dem Schlagwort Selbstverantwortung, mit dem den Schwachen weisgemacht werden soll, dass sie selbst schuld sind an ihrem Unglück und deshalb auch selbst zahlen sollen. Das aber ist der sicherste Weg, Ungleichheit auf allen Ebenen zu vergrößern und echte Selbstverantwortlichkeit – die ein hohes Gut ist – zu verhüten.

Der Grund für diese Angriffe ist einfach: Die soziale Krankenversicherung – das ist ein Jahresumsatz von ca. 150 Mrd. Euro, die nicht über den privaten Kapitalmarkt laufen. Das ist schon mal eine Provokation in einer Welt, in der viel Kapital nach risikoarmer Anlage sucht. Dabei besteht kein Zweifel, dass die soziale Krankenversicherung, die GKV, dauerhaft zu finanzieren ist: wenn alle Bürgerinnen und Bürger nach ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft einzahlen und dabei nicht nur Lohn und Gehalt, sondern auch die anderen Einkommen berücksichtigt würden, dann können – nach menschlichem Ermessen - auch weiterhin alle notwendigen Leistungen bezahlt werden, und die Belastungen bleiben für alle tragbar. Auch die medizinischen Folgen der Alterung der Bevölkerung bleiben auf diese Weise finanzierbar. Die soziale Krankenversicherung ist kein Auslaufmodell, sie kann nachhaltig finanziert werden, sie ist besser als alle verfügbaren Alternativen und: sie trägt zur Chancengleichheit, zur Gerechtigkeit bei.

Wie aber sieht es mit der Qualität der Versorgung aus? Sie ist in Deutschland nicht schlecht, zum Teil sogar exzellent, aber sie ist verbesserungsfähig, insbesondere für chronisch Kranke, und insbesondere für sozial und bildungsmäßig Benachteiligte, die ja sehr viel häufiger und früher chronisch krank werden. Verbesserung der Qualität bedeutet nicht notwendig mehr Medizin. Es bedeutet vielmehr, dass Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser viel besser miteinander und mit den Leistungen der Pflege, der Sozialen Arbeit, der Selbsthilfe und der psychischen Unterstützung verbunden werden müssen; dass es für jedermann und jedefrau gut ausgeschilderte und unkomplizierte Wege der gesundheitlichen und sozialen Unterstützung und Therapie in diesem System gibt. Wer gut gebildet ist und sich durchsetzen kann, der fin-

det und schafft sich diese Versorgungswege meist ohne Hilfe. Ärmere und weniger Gebildete, also die, die es am meisten brauchen, schaffen das oft nicht. Das hat messbare Folgen. Eins von vielen Beispielen: Jährlich müssen in Deutschland mehr als 20.000 FüÙe von Diabetes-Kranken amputiert werden. Bei sorgfältiger Behandlung der Zuckerkrankheit wäre die große Mehrzahl dieser Amputationen vermeidbar. Betroffen sind ganz überproportional viele Patienten aus den sozialen Unterschichten.

Der GKV und der staatlichen Gesundheitspolitik kommt dabei die Aufgabe zu, Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie, Pflegedienste usw. durch Verträge und Anreize dazu zu bringen, das und nur das zu tun, was gesundheitlich und medizinisch notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, und das mit hoher Qualität. Da ist viel zu tun: denn gegenwärtig findet in der Krankenversorgung in gigantischem Umfang und gleichzeitig sowohl Überversorgung wie auch Unterversorgung als auch Fehlversorgung statt. In keinem Land der Erde haben Marktmodelle Wesentliches zur Bewältigung dieser Probleme beigetragen. Stattdessen müssen vor allem Anreize verändert werden. Gegenwärtig hat z. B. weder der einzelne Arzt noch das Krankenhaus und auch nicht die einzelne Krankenkasse ein wirtschaftliches Interesse daran, sich besonders für Qualitätsverbesserungen in der Versorgung der besonders unterstützungsbedürftigen chronisch Kranken aus sozial benachteiligten Gruppen und Schichten einzusetzen. Und für die Folgen schlechter Qualität werden sie auch kaum verantwortlich gemacht. Auch hier also ein Defizit an Chancengleichheit und damit an Gerechtigkeit.

Das gilt noch stärker, wenn wir die v. a. nicht medizinische Krankheitsverhütung – die primäre Prävention – ansehen, mit der nach konventionellen Schätzungen mindestens ein Viertel der chronischen Krankheitsfälle verhindert werden könnte. Zwar bieten die Krankenkassen seit dem Jahr 2000 solche Leistungen der primären Prävention an, und sie sollen damit ‚insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten‘. So steht es im Gesetz, und dafür dürfen die Kassen auch 2,74 Euro pro Jahr und Versichertem ausgeben. Das sind knapp 1,5 Promille der Ausgaben für die Krankenversorgung. Kurse, Aufklärung und Gesundheitserziehung bringen in der Prävention in der Regel nicht viel, sie sind allerdings billig und leicht zu organisieren. Trotz einiger Fortschritte dominieren aber im Angebot der Kassen immer noch Gesundheitskurse, die sich vornehmlich an die gesundheitlich weniger belasteten Mittelschichten wenden.

Wirklich wirksame Prävention setzt an belastenden und krank machenden Lebensverhältnissen an. Sie interveniert dort, wo Menschen zusammen lernen, arbeiten, spielen und sich erholen. Sie ist dann erfolgreich, wenn sie nicht für sondern mit den Zielgruppen organisiert wird und deren Bedürfnisse und Lebenslagen ernst nimmt. Wir wissen dies aus buchstäblich Tausenden von Beispielen aus Betrieben, Schulen, Krankenhäusern und Stadtteilen. Dort wurde bewiesen, dass durch Partizipation und Transparenz gegenseitige Unterstützung, individuelles und kollektives Selbstbewusstsein und Handlungsfähigkeit, und damit auch die Gesundheit verbessert werden können. Wer einmal erlebt hat, wie ein betrieblicher Gesundheitszirkel buchstäblich Hunderte von realistischen Verbesserungsvorschlägen formuliert, oder wie die Nutzer und Bewohner eines sozialen Brennpunktes in einer Planungsgruppe zusammen arbeiten und die beschlossenen Änderungen dann gemeinsam umsetzen oder wie ein Dutzend tür-

kische Jungen von 15 Jahren zusammen begeistert kochen lernen, der weiß, wovon ich rede. Das fördert und verbessert die Gesundheit und verändert dann auch Verhalten. Erinnerung sei auch an die seit zwanzig Jahren anhaltenden großen Erfolge der Aids-Prävention, die das Ergebnis einer gesellschaftsweit und über alle Ebenen hinweg partizipativ organisierten Gesundheitskampagne war und ist, die auf den Eckpfeilern ‚Integration‘, ‚Kommunikation‘ und ‚Freiwilligkeit‘ beruht. Oder an die finnische Strategie, wo unter starker Mitwirkung der Kommunen seit über 20 Jahren die Herz-Kreislauf-Erkrankungen um über 60 % reduziert werden konnten. Aber mit solchen Kampagnen ist nicht viel Geld zu verdienen, oftmals schränken sie sogar die Geschäftsmöglichkeiten ein, z. B. bei der Tabakindustrie oder der Ernährungsindustrie. Richtig Geld verdient wird währenddessen mit allerlei Wohlfühlangeboten aus der Wellness-Ecke für die gehobene Mittelschicht.

Präventionsprojekte und Gesundheitskampagnen haben es da schwerer: sie sprechen nicht die Sprache der Marktwirtschaft, weil sie sich eben nicht an die individuelle Kaufkraft richten. Deshalb brauchen sie politische Unterstützung. Absichtserklärungen und Deklarationen zur Prävention haben wir genug. Was fehlt, sind Taten. Selbst wenn das für 2009 angekündigte Präventionsgesetz tatsächlich verabschiedet wird und fachlich nicht hinter den im Vorwahlkampf 2005 untergegangenen, diesbezüglich sehr guten ersten Gesetzestext zurück fällt: es bleibt ein kleiner Tropfen auf einem sehr heißen Stein. Wer Chancengleichheit will, muss die nicht-medizinische Primärprävention neben Medizin, Pflege und Rehabilitation tatsächlich zu einer vierten Säule der Gesundheitssicherung auf- und ausbauen. Bislang sieht dieser Säule noch eher aus wie ein Zahnstocher.

Aber was wäre, wenn auf allen genannten Baustellen in kurzer Zeit gewaltige politische Fortschritte erreicht werden könnten. Stellen wir uns vor, wir hätten eine bevölkerungsweite Bürgerversicherung, wir hätten eine auf dem Hausarzt aufbauende respektvolle und koordinierte Betreuung chronisch Kranker mit allem Notwendigen zu bezahlbaren Preisen; wir hätten in Hunderttausenden von Schulen, Betrieben, Stadtteilen und Freizeiteinrichtungen dezentrale Präventionsprojekte – wäre dann die Grundvoraussetzung von gesellschaftlicher Gerechtigkeit, die gesundheitliche Chancengleichheit erreicht? Würde sich dann die Schere der Lebens- und Gesundheitschancen zwischen oben und unten schließen?

Die Frage enthält zu viele ‚Wenn‘, um sie wissenschaftlich fundiert zu beantworten. Aber im Lichte der internationalen Forschungen zu diesem Thema gibt es keinen Grund zum Optimismus: Gesundheit und Lebenserwartung in jeder Bevölkerung reagieren mit zum Teil langen Verzögerungen, aber immer verlässlich auf die Bewegungen der gesellschaftlichen Verteilung von Bildung, Teilhabechancen und Einkommen. Bevölkerungen, in denen die Unterschiede geringer sind – wie z. B. in Skandinavien – sind auch deshalb insgesamt gesünder, zeigen geringere Unterschiede und eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung. In Deutschland ist nun ganz das Gegenteil der Fall: Die Armutsquote wächst kontinuierlich weiter an – von 10,9 % im Jahre 1997 auf 13,2 % im Jahr 2005, auch die gesamtgesellschaftliche Verteilung von Einkommen und erst recht beim Vermögen entwickeln sich dynamisch auseinander: immer mehr Einkommen, Vermögen und Bildungschancen in den oberen Etagen, immer weniger davon, dafür aber immer größere Unsicherheit in den unteren Segmenten. Der Anteil der

Netto-Löhne und Gehälter am Volkseinkommen ist von 40,3 % im Jahre 1991 auf den historischen Tiefstand von 34% im Jahr 2006 gefallen. Im gleichen Zeitraum, in dem der Spitzenatz der Einkommenssteuer von 48,5 % auf 43 % gesenkt wurde, stieg die Anzahl von Kindern in Armut um 500.000 an. Die Armutsforschung spricht mittlerweile von der ‚Infantilisierung‘ der Armut. In den neuen Bundesländern ist mittlerweile fast jedes vierte Kind armutsgefährdet, in manchen Städten, auch in Westdeutschland, sind es fast 40 %. Arme Kinder in Deutschland verhungern nicht, aber sie sind von vielen Teilhabe-Möglichkeiten ausgeschlossen, die auch für ihre gesundheitliche Entwicklung wichtig sind. Das im Sommer 2006 beschlossene ‚Elterngeld‘ wird nach Zahlen auf dem Familienministerium dazu führen, dass ca. 155.000 Familien mit einem Jahreseinkommen unter 30.000 Euro brutto sowie 94.000 Empfänger von Arbeitslosengeld II künftig netto weniger Geld in den ersten beiden Lebensjahren eines Kinder haben werden als zuvor, während sich unter den ca. 365.000 profitierenden Familien ca. 165.000 Familien mit einem Jahreseinkommen von mehr als 60.000 Euro brutto finden. Was die Bildung angeht, so bescheinigt uns jede Runde der PISA-Studie aufs Neue: In kaum einem anderen Land bestimmt die soziale Lage der Eltern in größerem Umfang die Bildungschancen der Kindern. Schlechte Gesundheitschancen werden damit erblich gemacht – ganz ohne die Beteiligung von Genen.

Damit Sie mich nicht in die falsche Ecke stellen: ich bin durchaus für leistungsgerechte Unterschiede beim Einkommen und Vermögen. Die wichtige Frage lautet aber: Wie viel Ungleichheit brauchen wir, um genügend Anreize zu Leistung, Innovation und Wagnis zu setzen? Wie viel Gleichheit brauchen wir, um den Zusammenhalt der Gesellschaft mit seinen massiven Wirkungen u. a. auf die gesundheitliche Chancengleichheit nicht aus dem Ruder laufen zu lassen?

Die wachsende Ungleichheit von Gesundheitschancen wird in Politikbereichen produziert, die nicht das Wort ‚Gesundheit‘ im Etikett haben, wo aber zugleich Entscheidungen über die Verteilung von Gesundheits-Chancen, also von Lebensdauer und Lebensqualität in der Bevölkerung fallen: Bildungspolitik, Arbeitsmarktpolitik und Einkommensverteilung. Mit den Mitteln und Instrumenten dessen, was wir heute Gesundheitspolitik nennen, können wir die gesundheitlichen Konsequenzen dieser Entscheidungen wohl niemals vollständig kompensieren. Dennoch ist Primärprävention und ist auch die deutliche Verstärkung von Primärprävention richtig und notwendig: denn in diesen Projekten werden die Gesundheitschancen für Tausende verbessert, diese Projekte wirken als Beispiele und vernetzen sich gegenwärtig rasch, jedes dieser Projekte bringt ein Mehr an Transparenz, Aktivierung und Teilhabe hervor. Damit wächst auch die Artikulations- und Handlungsfähigkeit in den vulnerablen Gruppen. Und noch aus einem zweiten Grunde sind diese Projekte notwendig: sie helfen, das gerne verdrängte Thema der sozial bedingten Chancen-Ungleichheit auf der politischen Agenda zu halten. Und damit auch das Bewusstsein, dass die Sorge um die Gesundheit nicht nur Aufgabe des Gesundheitsministeriums ist. Böse könnte man sagen: wer von Bildungspolitik, Arbeitsmarktchancen und Einkommensverteilung nicht reden will, soll von gesundheitlicher Chancengleichheit schweigen. Positiv gesprochen: Mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben für die gesamte Bevölkerung heißt nicht nur nachhaltige Finanzierung und mehr Effizienz in

der Krankenversorgung und mehr Primärprävention, sondern fordert auch Engagement gegen wachsende Ungleichheit auf den Feldern Bildung, Arbeit und Einkommen.

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Technischen Universität Berlin. Seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, Betriebliche Gesundheitsförderung, sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G), Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB) sowie des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) etc.

Jüngste Buchpublikationen:

Rolf Rosenbrock, Claus Michel: Primäre Prävention, Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007

Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber: Bern usw. 2004, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2006

Uwe Lenhardt/Rolf Rosenbrock: Wegen Umbau geschlossen? Auswirkungen betrieblicher Reorganisation auf den Gesundheitsschutz, edition sigma: Berlin 2006

e-mail: rosenbrock@wzb.eu