

Das öffentliche Gesundheitswesen: Institution oder Gestaltungsprinzip im gegliederten Gesundheitssystem?

Norbert Schmacke

Überlegungen zu einem kontinuierlichen Auftrag an Politik und Wissenschaft

Über Zukunftsoptionen des öffentlichen Gesundheitswesens nachzudenken, erfordert zunächst eine realistische Bilanz des deutschen Gesundheitssystems am Ende des 20. Jahrhunderts. Diese hier auf kurzem Raum mit der gebotenen Systematik leisten zu wollen, wäre vermessen. Einige Schlaglichter müssen ausreichen:

- Die Auseinandersetzungen um die Gesundheitsstrukturreform lassen die Frage aufkommen, wer heute die Leitlinien der Gesundheitspolitik definiert. Hinter den sich häufig widersprechenden Verlautbarungen des Bundesgesetzgebers im Jahr 1996 verbirgt sich nach ergänzender Sichtung der Stellungnahmen der Experten und politischen Akteure ein hartes Ringen um ordnungspolitische Prinzipien. Die Debatte, welche die Kostenexplosion als Reizwort verwendet, zielt letztlich nicht auf die Abnahme der Budget-Volumina für die kurative Medizin ab, sondern auf deren immer stärkere Verlagerung aus dem Bereich der Solidargemeinschaft heraus. Und diese Debatte liegt wie ein Bleimantel über allen Versuchen, gesundheitsbezogene Bedarfe und Strukturen im Lichte historischer Erfahrungen, internationaler Vergleiche und aktueller gesundheitswissenschaftlicher Befunde fachlich und politisch neu auszubalancieren (Rosenbrock 1996, Schwartz/ Busse 1994).
- Die Krankenversorgungsfrage im klassischen biomedizinischen Sinne gewinnt in der öffentlichen Wahrnehmung erneut ein Übergewicht, das eine systematische gesellschafts- und gesundheitspolitische Auswertung vorliegender Erkenntnisse zu Prävention (Rosenbrock u.a. 1994), Selbsthilfe und sozialen Unterstützungssystemen (Braun u.a. 1996) kaum noch zuzulassen scheint. Psychosoziale Bezugswissenschaften könnten schrittweise wieder in die Rolle
- Von Randgruppenfächern gedrängt werden. Die Reformbemühungen um die ärztliche Ausbildung geraten zur Sisyphusarbeit.
- Auch der Sache von Public Health positiv gegenüberstehende Zeitgenossen äußern nicht selten die Auffassung, erst einmal müßten die Probleme der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gelöst werden, ehe das öffentliche Gesundheitswesen wieder ein zentrales Thema werden könnte. Diese Haltung übersieht, daß ein Mehr oder Weniger vom Selben nicht für grundsätzliche Reformen stehen kann und daß gerade zentrale Fragen wie die Versorgung chronisch Kranker und alter, multimorbider Menschen qualitative Ergänzungen zum Modell der Biomedizin verlangen, wobei Interdisziplinarität, Vernetzung von Angebotsstrukturen und Förderung der Laien- wie Selbsthilfepotentiale die vielleicht wichtigsten Elemente sind.

- In einem Worst-Case-Szenario fügen sich das neoliberale Modell für die Reform der Versorgungslandschaft und das Lean-Management-Modell staatlichen Gesundheitshandelns in beeindruckender Weise ineinander ein. Die Zauberformel lautet „Besinnung auf das unbedingt Erforderliche“. Daß sich dabei zum Teil sogar hinter dem Rücken der propagierenden Akteure ein völlig anderes Verständnis von Gesundheitsschutz, Prävention und Versorgung breit macht, das öffentliche Steuerung auf einmal fast wie eine historisch abgelegte Kategorie erscheinen läßt, ist die vielleicht größte momentane gesundheitspolitische Gefahr.
- Nachdenklich muß schließlich generell stimmen, daß der Transfer von wissenschaftlicher Expertise in die Praxis gegenwärtig nur noch eingeengt funktioniert, nämlich für die Teilwahrheiten, welche Marktelemente zur Heilung einer zuvor beschworenen Kostenexplosion empfehlen.

Die Positionierung des öffentlichen Gesundheitswesens der Zukunft im Kontext der neu entstandenen Public Health Verbünde setzt weiter voraus, bestehende Strukturstärken und -schwächen des Gesundheitssystems jenseits der vordergründigen Kostenfrage einzuschätzen. Auch hierzu können nur einige zentrale- zudem unvermeidlich mit eigenen, nicht Punkt für Punkt begründeten Wertungen behaftete - Positionen markiert werden:

- Der deutsche historische Kompromiß, welcher zwischen erstarkender Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung einerseits und dem Zentralstaat einer expandierenden Industriegesellschaft andererseits ausgleichend wirkte, wird gerade auch nach dem Zusammenbruch der früheren sozialistischen Gesellschaften in der Abwägung der verschiedenen Modelle international hoch geschätzt. Ein maßgeblicher Grund dürfte neben dem hohen Leistungsstandard im kurativen Bereich sein, daß dieses Gesundheitssystem eben einen Interessenausgleich demonstriert und den sozialen Frieden in hohem Maße stabilisiert hat.
- Die der deutschen GKV zugrundeliegende Finanzierungsformel trägt aber offenbar nicht mehr ausreichend, da Massenerwerbslosigkeit, geänderte Familienstrukturen und eine größere Vielfalt unterschiedlicher Erwerbsbiographien die Logik der Kostenhalbierung bisheriger Provenienz dauerhaft untergraben haben. Das Verhältnis Kapital und Arbeit muß um Finanzierungswege außerhalb der individuellen Beitragsbemessung erweitert werden, das Verhältnis GKV und PKV muß ernsthaft diskutiert werden, und die Debatte um die Fremdleistungen in der GKV (Beske/ Hübener 1996) müßte in die Frage eingebettet werden, welche gesundheitsbezogenen Leistungen generell in einem viel zu stark auf individualmedizinische Leistungen orientierten Gesundheitswesen sinnvollerweise aus Steuermitteln zu finanzieren sind, und wo umgekehrt der Auftrag der GKV systematisch um gesundheitsfördernde und verhältnispräventive Komponenten erweitert werden sollte (im europäischen Kontext s. Deppe 1996).
- Erst in diesem Kontext wäre die Debatte um den Rückzug des Staates und die Stärkung der Selbstverwaltung sinnvoll zu führen. Notwendige Modernisierung staatlicher Funk-

tionszuweisung sollte nicht mit Abwerfen von Verantwortlichkeit verwechselt werden. Daß gesundheitsbezogene Leistungen - nicht im Sinne eines einfachen Bedienens der Leistungsanbieter - eine Investition in Gesundheit und damit ein soziales Kapital von enormer gesellschaftlicher Bedeutung darstellen können (Frank/ Mustard 1994), bleibt im Rahmen der momentanen Fokussierung auf das Thema Lohnnebenkosten verborgen.

- Das Gebäude der gesetzlichen Krankenversicherung und die Kodifizierungen in den Sozialgesetzbüchern generell haben bei einem hohen Niveau wichtiger Leistungsbereiche als *unerwünschte* Wirkung auch einen Anbieter- bzw. Institutionenegoismus erzeugt, der vernetztes Denken und vor allem die erforderlichen *nicht medizinzentrierten* Lösungsansätze für komplexe gesundheitliche Problemlagen massiv erschwert (v. Ferber 1996).

Letztlich muß der Beitrag von Public Health zu diesen Kernfragen sein, wie das Verhältnis von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Gesundheitsschutz bei dem heutigen Krankheitspanorama neu zu bestimmen ist. Es ist ganz offensichtlich ein Irrtum anzunehmen, daß mit dem Setzen auf das Prinzip der Selbstverwaltung alle wichtigen Steuerungsfragen im Selbstlauf zu lösen sind. Es mag hier der Hinweis auf die Schnitt- oder Bruchstellenproblematik bei der Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen genügen. Aus derlei Problemlagen gewinnt das Prinzip Öffentlichkeit letztlich immer wieder seine soziale Dynamik und seinen Auftrag. Dabei könnte die kommunale Ebene für das gesellschaftliche Aushandeln prioritärer Gesundheitsziele eine weit größere Rolle spielen als dies heute noch der Fall ist (Brandenburg/ Nowak 1994, Schmacke 1995 a und 1997 b). In diesen Ansatz einer Neubestimmung von öffentlichem Gesundheitswesen im Spannungsfeld von konkurrierender Gesetzgebung und Aufgabenzuweisung an die Kommunen laut Grundgesetz fügt sich dann auch die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes ein, der sowohl in der Theoriediskussion wie neueren Gesundheitsdienstgesetzen mit einer Fülle von Planungs- und Regieaufgaben versehen wird, die sich teils in globalen Aufgabenzuweisungen des Vereinheitlichungsgesetzes von 1934/35 in anderer Diktion auch fanden, im Rahmen der Debatte um Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung aber seit den achtziger Jahren in völlig neuer Weise auf die Tagesordnung gesetzt worden sind.

Wird bislang in der Literatur vom öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als der dritten Säule des Gesundheitswesens gesprochen, so soll hier die These vertreten werden, daß dieses Bild nicht nur die tatsächlichen Dimensionen von ambulanter Medizin, Krankenhausmedizin und ÖGD außer acht läßt. Das Bild ist auch deshalb trügerisch, weil es in der Regel mit einem falschen Verständnis von Subsidiarität assoziiert wird, wonach der ÖGD Aufgaben zu erbringen hat, die entweder wegen ihrer ausschließlich hoheitlichen Funktion oder fehlenden Attraktivität vom System der kurativen Medizin nicht oder noch nicht wahrgenommen werden (Brand/ Schmacke 1997). Zukunftsweisend ist allein ein ÖGD, der die Dimension der populationsbezogenen Gesundheitssicherung im Aufgaben- und Blickfeld hat und Subsidiarität aktiv wahrnimmt: sei es, daß bestimmte Aufgaben dauerhaft außerhalb des Systems der Leistungserbringer der Kuration zu erfüllen sind (z.B. die GBE auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene/ z.B. Fortentwicklung von Präventionsstrategien, z.B.

kommunale Gesundheitskonferenzen), sei es, daß Defizite in Prävention, Gesundheitsberatung oder Versorgung solange wahrzunehmen sind, bis das Regelsystem diese Aufgaben qualitätsgesteuert breitenwirksam wahrnimmt. Dies betrifft so verschiedene Bereiche wie kompensatorische Gesundheitshilfen für Obdachlose und die Entwicklung eines funktionalen Verhältnisses von umweltbezogenem Gesundheitsschutz zu einer patientenorientierten Umweltmedizin (Schmacke 1995 a, Pföhler 1996, Schmacke 1995 a).

Public Health als Wissenschaftsdisziplin könnte weitaus stärker als bisher daran mitwirken, den ÖGD auf seinen drei Struktur- und Handlungsebenen problem- und aufgabenbezogen weiterzuentwickeln:

- als Teil der überwiegend kommunal wirkenden Verwaltungsebene
- als Akteur einer interdisziplinär angelegten Fachverwaltung, die dem Stand der Wissenschaft und Technik verpflichtet ist
- als Dienstleistungssystem mit einem immer wieder neu zu bestimmenden Profil an institutionen-, gruppen- und personenbezogenen Aufgaben (Memorandum 1995).

Es fragt sich vor allem, ob unter der Leitidee der Modernisierung der Systeme (Schmacke 1996) Aufgabenverständnis und -zuweisung zwischen GKV und ÖGD - gestützt auf den Wissensfundus der Gesundheitswissenschaften und unter Berücksichtigung der historischen Erfahrungen - neu herausgearbeitet werden kann. Dies betrifft klassische Schnittstellen (z.B. Zahngesundheit zwischen Individual- und Gruppenprophylaxe, z.B. seelische Gesundheit zwischen Nervenarztpraxis und Gemeindepsychiatrie), dies betrifft heute vor allem das Verständnis von Gesundheitsförderung zwischen traditioneller Gesundheitserziehung und kommunalen Netzwerkansätzen. Dabei stehen immer die Fragen konsensualer Zielplanung, der Wirksamkeit wie der Wirtschaftlichkeit im Vordergrund. Vorrangig ist hierbei die Verbesserung des Instrumentariums der Qualitätssicherung der kommunalen Gesundheitsförderung (Schmacke 1995 b, Trojan 1996). Die methodischen Probleme sind – auch noch einmal im Verhältnis zur betrieblichen Gesundheitsförderung - beträchtlich. Angesichts der hohen Bedeutung der Fokussierung von „sick populations“ anstelle von „sick individuals“ (Rose 1985) und des Wissens um die hohe Bedeutung der gesellschaftlichen Strategien der Gesundheitssicherung (Rosenbrock u.a. 1994) muß nicht nur die empirische Basis für diesen Interventionsansatz verbessert werden; notwendig bleibt wohl auch das fortwährende politische Ringen um die Akzeptanz der nicht-medizinzentrierten Handlungsfelder.

Derartige Akzeptanz kann der ÖGD, so die These, vor allem über folgende Ansätze erzielen:

- Interdisziplinarität und Bevölkerungsbezug der Arbeit müssen gegenüber Kooperationspartnern und Politik glaubhaft unter Beweis gestellt werden, um dem immer wieder auftauchenden Reflex „Gesundheit ist Sache der Medizin“ entgegenzuwirken.
- Gesundheitsberichterstattung durch den kommunal operierenden ÖGD ist als Teil von regionaler Gesundheitsplanung zu entwickeln; sie zielt im Gegensatz zu wissenschaftli-

cher Expertise auf die Gestaltung gesunder Lebensverhältnisse und Förderung gleicher Versorgungsangebote ab und ist dem politischen Diskurs verpflichtet (Brandenburg/Nowak 1994. Hamburger Projektgruppe 1996).

- Die Akteure im ÖGD müssen über ein hohes Maß an extrafunktionaler Kompetenzen in Sachen Politik- und Kooperationsfähigkeit verfügen. Hierzu zählt momentan z.B. auch die Entwicklung einer eigenen Haltung zum Thema Bürgerorientierung öffentlicher Dienstleistungen.
- Vernetzungs- und Kooperationsarbeit gewinnt gerade in dem sogenannten pluralistischen Gesundheitswesen für den ÖGD eine überragende Bedeutung. Der Bogen reicht von anderen Ämtern der Verwaltung (z.B.: Sozial- und Schulamt) über die Kommunalpolitik zu Ärztekammern, kassenärztlichen Vereinigungen und Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen bis hin zu den Medien. Daß die kommunale Ebene gewissermaßen die vergessene Plattform des Herstellens integrierter Gesundheitspolitik ist (von Ferber 1991), und vom ÖGD selber wie von der Politik über weite Strecken nicht entsprechend besetzt worden ist, zeigt eine der zentralen Schwächen unseres heutigen Systems auf.
- Die Arbeitsmethodik der öffentlichen Verwaltung muß Erfordernissen wirksamen Managements angepaßt werden, wobei sich ein klares Bild eines modernisierten öffentlichen Dienstes noch nirgendwo abzeichnet. Mit dem Begriff der neuen Steuerungsmodelle ist noch keine Zauberformel gefunden (Reichard/Wegener 1996), öffentliche Gesundheit ist zudem keine marktgängige Ware. Gleichwohl liefern die angloamerikanischen Erfahrungen mit New Public Management (Oppen 1996) beachtenswerte Hinweise auf eine transparentere und insgesamt schlicht professionellere Arbeitsweise.
- Last not least: ein moderner ÖGD muß seine Bezugswissenschaften kennen und den Dialog mit ihnen fördern. Neben den Fächern der Biomedizin samt Arbeits- und Umweltmedizin sind dabei die Sozialwissenschaften - wie eh und je - von zentraler Bedeutung. Der Versuch, die gesundheitsrelevanten Wissenschaftsdisziplinen unter der Leitidee „New Public Health“ in Forschung und Lehre zu bündeln, stellt dabei den jüngsten Versuch dar, auf Querschnittsdenken und Synergiegewinne hinzuwirken. Ein derartiger entwickelter Dialog könnte schon mittelfristig dafür sorgen, daß die Universitäten ihrerseits dem ÖGD als Forum staatlich-kommunalen Handelns im öffentlichen Gesundheitswesen größere Aufmerksamkeit widmen (Schmacke 1997 a).

Public Health als wieder neu etablierte wissenschaftliche Leitidee müßte für alle Felder des Gesundheitssystems die gewissermaßen naive Frage stellen, ob die bestehenden institutionellen Regelungen und Aufgabenzuweisungen den vorrangigen gesundheitlichen Problemlagen angemessen sind. Dies wäre das wissenschaftliche Fundament und Pendant eines innovativen öffentlichen Gesundheitswesens, das sich seiner verfassungsrechtlich gesetzten Wurzeln bewußt wird. Heute ist tatsächlich die Frage, ob *das Prinzip „Öffentliches Gesundheitswesen“* als Teil des demokratischen und sozialen Rechtsstaats eine Zukunftschance hat oder -

was gelegentlich vermutet wird - im Streit um die Budgets für die kurative Medizin und in ordnungspolitischen Glaubenskriegen unterzugehen droht. Dabei dürfte es immer wieder darum gehen, die offenkundigen Mängel in Prävention, Kuration und Rehabilitation so anschaulich zu belegen, daß der erforderliche Einfluß im Politikraum gewonnen werden kann. Daß die Komm-Struktur der Arztpraxen Grenzen aufzeigt, daß die Medizinzentrierung von Prävention problematische Nebenwirkungen erzeugt, daß die Möglichkeiten für Krankheitsbewältigung und soziale Unterstützung nicht ausgeschöpft werden, daß der ÖGD nur von einer positiven Aufgabenbeschreibung und nicht als Verwalter von Restaufgaben eine Zukunftschance hat: all dies ist offenbar bisher wohl doch noch zu sehr Insider-Wissen bzw. im Kampf der Lobbyisten nicht mehrheitsfähig. Public Health sollte das Terrain des öffentlichen Gesundheitswesens stärker besetzen. Forschung kann insbesondere manches dazu beisteuern, daß die strukturellen Leistungen von ÖGD, MDK, Arbeitsverwaltung, Trägern der Rehabilitation und der Selbsthilfe mehr Aufmerksamkeit finden und zielgerichteter fortentwickelt werden. In einer *Mediengesellschaft* stellt sich aber wohl auch permanent die Aufgabe, die Themen wirksamen Gesundheitsschutzes und gleicher Gesundheitsversorgung professionell wie engagiert in die Öffentlichkeit zu transportieren und dies nicht als lästige Aufgabe mißzuverstehen, für die keine Zeit vorhanden wäre. Wenn die „Diagnosen“ in Richtung Defizite unseres Gesundheitssystems stimmen, ist kein Grund zum Resignieren, was die „Therapie“ anbelangt. Public Health wird auch künftig mit dem Problem leben müssen, daß seine Themen prima vista nicht so eingängig sind wie die Leistungsberichte der kurativen Medizin. Hier stellt sich immer wieder die Frage nach der „Anschlußfähigkeit“ von Public Health (von Ferber 1996) an die zentralen Gesundheitsthemen der Zeit. Wenn die Finanzierbarkeit aller gesundheitlichen Dienstleistungen heute auf der Tagesordnung steht, könnte dies auch eine Chance sein, zeitlose Frage von Public Health wieder in das allgemeine Bewußtsein zu heben: „Welches sind die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit?“ (Sagan 1992, Evans u.a. 1994) und vor allem: „Was kann getan werden, um Ungleichheiten in der Gesundheitslage der Bevölkerung zu beeinflussen?“ (Benzeval u.a. 1995)? Vor 25 Jahren hat von Ferber das Prinzip Öffentlichkeit im Kontext der Sozialstaatsdebatte bereits herausgestellt, indem er den *Zusammenhang von Wissen um Gesundheit und staatlicher Verantwortung* folgendermaßen beschrieben hat: „Die Chancen eines Menschen werden verkürzt durch sozialen Zwang: Vorenthalten von Bildungsmöglichkeiten, Verkürzung der Erziehungschancen, Verminderung von Erfolgsaussichten. Im Zusammenhang von Körperlichem mit Seelischem und Sozialem liegt - im Rahmen der durch unser Wissenschaftssystem präformierten Denkgewohnheiten, die Psychisches, Soziales und Biologisches auf getrennten Bahnen apperzipieren - das wesentliche Argument für ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit“ (von Ferber 1971).

Literatur

Beske F, Hübener J: Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Schriftenreihe des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel Bd. 50. Kiel 1996.

- Benzeval M, Judge K, Whitehead M: Tackling Inequalities in Health. An agenda for action. London: King's Fund. 1995.
- Brand H, Schmacke N: Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz F W u.a. (Hg.). Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1997 (i.E.).
- Brandenburg A, Nowak M: Die neue kommunale Gesundheitspolitik. In: Handbuch Kommunale Politik, Juni 1994.
- Braun J, Kettler U, Becker I: Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland. ISAB Berichte aus Forschung und Praxis Nr. 50. Leipzig: ISAB.
- Deppe H.-U: Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen. Frankfurt: VAS, 1996.
- Evans R G, Barer M L, Marmor T R.: Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health and Populations. New York: Walter de Gruyter, 1994.
- Ferber C v: Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit? Archiv f Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1971 (Heft 2): 104-119.
- Ferber C v: Die Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Notwendigkeiten und Perspektiven. Öff. Gesundh.-Wesen 1991; 53: 242-249.
- Ferber C v: Die Perspektive für Public Health zwischen Universität, Gesundheitsverwaltung und gesundheitswissenschaftlicher Praxis. Vortrag anlässlich der DVGE-Tagung in Berlin 02.11.1996 (n.v.).
- Frank J W, Mustard J F: The Determinants of Health from a Historical Perspective. Daedalus 1994; 123: 1-20.
- Hertzman C: The Lifelong Impact of Childhood Experiences: A Population Health Perspective. Daedalus 1994; 123: 167-180.
- Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.): Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf Band 18. Düsseldorf, 1996.
- Memorandum „Public Health an den Universitäten und öffentlicher Gesundheitsdienst“: Perspektiven für die Zusammenarbeit. Gesundheitswesen 1995; 57: 497-498.
- Oppen M: Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen „New Public Health“ und „New Public Management“. Gesundheitswesen 1996; 58: 185-192.
- Pföhler, W: Kommunale Gesundheitspolitik - sozialstaatlicher Auftrag. Gesundheitswesen 1996; 58: 592-595.
- Reichard C, Wegener A: Der deutsche Weg des Produktkatalogs - eine Sackgasse? In: Grömig E, Kampfmann B (Bearb.). Produkte im Mittelpunkt. Städte auf dem Weg zu

- besseren Leistungen. DST-Beiträger zur Kommunalpolitik, Reihe A, Heft 23; Köln 1996, 41-57.
- Rose G: Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 32-38.
- Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B M (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma, 1994.
- Rosenbrock R.: Die Gesetzliche Krankenversicherung - ein Steuerungsmodell am Scheideweg. *Zeitschrift für Sozialreform* 1996; 42: 497-506.
- Sagan L: Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek: Rowohlt, 1992.
- Schmacke N: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und Kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Berichte und Materialien der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf Band 11. Düsseldorf 1995 a.
- Schmacke N: Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung: Zumutung, Unmöglichkeit oder Notwendigkeit? In: Kaupen-Haas H, Rothmaler C (Hg.). Doppelcharakter der Prävention. Sozialhygiene und Public Health Band 3. Frankfurt am Main: Mabuse, 1995 b, 73-95.
- Schmacke N: Gesetzliche Krankenversicherung und öffentlicher Gesundheitsdienst. Entwickelt sich die Kooperation durch die Modernisierung der Systeme? *Die Ersatzkasse* 1996; 76: 131-134.
- Schmacke N: Die Herausforderung des Public-Health-Konzeptes für die Gesundheitsämter. *Z f Gesundheitswiss* 1997 a; 5: 56-62.
- Schmacke N: Gesundheitsförderung durch kommunale Gesundheitszentren. Eine Hommage an George Rosen anlässlich seines 20. Todestages. In: Heinemann H. (Hg.) Gesundheitsförderung. Was wird aus der Ottawa-Charta in zehn Jahren? Frankfurt a.M.: VAS, 1997 b (i.E.).
- Schwartz F W, Busse R: Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* Bd. 23, Hamburg 1994, 149-170.
- Trojan A: Strategien für eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis. *Gesundheitswesen* 1996; 58: 257-265.



Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health

Universität
Bielefeld

Universität
Düsseldorf

Universität
zu Köln

Kommunale Gesundheitspolitik als Gegenstand der Public Health Forschung

Verbundtag 1996

*Universität Bielefeld
für Druck*

Christian von Ferber
Paul Wolters (Hrsg)