

Förderung der Gesundheit, Nutzung des medizinischen Fortschritts und Förderung des Wirtschaftswachstums: Quadratur des Kreises?

Das Gesundheitswesen erscheint in Ländern wie Deutschland als einer der wenigen Hoffnungsträger zur Überwindung der chronischen Massenerwerbslosigkeit und stagnierender Wachstumsmärkte. Aus der Binnenbetrachtung der Debatte um die Zukunftsfestigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heraus ist ein bemerkenswertes Nebeneinander des weithin akzeptierten Dogmas der Beitragssatzstabilität und der Senkung der Lohnnebenkosten einerseits und des Setzens auf den Faktor Wirtschaftsförderung durch gesundheitsdienstliche Leistungen andererseits zu verzeichnen. Auch wenn man in Rechnung stellt, dass Wirtschaftswachstum im Gesundheitsbereich natürlich nicht ausschließlich mit der GKV verbunden sein muss, so sind noch Fragen zu beantworten, ehe man sicher sein kann, wie es um die Belastbarkeit dieses neuen Hoffnungsträgers bestellt ist. Die nachfolgenden Betrachtungen dienen der Absicht, das Wachstumsthema im Zukunftsmarkt Gesundheit einer realistischeren Betrachtung zu unterziehen.

■ Norbert Schmacke

1. Vorbemerkung

Wenn man an Gesundheitsmärkte denkt, so ist nicht nur zu berücksichtigen, wo der Gesetzgeber der Sozialversicherung Zuständigkeiten zugeschrieben hat und wo deren Grenzen liegen, sondern es ist daran zu erinnern, dass sich ausgewiesen und unausgewiesen in fast allen Produktionssektoren gesundheitlich relevante Wertschöpfungs- und Verwertungszusammenhänge nachweisen lassen. Ein verengter Blick auf das kurative Gesundheitswesen verhindert, die tatsächlichen Chancen für Wachstumsprozesse auch nur annähernd korrekt abbilden zu können. Es sei nur an den riesigen Markt der Lebensmittelindustrie erinnert, dessen Bedeutung für Prävention wie Krankheitsentstehung seit jeher enorm gewesen ist. Neuerlich ist der Freizeitbereich an der Schnittstelle zu Prävention und Wellness zu einem expandierenden Sektor geworden, der offenkundig seine Sättigungsgrenzen noch nicht erreicht hat. Und näher an der kurativen Versorgung bemühen sich in einer hart umkämpften Grau-

zone sowohl der Wellness-Bereich wie die so genannten individuellen Gesundheitsleistungen um den Ausbau ihrer Volumina. Die Interferenzen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sind ein stetiger Stein des Anstoßes, wobei häufig verkannt wird, dass individuelle Gesundheitsleistungen immer dann den Leistungskatalog der GKV unmittelbar berühren, wenn Folgediagnostik und -behandlungen angestoßen werden; dies ist vermutlich eher die Regel als die Ausnahme. Es bleibt zunächst festzuhalten, dass der häufig anzutreffende Kurzschluss „Zukunftsmarkt Gesundheit ist gleich Expansion der GKV“ ebenso wenig sachgerecht wie unter der Idee der Expansion gesundheitsbezogener Märkte hilfreich ist.

2. Wirtschaftsfaktoren und Gesundheitsentwicklung

Aus populationsbezogener Sicht (Public Health) lässt sich zeigen, dass für alle gesundheitsrelevanten Wirtschaftsfaktoren fördernde wie schädigende Effekte in Rechnung gestellt werden müssen mit unterschiedlichen Auswirkungen auf Krankheitshäufigkeit, Sterblichkeit und Lebensqualität. Es zeigt sich, dass Expansion aus dieser Sicht per se kein erstrebenswertes Ziel ist, sondern dass es auf die Nutzenbilanzierung ankommt:

Prof. Dr. Norbert Schmacke, Leiter des Stabsbereichs Medizin/AOK Bundesverband

Hinweis: Vorabdruck des gleichnamigen Vortrags in der Dokumentation des Symposiums „Zukunftsmarkt Gesundheit“ vom 6.12.2001 (Veranstalter Bundesministerium für Wirtschaft und Bundesministerium für Gesundheit)

**Tabelle 1: Wirtschaftsfaktoren und Gesundheitsentwicklung
„Klassische Wirtschaftssektoren“**

Klassische Wirtschaftssektoren	Fördernde Effekte auf Gesundheit	Schädigung der Grundlagen von Gesundheit	Effekte auf Krankheit und Sterblichkeit
Industrie, Landwirtschaft, Verkehr, Dienstleistungen	Grundlage und Förderung der sozioökonomischen Entwicklung (Arbeit, Bildung, soziale Sicherheit, Ernährung, Medikamente)	Belastung von Wasser, Boden und Luft, Belastung der Nahrungsmittelkette. Unfälle, Intoxikationen, Lärm. Psychomenteale Belastung. Arbeitslosigkeit	z.B. auf pulmonale Erkrankungen, Allergien/ Asthma, Herz-Kreislauf-erkrankungen, einige Krebserkrankungen, Psychische Erkrankungen/ Sucht

Quelle: eigene Darstellung

2.1. Klassische Wirtschaftsfaktoren

Die Gesundheitschancen einer Bevölkerung hängen vorrangig von der Stabilität der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab. Eine florierende Industrie, Landwirtschaft und ein starker Dienstleistungssektor schaffen die sozioökonomischen Grundlagen für die Entwicklung der Gesundheit: Arbeit, Bildung und soziale Sicherheit finden hier ihr Fundament ebenso wie die Entwicklung versorgungsrelevanter Produkte (beispielsweise Ernährung, Medikamente, technische Produkte des Gesundheitswesens). Sowohl das Entwicklungsniveau der unmittelbaren Produktion wie Kontinuität oder Brüche in diesem Prozess sind umgekehrt verantwortlich für die Schädigung der Grundlagen der Gesundheit: Wasser, Boden und Luft werden belastet, Schadstoffe akkumulieren in der Lebensmittelkette, Arbeits- und Freizeitwelt verursachen Krankheiten und Invalidität. Der fatale Zusammenhang von Arbeitslosigkeit in der Erwerbswelt und Krankheitsrisiken ist das wichtigste Beispiel hierfür. Diese Abhängigkeiten sind unmittelbar auf der Krankheits- und Sterblichkeitsebene nachweisbar, ob man nun an einen direkten Zusammenhang wie bei den Berufskrankheiten denkt oder generell an die Beziehung von Arbeitsbelastung und Morbidität. In allen demokratischen Gesellschaften führen diese unvermeidlichen Antagonismen zu Aushandlungsprozessen in den Feldern der Arbeits-, Gesundheits- und Sozialpolitik. Letztlich lässt sich der Konflikt auch bis in die tagespoliti-

Entwicklung geworden. Weniger klar wird in der Regel gesehen, in welchem hohem Maß ein Versorgungssystem mit leichter Erreichbarkeit für die Mehrheit der Bevölkerung zum sozialen Frieden beiträgt. Es erscheint zunächst einmal fast bemüht, auf die gesundheitsfördernden Effekte der medizinischen Versorgung hinzuweisen, weil sich dies von selbst zu verstehen scheint. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Früherkennung, Prävention, Heilung, Rehabilitation und verlässliche Begleitung von Kranken immer nur anteilig dem professionellen Medizinsystem zuzurechnen sind und dass vielmehr Effekte wie Spontanverläufe von Erkrankungen und soziale Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit nach wie vor relevant sind. Insbesondere im Falle der primären Prävention wird der Einfluss der Medizin (jenseits des Paradebeispiels der Impfungen) deutlich überschätzt; auch bei der gern mit der Primärprävention verwechselten Früherkennung von Krankheiten stehen gesicherte gesundheitsfördernde Wirkungen (Beispiel: Abnahme der Häufigkeit von Gebärmutterhalskrebs) und ungesicherte Ergeb-

schen Kontroversen um die Effekte der Sozialversicherung auf das Wirtschaftswachstum hinein verfolgen.

2.2. Wirtschaftsfaktor Kurative Medizin

In reichen Gesellschaften wie Deutschland ist das entwickelte Krankenversorgungssystem ein wichtiger Pfeiler der Beschäftigung und der industriell-technischen

Tabelle 2: Wirtschaftsfaktoren und Gesundheitsentwicklung – „Kurative Medizin“

Wirtschaftsfaktor Kurative Medizin	Gesundheitsförderung durch die Medizin	Schädigung der Gesundheit durch die Medizin	Effekte auf Lebenserwartung und Lebensqualität
Beschäftigung unmittelbare Produkte und Leistungen indirekt: sozialer Frieden	Heilung im eigentlichen Sinne (anteilig) Rehabilitation (anteilig) primäre Prävention (anteilig) Früherkennung (anteilig) psychosoziale Unterstützung (anteilig)	iatrogene Krankheiten unerwünschte Wirkungen Fehlversorgung Medikalisierung psychischer und sozialer Konflikte Fehlallokation von Ressourcen bei Fehl- und Überversorgung zu Lasten gesundheitsfördernder Ansätze	Beitrag zur Verlängerung der Lebenserwartung Beitrag zur Lebensqualität

Quelle: eigene Darstellung

nisse (Beispiel: PSA-Test als so genannte Früherkennung auf Prostatakrebs) nebeneinander. Tabuisiert wird gern die Tatsache, dass es nicht nur kein Heilmittel ohne Nebenwirkungen gibt, sondern dass es eines aufwändigen Systems der Qualitätssicherung bedarf, um die Leistungsfähigkeit der Medizin nicht durch unnötig viele iatrogene (durch die Medizin selber ausgelöste) Erkrankungen zu entkräften. Es ist schließlich eine unauflösbare Paradoxie, dass breit entwickelte kurative Versorgungssysteme sich durch eine systematische Medikalisierung psychischer und sozialer Konfliktlagen auszeichnen und dass es auch dadurch in Forschung und Praxis fast durchgängig zu Fehlallokationen gesellschaftlicher Ressourcen zu Lasten gesundheitsfördernder Ansätze kommt. So wird man genau beobachten müssen, welche „Nebenwirkungen“ die heutige dem ersten Anschein nach ausgesprochen einseitige Förderung der Molekularbiologie im Sinne von Verdrängung anderer gleich bedeutender Forschungs- und Interventionsansätze im Gesundheitswesen haben wird. Anders betrachtet wird sich die Zukunftsfestigkeit des Krankenversorgungssystems nicht zuletzt dadurch zeigen müssen, dass neue Lösungen für die Probleme der Multimorbidität und der intersektoral zu organisierenden Unterstützungsbedarfe für alte Menschen gefunden werden müssen. Hiervon hängt in hohem Maß nicht nur die Lebensqualität der betroffenen Bevölkerungsgruppen sondern auch die Perspektive ihrer professionellen und Laienhelferinnen und -helfer ab.

2.3. Wirtschaftsfaktor Primäre Prävention und Public Health

Für populationsbezogene Ansätze, die der primären Prävention dienen, gilt nun in der Regel die umgekehrte Vermutung wie für die kurative Medizin: es ist nicht selbstverständlich, öffentliche Gesundheit in diesem Verständnis als eigenständigen Wirtschaftsfaktor zu begreifen; in Zeiten zurückgefahrterer öffentlicher Haushalte gilt sie eher als ökonomischer Negativposten. Man muss vielleicht wieder öfter an die enormen wirtschaftlichen Effekte erinnern, die im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert durch die Sanierung der Industriestädte erzielt wurden. Hier trafen sich unter der Leitidee der Hygienisierung der Lebenswel-

ten präventive, medizinische und städtebaulich-ökonomische Ansätze. Und hiervon profitierte letztendlich in schwer zu bezifferndem Umfang der Prozess der Industrialisierung selber: die Entfaltung der Industrieregionen wäre ohne diesen Hygienefeldzug schlicht nicht denkbar gewesen.

Auch die heutige Umwelthygiene (so Luftreinhaltung, Lärminderung, Altlastensanierung, generell: Begrenzung anthropogener Schadstoffe) ist – unbeschadet der komplizierten Kosten-Nutzen-Berechnungen – in dieser Tradition als Investition in die Grundlagen erfolgreichen Produzierens gesellschaftlicher Werte zu betrachten.

Neben klassischen hygienischen Präventionsansätzen haben sich am Beispiel der Aids-Prävention sozialwissenschaftlich begründete Konzepte – in den reichen Industrienationen, die entsprechend investieren konnten – als wirksam erwiesen und den befürchteten Einbruch des „human Capitals“ durch eine Aids-Epidemie verhindern können. Die WHO weist seit langem darauf hin, dass der sozialen Prävention mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, um der von sozialer Benachteiligung ausgehenden „Social Toxicity“ genau so mit Gesundheitskampagnen zu begegnen wie dies bei der mikrobiologisch und chemisch vermittelten Toxizität notwendig war und ist. Weil hier nur übergreifende gesellschaftliche Ansätze wirksam sein können, die v.a. Erziehung, Bildung und soziale Sicherung umfassen müssen, haben es entsprechend komplexe Präventionsansätze extrem schwer, in der Welt der Gesundheitspolitik Fuß zu fassen.

Tabelle 3: Wirtschaftsfaktoren und Gesundheitsentwicklung „Primäre Prävention und Public Health“

Wirtschaftsfaktor öffentliche Gesundheit/ Public Health	Gesundheitsförderung durch Public Health	Schädigung der Gesundheit durch Public Health-Maßnahmen	Effekte auf Krankheitshäufigkeiten
Sanierung der Industriestädte Voraussetzung für Industrialisierung	Gesundheitsförderung (GF) als Kernauftrag (von klassischen hygienischen Maßnahmen bis zu modernen Setting-Ansätzen)	Unnötige Eingriffe und Verängstigung durch nicht-indiziertes Screening	Klassische Hygiene: präventive Wirkung z.T. gut gesichert
Moderne Umwelt-Hygiene (z.B. Luftreinhaltpläne)		Moralisierende Varianten- und Healthismus mit engen Bezügen zur Medikalisierung	Gesundheitsschutz z.T. gut gesichert, wirksam auch als kulturelle Norm (z.B. Vorsorgeprinzip)
Lärminderungspläne			Umwelthygiene: bei Allergien und Asthma präventive Wirkung gesichert, bei anderen Erkrankungen Co-Faktor der Prävention
Sanierung von Altlasten und kontaminierten Standorten			
Soziale Prävention (Focus: social toxicity)			
Sozialer Friede (z.B. Risikokommunikation)			Soziale Prävention: Querschnittsfunktion von hoher Bedeutung

Quelle: eigene Darstellung

Bevölkerungsbezogene Präventionsansätze müssen genau so wie medizinische Interventionen evaluierbar sein und Ergebnisse vorzeigen können: auch hier sowohl im Sinne von verantwortbarem Ressourceneinsatz wie der Reduzierung „unerwünschter“ Nebenwirkungen durch nicht fachgerechtes oder nicht-indiziertes Handeln. Hierbei ist interessant, dass die „Healthismus“ genannte überwertige Wahrnehmung von gesundheitlichen Problemen im individuellen Alltag in der Risikofaktorenmedizin einen dankbaren Partner gefunden hat; es finden erhebliche Ausstrahlungen aus dem Werben um gesunde Lebensstile in die Sprechstundenmedizin hinein statt. Verhaltens- wie Verhältnisprävention haben alles in allem von den klassischen Hygieneansätzen bis zu komplexen Ansätzen der Verhaltensmodifikation von Bevölkerungsgruppen und Communities jedenfalls direkte Effekte auf Krankheitshäufigkeiten; diese stehen somit – ebenso wie dies für die kurative Medizin gezeigt worden ist – für einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor in der Gesellschaft.

3. Zur Steuerung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Für die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland gilt ebenso wie für primär steuerfinanzierte Dienste wie den National Health Service in Großbritannien, dass ganz unabhängig von der Debatte um die Expansionskräfte im Medizinbetrieb mindestens vier Fragen beantwortet werden müssen:

- Sind Innovationen relevant für die Patientenversorgung?
- Werden Innovationen additiv oder substitutiv zu vorhandenen Leistungen eingesetzt?
- Liegen Aussagen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis neuer Verfahren vor?
- Liegen Aussagen zum Nutzen-Schaden-Verhältnis neuer Verfahren vor?

Die professionelle, internationalen Standards folgende, transparente wie sozialgerichtsfeste Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist aus diesen Gründen ein unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens – und wird es in Zukunft noch weit stärker sein als heute. Sowohl die primär aus der klinischen Medizin kommende Evidence based Medicine (EbM) als auch die Instrumente des Health Technology Assessment (HTA) liefern die Grundlage für den eigentlichen Bewertungsprozess, der in Deutschland den Bundesausschüssen vom Gesetzgeber überantwortet worden ist. Auch Länder mit völlig anderem Aufbau des Gesundheitswesens verwenden dieselben Kerninstrumente und methodischen Ansätze. Hierfür gibt es viele Gründe. Drei wichtige dürften sein:

- Das Gesundheitswesen darf aus humanitären Gründen nicht reinen Marktgesetzen ausgesetzt werden.
- Die Sicherheit der medizinischen Versorgung erfordert Qualitäts- und Schutzregeln spezifischer Art.
- Es gibt keine eindeutigen Grenzen für einen gewisser-

maßen wissenschaftlich begründbaren Bedarf an Dienstleistungen in der Medizin.

Übergeordnet müsste eigentlich noch hinzugefügt werden: die immer endlichen Ressourcen unterliegen de facto einer harten Konkurrenz zwischen verschiedenen gesundheitlich relevanten Bereichen: Investition in Gesundheit findet ganz wesentlich auch in den Bereichen Erziehung, Bildung, Arbeit und soziale Sicherung statt, obwohl das von der so genannten Gesundheitspolitik nicht immer mit der notwendigen Schärfe wahrgenommen wird.

4. Überforderung der Futurologie

Die verständliche Frage nach den entscheidenden Zukunftsfeldern für den Markt Gesundheit ist seriös kaum beantwortbar, zumindest sind angesichts der Vielzahl an gesundheitlich relevanten Einflüssen alle linearen Projektionen hoch fragwürdig. Es lassen sich vielleicht dennoch einige Trendaussagen treffen:

- Der Bedarf an pflegerischen, betreuenden und beratenden Dienstleistungen wird deutlich wachsen. Dies erklärt sich durch den Wandel des Krankheitspanoramas in Richtung chronischer Erkrankungen, durch den Altersumbau der Gesellschaft und die Abnahme der Bedeutung der primären sozialen Netzwerke.
- Die Nachfrage nach Qualitätsmanagement im professionellen System einschließlich einer besseren Berücksichtigung der Patienten- und Laienperspektive wird weiter zunehmen. Dies könnte erhebliche Auswirkungen auf die ohnehin hoch besetzten Felder der Informationsaufbereitung und -vermittlung, Vernetzung von Angeboten und systematischere Erfassung wie Auswertung von Leistungen haben; und es können hieraus ausgesprochen personalintensive Bereiche der Zukunft entstehen.
- High Tech-Ansätze wie Fortentwicklung bildgebender und endoskopischer Verfahren, Erfindung relevanter Hilfsmittel, Innovationen im Arzneimittelsektor und sicher auch Investitionen in den Hoffnungsträger Gentechnologie werden ein wichtiges und vermutlich auch stark expandierendes Feld bleiben bzw. werden.

Man muss aber gerade im Rückblick auf die Prognosen der letzten Jahrzehnte in allen wichtigen gesellschaftlichen Bereichen (Energie ist das Paradebeispiel) extrem zurückhaltend sein, um aus derartigen Einschätzungen stabile Trends ableiten zu wollen. Wann hat, provokativ gefragt, die Futurologie je verlässliche Prognosen geliefert?

5. Zur Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts

Die Entwicklungspotenziale der geschilderten Bereiche führen immer wieder zu der berühmten bängigen Frage an und durch die Politik: ist das Gesundheitswesen morgen und übermorgen noch finanzierbar? Niemand kann ausschließen, dass Sprunginnovationen tatsächlich erhebliche Finanzierungsprobleme aufwerfen könnten, niemand weiß, wie sich die Ent-

wicklung des Bruttoinlandprodukts entwickelt. Aber: hinter den ängstlichen Fragen stecken häufig Fehlannahmen, die durch folgende Einschätzungen korrigiert werden können:

- Das Katastrophenszenario „Überalterung der Gesellschaft führt zur Überforderung der GKV“ ist empirisch nicht unterlegt.
- Eine wirkliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahrzehnten nicht stattgefunden.
- Auch grundlegende Leistungsausweitungen sind gerade auf Grund von Preiselastizitäten und wachsendem Produktivvermögen immer überraschend schnell flächendeckend finanzierbar gewesen; man denke an die Dialyse, die sich in Deutschland zudem in ihrer teuren Varianten der Hämodialyse durchsetzen konnte.
- Substitutionspotenziale sind bei Einführung neuer Methoden herkömmlich nicht ausreichend ausgeschöpft worden und stehen im Prinzip zur Verfügung.
- Es gibt keine natürliche Grenze für die Investitionen in die GKV. Die Definition von Leistungen kann und sollte als Prozess der demokratischen Willensbildung verstanden werden.
- Auf Dauer werden vermutlich Verbesserungen auf der Einnahmeseite der GKV jenseits der jetzigen Form der Bemessung am Wachstum der Lohneinkommen erreichbar sein. Auch weitere Einnahmequellen sind erschließbar.

Am Ende dieser Betrachtung sei nochmals eine provokative Frage gestellt: welche Gesellschaften sollten denn – grundsätzlich besser als Deutschland – in der Lage sein, die fraglos vorhandenen ökonomischen Herausforderungen der Krankenversicherung zu meistern?

6. Wie sind die Herausforderungen der chronischen Volkskrankheiten zu bewältigen?

Ein modernes medizinisches Versorgungssystem erschließt sich nur durch mehrdimensionale Ansätze. So können die großen Volkskrankheiten wie der Diabetes mellitus entgegen aller düsteren Prognosen durch eine intelligente Vernetzung verschiedener Interventionsansätze erfolgreich „behandelt“ werden: Präventionsstrategien müssen dafür freilich auch bevölkerungsbezogene Elemente aufnehmen und sich nicht im „Bekämpfen“ der so genannten Non-Compliance der Kranken erschöpfen. Rationale Arzneimitteltherapie auf dem Boden hochwertiger Langzeitstudien wie moderne Patientenschulung und „informed decision making“ sind keine Zauberei.

Diese positive Betrachtung gilt auch für ein Krankheitsbild wie die Demenz vom Alzheimer-Typ, die oft fast als Horror der Zukunft an die Wand gemalt wird. Auch hier lassen sich ungenutzte Präventionsansätze aufzeigen, erste Schritttinnovationen im Arzneimittelbereich (wenn auch in ihrem Nutzen überschätzt) liegen vor, die Betreuungsnetze können und müssen stabilisiert werden, Hausarztzentrierung und gezielte Nutzung von geriatrischem Know-how (Assessment/ Konsile) können in guter Kombination mit

erforderlichem spezialärztlichem Wissen die medizinischen und psychosozialen Folgeprobleme häufig gut behandeln.

Die beiden Beispiele werden bewusst herausgegriffen, um zu zeigen, dass die Zukunftsfestigkeit des Gesundheitswesens sich natürlich nicht allein daran festmachen lässt, ob spektakuläre Forschungsergebnisse und aufregende technische Innovationen präsentiert werden können. Gerade für die bedeutsamen Krankheitsbilder, die im Alter zudem noch häufig kombiniert auftreten, brauchen wir so rasch wie möglich das, was im Englischen „Evidence Based Health Care“ genannt wird: ein lebhaftes Ineinandergreifen von hochklassiger, einstweilen stiefmütterlich vernachlässigter Versorgungsforschung und darauf fußender Reformschritte.

7. Wo findet der Zukunftsmarkt Gesundheit statt?

Gesundheit in einer hoch entwickelten (post-)industriellen Welt (wie immer hilflos die aus globaler Perspektive superreichen Nationen genannt werden) wird auf ganz verschiedenen Märkten produziert. Dies soll abschließend vereinfacht wie folgt dargestellt werden:

- In der unmittelbaren Produktion: Arbeitslosigkeit und soziale Benachteiligung sind epochenüberdauernd die entscheidenden Prädiktoren für Krankheitslast und unausgeschöpfte Gesundheitspotenziale.
- In den verschiedenen Lebenswelten und Communities: das, was die Sozialwissenschaften Selbstwirksamkeit oder salutogen Potenziale nennen und sich in erheblichem Umfang mit primärer Prävention überschneidet, all diese Ansätze sind keine fixen sondern in bestimmtem Umfang gestaltbare Größen. Hierfür mögen stellvertretend die Begriffe primäre soziale Netze, gesunde Schule, betriebliche Gesundheitsförderung und Kultur stehen.
- In allen Feldern der medizinischen Versorgung und Forschung: hier greifen Einflüsse der sekundären und tertiären Prävention, qualitätsgesicherte Kuration wie Rehabilitation und Pflege. Die Rolle der psychosozialen Dienste wird dabei weiter an Bedeutung gewinnen.

Die Botschaft lautet: Der Zukunftsmarkt Gesundheit entsteht in der Kombination der skizzierten Ansätze. Eine ressortübergreifende und breite gesellschaftliche Debatte über Konkretisierungsschritte muss immer wieder den Blick sowohl auf Chancen als auch auf Risiken dieses hochspeziellen Marktes öffnen. Das Überbetonen einzelner Hoffnungsträger wird demgegenüber enttäuschen. Gesundheitspolitik ist zudem gut beraten, darauf zu achten, wie unterschiedlich die verschiedenen Lobbyisten ausgerüstet sind, wenn sie in die Arena treten und ihren Beitrag an der Entwicklung einer gesunden Zukunft reklamieren.

Literatur

- Ashton J. Sanitarian becomes ecologist: the new environmental health. British Medical Journal 302:189-190; 1991.

- Benzeval M et al (eds.). Tackling Inequalities in Health. An Agenda for Action. London: King's Fund 1995
- Bryant J et al. Clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine and galantamine for Alzheimer's disease: a rapid and systematic review. Health Technology Assessment 2001; 5: 1-137
- Egger B, Hoberg R, Schmacke N. Substitution oder Addition: Wie ist die Einführung neuer Leistungen zu steuern? MDK-Forum 3/4/2001: 12-18
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR (eds.). Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine De Gruyter 1994
- Institute of Medicine. To Err Is Human. Building a Safer Health System. Linda Kohn, Janet Corrigan and Molla Donaklson (eds., Committee on Quality of Health care in America). Washington, D.C.: National Academy Press 1999
- Klauber J, Schröder H, Selke GW (Hrsg.). Innovationen im Arzneimittelmarkt. Berlin: Springer 2000
- Kühn H. Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. Berlin: Edition Sigma 1993
- Labisch A. Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M.: Campus 1992
- McKinlay J B et al. A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. International Journal of Health Services 1989; 19: 181-208
- Muir Gray, JA. Evidence based health care. London: Churchill Livingstone 1997
- Newcomer RJ, Fox PJ, Harrington CA. Health and long-term care for people with Alzheimer's disease and related dementias: policy research issues. Aging and Mental Health 2001; 5 Supplement 1 (2): 124-137
- Nefiodow L A. Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Sankt Augustin: Rhein-Sieg Verlag, 2000 (4. Auflage)
- Peters R. The prevention of dementia. Journal of Cardiovascular Risk 2001; 8: 253-256
- Reiser J. The Era of the Patient. Journal of the American Medical Association 1993; 269: 1012-17
- Rosenbrock R. Aids kann schneller besiegt werden. Hamburg: VSA-Verlag 1987
- Rosenbrock R, Kühn, H Köhler BM (Hrsg.). Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Berlin: Edition Sigma 1994
- Schmacke N. Innovation: Semantik und soziale Dimensionen eines Leitbegriffs (2002 i.E.)
- Schmacke N. Die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 35 (Leitlinien). Hamburg: Argument Verlag 2001, 72-84
- Schmacke N. Die Besetzung der Gesundheit durch die Medizin. In: Koppelin F u.a. (Hrsg.). Die Kontroverse um die Brustkrebs-Früherkennung. Bern: Huber Verlag 2001, 91-108
- Schmacke N. Individualisierung der Prävention. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A 1237-1238
- Schmacke N. Ärzte oder Wunderheiler. Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens. Opladen: Westdeutscher Verlag 1997
- Silagy C, Haines A. Evidence Based Practice in Primary Care. London: BMJ Books 1998
- Tuomilehto J et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. New England Journal of Medicine. 2001; 344: 1343-50.
- WHO; Health and Environment in Sustainable Development. WHO, Geneva, (1997)