

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1992) : Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe, In: Rainer Müller, Michael F. Schuntermann (Ed.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag: zum Gedenken an Alfred Schmidt, ISBN 3-7663-2298-2, Bund-Verlag, Köln, pp. 151-173

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/111928>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Rolf Rosenbrock

7. Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe

Inhaltsübersicht	Rn.
1. Zielbestimmung	1– 4
2. Wirkungsfelder	5–10
3. Interventionsformen	11–20
4. Hinderungsgründe	21–39
5. Aussichten	40–45
Literatur	

1. Zielbestimmung

»Ohne Frieden und soziale Gerechtigkeit, ohne ein ausreichendes Nahrungsangebot, gesicherte Wasserversorgung, ohne Bildungsmöglichkeiten und zumutbare Wohnverhältnisse und ohne die Möglichkeit, für jeden Bürger eine sinnreiche Aufgabe in der Gesellschaft zu übernehmen und über ein angemessenes Einkommen zu verfügen, kann das Postulat Gesundheit als öffentliches Gut nicht erfüllt werden, kann es kein echtes Wachstum und keine gesellschaftliche Weiterentwicklung geben« (vgl. *WHO* 1985). **1**

Aber auch wenn alle diese Voraussetzungen für Gesundheit gegeben wären oder als Ziele obenan auf der Agenda der politischen Akteure stünden, würden Behinderung, Krankheit, Leid und vorzeitiger Tod nicht verschwinden. Krankheit ist auch Schicksal, und Präventionspolitik hat die Aufgabe, Wahrscheinlichkeiten des Eintritts dieses Schicksals zu senken und damit einen Beitrag zur Verminderung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod zu leisten: Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Funktionseinbußen, die über das normale Maß der Alterung hinausgehen, sollen soweit wie praktisch möglich und ethisch zulässig verhütet werden, im Falle ihres Eintretens nicht nur physisch bekämpft, sondern auch subjektiv-individuell im Sinne höherer Autonomie und Lebensqualität verarbeitet werden können. Eine Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdienen würde, hätte dann hinsichtlich von Prävention und Gesundheitsförderung die Aufgabe, die materiellen, qualifikatorischen und rechtlichen Vor- **2**

aussetzungen dafür zu schaffen, daß die je individuellen und kollektiven Bedingungen und Voraussetzungen von Gesundheit soweit wie möglich erhalten bleiben bzw. sich entfalten können. Eine solche Gesundheitspolitik enthielte Antworten auf die in der ›Ottawa-Charter for Health Promotion‹ der WHO genannten, drei unbeantworteten Herausforderungen gegenwärtiger Gesundheitspolitik (vgl. *Conrad/Kickbusch* 1988, S. 142 ff.):

- bestehende erhebliche Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung für unterschiedliche soziale Gruppen als gesundheitspolitisches Problem anzuerkennen und zu bearbeiten,
 - präventive Anstrengungen zu vermehren,
 - die Fähigkeit der Menschen zu stärken, mit ihren Problemen von Gesundheit und Krankheit selbstverantwortlicher und kompetenter umzugehen und ihre persönliche Umwelt und ihr Verhalten gesundheitsgerechter zu gestalten und sich darin gegenseitig und auf politischer Ebene zu unterstützen.
- 3 Das fast schon ehrwürdige WHO-Ideal von Gesundheit als physischem und sozialem Wohlbefinden wird unter diesem Blickwinkel eine nach oben hin offene Utopie, die im Maße der Entwicklung von Wissen, Ressourcen und Gesellschaft schrittweise konkretisiert und operationalisiert werden kann, eine Art richtunggebender Navigationspunkt.
- 4 Unter Berücksichtigung dieses Navigationspunktes läßt sich – zumindest grob – eine soziale Landkarte von Gesundheitsrisiken skizzieren, die kartographische Abbildung folgt dabei dem Axiom der Epidemiologie, nach dem Krankheiten nicht zufällig in menschlichen Populationen verteilt sind. Sie folgen Gradienten der Zeit, des Raums, der Charakteristik von Personen und Gemeinden. Die Unterschiede sind Folge einer unterschiedlichen Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken. Eine dieser Logik folgende Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung existiert flächendeckend nirgendwo in der Welt, in der Bundesrepublik aber noch viel weniger als in anderen Staaten (zum gegenwärtigen Stand vgl. *Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung* 1990; *Thiele/Trojan* 1990; als bislang anspruchsvollsten Umsetzungsversuch in der BRD: *MAGS des Landes NRW*, Gesundheitsreport NRW 1990). Dieses Defizit hat historische Gründe, die vor allem mit der Ausrottung des Fachs Sozialepidemiologie in Deutschland durch die Nazis zu tun haben (vgl. *Leibfried/Tennstedt* 1980). Daß erst seit wenigen Jahren aussichtsreiche Initiativen entstanden sind, auch in der Bundesrepublik ›Schools of Public Health‹ zu gründen, stellt den Versuch dar, dieses Defizit aufzuholen (vgl. *Laaser u.a.* 1990). Mit den ersten Jahresberichten des *Sachverständigenrates der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen* seit 1987 (Jahresgutachten 1987 ff.), mit dem Endbericht der *Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages* (BT-Drucks. 11/6380), mit dem von den Kassenärzten finanzierten Projekt (1990) »Priori-

täre Gesundheitsziele« (*Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele* 1990), mit den allerdings noch immer sehr unklaren Diskussionen über eine institutionalisierte Gesundheitsberichterstattung für die Bundesrepublik, vor allem mit einer Vielzahl von regionalen Ansätzen (z.B. *Viefhues* 1989; vgl. auch die vom *Verf.* entwickelte Reformoption »Prävention im Aufgabenkreis der GKV«, in Endbericht der *Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages*, BT-Drucks. 11/6380, S. 34 ff.) sind freilich Schritte zu erkennen, die dieses Defizit kleiner werden lassen können.

2. Wirkungsfelder

Aber auch schon die für die Bundesrepublik höchst lückenhaften Befunde aus Sozialepidemiologie, Sozialmedizin und Belastungsforschung ergeben ein eindringliches Bild von der **Notwendigkeit der Prävention**. Bei noch langsam steigender Lebenserwartung wird das Krankheits- und Sterbe geschehen in der Bundesrepublik Deutschland von wenigen, meist chronisch verlaufenden Krankheiten beherrscht. Diese Krankheiten nehmen damit den Rang von Volksseuchen ein. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzino me, nicht entzündliches Rheuma, chronische Bronchitis, einige Erkran kungen des Magen-Darm-Trakts und der Leber, der Diabetes mellitus so wie Süchte und psychisch manifestierte Leiden erklären über drei Viertel sowohl des Krankheits- als auch des Sterbe geschehens in den industriali sierten Ländern (vgl. *Labisch*, AS 113/1984 S. 13 ff.). Die Dimensionen des Problems werden durch Berechnungen sichtbar, nach denen zum Beispiel im Jahr 1975 in der Bundesrepublik über 9 Millionen Lebensjahre durch »vorzeitigen Tod« verloren gingen (vgl. *Geißler* 1979). Wiederholte Hoch rechnungen der Bundesanstalt für Arbeit ergaben zum Beispiel, daß von den männlichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Bundes republik nur ca. ein Drittel halbwegs gesund das Rentenalter erreicht. Je ca. ein Drittel stirbt vorher oder muß – ganz überwiegend wegen der ge nannten chronischen Erkrankungen – vorzeitig berentet werden (vgl. *Bloß*, MittAB 1979, S. 166 ff.; *Bloß/Hoffmann*, MittAB 1982, S. 450 ff.; vgl. auch Endbericht der *Enquete-Kommission*, BT-Drucks. 11/6380, S. 22 f.). Zur Veranschaulichung: Von 100 Bewohnern der Bundesrepublik Deutschland fühlen sich täglich 15 Menschen krank, davon sind zwei Drittel chronisch krank. Die Verbreitung der chronisch und überwiegend degenerativ verlaufenden Krankheiten nimmt zu und erfaßt auch zuneh mend jüngere Altersgruppen (*Kern*, Wista 1989, S. 104 ff.).

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und End punkt haben diese Krankheiten in epidemiologischer und damit für die Gesundheitspolitik maßgeblicher Perspektive drei gemeinsame Merk male:

- 7 1. Sie können mit den Mitteln der Medizin durchweg weder verhindert noch geheilt werden. Auch eine Vervielfachung kurativ-medizinischer Bemühungen einschließlich der Vorverlegung medizinischer Intervention durch Krankheitsfrüherkennung würde hieran, epidemiologisch gesehen, insgesamt nicht allzuviel ändern. Es müssen also gleichgewichtig nicht-medizinische Strategien einbezogen werden (vgl. *McKeown* 1982). Dafür spricht auch die historische Erfahrung: Zumindest seit der Industrialisierung wurden alle großen Volkskrankheiten, zeitlich zuerst und in der Wirksamkeit überlegen, nicht mit den Mitteln der naturwissenschaftlichen Medizin, sondern durch Primärprävention überwunden. Das waren Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen, der Entlohnung, den Wohnverhältnissen, in der Ernährung und in der Bildung – und damit dann auch Veränderungen im Verhalten.

Die Sterblichkeit an der größten europäischen Seuche des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, der Tuberkulose, war bereits auf weit unter die Hälfte ihres Spitzenwertes gefallen, als um 1880 der Erreger entdeckt wurde. Als schließlich – mehr als 60 Jahre später – eine wirksame Chemotherapie gefunden wurde, war die Sterblichkeit als Erfolg der Prävention um weitere drei Viertel gefallen, auf ungefähr ein Achtel des Ausgangswertes. Als die naturwissenschaftliche Medizin mit den ihr eigenen Instrumenten der Immunisierung und Therapie eingriff, konnte sie diesen Erfolg dann befestigen und sichern (ebenda).

Im Umgang mit der epidemiologisch relativ kleinen, neu aufgetretenen Infektionskrankheit Aids sind wir in bezug auf die Prävention gegenwärtig Zeugen einer möglichen, modernen Wiederholung dieser Erfolge: Prävention ist weltweit dort am erfolgreichsten, wo sie auf nicht repressiver lebensformbejahender und lebensweisestützender Verhaltensbeeinflussung in den und durch die jeweiligen Subkulturen bei gleichzeitigen Integrationsbemühungen um die überwiegend randständigen Betroffenengruppen beruht (vgl. *Rosenbrock* 1987; *Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages*, »Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«, Zwischenbericht, BT-Drucks. 11/3267; Schlußbericht, BT-Drucks. 11/7200).

- 8 2. Der Anfang der meist langen und vielgliedrigen Verursachungsketten der chronischen degenerativen Krankheiten liegt durchweg lange vor dem manifesten Ausbruch der Krankheit. Er liegt ganz oder zum entscheidenden Teil außerhalb des Individuums, in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen, also in politisch gestaltbaren Bereichen (vgl. *Syme* 1991; *Wallack/Winkleby*, *Social Science and Medicine* 8/1987, S. 923 ff.). Eine interdisziplinäre Expertengruppe hat im Auftrage der US-amerikanischen Centers for Disease Control abgeschätzt, durch welche Faktoren in welchem Umfang sich das Sterben vor dem 75. Lebensjahr an den zehn wichtigsten Todesursachen beeinflussen ließe.

Die Biologie einschließlich der Genetik des Menschen bringen es – als vorläufig nicht beeinflussbare Faktoren – auf 20 %, von Medizin und Krankenversorgungssystem ließe sich ein Beitrag von ca. 10 % erwarten. Über 70 % des vorzeitigen Sterbens werden auf Faktoren der Umwelt und der Lebensweise zurückgeführt, also auf jene Bereiche, die das Arbeitsfeld der Präventionspolitik ausmachen (zit. n. *Badura*, Zur Idee von Public Health und ihrer Realisierung in einer »Berliner Hochschule für Gesundheit«, in *Laaser u.a.* 1990, S. 63)

3. Sowohl das Risiko, zu erkranken oder zu sterben, als auch die Möglichkeit, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen, als auch die Chancen, die Krankheit physisch und sozial zu bewältigen, sind sozial ungleich verteilt (vgl. *Hauß u.a.* 1981). Nach einer für die Bundestagsenquete zur Strukturreform der Krankenversicherung durchgeführten Auswertung von Daten aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) geben Personen aus der unteren sozialen Schicht etwa doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand an wie Personen der obersten sozialen Schicht (vgl. Zwischenbericht der *Enquete-Kommission*, BT-Drucks. 11/3267, S. 6–19). Nichts deutet darauf hin, daß sie klagsamer sind als Personen der Oberschicht (vgl. *Abholz* 1981, S. 64 ff.). In Großbritannien lag die Mortalitätsrate in den Jahren 1979 bis 1983 bei ungelerten Arbeitern im Alter zwischen 16 und 64 Jahren doppelt so hoch wie bei Akademikern dieser Altersstufe. Neuere Untersuchungen belegen, daß die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod in Großbritannien wieder und weiter zunimmt (*Whitehead* 1987). Ein 35jähriger Hochschullehrer hat – so eine Untersuchung aus Frankreich – ein im Durchschnitt um fast zehn Jahre längeres Leben vor sich als ein gleichaltriger angelernter Arbeiter (*Desplanques*, Wista 1984, S. 20). Der versicherungsrechtlich weithin gewährleistete formal gleiche Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung hat es nicht vermocht und kann es auch nicht bewirken, daß die Schere der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod sich schließt. 9

Angesichts dieser epidemiologischen Ausgangslage besteht weithin Konsens darüber, daß gesundheitspolitische durchschlagende Erfolge gegen die großen Krankheiten unserer Zeit vor allem durch Intervention vor der Manifestation zu erzielen sind. 10

3. Interventionsformen

Prävention ist also nötig. Aber ist sie auch **möglich**? Zumindest auf der Ebene praktischer Machbarkeit ist diese Frage zu bejahen. In bezug auf den leidigen Begriffsstreit zwischen Verhaltensprävention, Verhältnisprä- 11

vention und Gesundheitsförderung lassen die seit den siebziger Jahren bei uns und im Ausland erzielten Forschungsergebnisse und erworbenen Erfahrungen nur den – freilich nicht sehr griffigen – Schluß zu, daß die Frage, ob Prävention auf die Veränderung gesundheitsrelevanter Arbeits- und Lebensverhältnisse oder auf die Verminderung gesundheitsriskanten Verhaltens der Betroffenen zielen soll, differenziert je nach Krankheit, nach Verursachungsbereich und nach betroffener Population auf Basis von Kriterien der Wirksamkeit und der ethischen Zulässigkeit zu beantworten ist. Also nach den gleichen Entscheidungsregeln, die auch jeder individuellen medizinischen Intervention zugrunde liegen sollten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Vielfalt krankheits-, gruppen- und bereichsspezifischer Strategien, in denen sich in unterschiedlichem Verhältnis Komponenten der Verhältnisänderung und Verhaltensbeeinflussung mischen. Nur selten geht das eine ganz ohne das andere. Faßt man den Begriff ›Lebensweise‹ als subjektive, aber gesellschaftlich vermittelte und damit veränderbare Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster für gesundheitsrelevante Möglichkeiten oder Unmöglichkeiten des Handelns und Sichverhaltens für Individuen und Gruppen, so ist damit das zentrale Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung benannt (*Bergerhoff u.a.* 1989). Im Rahmen dieses Konzepts finden sich erfolglose und erfolgreiche Beispiele sowohl für politische Versuche der Verhaltensbeeinflussung als auch der Verhältnisänderung. Umgekehrt verweisen Untersuchungen über die Mißerfolge regelmäßig auf exogene Ursachen des Scheiterns, nicht aber auf prinzipielle Unmöglichkeiten.

- 12** Zunächst ein Blick auf die **Verhaltensprävention**. Die großen alten Infektionskrankheiten wurden zum erheblichen Teil auch durch Veränderungen der persönlichen Hygiene erreicht – ein klarer Erfolg lebensweisebezogener Verhaltensprävention. Der Sicherheitsgurt beim Autofahren rettet in der Bundesrepublik jährlich 2000 Menschenleben. Entgegen manchen Legenden war er gesellschaftlich akzeptiert und wurde von mehr als der Hälfte der Autofahrer auch benutzt, bevor das Nichttragen mit 40 Mark Bußgeld bestraft wurde. Die damaligen Präventionskampagnen der 60er Jahre wirken für heutige Verhältnisse hinsichtlich ihres Lebensweisebezugs und ihrer Zielgruppenspezifität überraschend modern (vgl. *Vieth* 1988). Das in die Lebenslage eingebettete Programm zur Zahnprophylaxe vor allem in Kindergärten und Schulen in der Schweiz hat dazu geführt, daß in Basel 68 % der Zehnjährigen ein kariesfreies Dauergebiß aufweisen; im Vergleich: in Berlin (West) beträgt die Quote 18 % (vgl. *Georg*, AS 182/1990, S. 65 ff.; Endbericht der *Enquete-Kommission*, BT-Drucks. 11/6380, S. 79 ff.). Auch die dramatischen Verhaltensanpassungen der Hauptbetroffenengruppen im Umkreis von Aids ist hier zu nennen (vgl. *Rosenbrock/Salmen* 1990). Oder auch der Rückgang des Rauchens zum Beispiel in Kanada um ca. 30 % (vgl. *Schwartz*, SF 1987, S. 223). Diese

vermehrten Beispiele zeigen, daß **Verhalten** durch öffentliche Politik in Richtung auf Meidung bzw. Minderung von Gesundheitsrisiken zu beeinflussen ist. Und zwar desto effektiver, je mehr entsprechende Strategien dem Motto der WHO folgen, das da lautet: Make the healthier way the easier choice, je besser also das Verhaltensangebot in die Lebensweise hereinpaßt. Dies ist – mit großen schichtenspezifischen Unterschieden – bei der Ernährung, den Alltagsdrogen (vor allem Alkohol und Zigaretten) und bei der Bewegungsarmut bislang noch nicht ausreichend gelungen.

Aber wer wollte es einer Ehefrau und Mutter von zwei Kindern, die bei geringem Lohn monotone Schichtarbeit verrichtet, täglich eine Stunde aus dem ziemlich anonymen Satellitenviertel zur Arbeit und zurück unterwegs ist und sich nebenher noch um ihre kranke Mutter kümmert, schon glaubwürdig vermitteln, daß sie vor allem dadurch glücklicher und gesünder werden könnte, wenn sie faserreiche Kost zu sich nimmt, am Wochenende joggt, nicht raucht und kaum trinkt? Hier liegen klare Grenzen von Strategien, die isoliert Verhalten beeinflussen wollen (vgl. *Theorell/Rahe*, Journal of Chronic Diseases 1972, S. 139 ff.). Menschen, die ihr Leben unter solchen Belastungen zu organisieren haben, kommen auch regelmäßig nicht in die Kochkurse oder in ein Streßbewältigungstraining, wenn dies von den Krankenkassen oder der Volkshochschule angeboten und beworben wird. Eine – sicher unerwünschte, aber deshalb nicht weniger reale – Wirkung solcher Versuche der Verhaltensbeeinflussung besteht in einem zusätzlichen Verlust an Selbstbewußtsein bei der großen Mehrzahl der Angesprochenen, die diesen Angeboten eben nicht folgen können (vgl. *Ockene u.a.*, Preventive Medicine 1988, S. 224 ff.).

Auf der Seite der **Verhältnisprävention** ist zum einen auf die großen und ehrwürdigen Erfolge der Arbeiterschutzgesetzgebung, der Ernährungs- und Bildungsverbesserung, auf technische Verbesserungen in der Arbeitswelt und Umwelt, auf einen anhaltend hohen Standard von Lebensmittelhygiene und vieles andere mehr zu verweisen. Ein auch schon klassisches Beispiel: Durch das Clean Air Act wurde im Stadtgebiet von London Anfang der 50er Jahre die offene Verfeuerung verboten. Die Mortalität an chronischer Bronchitis sank daraufhin innerhalb von zehn Jahren um ein Drittel, nach zwanzig Jahren war sie auf ca. die Hälfte abgesunken (vgl. *Abholz u.a.*, AS 64/1981, S. 52 ff.). Es findet sehr viel mehr Verhältnisprävention statt, als jene anzunehmen scheinen, die hinter entsprechenden Projekten beständig subversive Absichten vermuten. Aber es wäre eben noch viel mehr möglich als das, was geschieht. Von einer »healthy public policy«, also von einer öffentlichen Politik, die die Gesundheitsverträglichkeit ihrer Maßnahmen und Unterlassungen als ressortübergreifenden Querschnittsaspekt berücksichtigt, sind wir sternenweit entfernt (vgl. *Milio* 1981). Die Gesundheit hat keine vergleichbar starke Lobby wie der Individualverkehr, für dessen Entfaltung in den sechziger Jahren die auto-

gerechte Stadt zum Maßstab der Siedlungs- und Urbanitätsentwicklung erhoben wurde. Arbeitsmarktpolitik, Technologiepolitik, Verkehrs- und Bildungspolitik werden nicht auf ihre Gesundheitsverträglichkeit hin untersucht, geschweige denn gestaltet.

- 15 Einer solchen Betrachtung würde es nämlich auch zum gesundheitspolitischen Problem, daß 1989 in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich der »stillen Reserve« über 3 Mill. Menschen arbeitslos waren, 1988 war bereits jeder sechste der registrierten Arbeitslosen länger als zwei Jahre arbeitslos. Vor allem in den östlichen Bundesländern ist für die nächsten Jahre mit seit den zwanziger Jahren hierzulande unbekanntenen Arbeitslosenquoten von 30 % und mehr zu rechnen (*Arbeitsgruppe. Alternative Wirtschaftspolitik* 1990; 1991). Arbeitslosigkeit enturzelt, zerstört das Selbstbewußtsein und nimmt den Menschen Sinn und Rhythmus (vgl. *Land/Viefhues* 1984). Über die epidemiologisch dramatischen Gesundheitsprobleme, die durch Arbeitslosigkeit verursacht werden, gerät allzuoft in Vergessenheit, daß auch die Beschäftigten gesundheitlich längst nicht aus dem Schneider sind: neben einem hohen Sockel klassischer und in erheblichem Umfang vermeidbarer Gesundheitsbelastungen im Arbeitsleben wachsen neuartige, vor allem sozio-psychisch vermittelte Beanspruchungen stark an (*Kammer der Ev. Kirche in Deutschland für soziale Ordnung* 1990). Eine systematische Durchforstung der Arbeitswelt auf vermeidbare Gesundheitsrisiken (vgl. *Arnold/Satzer* 1986), zum Beispiel im Hinblick auf Risikokonstellationen für Streßerkrankungen, aber auch zum Beispiel im Hinblick auf rheumapräventiv gestaltete Arbeitsabläufe, unter anderem im Hinblick auf Sitzen, Heben und Bewegen etc. findet nur unter besonderen betriebspolitischen Bedingungen oder in meist folgenlosen Modellversuchen statt (*Karmaus/Osterholz*, AS 182/1990, S. 22 ff.).
- 16 Der gesundheitsförderlichen Wirkung der in den letzten Jahren in Tarifkämpfen durchgesetzten Verkürzungen der Wochenarbeitszeit (vgl. *Müller* 1985, S. 651 ff.) stehen zahlreiche Belastungen aus neuen flexiblen und zunehmend Schicht- und Wochenendarbeit einbeziehenden Arbeitszeitregimes gegenüber. Die Durchsetzung dieser gesundheitspolitisch zum Teil hoch problematischen Veränderungen zum Teil gegen den Widerstand der Beschäftigten in den Betrieben und gegen die Gewerkschaften wird oft unter drohendem Verweis auf die Arbeitsmarktlage einseitig erzwungen. Unter den Beschäftigten wächst gleichzeitig der Anteil von Arbeitsverträgen mit mangelhafter sozialer Absicherung und ohne langfristige Perspektive: Ein Drittel der neu abgeschlossenen Arbeitsverträge sind mittlerweile Zeitverträge.
- 17 Die durch das sinkende Niveau sozialer Sicherheit entstehenden offenen und verdeckten Notlagen werden durch die Sozialpolitik ideologisch und materiell immer weiter individualisiert (vgl. *Kühn*, WSI-Mitt. 1985, S. 94 ff.). Der Zugang zu kompensatorischen Sozial- und Gesundheitslei-

stungen wird zum Teil drastisch erschwert. Der Sektor der offenen Armut nimmt zu (vgl. *Leibfried/Tennstedt* 1985; *Haecker u.a.* 1990). Die epidemiologisch zum Teil dramatisch krankheitsverursachenden bzw. -fördernden Wirkungen solcher Lebenslagen sind schon oft und stets eindeutig nachgewiesen worden (vgl. *Townsend/Davidson* 1982).

Als Thema von Präventivpolitik, als Gegenstand zielbezogener Gesundheitspolitik der Verhältnisprävention sucht man sie bislang vergebens. **18**

In der Umweltpolitik messen und kontrollieren wir zwar viel mehr Stoffe als früher und verhindern dadurch sicher auch manche Erkrankung. Aber einen Mechanismus, der verhindert, daß immer noch die große Mehrzahl der jährlich viele Tausend neuen Substanzen letztlich ohne genauere Prüfung ihrer gesundheitlichen Wirkungen auf den Markt und damit in Verkehr kommt, haben wir noch nicht gefunden (vgl. dazu die Kontroverse *Borgers und Karmaus*, AS 186/1989, S. 59 ff.). **19**

Umsetzungsdefizite machbarer Präventionsprogramme finden sich nicht nur in Arbeitswelt und Umwelt, sondern auch im Verkehrswesen, in der Bildung, in der Ernährung, im Wohnbereich und in der Familienpolitik. **20**

4. Hinderungsgründe

Warum ist das so? Warum unterbleibt so viel an machbarer Prävention? Zwei Gründe werden oft genannt, die aber wohl nicht stichhaltig sind: **21**

- Die Bundesrepublik als eines der reichsten Länder der Erde ist sicherlich nicht am Rande ihrer materiellen Leistungsmöglichkeiten für die Gesundheit. Das kann der wichtigste Grund nicht sein (*Manow-Borgwardt* 1990).
- Auch der häufig gehörte Einwand, daß die Wirksamkeit vor allem unspezifischer Präventionsmaßnahmen erst noch erwiesen werden müsse, es fehle also an Wissen, bevor in Prävention investiert werden könne, trägt nicht. Ein Blick auf die Gesundheitsgeschichte lehrt etwas anderes. Viele äußerst wirksame Strategien der Krankheitsverhütung wurden quasi experimentell, das heißt ohne feste Kenntnis ihrer positiven Effekte, entworfen und umgesetzt. Gerade unspezifische Formen der Prävention, zu denen angesichts der multifaktoriellen Genese der modernen Volkskrankheiten keine Alternative sichtbar ist, können meist nicht im vorhinein ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen. Rudolf Virchow und Max von Pettenkofer hatten falsche Vorstellungen über die Genese der Krankheiten, für die sie Präventionsstrategien vorschlugen, zum Teil auch durchsetzten und epidemiologisch bedeutende Erfolge damit erzielten.

Heute wissen wir sehr viel mehr. Denn vor allem in den siebziger Jahren **22**

wurden Strategien und Instrumente sozialer Prävention in bezug auf den Arbeitsschutz, auf gesundheitsbezogene Umweltpolitik, auf Stärkung der Selbstkompetenz, auf kommunale und regionale Angebote von Gesundheitsgütern entwickelt und zum Teil erprobt. Bis auf wenige Ausnahmen wurden sie jedoch nie den wissenschaftlichen Möglichkeiten entsprechend implementiert. Auch erfolgversprechenden Ansätzen wurden im Zuge von Wirtschaftskrise, Massenarbeitslosigkeit und Finanzknappheit die Rahmenbedingungen entzogen. Entgegen aller Logik geschah und geschieht solches oft unter Verweis auf die gleichzeitig relativ ungesteuerten Ausgaben für das Krankenversorgungssystem. Die siebziger und frühen achtziger Jahre erweisen sich im Rückblick – entgegen mancher Legende – nicht als Jahrzehnt der gescheiterten Prävention, sondern als Jahrzehnt der gescheiterten Präventionsprogrammatik, die im Gestrüpp ökonomischer, institutioneller und darunter vor allem standespolitischer Interessen hängengeblieben ist. Der Verweis auf angebliche Wissenslücken fungierte dabei häufig als bloßer Vorwand fürs Nichtstun.

- 23** Wenn Prävention also nötig und praktisch möglich ist, wenn es weder an Geld noch an Wissen fehlt, um mehr zu tun, als getan wird: woran liegt es dann? Im folgenden sollen vier Faktoren aus der Phalanx der Hinderungsgründe einer wirksamen Präventionspolitik benannt werden. Diese vier Faktoren bilden zwar sicher keine abgeschlossene Liste der Hinderungsgründe, aber in ihrer Summe stellen sie die gegenwärtig wohl wichtigsten Blockadepotentiale dar.
1. Problemverständnis und Maßnahmen der Gesundheitspolitik werden bei uns immer noch weitgehend aus dem Gesichtswinkel der kurativen Individualmedizin festgelegt.
 2. In Entscheidungen staatlicher und betrieblicher Politik dominiert das ökonomische Moment immer noch weithin über das gesundheitliche Argument.
 3. Es werden stark bevorzugt solche präventionsbezogenen Güter und Dienstleistungen entwickelt und produziert, die auf kaufkräftige Nachfrage am Markt stoßen.
 4. Vom gegenwärtigen politischen Institutionsgefüge geht keine gegenendenzielle Politik aus, die diese Hinderungsgründe zur Kenntnis nimmt und als solche thematisiert und behandelt.
- 24** **Zu 1:** Problemverständnis und Maßnahmen der Gesundheitspolitik werden bei uns immer noch weitgehend aus dem Gesichtswinkel der kurativen Individualmedizin festgelegt.

Der auf Heilung und Linderung am erkrankten Individuum gerichtete Blickwinkel der kurativen Biomedizin führt nur sehr begrenzt weiter, wo er als privilegierter Ausgangspunkt für Prävention genommen wird. Denn die kurativ orientierte Individualmedizin betrachtet die Welt und behan-

delt ihre Patienten und Klienten zunächst einmal aus dem Gesichtswinkel der Erkrankung, also aus dem Gesichtswinkel der gescheiterten Prävention. Soziale Prävention und präventive Individualmedizin folgen zwei unterschiedlichen Leitfragestellungen. Die präventiv orientierte Individualmedizin fragt: Wie erkennen wir möglichst früh, daß ein Individuum erkrankt, und was können wir dann dafür tun, um den individuellen Krankheitsprozeß zu stoppen bzw. umzukehren? Die Gegenfrage aus dem Leitbild der sozialen Prävention lautet: Unter welchen Bedingungen bleiben Menschen gesund bzw. geht die Inzidenz der wichtigen Krankheiten zurück, und was können wir tun, um diese Bedingungen für so viele Menschen wie möglich herzustellen bzw. zu erhalten (vgl. *Rosenbrock* 1988)?

Beide Strategietypen zielen heute in bezug auf wichtige Krankheiten mit unterschiedlichen Instrumenten, aber durchaus vergleichbarer Wirksamkeit, auf die Senkung der Wahrscheinlichkeit des dramatischen Ausbruchs von Krankheiten. Ob zum Beispiel zur Verhütung von Herzinfarkten mehr Schrittmacher und Bypass-Operationen oder zum Beispiel Kurse zur Verbesserung der Streßverarbeitung bei belasteten (noch) Gesunden epidemiologisch wirksamer sind, vermag heute niemand zu sagen. In konkreter Effektivitätskonkurrenz stehen auch zum Beispiel Dauermedikationen zur Blutdruck- oder Cholesterinsenkung einerseits und der Abbau von Lärm, Arbeitshetze und Schichtarbeit andererseits. Nichts deutet darauf hin, daß die medizinischen Interventionen in jedem Falle wirksamer sind als Interventionen der sozialen Prävention (vgl. *Goldman/Cook*, *Annals of Internal Medicine* 1984, S. 825–836; *J.B. McKinlay/S.M. McKinlay*, *Milbank Quarterly* 2/1977, S. 405–428; *Arnold u.a.* 1990). Ein Blick auf die gesundheitspolitische Landschaft lehrt, daß die medizinischen Interventionsmöglichkeiten in diesem Wettbewerb finanziell und politisch allemal die besseren Entfaltungsmöglichkeiten vorfinden als Strategien der sozialen Prävention. Soziale Prävention wird also meist nicht einmal in die Lage versetzt, ihre Wirksamkeit beweisen zu können. Die Evaluationserfordernisse an nicht-medizinische Interventionen sind in der Praxis um ein Vielfaches höher gesteckt als die Beweislast, die medizinischen Innovationen aufgebürdet wird.

25

Dieser Wettbewerbsvorsprung der kurativen Individualmedizin soll an einem aktuellen Beispiel verdeutlicht werden: Der wichtigste Ansatzpunkt der Individualmedizin für die Prävention ist das Konzept der Früherkennung zur Frühbehandlung. Hier gibt es auch wichtige Erfolge: die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 4. Lebensjahr, die U1–U8, sind ein gutes und sehr wirksames Instrument der Prävention, die Früherkennung auf Cervix-Karzinom und vielleicht auch auf Dickdarmkrebs und Brustkrebs mögen sinnvoll sein, wenn sie die Zielgruppen, vor allem in den Unterschichten, auch tatsächlich erreichen (vgl. Zwischenbericht der *Enquete-Kommission*, BT-Drucks. 11/3267, S. 39 ff.).

26

Auf dem Gebiet der Diagnostik hat die medizinische Technologie in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte zu verzeichnen. Dabei ist freilich auch die Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der Medizin immer breiter geworden. Befunde mit ungewissen, aber im Falle ihres Eintritts dramatischen oder gar tödlichen Konsequenzen nehmen zu, ohne daß die Interventionsmöglichkeiten der Medizin dem auch nur annähernd folgen könnten (vgl. *Rosenbrock*, Kursbuch 94/1988, S. 21 ff.). Nimmt man die Ergebnisse vor allem der anglo-amerikanischen Sozialepidemiologie zum Maßstab, so ist bereits heute in bezug auf große Teile der bei uns als wichtigste Leistung der von den Krankenkassen getragenen und finanzierten Präventionen, also bei den irreführend »Vorsorgeuntersuchungen« genannten Früherkennungsprogrammen, ein epidemiologischer Nutzen nicht nachzuweisen (vgl. *Abholz*, AS 178/1988, S. 63 ff.; *ders.*, AuS 1990, S. 4 ff.; s. ferner auch die Kontroverse hierzu: *Krimmel* und *Abholz*, AuS 1990, S. 168 ff.; vgl. auch *Schwartz*, AuS 1990, S. 346 ff., insbes. S. 348). Überdies werden sie von jenen am wenigsten in Anspruch genommen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Intervention noch relativ hoch wäre (vgl. *Thiele* 1981, S. 133 ff.). Niemand kann heute ernsthaft behaupten, daß auf dem Wege der immer größeren Früherkennungsprogramme die großen Volkskrankheiten unserer Zeit jemals besiegt werden könnten.

- 27** Es wäre also angebracht, und ist auch international üblich, mit neuen Früherkennungsprogrammen außerordentlich zurückhaltend zu sein, zumal sie wegen ihrer hohen sozialpolitischen Symbolwirkung auch dann kaum zurückgenommen werden können, wenn sich ihre Unwirksamkeit nachträglich erweist. Was geschieht statt dessen in der Bundesrepublik? Seit dem 1. Oktober 1989 wird jeder Versicherte ab dem 35. Lebensjahr dringend aufgefordert, sich alle zwei Jahre einer allgemeinen Check-Up-Untersuchung zu unterziehen. Der Rechtsanspruch (für Versicherte und Ärzte) ist unter der irreführenden Überschrift »Gesundheitsuntersuchungen« im irreführend so genannten »Gesundheits-Reformgesetz« verankert (vgl. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, AS 190/1990). In der internationalen Literatur finden sich keine auch nur halbwegs hinreichenden Belege für die epidemiologische Wirksamkeit derartiger Programme. Mit großer Leichtigkeit ist hier ein wissenschaftlich unausgewiesenes, aber eben individualmedizinisch angelegtes »Präventionsprojekt« zum Gesetz geworden, dessen Kosten jährlich zwischen 200 Mio. und 800 Mio. DM niemand voraussehen kann, für dessen epidemiologischen Nutzen aber jeder Beleg fehlt. Wenn man sich praktisch-politisch vor Augen hält, welcher politischen Anstrengungen es bedürfte, ein vergleichbar teures – und vielleicht in seinen gesundheitlichen Wirkungen sehr viel präziser absehbares – Projekt der sozialen Prävention durchzusetzen, also zum Beispiel die Durchforstung der Arbeitswelt in bezug auf Risiken muskulo-skelettaler

Verschleißerkrankungen (vgl. *Osterholzer* 1991), um den technischen und sozialen Arbeitsschutz auch nur auf den Stand von Skandinavien zu heben, dann erhält man ein Bild von der unterschiedlichen Nutzung medizinischer und nicht-medizinischer Gesundheitswissenschaften durch die Gesundheitspolitik.

Zu 2: In Entscheidungen staatlicher und betrieblicher Politik dominiert das ökonomische Element immer noch weithin über das gesundheitliche Argument. **28**

Daß in den Entscheidungsprozessen von Staat und Unternehmen das ökonomische Moment über das gesundheitliche Argument dominiert, kann in einer Marktgesellschaft, die vorwiegend über einzelwirtschaftlich konzipierte ökonomische Hebel und Anreize gesteuert wird, nicht eben überraschen. Überraschen kann eigentlich nur, in welchem Umfang dies ge- bzw. verleugnet wird. Der gesundheitsgerechte Arbeitsplatz, die unterlassene Umweltverschmutzung, die personalintensive Betreuung kosten Geld und bringen keinen ökonomischen Gewinn, jedenfalls nicht aus der einzelwirtschaftlichen Perspektive der je einzelnen Entscheidungsträger. Gegen Automobil- und Benzinhersteller ist zum Beispiel kaum vernünftige Umwelt- und damit Gesundheitspolitik zu betreiben, ja nicht einmal ein Tempolimit durchzusetzen. Auch die Bindungswirkung staatlicher Schutznormen ist – das zeigen nicht nur die täglich bekanntwerdenden Skandale, sondern nahezu durchgängig jede Untersuchung zum Arbeitsschutz (vgl. z.B. *Rosenbrock* 1982) und zum Umweltschutz – in der Konfliktzone zwischen Gewinn und Gesundheit oft überraschend schwach. Die Beweislast für drohende oder eingetretene Schäden wird dabei zudem meist dem Schwächeren aufgebürdet. Ohne beständigen und immer neuen sozialen Druck sind auch hier kleine Fortschritte kaum zu erreichen. Aber daß dies andererseits nicht aussichtslos ist, zeigen zahlreiche Beispiele. In einer eigenen Untersuchung zum Arbeitsschutz fanden wir vor einigen Jahren, daß das Niveau des betrieblichen Gesundheitsschutzes in bezug auf nahezu alle technischen und erfaßbaren sozialen Dimensionen desto höher liegt, je entwickelter die politische Artikulation und Interessenvertretung der Belegschaft ist (ebenda). **29**

Zu 3: Es werden stark bevorzugt solche präventionsbezogenen Güter und Dienstleistungen entwickelt und produziert, die auf kaufkräftige Nachfrage am Markt stoßen. **30**

Aber die Dominanz der Ökonomie wirkt sich nicht nur als Behinderung oder gar Verhinderung von Prävention aus, sondern auch auf die Gestaltung von Prävention: Präventionsleistungen werden, überläßt man dies dem Markt, dann und fast nur dann entwickelt, produziert und abgesetzt, soweit sie als Waren und Dienstleistungen verkäuflich sind. Die vorwiegend von der Mittelschicht genutzte grüne Einkaufsecke für Biokost im **31**

Supermarkt ist ebenso ein beredtes Zeugnis für diesen Umstand wie das in den USA in den letzten Jahren sprunghafte Wachstum auf dem Markt mit fragwürdigen Angeboten für »health promotion« und »body management« (vgl. *Salmon*, AS 186/1989, S. 106 ff.; *Braun/Joerges*, AS 182/1989, S. 83 ff.).

- 32** Nancy Milio, die Autorin des richtungweisenden Buches »Promotion Health through Public Policy« hat die Voraussetzungen und Folgen der Vermarktung der Idee von Prävention und Gesundheitsförderung in den USA untersucht. Diese Vermarktung – »profitization« – »hat dazu beigetragen, die Nordamerikaner glauben zu machen, »Gesundheitsförderung« sei nicht ein Ziel, sondern ein Produkt; nicht ein Prozeß, in dem Menschen sich individuell und kollektiv um Wege zur Verbesserung der Gesundheit bemühen, sondern ein attraktives, gut verkäufliches »Paket« zur Bereicherung ihrer Konsumwelt, nicht ein Instrument, um besonders gefährdeten sozialen Gruppen Gesundheitsressourcen verfügbar zu machen, sondern die Konzentrierung von Informationen für die relativ Gutgestellten, nicht ein Bündel gesundheitseffektiver Strategien und Politiken, sondern eine einkommensfördernde Methode für Investoren« (*Milio*, *International Journal of Health Services* 4/1988, S. 579).
- 33** Man muß wohl konstatieren, daß die meisten der für Gesundheitsförderung und Prävention notwendigen Veränderungen nicht in Form von käuflichen Waren und Dienstleistungen bewirkt werden können, daß der Markt für diesen Gesellschaftsbereich eine weitgehend untaugliche Regulationsform für die Steuerung von Entwicklung, Produktion und Verteilung ist (vgl. *Schmidt*, *SozSich* 1988, S. 129 ff.; *WHO* 1990). Auf den Feldern, wo Prävention die Form von Waren und Dienstleistungen annehmen kann, sorgt die nach Kaufkraft und individuellen Präferenzen gesteuerte Verteilung über den Markt gerade nicht dafür, daß die Güter und Leistungen auch dort ankommen, wo sie am dringendsten gebraucht werden.
- 34** **Zu 4:** Vom gegenwärtigen politischen Institutionengefüge geht keine gegen tendenzielle Politik aus, die diese Hinderungsgründe zur Kenntnis nimmt und als solche thematisiert und behandelt.
- 35** Notwendige und mögliche Prävention, das sollten die bisherigen Erörterungen plausibel machen, unterbleibt in der Bundesrepublik, weil sowohl der disziplinäre Zugang und damit die Definition der Probleme als auch die Wirkungsrichtung der ökonomischen Triebkräfte dem ganz überwiegend entgegenstehen. Jede Regierung, die in der gegenwärtig sehr erfolgreichen kapitalistischen Bundesrepublik Gesundheits- und Sozialpolitik zu machen hätte, wäre – jenseits aller Sonntagsreden mit dem obligaten Hohelied auf die Prävention – mit diesen Faktoren konfrontiert und hätte sich zu überlegen, wie sie diese Misere schrittweise modifizieren oder gar

mindern könnte. Gefordert wäre dabei eine Politik, die den genannten Haupttendenzen entgegenwirkt, also eine gegentendenzielle Politik. Davon kann in der Bundesrepublik gegenwärtig kaum die Rede sein. Das läßt sich am Beispiel des neuen Sozialgesetzbuches V (»Gesundheits-Reformgesetz«) illustrieren.

Einerseits ist in diesem Gesetz nicht nur der Sekundärprävention (also der Früherkennung), sondern erstmals auch der Primärprävention im Recht der Krankenversicherung ein relativ breiter Raum gewidmet. Die Kassen erhalten in § 20 SGB V sogar den Auftrag, »den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nach(zu)gehen und auf ihre Beseitigung hin(zu)wirken«. Nun ist jede Norm nur so gut wie die Mittel für die Durchsetzung. Und da sieht es schwach aus: das Gesetz erlaubt den Kassen faktisch keine Maßnahmen, die über unverbindliche Beratung anderer Institutionen oder über Leistungen an die eigenen Mitglieder oder über die allgemeine Werbung hinausgehen. Das ist – gemessen an den Interessenkonstellationen und Machtpotentialen in den wichtigen Maßnahmebereichen – ein in jeder Hinsicht harmloses Instrumentarium, das die auf konsensuale Sozialpartnerschaft und mittelbare Staatsverwaltung hin konstruierten Kassen absehbar auch nicht skandalträchtig gebrauchen werden (können). **36**

Unterinstrumentierungen als Ergebnis politischer Kompromißfindung, bei der das Gute nicht durchsetzbar ist, das Thema selbst aber wegen hoher politischer Wertigkeit irgendwie bedient werden muß, sind in der Politik häufig; in der Politikwissenschaft wird das »symbolische Politik« genannt. Aber auch von symbolischer Präventionspolitik durch die Kassen könnten ja noch wichtige Impulse ausgehen, wenn Präventionskampagnen in Umwelt, Arbeit und Gemeinde sich in das Unternehmensziel integrieren ließen, wenn also die Institution selbst ein Interesse an solchen Aktivitäten haben könnte. Dies aber ist, wenn es denn je anders war, immer weniger der Fall: Bei allem guten Willen der Handelnden in der Selbstverwaltung und im Kassenmanagement können auch sie im wesentlichen nur ausfüllen, was ihnen durch staatliche Regulierung an Handlungskorridor vorgegeben ist (vgl. *Rosenbrock* 1985, S. 367 ff.). An dieser Stelle nun greift das Wirken politisch gewollter ökonomischer Anreizsysteme auch bei den Kassen: Nach der erklärten Logik der gegenseitigen Gesundheitspolitik und nach den Gesetzesvorhaben für die Reorganisation der gesetzlichen Krankenkassen in der nächsten Legislaturperiode sollen Krankenkassen in Zukunft immer stärker und mit differenzierteren Tarifen und Leistungskatalogen um unterschiedliche Versichertengruppen konkurrieren; das heißt: sie sollen mit den Mitteln der ökonomischen Konkurrenz um ihren institutionellen Erfolg kämpfen (vgl. Endbericht der *Enquete-Kommission*, BT-Drucks. 11/6380, S. 150 ff.). Welche Konsequenzen das für die Krankenversorgung hat, ist nicht das Thema dieses **37**

Beitrags. Ein Blick in die USA genügt um zu ahnen, wohin die Reise gehen kann: Dort haben in der Konsequenz einer solchen Politik zwischen 35 und 40 Millionen keinen, und 60 bis 95 Millionen Einwohner keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz. Dort vollziehen auch die Institutionen der kurativen Versorgung die sich öffnende Schere zwischen Arm und Reich immer krasser nach (vgl. *Kühn*, WSI-Mitt. 1990, S. 62 ff.). Für die Prävention durch Krankenkassen bedeutet eine solche ökonomische Steuerung, daß sie sich als Thema dem Unternehmensziel unterzuordnen hat. Es ist weder empirisch noch prognostisch zu sehen, was dabei außer zum Teil gewaltigen Public Relations-Maßnahmen und mittelschichtorientierten Kursangeboten für Kochen, Laufen, Streßbewältigung und Drogenbenutzung herauskommen soll. (Auch Befürworter einer sozial verträglichen Orientierung der GKV in Richtung auf Konkurrenz bieten hierzu keinen Ausweg an. Vgl. z.B. *Hauß*, AuS 1989, S. 278 ff.; *Bieback*, DOK 1990, S. 77 ff.; *Jacobs*, AuS 1990, S. 120 ff.; vgl. auch *Rosenbrock/Hauß* 1985.)

- 38** Es zeichnet sich eine Situation ab, in der die staatliche Politik beruhigt und beruhigend darauf verweisen kann, daß Prävention jetzt Kassenaufgabe ist, während gleichzeitig diese Institutionen weder über hinreichend Spielraum noch über Ressourcen und Motive verfügen, Strategien der Krankheitsverhütung tatsächlich als prioritäres Unternehmensziel zu verfolgen. Es bleibt abzuwarten, wie die Krankenkassen selbst, die alten und neuen sozialen Bewegungen, die kritischen medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsprofessionals und experimentierfreudige Teile des Staatsapparats mit dieser neuen Lage umgehen werden. Zweifellos vergrößert das neue Gesetz die Spielräume der Kassen für Prävention und Gesundheitsförderung. Es wird von ca. 1 Mrd. DM gesprochen (vgl. *Seehofer* 1990, S. 17), die die Kassen für diese Zwecke in Zukunft pro Jahr ausgeben können. Zweifellos ein verlockendes und vorläufig auch expandierendes Betätigungsfeld für Seriöses und Unseriöses aus den Feldern psychosoziale Betreuung, Sozialpädagogik und social marketing. Es ist allerdings dringend zu raten, nicht in blinden Aktionismus zu verfallen, sondern sich danach umzusehen, mit welchen Bündnispartnern im politischen und sozialen Raum mehr als symbolische Präventionspolitik betrieben werden kann.
- 39** Wenn also auch von staatlicher Politik zumindest auf Bundesebene derzeit keine gegentendenzielle, sondern eher noch eine tendenzverstärkende Politik zu beobachten und zu erwarten ist, so hat dies für die Prävention zwei negative Konsequenzen. Zum einen wird dadurch auch weiterhin viel an notwendiger und möglicher Prävention unterbleiben, zum anderen aber können die Individualisierung und Vermarktung von Prävention sowie die Definition ihrer Probleme überwiegend aus dem Gesichtswinkel der Individualmedizin zu einer Interventionslogik führen, die nicht nur wesentlich

unwirksamer ist als gesellschaftlich und gruppenspezifisch angelegte Lebensweiseintervention, sondern die auch die Tendenz zu einer immer stärker normierten Fremd- und Selbstdisziplinierung mit zunächst sanften und später dann scharfen Sanktionen bei Nichtbefolgung in sich birgt (vgl. *Wambach* 1983). Dies kommt konservativer Gesellschaftssicht und Ethik entgegen: haben sich doch nach ihrem Urteil vor allem in der sozial-liberalen Reformphase die Selbstentfaltungswerte in beträchtlichem Umfang und über die Mittelschicht hinaus durchgesetzt. Dem ist – nach dieser konservativen Einschätzung – nur mit einer zwar subtilen, aber energischen Stärkung der »Pflichtwerte« zu begegnen (vgl. z.B. *Kommission Zukunftsperspektiven* 1983). Die zum Teil absurden Kasteiungen, Rituale und Konsummuster, die sich in den USA sowohl in der überwiegend längst in Marktsegmente und Subkulturen zerfallenen holistic health-Bewegung als auch unter den ca. 30 Mio. Joggern herausgebildet haben, zeigen mögliche Entwicklungstendenzen einer Kombination von Risiko-Individualisierung, Selbstinstrumentierung, Vermarktung und konservativer Ethik unter der Überschrift »Gesundheitsförderung« (vgl. *Salmon*, AS 186/1989, S. 106 ff.; *Kühn*, AS 146/1987, S. 8 ff.). Auch unter gesundheitlichen Gesichtspunkten macht es eben einen großen Unterschied, ob jemand als Teil einer reflektierten und sozial eingebundenen Selbstentwicklung einen aktiven, aufmerksamen und freundlichen Umgang mit Körper und Seele pflegt, oder ob er morgens schwitzend durch den Park hetzt, weil er sonst sozialen Abstieg und vorzeitiges Abschieben aus dem Arbeitsleben fürchten muß, weil er mit Outfit und Accessoires als Konsument vor seinen Nachbarn bestehen muß, weil er sonst mit höheren Kassenbeiträgen und niedrigerer Rente rechnen muß und weil ihm die Gesellschaft – einschließlich der psychosozialen Betreuer – sagt, daß er ein schlechter Mensch ist, wenn er nicht rennt. Immerhin enthält das SGB V heute schon in § 1 den Kernsatz, daß »der Versicherte für seine Gesundheit mit verantwortlich« ist und »durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung... dazu beitragen soll, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden«. Von anderen Verantwortlichen und Gesundheitsgefährdungen ist dort nicht die Rede.

5. Aussichten

Für die Entwicklung wirksamer Prävention ergeben sich aus diesen Betrachtungen für die Bundesrepublik Deutschland keine besonders guten Perspektiven. Ein Blick über die Grenzen macht das Panorama nicht erfreulicher. Weltweit siegen ökonomisch und politisch derzeit die Kräfte des Marktes. Es wird immer schwieriger werden, deutlich zu machen, daß dieses Regulierungsprinzip für die Politikfelder Gesundheit und Krankenversorgung jedenfalls weitgehend ungeeignet ist, weil es ganz überwiegend

40

zu kontraproduktiven Ergebnissen führt (vgl. *Schmidt/Jahn/Scharf* 1987/1988; sowie die Darstellung der Kontroverse hierzu im Endbericht der *Enquete-Kommission*, BT-Drucks. 11/6380, S. 279 ff.). Das wußte Bismarck offenbar noch besser als viele der heute tonangebenden Gesundheitspolitiker. Auch der Sozialpolitiker Beveridge, der in Großbritannien in den 40er Jahren den später von konservativen Politikern schrittweise durch Elemente marktlicher Regulierung geschwächten National Health Service explizit als Ausnahmebereich von der Marktwirtschaft konzipierte, war bezeichnenderweise kein Sozialist, sondern ein wirtschaftsliberaler Marktwirtschaftler. Es steht zu befürchten, daß im Gefolge der deutschen Vereinigung sowie der gesellschaftlichen Umwälzungen in Osteuropa diese Erkenntnisse allzuleicht aus dem Blickwinkel geraten. Die Aufgabe, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung gegen die der Logik nach immer auf Ungleichheit und Warenförmigkeit zielende Steuerung über den Markt zu sichern, ist eine Aufgabe, die mit den gegenwärtigen Umwälzungen nicht verschwinden, sondern sich globalisieren wird.

In diesem Prozeß werden sich aber auch die sozialen Spannungen, Widersprüche und Betroffenheiten vergrößern bzw. neu gruppieren. Es ist derzeit zu viel im Umbruch, um sicher sagen zu können, wo Potentiale sichtbar sind oder werden können, die den skizzierten, scheinbar übermächtigen Tendenzen entgegenwirken können. Zur Vorbereitung solcher Einschätzungen dürfte es nützlich sein, die doppelte Beziehung zwischen sozialen Bewegungen und gesundheitlichem Fortschritt in der Geschichte im Auge zu behalten.

- 41 Zum einen:** Eigentlich alle wesentlichen Fortschritte in der Prävention und im Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung sind – direkt oder indirekt – das Ergebnis von sozialen Konflikten mit mehr oder weniger organisierten Gruppen von Benachteiligten. Die zentralen Elemente des Sieges über die Infektionsseuchen des 19. Jahrhunderts, also die Stadtsanierung, der Mieterschutz, die Lebensmittelhygiene, der Arbeiterschutz einschließlich der Abschaffung der Kinderarbeit, die Schulpflicht etc. waren ohne die drohende oder reale Durchsetzungskraft der Arbeiterbewegung nicht denkbar. Analoges gilt auch zum Beispiel für die Erfolge der Frauenbewegung, die im Hinblick auf konkrete Gesundheitsprobleme durch Frauenhäuser, organisierte Stärkung der Eigenkompetenz, frauenfreundliche Krankenbehandlung und die Ausgestaltung des Mutterschutzes beachtliche Erfolge vorzuweisen hat. Die Schwulenbewegung, wo es sie gibt, setzt sich für lebensweisebezogene Prävention und gute Krankenversorgung bei Aids ein.
- 42 Zum anderen:** Es gab und gibt wohl keine soziale Bewegung, die ohne das Gesundheitsmotiv in ihren zentralen Leitideen ausgekommen wäre. Das gilt für die Sklavenaufstände unter Spartacus, die sich gegen schlechte Er-

nährung und Gesundheit empörten. Es gilt für die Bauernkriege, die Französische Revolution, für die Umwelt- und Friedensbewegungen, für die gewerkschaftlichen Kämpfe um die 35-Stunden-Woche und auch für die Umwälzungen in der DDR.

Wesentliche Anstöße zu lebensweisebezogener Prävention kommen derzeit lebhafter von sozialen Bewegungen (und zum Teil aus dem Wissenschaftsbetrieb) als vom Staat oder vom Medizinsystem. Die Probleme der institutionellen und regulativen Vermittlung von sozialen Bewegungen einerseits, dem Staat, dem privaten Sektor und dem Medizinsystem andererseits sind komplex und weitgehend ungelöst, werden aber immerhin auch schon als Gegenstand gesundheitspolitischer Gestaltung thematisiert (vgl. Endbericht der *Enquete-Kommission*, BT-Drucks. 11/6380, S. 32 ff.).

Bei der Einschätzung der Potenz sozialer Bewegungen mit Gesundheitsbezug fallen in diesem Zusammenhang immer wieder zwei typische, aber vermeidbare Fehler auf: **43**

1. Eine eigenständige Gesundheitsbewegung, also eine soziale Bewegung, die sich schichtenübergreifend und dauerhaft auf das kombinierte Oberziel Gesundheit und soziale Gleichheit hin orientiert und organisiert, hat es historisch nicht gegeben und kann sich wohl auch in Zukunft nicht entwickeln. Nicht nur die Erfahrungen mit den Lebensreformbewegungen in Deutschland oder dem Zerfall des *holistic health movements* in den USA oder auch ein Blick auf die knapp zehnjährige Geschichte der Gesundheitstage in der Bundesrepublik zeigen, daß solche Ansätze nach kurzer Zeit in selbstgenügsame Subkulturen, Geschäftszweige und Resignation versanden oder es günstigenfalls zu sozialverpflichteter Berufsgruppen- oder Standespolitik bringen. **44**
2. Es sind keineswegs nur die jeweils jüngsten und deshalb auch modernsten und medienwirksamsten Bewegungen und Gruppen, die tatsächlich vorzeigbare Erfolge hervorbringen. Der Beitrag, den zum Beispiel die Gewerkschaften nicht nur auf den »klassischen« Gebieten der Krankenkassen- (zu den Möglichkeiten und Grenzen vgl. *Rosenbrock* 1989, S. 135 ff.) und Rentenpolitik, sondern auch über Tarifpolitik, Arbeitszeitpolitik und Arbeitsschutzpolitik zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Bundesrepublik leisten, wird – trotz aller Halbheiten und Rückschläge – wahrscheinlich von keiner der neuen sozialen Bewegungen erreicht (vgl. *Kühn*, AS 186/1989, S. 89 ff). **45**

Literatur

Abholz, H. H., (1981), Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung, in *Hauß, F./Naschold, F./Rosenbrock, R.*, Schichtenspezifische Versorgungs-

probleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Gesundheitsforschung 55 des BMA, Bonn 1981, S. 64 ff.

ders., Was ist Früherkennung, was kann sie leisten?, in Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband (AS) 178/1988, S. 63 ff.

ders., Die Gesundheitsuntersuchung – ein Früherkennungsprogramm als Spiegel bundesdeutscher Gesundheitspolitik, AuS 1990, S. 4 ff.

ders., Die Gesundheitsuntersuchung – ein Früherkennungsprogramm ohne Alternative?, AuS 1990, S. 168 ff. (Erwiderung auf *Krimmel, L.*)

Abholz, H. H./Borgers, D./Kruschwitz, K., Chronische Bronchitis – Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle, in Prävention, Argument-Sonderband (AS) 64/1981, S. 52 ff.

Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Memorandum 90. Im deutsch-deutschen Umbruch: Vorrang für sozialen und ökologischen Umbau, Köln 1990

dies., Memorandum 91. Aufbaupolitik in Ostdeutschland – Frieden und Ausgleich am Golf, Köln 1991

Arnold, A./Satzler, R., Belegschaftsbefragungen zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit, Düsseldorf 1986

Arnold, M./v. Ferber, C./Henke, K.D. (Hrsg.), Ökonomie der Prävention am Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten, Gerlingen 1990

Bergerhoff, P./Novak, P./Schuckart, A., Förderungsempfehlungen für die Einrichtung eines Forschungsschwerpunktes »Lebensweisen und Gesundheit« vervf. Ms., Ulm 1989

Bieback, K.J., Herausforderung des § 20 SGB V – Gesundheitsförderung: Gestaltungsmöglichkeiten durch eigene Aktivitäten und Kooperation, DOK 1990, S. 77 ff.

Bloß, H., Abgänge sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer nach Berufen bis 1985 und 1990, MittAB 1979, S. 166 ff.

Bloß, H./Hoffmann, E., Abgänge sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer von 1980 bis 1985 und 1990, MittAB 1982, S. 450 ff.

Borgers, D. und Karmaus, W., Werden wir alle vergiftet oder leben wir im saubersten Staat der Erde? – Eine Kontroverse, in Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie, Argument-Sonderband (AS) 186/1989, S. 59 ff.

Braun, I./Joerges, B., Körper-Technik – Zur Wiederkehr des Körpers durch technische Erweiterung, in Chronische Krankheit: ohne Rezepte. Argument-Sonderband (AS) 182/1989, S. 83 ff.

Conrad, G./Kickbusch, I., Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung, in Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband (AS) 178/1988, S. 142 ff.

Desplanques, G., Vortrag beim Deutsch-Französischen Arbeitstreffen der Demographen am 21.10.1983 in Reims, Wista 1984, S. 20

Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, »Strukturreform der GKV«, Endbericht, BT-Drucks. 11/6380

dies., »Strukturreform der GKV«, Zwischenbericht, BT-Drucks. 11/3267

Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag, 3 Bde., St. Augustin 1990

Geißler, U., Verlust an Lebensjahren – durch vorzeitigen Tod – nach Krankheitsarten – 1952 und 1975, WiDO Materialien 5, Bonn 1979

Georg, A., Prävention in aller Munde?! In Chronische Krankheit: ohne Rezepte, Argument-Sonderband (AS) 182/1990, S. 65 ff.

- Goldman, L./Cook, E. F.*, The Decline in Ischemic Heart Disease Mortality Rates – An Analysis of the Comparative Effects of Medical Interventions and Changes and in Lifestyles, *Annals of Internal Medicine*, 1984, S. 825–836
- Haecker, G./Kirschner, W./Meinlschmidt, G.*, Zur Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern, hrsg. von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, 1990
- Hauß, F.*, Organisationsreform der GKV und Chancen für eine neue Versicherungspolitik, *AuS* 1989, S. 278 ff.
- Hauß, F./Naschold, F./Rosenbrock, R. (wiss. Bearb.)*, Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht der Gesundheitsforschung 55 des BMA, Bonn 1981
- Jacobs, K.*, Sinnvoller Kassenwettbewerb zur Gestaltung der gesundheitspolitischen Zukunft in Deutschland, *AuS* 1990, S. 120 ff.
- Jahrbuch für Kritische Medizin – »Gesundheitsreform«* und die Folgen, Argument-Sonderband (AS) 190/1990
- Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für Soziale Ordnung, Arbeit und Leben und Gesundheit*, Gütersloh 1990
- Karmaus, W./Osterholz, U.*, Herausforderungen und Perspektiven der Bekämpfung rheumatischer Erkrankungen, in *Chronische Krankheiten: ohne Rezepte*, Argument-Sonderband (AS) 182/1990, S. 22 ff.
- Kern, K.*, Gesundheitszustand der Bevölkerung, *Wista* 1989, S. 104 ff.
- Kommission Zukunftsperspektiven gesellschaftlicher Entwicklungen*, Bericht zu Zukunftsperspektiven gesellschaftlicher Entwicklung, erstellt im Auftrag der Landesregierung von Baden-Württemberg, Stuttgart 1983
- Krimmel, L.*, Die Gesundheitsuntersuchung – Früherkennungsprogramm ohne Alternative, *AuS* 1990, S. 168 ff.
- Kühn, H.*, Soziale Sicherheit und »angebotsorientierte Wirtschaftspolitik«, *WSI-Mitt.* 1985, S. 94 ff.
- ders.*, Die rationalisierte Ethik. Zur Moralisierung von Krise und Krankheit, in *Medizin, Moral und Markt*, Argument-Sonderband (AS) 146/1987, S. 8 ff.
- ders.*, Gesundheitsförderung und Interessenvertretung: Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung, in *Jahrbuch für Kritische Medizin 14: Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie*, Argument-Sonderband (AS) 186/1989, S. 89 ff.
- ders.*, Die Ökonomisierung der Gesundheit – am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, *WSI-Mitt.* 1990, S. 62 ff.
- Laaser, U./Wolters, P./Kaufmann, F.X. (Hrsg.)*, Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Aktuelle Modelle für eine Public-Health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin/Heidelberg/New York 1990
- Labisch, A.*, Die Wiederaneignung der Gesundheit – zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs, in *Wie teuer ist uns Gesundheit*, Argument-Sonderband (AS) 113/1984, S. 13 ff.
- Land, F.J./Viehues, H.*, »Arbeitslosigkeit als Gegenstand sozialmedizinischer und medizinsoziologischer Forschung, Bochum 1984
- Leibfried, S./Tennstedt, F. (Hrsg.)*, Sozialpolitik und Berufsverbote im Jahre 1933, Universität Bremen 1980
- dies.*, Politik der Armut und Die Spaltung des Sozialstaats, Frankfurt 1985
- Manow-Borgwardt, P.*, Ausgaben für Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P 90–201, Berlin (WZB) 1990

- McKeown, T.*, Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt 1982
- McKinlay, J.B./McKinlay, S.M.*, The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century, *Milbank Quarterly* 1977, S. 405–428
- Milio, N.*, Promoting Health through Public Policy, Philadelphia 1981
- ders.*, The Profitization of Health Promotion, *International Journal of Health Services* 4/1988, S. 579
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*, Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990, Bielefeld 1991
- Müller, R.*, Kürzere Arbeitstage, ein gesundheitspolitisches Erfordernis ersten Ranges – arbeitsmedizinische Argumente, in R. Müller u.a., *Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung*, Universität Bremen 1985, S. 651 ff.
- Ockene, J.K. u.a.*, Benefits and Costs of Lifestyle Change to Reduce Risk of Chronic Disease, *Preventive Medicine* 1988, S. 224 ff.
- Osterholz, U.*, Gegenstand, Interventionsformen und Wirkung arbeitsweltbezogener Rheumaprävention, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, Berlin (WZB) 1991
- Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele (Hrsg.)*, Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven, Baden-Baden 1990
- Rosenbrock, R.* (1982), *Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb*, Frankfurt/New York 1982
- ders.* (1985), Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Gesetzliche Krankenversicherung – ein Thema in einer Arena, in Naschold, F. (Hrsg.), *Arbeit und Politik – Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der Sozialen Sicherung*, Frankfurt/New York 1985, S. 367 ff.
- ders.* (1987), Aids kann schneller besiegt werden, *Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*, Hamburg, 3. Aufl. 1987
- ders.* (1988), Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Konzept für eine Forschungsgruppe am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, vervf. MS., Berlin 1988
- ders.*, HIV-Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln, *Kursbuch 94/1988: Die Seuche*, S. 21 ff.
- ders.* (1989), Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik, in Riedmüller, B./Rodenstein, M. (Hrsg.), *Wie sicher ist die soziale Sicherung?*, Frankfurt/M. 1989, S. 135 ff.
- Rosenbrock, R./Hauß, F. (Hrsg.)*, *Krankenkassen und Prävention*, Berlin 1985
- Rosenbrock, R./Salem, A. (Hrsg.)*, *Aids-Prävention*, Berlin 1990
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Medizinische und Ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987 ff., Baden-Baden 1987 ff.
- Salmon, J.W.*, Die Entwicklung der alternativen Medizin in den USA, in *Jahrbuch für Kritische Medizin – Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie*, Argument-Sonderband (AS) 186/1989, S. 106 ff.
- Schmidt, A.*, *Strukturreform ja – aber so nicht!*, *SozSich* 1988, S. 128 ff.
- Schmidt, A./Jahn, E./Scharf, B.*, *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft*, hrsg. für die Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, Düsseldorf, Bd. 1: 1987; Bd. 2: 1988
- Schwartz, F.W.*, Mehr Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Fragen des Nutzens und der Kosten, *SF* 1987, S. 223

ders., Gesundheitsförderung als zukunftsweisendes Instrument der Krankenversicherung, AuS 1990, S. 346 ff.

Seehofer, H., Eröffnungsansprache, in Dokumentation des Internationalen AOK/WHO-Kongresses »Gesundheit als Herausforderung« – Zur neuen Rolle der Krankenversicherung, Hamburg (AOK) o.J. (1990), S. 16 ff.

Syme, S.L., Social Determinants of Disease, in Maxcy-Rosenau, Public Health and Preventive Medicine, 13th Edition, Norwalk 1991

Theorell, T./Rahe, R., Behaviour and Life Satisfaction Characteristics of Swedish Subjects with Myocardial Infarction, Journal of Chronic Diseases 1972, S. 139 ff.

Thiele, W., Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Literaturüberblick, in Hauß, F./Naschold, F./Rosenbrock, R., Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Gesundheitsforschung 55 des BMA, Bonn 1981, S. 133 ff.

Thiele, W./Trojan, A. (Hrsg.), Lokale Gesundheitsberichterstattung, Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik, St. Augustin 1990

Townsend, P./Davidson, N., Inequalities in Health. The Black Report, Harmondsworth 1982

Viefhues, H. (Hrsg.), Gesundheitsförderung in den Gemeinden. Der Beitrag der kommunalen Gesundheitsförderung, Herne 1989

Vieth, P., Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P88–203, Berlin (WZB) 1990

Wallack, L./Winkleby, M., Primary Prevention: A New Look at Basic Concepts, Social Science and Medicine 8/1987, S. 923 ff.

Wambach, M.M. (Hrsg.), Der Mensch als Risiko. Zur Logik der Prävention und Früherkennung, Frankfurt 1983

Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Regionalbüro für Europa, Einzelziele für »Gesundheit 2000«, Kopenhagen 1985

dies., Neue Managementansätze im Gesundheitswesen (EUR/ICP/MPN 039), Kopenhagen 1990

Whitehead, M., The Health Divide: Inequalities in the 1980's, London 1987