

Rosenbrock, Rolf

Book Part

Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1989) : Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention, In: AOK Hamburg (Ed.): Gesundheit als Herausforderung: zur neuen Rolle für die Krankenversicherung. Internationaler AOK-/WHO-Kongreß Hamburg, 13.-16.6.1989. Dokumentation, AOK, Hamburg, pp. 41-45

This Version is available at:
<http://hdl.handle.net/10419/112125>

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

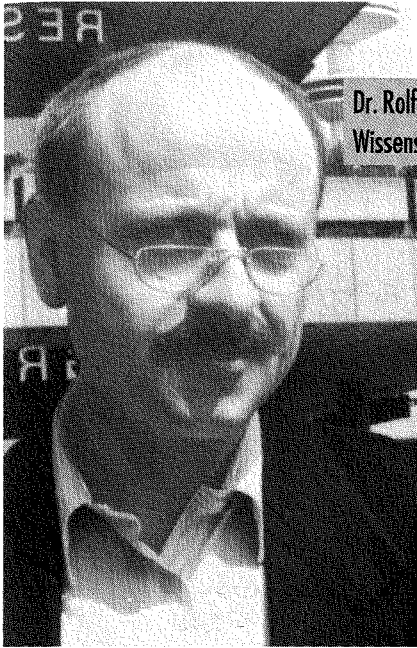
The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

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>.



Dr. Rolf Rosenbrock
Wissenschaftszentrum Berlin

Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention

Das europäische Büro der Weltgesundheitsorganisation faßt einige Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung so zusammen: »Ohne Frieden und soziale Gerechtigkeit, ohne ein ausreichendes Nahrungsangebot und 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.« Für eines der reichsten Länder der Erde wie die Bundesrepublik kann gesagt werden, daß diese Rahmenbedingungen zumindest potentiell, das heißt im Rahmen der verfügbaren Ressourcen gegeben sind. Tatsächlich sind sie freilich keineswegs gegeben. Auf wichtigen politischen Feldern sind wir Zeugen von Entwicklungen, deren gesundheitsschädliche und damit präventionsfeindliche Konsequenzen offen zutage liegen: Im Jahr 1989 werden einschließlich der stillen Reserve über 3,5 Mill. Menschen arbeitslos sein, 1988 war bereits jeder sechste der registrierten Arbeitslosen länger als zwei Jahre arbeitslos. Arbeitslosigkeit entwurzelt, zerstört das Selbstbewußtsein und nimmt den Menschen Sinn und Rhythmus. Über diese zum Teil erschreckenden Entwicklungen gerät dabei allzuoft in Vergessenheit, daß auch die Beschäftigten gesundheitlich längst nicht aus dem Schneider sind: Neben einem hohen Sockel klassischer Gesundheitsbelastungen im Arbeitsleben wachsen neuartige, vor allem sozio-psychisch vermittelte Beanspruchungen, stark an. Der gesundheitsförderlichen Wirkung der in den letzten Jahren in Tarifkämpfen durchgesetzten Verkürzungen der Wochenarbeitszeit stehen zahlreiche Belastungen aus neuen flexiblen und zunehmend Schicht- und Wochenendarbeit einbeziehenden Arbeitszeitregimes gegenüber. Die Durchsetzung dieser gesundheitspolitisch zum Teil hochproblematischen 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 Arbeits-

verträgen mit mangelhafter sozialer Absicherung und ohne langfristige Perspektive. Die dabei entstehenden offenen und verdeckten Notlagen werden durch die Sozialpolitik ideologisch und materiell immer weiter individualisiert. Der Zugang zu kompensatorischen Sozial- und Gesundheitsleistungen wird zum Teil drastisch erschwert. Der Sektor der offenen Armut nimmt zu. Die epidemiologisch zum Teil dramatisch krankheitsverursachenden bzw. -fördernden Wirkungen solcher Lebenslagen sind schon oft und stets eindeutig nachgewiesen worden.

Gleichzeitig werden wir täglich mit neuen Nachrichten über eingetretene und drohende Umweltkatastrophen konfrontiert, die — zum Teil angeblich, zum Teil tatsächlich — langfristig unsere Lebensgrundlagen bedrohen. Das macht Angst und kann mutlos machen. Ebenso wie das grausame Spiel mit der Weltuntergangsangst, wie es aus Debatten über neue Rüstungsrunden klingt. Arbeitslosigkeit, Umweltzerstörung und erst recht natürlich bewaffnete Auseinandersetzungen, wie sie auch heute weite Teile der Welt beherrschen, sind nicht nur Gesundheitsgefahren für die unmittelbar Betroffenen, sondern sie können sich auch als Klima von Angst und Mutlosigkeit wie eine Bleilast auf die Mobilisierung des Interesses an der Gesundheit und die Entwicklung gesundheitsförderlicher und präventiver Aktivitäten legen.

Angst und Mutlosigkeit sind denkbar schlechte Voraussetzungen für ein Klima lebensfreundlicher Aktivitäten. Prävention als Verhütung von Krankheiten ist aber als lebensfreundliche Aktivität auf ein entsprechendes Klima geradezu angewiesen. Wo Individuen, Gruppen oder soziale Bewegungen sich für die Veränderung dieser Rahmenbedingungen, also für Abrüstung, Umweltschutz und Vollbeschäftigung einsetzen, leisten sie deshalb sowohl direkt als auch indirekt einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und sollten auch unter diesem Aspekt von Gesundheitspolitikern zunächst einmal mit Sympathie angesehen werden.

Als Zwischenfazit ist für den weiteren Gang meiner Argumentation an dieser Stelle schon zweierlei festzuhalten: Erstens: Es ist offensichtlich nicht üblich, die Maßnahmen zum Beispiel der Arbeitsmarkt-, Technologie- und Innovations- oder gar Außen-Politik systematisch auf ihre Gesundheits-

folgen hin zu überprüfen oder ihre Zulässigkeit am Maßstab der Gesundheitsverträglichkeit zu messen. Die Gesundheitsgerechtigkeit hat keine vergleichbare Lobby wie diejenige, die in den sechziger Jahren die Autogerechtigkeit der Stadt zum Maßstab der Siedlungs- und Urbanitätsentwicklung erheben konnte. Von der healthy public policy, als von einer öffentlichen Politik, die die Gesundheitsverträglichkeit ihrer Maßnahmen als ressortübergreifenden Querschnittsaspekt berücksichtigt, sind wir sternweit entfernt. Zweitens: Wer angesichts dieser hier nur beispielhaft genannten Prozesse das individuelle Verhalten als wichtigsten oder gar ausschließlichen Zielpunkt wirksamer Präventionspolitik sehen will, muß seinen Blickwinkel schon mit Scheuklappen künstlich begrenzen, damit ihm die gesellschaftlich produzierten und je individuell wirksamen Verhaltensbedingungen nicht ins Gesichtsfeld geraten. Wer es trotzdem tut, wird auch nur minimale Erfolge erzielen und kann sich selbst in die Resignation hineinmanövrieren.

Sinnvoller ist es, vor dem Hintergrund dieser beiden Zwischenergebnisse einige grundsätzliche und politikleitende Überlegungen zur epidemiologischen Notwendigkeit sowie zur historisch und gegenwärtig vielfach belegten Möglichkeit wirksamer Prävention anzustellen. Nach den Ausführungen von Prof. Schwartz, Dr. Kickbusch und Dr. Behrends kann ich an dieser Stelle darauf verzichten: An dem Gesagten hätte ich weder viel zu kritisieren, noch könnte ich ihm Entscheidendes hinzufügen. Es ist schon ein bedeutendes Ergebnis dieser Konferenz, wenn die Vertreterin der Weltgesundheitsorganisation, der Repräsentant des größten Krankenkassenverbandes, der medizinisch orientierte Sozialepidemiologe und der sozialwissenschaftliche Präventionsforscher zu im Kern gleichen Aussagen über Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Prävention und zu ähnlichen Einschätzungen über die Wirksamkeit von Verhaltens- und Verhältnisprävention gelangen. Bei so viel Einigkeit in Politik und Wissenschaft drängt sich doch vielmehr die Frage auf, warum nicht schon längst sehr viel mehr geschieht.

Häufig hört man hier den Einwand, daß die Wirksamkeit vor allem unspezifischer Prävention erst noch erwiesen werden müsse, bevor in sie investiert werden kann. Ein Blick auf die Gesundheitsgeschichte lehrt indes 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 es angesichts der multifaktoriellen Genese der modernen Volkskrankheiten gar keine Alternative gibt, 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. Aber woran es fehlt, ist die breite Erprobung von Präventionsmodellen auf der Basis von Plausibilität und gesundem Menschenverstand. Wissensdefizite sind derzeit nicht selten Vorwand für Nichtstun. Andererseits führt auch definitives Wissen über die Möglichkeiten der Verhütung zum Beispiel von Rheuma in der Arbeitswelt oder von Atemwegserkrankungen durch Luftverschmutzung nicht zu entsprechenden Präventionsbemühungen. Vor allem in den siebziger Jahren wurden Strategien und Instrumente sozialer Prävention in bezug auf den Arbeitsschutz, auf gesundheitsbezogene Umweltpolitik, auf Selbsthilfegruppen, auf kommunale Angebote von Gesundheitsgütern entwickelt und zum Teil erprobt. Bis auf wenige Ausnahmen wurden sie jedoch nie den wissenschaftlichen Möglichkeiten entspre-

chend 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 ungesteuert wachsenden Ausgaben für das Krankenversorgungssystem. Die siebziger Jahre erweisen sich im Rückblick — entgegen mancher Legende — nicht als Jahrzehnt der gescheiterten Prävention, sondern als Jahrzehnt der gescheiterten Präventionsprogrammatik, die im Gestrüpp ökonomischer Interessen und institutioneller Eitelkeiten hängengeblieben ist.

Warum ist das so? An welchen Rahmenbedingungen hat es zum Erfolg all dieser Modelle gefehlt. Was muß bei einem neuen Anlauf beachtet werden? Welche Rahmenbedingungen für Prävention müssen verbessert werden? Ich werde im folgenden vier Felder skizzieren. Es geht um

- die Organisation des Interesses an der Gesundheit,
- die Gewichtung der kurativ orientierten Medizin,
- die Institutionalisierung von Prävention und Gesundheitsförderung und um
- die Organisation von Forschung und Lehre in den Gesundheitswissenschaften.

II.

1. Das erste Feld defizitärer Rahmenbedingungen besteht in der Interessenorganisation: Es ist offenbar weder spontan noch selbstorganisiert noch durch Sozialversicherungsträger noch vom Staat her so ohne weiteres möglich, genügend Interesse für die Gesundheit und gegen ihre Gefährdung und zum Teil mächtigen Gefährder zu mobilisieren. Interesse und Macht sind nun ziemlich schillernde Begriffe, aber wir kommen nicht ohne sie aus, wenn wir über Gesundheitspolitik reden. Wir können dabei hinsichtlich der elementaren Voraussetzungen der Gesundheitspolitik davon ausgehen, daß Menschen an ihrer eigenen Gesundheit ein Interesse haben. Es ist unterschiedlich mobilisierungsfähig in Abhängigkeit vom erlebten Handlungsspielraum, von der Einbettung des Individuums in soziale Bezüge, der Größe und Bedrohlichkeit des Risikos, vom Risikoumfeld, dem Zeithorizont der Gefährdung und von vielen anderen Faktoren. Infolgedessen setzt es sich keineswegs immer und überall durch. Deshalb sehen wir tagtäglich, wie wir selbst und andere Menschen sich gesundheitsschädlich verhalten. Es spricht aber weder anthropologisch noch historisch etwas gegen die Annahme, daß sich das Interesse an Gesundheit in dem Maße entwickelt, wie es gelingt, diesem Interesse durch Überwindung entgegenstehender Faktoren lebensfreundliche Biotope zu schaffen. Das ist nach meinem Verständnis Gegenstand einer Politik der Gesundheitsförderung. Auf der anderen Seite spricht wenig dafür, daß dieses Interesse sich hinreichend wirkungsmächtig entwickeln kann, wenn man es lediglich beschwört und zu bestärken versucht, ohne an den entgegenstehenden Faktoren politisch zu arbeiten. Und auch die haben mit ökonomischen Interessen und mit Macht zu tun.

Im Umkreis von Gesundheit finden sich nämlich nicht nur individuelle, sondern vielleicht mehr noch gesellschaftlich organisierte Interessen. In einer Marktgesellschaft, die vorwiegend über einzelwirtschaftlich konzipierte ökonomische Hebel und Anreize gesteuert wird, hat dies auf Prävention und Gesundheitsförderung zwei Auswirkungen: Zum einen gewinnt in der Alltagspolitik gewöhnlich das ökonomische über das gesundheitliche Argument. Der gesundheitsgerechte Arbeitsplatz, die unterlassene Umweltverschmutzung, die personalintensive

Betreuung kosten Geld und bringen keinen ökonomischen Gewinn. Die Beispiele aus unterlassener Prävention in der Arbeitswelt, in der Umwelt, in der Verkehrspolitik hierfür sind Legion. Gegen die Kraftwerksbetreiber, Automobil- und Benzinhersteller ist zum Beispiel kaum vernünftige Umwelt- und damit Gesundheitspolitik zu betreiben, ja, nicht einmal ein Tempolimit durchzusetzen. 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 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«. 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 und daß auf den wenigen Feldern, wo dies vielleicht möglich wäre, die Verteilung über den Markt gerade nicht dafür sorgt, daß die Güter und Leistungen dort ankommen, wo sie am dringendsten gebraucht werden.

Auch in der staatlichen Gesundheitspolitik — das zeigen die Erfahrungen nicht nur mit der jetzigen Regierungskoalition — obsiegen ökonomische Argumente fast regelmäßig über gesundheitsbezogene. Weltanschauung und ideologische Versatzstücke werden dann häufig nur noch benutzt, um diesen eher simplen Sachverhalt zu kaschieren.

Aus dieser mißlichen Lage haben Regierung und Bundestagsmehrheit die Konsequenz gezogen, die Verantwortung für Gesundheit und Prävention im neuen V. Buch des Sozialgesetzbuches, das als »Gesundheitsreformgesetz« zu bezeichnen sich mir zwar auch, aber nicht nur aus Gründen der Semantik Feder und Zunge sträuben, vermehrt den Kassen zuzuweisen. Aber diese Versuche greifen zu kurz. Zwar sollen jetzt die Krankenkassen nach § 20 SGB V »den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken«, doch erlaubt das Gesetz faktisch keine Maßnahmen, die über unverbindliche Beratung anderer Institutionen oder über Leistungen an die eigenen Mitglieder hinausgehen können. Das ist ein in jeder Hinsicht harmloses Instrumentarium. Da nach der erklärten Logik der derzeitigen staatlichen Gesundheitspolitik die Kassen gleichzeitig untereinander immer stärker mit differenzierten Tarifen und Leistungskatalogen um unterschiedliche Versichertengruppen konkurrieren sollen, bedeutet dies für die Prävention in der Regel ihre Reduktion auf werbeträchtige und Public-Relations-Maßnahmen. Es zeichnet sich eine Situation ab, in der die 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. Der Politikwissenschaft sind solche Sitten unter dem Stichwort »symbolische Politik« wohl bekannt. Es bleibt abzuwarten, wie die alten und neuen sozialen Bewegungen, die kritischen medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsprofessionals und experimentierfreudigen Teile des Staatsappara-

tes mit dieser neuen Lage umgehen werden. Zweifellos vergrößert also das neue Gesetz die Spielräume der Kassen für Prävention und Gesundheitsförderung. 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. Denn die der Prävention entgegenstehenden Interessen sind weder durch Wegstreichen noch durch Ausblenden zu überwinden, sondern nur über sozialen Druck. Wenn die Kassen hier einsteigen wollen, sollten sie sich vorher vergewissern, ob sie dies auch institutionell bei gegebener Struktur, rechtlichen Regelungen und Funktion der Selbstverwaltung etc. durchsetzen können.

- Ein zweites Feld höchst defizitärer Rahmenbedingungen für wirksame Prävention liegt in der systematischen Unternutzung von Wissensbeständen der nicht-medizinischen Gesundheitswissenschaften. Seit 100 Jahren liegen Gesundheit und Krankheit im Definitions- und Einflußgebiet der kurativ orientierten Individualmedizin. Das ist gut und nötig, soweit es um Heilung und Linderung von Krankheiten und die Betreuung von Kranken geht. Es führt nur sehr begrenzt weiter, wo der individualmedizinische Ansatz als privilegierter Ausgangspunkt für Prävention genommen wird. Denn 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? Der Ansatz der Individualmedizin für die Prävention ist infolgedessen das Konzept der Früherkennung zur Frühbehandlung. Gerade auf dem Gebiet der Diagnostik hat die medizinische Technologie in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte zu verzeichnen. Dabei ist freilich auch festzustellen, daß die Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der Medizin immer breiter wird. Befunde mit ungewissen, aber im Falle ihres Eintretens dramatischen oder gar tödlichen Konsequenzen nehmen zu, ohne daß die Interventionsmöglichkeiten der Medizin dem auch nur annähernd folgen könnten. Nimmt man die Ergebnisse vor allem der angloamerikanischen Sozialepidemiologie zum Maßstab, so ist bereits heute in bezug auf große Teile der bei uns als Kassenleistung finanzierten Früherkennungsprogramme der epidemiologische Nutzen nicht nachzuweisen. Überdies werden sie von jenen am wenigsten in Anspruch genommen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Intervention noch relativ hoch wäre. Niemand kann heute ernsthaft behaupten, daß wir auf dem Wege der immer größeren Früherkennungsprogramme die großen Volkskrankheiten unserer Zeit jemals besiegen könnten. Überdies nimmt schon beim jetzigen Stand die Produktion von medizinischen Damoklesschwertern ohne therapeutische Konsequenz beständig zu. Ich verweise auf die kontroversen Diskussionen zur Rolle des HIV-Antikörpertests zur Prävention und Bekämpfung von AIDS. Im Zuge der mit der Gentechnologie möglich werdenden Genomanalyse stehen uns Entwicklungssprünge hinsichtlich der Vorhersehbarkeit und Manipulierbarkeit des menschlichen Lebens bevor,

die zur Realisierung wahrer Horrorvisionen führen können. Damit keine Mißverständnisse aufkommen: Die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 4. Lebensjahr 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. Für allgemeine Check-up-Untersuchungen, wie sie das Gesundheitsreformgesetz unter der irreführenden Unterschrift »Gesundheitsuntersuchungen« eingeführt hat, finden sich in der Literatur dagegen keine hinreichenden Belege für ihre epidemiologische Wirksamkeit. Mit großer Leichtigkeit ist hier ein wissenschaftlich unausgewiesenes, aber individualistisch angelegtes »Präventionsprojekt« zum Gesetz geworden, dessen Kosten zwischen 200 Millionen und 800 Millionen DM niemand voraussehen kann. Wenn man sich vor Augen hält, welcher politischen Anstrengungen es bedürfte, ein vergleichbar teures — und vielleicht in seinen positiven Wirkungen sehr viel präziser absehbares — Projekt der sozialen Prävention durchzusetzen, dann erhält man ein Bild von der unterschiedlichen Nutzung medizinischer und nicht-medizinischer Gesundheitswissenschaften.

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. Diese Entwicklung führt uns möglicherweise immer tiefer in eine Sackgasse. Es wäre eine notwendige Rahmenbedingung guter Prävention, die beiden Interventionstypen ohne imperialen Gestus miteinander zu vergleichen und nach Möglichkeiten zu suchen, sie synergetisch miteinander zu verbinden. Auch dies scheint mir mehr ein Machtproblem als ein Wissensproblem zu sein.

3. Zu reden ist auch — drittens — von den fehlenden institutionellen Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung. Sie liegen auf verschiedenen Ebenen: Natürlich brauchen wir — bei allen Vorbehalten hinsichtlich der Wirksamkeit staatlicher Maßnahmen — nach wie vor eingreifendere Gesetze zum Schutz der Beschäftigten in der Arbeitswelt, zur Reinerhaltung bzw. Entgiftung unserer Umwelt, wir brauchen den Ausbau und die Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, und wir brauchen Instrumente, die auch wirksam für den Vollzug von Schutzvorschriften sorgen.

Aber ebenso sicher ist, daß Strategien der Gesundheitsförderung ein Netz von informeller oder mehr oder weniger formalisierten Gesundheitsstützpunkten in der Region brauchen. Dazu zählt im Grunde genommen jeder halbwegs sozialmedizinisch orientierte Arzt der Primärversorgung, jede Sozialstation, jede Selbsthilfegruppe, jeder gewerkschaftliche Arbeitsschutzzirkel, sowie Bürgerinitiativen, Sportvereine, Schulen etc. Gerade wenn mit Prävention die Inanspruchnahme des medizinischen Systems gesenkt werden soll, wenn es also das Ziel der Gesundheitspolitik ist, das richtige Gesundheitsproblem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige Beratungs- oder Versorgungssystem hineinzubringen, dann fehlt es an einer breiten und vielfältigen Palette lebensweisenbezogener, vorwiegend nicht-medizinischer Gesundheitsangebote im Betrieb, in der Gemeinde, in der Ausbildungsstätte etc. Nicht im Sinne einer sozialen Kontrolle, sondern als Angebot der Artikulation, Aktivierung und Organisierung von Gesundheitsinteressen im Rahmen der jeweiligen

Lebenssituation. Auf diese neue Aufgabe müssen sich Staat, Länder und Kommunen, aber auch die Sozialversicherungsträger, ärztliche Organisationen und wer immer sich dazu berufen fühlt, erst neu einstellen, und zwar in dem Bewußtsein, daß es sich wirklich um eine neue Aufgabe handelt, um ein neues Aufgabenfeld, das auch eine Sichtweise und Handlungslogik und der gleichberechtigten Zusammenarbeit mit ungewohnten Kooperationspartnern bedarf.

Wie können solche Ansätze vermehrt und verstetigt werden? Sie entstehen zunächst einmal dezentral vor Ort und müssen dort auch gefördert werden. Eine wichtige Rolle könnte dabei eine öffentliche Institutionalisierung des öffentlichen Interesses an Gesundheit spielen. Gemeint sind damit zum Beispiel die Kommunal- bzw. Regionalverwaltung und die Sozialversicherungsträger paritätisch zusammensitzen und öffentlich mit allen erreichbaren Trägern der Prävention und Gesundheitsförderung über Prioritäten, Ziele, Maßnahmen und dafür erforderliche Ressourcen diskutieren. Gesprächspartner sind die Arbeitswelt- und Umweltschutzorganisationen, die Verbraucherverbände, die Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen und natürlich immer wieder auch die örtliche Ärzteschaft. Solche Konferenzen könnten der öffentlichen Thematisierung, der Ermutigung und der öffentlichen Unterstützung dienen. Es wäre von der Kompetenz und Datenlage her Aufgabe der Sozialversicherungsträger in solchen regionalen Gesundheitskonferenzen, eine öffentlich verständliche regionale Gesundheitsberichterstattung vorzulegen. Dabei darf es nicht — wie heute manchmal zu beobachten — um die Anlage neuer Datenfriedhöfe gehen. Ziel regionaler Gesundheitsberichterstattung ist vielmehr ein unter territorialen, betrieblichen und sozialen Gesichtspunkten geordneter Überblick über die Gesundheitsprobleme und -risiken in der Region, ihre soziale Verteilung sowie auch über Möglichkeiten der Risikoverminderung und der Evaluation entsprechender Ansätze.

Die regionale Gesundheitsberichterstattung soll Antwort auf folgende Fragen geben:

- Welche Gesundheitsprobleme gibt es in der Region?
- Wo treten sie gehäuft auf?
 - Nach Betrieben
 - Nach Wohngebieten
- Welche Bevölkerungsgruppen sind (besonders) betroffen?
- Was kann dagegen getan werden?
 - Durch soziale Prävention
 - Durch verstärkte medizinische Intervention
- Wer ist fachlicher, organisatorischer und politischer Träger der Intervention?
- Was ist das Ergebnis der Intervention?

Regionale Gesundheitskonferenz und regionale Gesundheitsberichterstattung können nach einem solchen Konzept zusammengenommen zum Mobilisierungs- und Führungsinstrument regionaler Präventionspolitik entwickelt werden. Da finden sich dann Schwerpunkte der Luftverschmutzung, der arbeitsbedingten Erkrankungen, der Verkehrsfährdung, der sozialen Brennpunkte, der Erkrankungshäufigkeiten und die Maßnahmen unspezifischer und spezifischer, medizinischer und nicht-medizinischer Prävention in einem inneren Zusammenhang. Auf einer solchen Grundlage können öffentliche Debatten über Gesundheitsförderung und Prävention wesentlich rationaler und interessenbezogener geführt werden als heute.

Ich habe jetzt nur über die präventiven Aufgaben einer regionalen Gesundheitskonferenz aus Behörden und Sozialversicherungsträgern gesprochen. Natürlich könnte man einer solchen Konferenz auch Aufgaben der Qualitätssicherung und Planung im kurativen System übertragen. Aber das ist ein anderes Thema.

Jedenfalls fordert eine Orientierung und Institutionalisierung von Gesundheitspolitik, wie ich sie hier zu skizzieren versucht habe, eine gänzlich neue Sichtweise. Diese neue Sichtweise wird benötigt für die Fort- und Weiterbildung von Kassenmitarbeitern, für den Beitrag der örtlichen Ärzteschaft und auch für die Problemwahrnehmung und das Handlungsverständnis der kommunalen bzw. regionalen Behörden: Gefordert ist eine primär bevölkerungsbezogene Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen. Gesehen werden dabei hinter den einzelnen Krankheitsfällen typische Verursachungszusammenhänge und Risikostrukturen. Und gesehen werden nicht nur Krankheiten, sondern auch die subjektiven und objektiven Voraussetzungen für Gesundheit. Es geht um die Auffindung und Durchsetzung von Strategien kollektiver Risikominderung. Zu suchen ist nach Interventionsmöglichkeiten möglichst vor der medizinischen Erstmanifestation. Dies ist mit der Versicherungslogik, die den einzelnen Versicherten einer Kasse zuordnet und einen Handlungsbedarf erst ab dem Zeitpunkt eines medizinischen Befundes definiert, nicht leicht vereinbar. Die Sichtweise ist weiterhin kaum vereinbar mit der Vorstellung des klassischen, lediglich um Gesundheitsberatung erweiterten Arzt-Patienten-Verhältnisses oder der Vorverlegung des Arzt-Patienten-Kontaktes. Und diese Sichtweise beinhaltet, daß Prävention und Gesundheitsförderung in dem Sinne als politisch angesehen werden, als ihre Probleme oft nicht ohne die Organisierung von sozialem Druck und ohne die Auseinandersetzung mit widerstrebenden Gruppeninteressen zu lösen sind. In diesen Auseinandersetzungen kann man meist nicht neutral bleiben, wenn man für die Gesundheit ist.

4. Eine solche Sichtweise zu schaffen und zu verallgemeinern, bedarf es mehr als einiger Festreden und Broschüren mit ausgefeiltem Design. Notwendig ist — für Ausbildung, Weiterbildung und Forschung — eine neue Organisation des Wissens über Prävention, also eine Neuorganisation präventionsorientierter Gesundheitswissenschaften. Denn daß es an Wissen und vielleicht mehr noch an Wissensvermittlung fehlt, ist ja auch dann richtig, wenn mit dem Argument des fehlenden Wissens zur Torpedierung von Präventionsprojekten oft genug Schindluder getrieben wird. Vierzig Jahre nach Gründung der Bundesrepublik beginnen wir zu bemerken, daß in zahlreichen der uns umgebenden Länder neben den klassischen Medizinfakultäten längst unabhängige Hochschulen für Gesundheit/Schools of Public Health entstanden sind und erfolgreich arbeiten. Unsere Verspätung hat auch einen historischen Grund: Die akademische Disziplin der Sozialepidemiologie, das Kernfach jeder präventionsorientierten Gesundheitswissenschaft, ist zwar zu Beginn unseres Jahrhunderts in Deutschland entstanden und zur Blüte gebracht worden. Sie hat sich aber von den ihr im Jahre 1933 versetzten Schlägen bis heute nicht erholen können. Der größere Teil der akademischen und praktischen Vertreter dieses Ansatzes wurde damals aus politischen und/oder rassistischen Gründen aus dem Land gejagt, mit Berufsverbot belegt, eingesperrt oder umgebracht. Im Exil leisteten viele bedeutende Beiträge zur Entwicklung der vor allem angloamerikanischen Soziale-

pidemiologie und Sozialmedizin. Die in Deutschland bleibenden und weiterarbeitenden Epidemiologen ließen sich dagegen häufig als Begründungs- und Datenlieferanten für Strategien der Ausgrenzung und staatlichen Menschenvernichtungen mißbrauchen und waren damit fachlich und gesundheitspolitisch endgültig diskreditiert. In der sich einschließlich ihrer Gesundheitspolitik entwickelnden Bundesrepublik gab es deshalb für lange Jahre faktisch keine Sozialepidemiologie. Ihr Feld in der Ausbildung sowie bei der Definition und Gestaltung von Gesundheitspolitik wurde in erheblichem Ausmaß von der kurativen Medizin mit ihrem spezifisch individuellen Blickwinkel übernommen. Heute geht es in der Bundesrepublik darum, das Fach Sozialepidemiologie nach einer großen zeitlichen Unterbrechung wieder zu etablieren. Dabei geht es um die Zusammenführung sozialwissenschaftlicher Kenntnisse über Krankheitsentstehung, Prävention und Gesundheitspolitik mit modernen Methoden zur handlungsbefähigenden Abschätzung von Gesundheitsrisiken und Risikominderungen.

Zur Sozialepidemiologie müßten sich für gesundheitsbezogene Forschung und Lehre noch einige andere Kernfächer gesellen. Zu nennen wäre die Sozialmedizin, die uns über Sozialätiologie informiert und ein Bindeglied zwischen Sozialepidemiologie und der Allgemeinmedizin als Eintritts- und Übergangsbereich in das Krankenversorgungssystem darstellt. Notwendig wäre eine vertiefte wissenschaftliche Betrachtung der Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitsförderung und Prävention in den verschiedenen Verursachungsfeldern (also in Arbeitswelt, Umwelt und Gemeinde), bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen oder in bezug auf verschiedene Krankheiten. Um nicht dem Fehler zu verfallen, die Rahmenbedingungen außer acht zu lassen, müßten außerdem die Fächer Ökonomie, Politik sowie Institutionen- und Rechtskunde hinzukommen. Ein solcher multidisziplinärer, auf ein gemeinsames Programm verpflichteter wissenschaftlicher Ansatz könnte in einer wie auch immer zu bezeichnenden School of Public Health wesentliche Impulse in Theorie, Ausbildung und Praxis leisten. Es wäre ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung.

III.

Stellt man sich einmal vor, die hier angesprochenen Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung ließen sich in der Perspektive zunehmend verbessern: Das Lebenselement Gesundheit würde mehr und wirksamer als individuelles und kollektives Interesse in den jeweiligen Alltag eingebracht. Die kurative Medizin würde wieder mehr auf jene Aufgaben der Behandlung, Betreuung und Versorgung gelenkt, die sie und nur sie lösen kann. Es gelänge weiterhin, das Interesse an Gesundheit zunehmend auch institutionell zu fördern, ohne daß dies in soziale Kontrolle umschlägt. Und schließlich gesetzt, die Gesundheitswissenschaften würden dabei den ihnen gemäßen Platz in Forschung, Ausbildung und Politikgestaltung für die Gesundheit einnehmen. In dieser Perspektive ergäbe sich eine weit über Fragen der Medizin und Versicherungspolitik hinausweisende Strukturreform des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit. Dafür lohnt es zu arbeiten und auch zu streiten. Ich hoffe, daß dieser erste internationale Kongreß der AOK und der WHO zum Thema »Gesundheit als Herausforderung« vor allem auch den zweiten Teil seiner Überschrift annimmt.