

Rosenbrock, Rolf; Hauß, Friedrich

Book Part — Digitized Version

Einleitung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf; Hauß, Friedrich (1985) : Einleitung, In: Rolf Rosenbrock, Friedrich Hauß (Ed.): Krankenkassen und Prävention, ISBN 3-924859-14-0, Edition Sigma, Berlin, pp. IV-XII

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122740>

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>.

Einleitung

Prävention durch die Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) - dieses Thema umschließt zwei zentrale, in der öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion jedoch weithin unterbelichtete Probleme: (1) ein spezifisch gesundheitliches und (2) ein übergreifendes Problem der Orientierung und Organisierung der sozialen Sicherung.

1. Das erste Problem wird durch einen Blick auf den Zustand und die Entwicklungsdynamik der Volksgesundheit deutlich: die nicht-übertragbaren, im wesentlichen chronisch degenerativ verlaufenden Krankheiten dominieren bei ungebrochen nach oben gerichtetem Trend das Erkrankungs- und Sterbegeschehen in industrialisierten Gesellschaften.

Das historisch gewachsene Medizinsystem hat auf diesen Wandel des Krankheitspanoramas mit einer gewaltigen Zunahme und Ausdifferenzierung der Leistungen v.a. auf den Gebieten der Diagnose und Linderung reagiert - Heilung kann es in aller Regel nicht anbieten; auch der Versuch mit Hilfe von Früherkennungsuntersuchungen den Zeitpunkt der medizinischen Intervention vorzuverlegen und auf diese Weise die Manifestation der Erkrankung zu verhindern, hat dieses Bild nicht wesentlich verändert. Offensichtlich greift auch dieser Ansatz nicht früh genug in die Verursachungsprozesse v.a. der chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten ein.

Gefordert ist deshalb ein neues Verständnis von Gesundheitspolitik, das deren Aufgabe auch als Verhütung von Krankheiten in den Sphären ihrer Entstehung begreift. Dabei kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, daß die dabei zu lösenden Aufgaben in die Kompetenz des vorwiegend auf Krankheitsbehandlung ausgerichteten Medizinsystems fallen. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, daß die gesundheitspolitischen Bemühungen sich sinnvoll auf das je einzelne (gesundheitlich gefährdete) Individuum zu richten haben. Vielmehr gibt es höchst plausibel und wissenschaftlich vielfach gestützte Gründe dafür, daß die langen Wirkungsketten der Krankheitsentstehung noch einen Schritt weiter zurückverfolgt werden müssen, um volksgesundheitlich wirksame Interventionen zu ermöglichen: unterschiedliche Lebenslagen und Arbeitssituationen führen zu unterschiedlichen Risiken/Wahrscheinlichkeiten zu erkranken; die Risiken zu erkranken und die Chancen, eine Krankheit zu bewältigen, sind je nach Zugehörigkeit zu sozialen Schichten ungleich verteilt. Wo diese Feststellung auch den Ausgangspunkt für Gesundheitspolitik bildet, ergeben sich breite Überschneidungen zwischen Präventions-

aufgaben und dem allgemeinen Ziel der Sozialpolitik, die Lebenslage der sozial schwachen Gesellschaftsgruppen positiv zu beeinflussen. Darüber hinaus hat die - im Forschungsbetrieb immer noch vernachlässigte - Sozialepidemiologie auch spezifischere Befunde in großer Zahl zu bieten: bestimmte Belastungen und Belastungskonstellationen sowohl in der Arbeitswelt wie auch in der Reproduktionssphäre als auch in Kombinationen beider Bereiche lassen die Wahrscheinlichkeit, an einer der chronisch degenerativen Leiden zu erkranken, oftmals steil wachsen. Besonders eindrucksvolle Beispiele hat die Forschung vor allem der letzten ca. fünfzehn Jahre in dieser Hinsicht für die Arbeitswelt belegt. Der damit umschriebene Bereich der "arbeitsbedingten Erkrankungen" rückte allerdings in der Bundesrepublik nie so stark in den Vordergrund des gesundheitspolitischen Interesses, wie dies aufgrund der Brisanz und Perspektiven der wissenschaftlichen Befunde aus gesundheitsbezogenen Gründen zu erwarten gewesen wäre.

Für diese relative Unterthematierung werden fünf, zum Teil einander ergänzende, zum Teil kontrovers beurteilte Ursachen verantwortlich gemacht:

- Die vorwiegend epidemiologisch gewonnenen Befunde weisen Begründungslücken auf, wenn die Meßlatte einer strengen naturwissenschaftlichen Ätiologie angelegt wird. Das Paradigma eines positiven Gesundheitsbegriffs, das seine Aufgreifkriterien für gesundheitspolitische Interventionen aus plausibel begründeten Gefährdungs-Wahrscheinlichkeiten unter Einbeziehung sozialer und psychischer Variable bezieht, steht im Streit mit dem auf individuelle Krankheitsbekämpfung ausgerichteten Paradigma einer Medizin, die sich weithin auf die Veränderung physiologisch meßbarer Parameter sowohl als Aufgreifkriterium wie als Interventionsfeld beschränkt.

- Die Umsetzung einer sozial-epidemiologisch angeleiteten Gesundheitspflege verändert den Stellenwert und die Zuständigkeit des medizinischen Versorgungssystems für Fragen der Gesundheit. Das vorhandene Medizinsystem hat aber eine historisch, ökonomisch und politisch begründet starke Stellung im System der gesellschaftlichen Reproduktion. Dies führt zu erheblichen Asymmetrien und beiderseitigen Verzerrungen in der Auseinandersetzung zwischen den beiden Paradigmata.

- Die Interventionsfelder einer auf die gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen gerichteten Gesundheitspolitik

liegen durchweg im Interessenbereich ökonomisch und politisch potenter Einflußgruppen, die in der Ausweitung der Gesundheitspolitik auf tiefer liegende Wurzeln der Verursachungszusammenhänge eine Einschränkung ihrer Autonomie sehen.

- Im Spannungsfeld zwischen der unabweisbaren Notwendigkeit präventiver Gesundheitspolitik einerseits und den medizinpolitisch sowie ökonomisch bedingten Widerständen gegen ihre Realisierung andererseits haben sich als "symbolischer Kompromiß" v.a. personenbezogene Ansätze der Prävention in den letzten Jahren in den Vordergrund geschoben.

Diese dehnen zwar einerseits das enge Paradigma der Kurativ-Medizin, indem sie soziale Verursachungszusammenhänge - zumindest in ihrer jeweils individuellen Ausdrucksform - in die Betrachtung und in ihre Maßnahmen einschließen, sie zielen andererseits jedoch nicht primär auf die Veränderung gesundheitsriskanter (den Individuen meist vorgegebener) Verhältnisse. Dies hat zwei gesundheitspolitisch möglicherweise verhängnisvolle Folgen: die vor allem quantitativ geringen Erfolge der auf individuelle Verhaltensbeeinflussung zielenden Ansätze werden der Prävention insgesamt zugeschrieben bzw. vorgehalten, eine faire Evaluation in Hinblick auf Effektivität und Effizienz wird so erschwert. Zum anderen bewegen sich solche Ansätze stets in der Nähe individueller Verhaltenskontrolle und geraten auf diese Weise in Spannung mit gesellschaftlichen Freiheitspostulaten. Die dadurch zum Teil beschworenen Ängste werden häufig ebenfalls "der" Prävention angelastet.

- Schließlich ist weder historisch noch aktuell zu übersehen, daß das am positiven Gesundheitsbegriff anknüpfende Paradigma mit seiner normativen Egalitätsorientierung aus der sozialen und Arbeiter-Bewegung stammt und mit der vor allem wirtschaftspolitisch motivierten Propagierung eines Menschenbilds, in dem der einzelne der Schmiid seines Glücks und auch der Schmiid seines Unglücks ist, nicht leicht vereinbart werden kann. Damit sind übergreifende gesellschaftliche Auseinandersetzungen angesprochen, in die die Gesundheitspolitik kaum unmittelbar eingreifen kann, die aber umgekehrt die gesundheitspolitische Auseinandersetzung auf einer schiefen Ebene und mit asymmetrisch verteilten Durchsetzungspotentialen stattfinden läßt.

Diese fünf Komplexe bilden den gesundheitspolitischen und den gesundheitsökonomischen Hintergrund für die Diskussionen über Möglichkeiten, Risiken und Grenzen der Prävention.

2. Probleme der sozialen, einschließlich der gesundheitlichen Sicherung werden derzeit überwiegend auf Probleme der Finanzierung reduziert. Das Steuerungsziel "Kostendämpfung" z.B. scheint sich in seinen verschiedenen Spielarten derart verselbständigt zu haben, daß genuin sozialstaatliche Steuerungsziele, wie z.B. "Gesundheit", wissenschaftlich und politisch kaum noch die gebotene Aufmerksamkeit auf sich ziehen können. Dadurch werden gerade perspektivisch zentrale Probleme der sozialen Sicherung und ihrer Organisation weitgehend ausgeblendet. Dazu gehört z.B. die soziale Teilhabe der Bürger auch an der Gestaltung sozialpolitischer Leistungen, also die Materialisierung des demokratischen Sozialstaatsgebots. Institutionelle Formen, die diesem Gebot entsprechen sollen, z.B. in Gestalt der paritätischen Selbstverwaltung der GKV, gelten als politisch verkümmert, ihre Zuständigkeit reduziert sich überwiegend auf die Abwicklung von Verteilungsaufgaben im engen Rahmen staatlich gesetzter Vorgaben.

Auf der anderen Seite werden sowohl von den gesellschaftlichen Großgruppen (Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände) als auch aus dem Inneren der Institution immer wieder spezifisch gesundheitspolitische Anforderungen an die GKV und ihre Selbstverwaltung gestellt. Angesichts der ökonomisch hochbesetzten und juristisch hochverregelten Felder der Krankenversorgung durch das Medizinsystem liegt es nahe, nach Möglichkeiten einer Re-Vitalisierung, die wohl nur als Re-Politisierung gedacht werden kann, außerhalb dieser politisch weitgehend unzugänglichen Felder zu suchen. Hier bietet sich die Prävention als Aufgabenfeld nicht nur wegen ihrer großen und zunehmenden volksgesundheitlichen Relevanz an, sondern auch deshalb, weil die GKV für zwei konstitutive Probleme wirksamer Prävention institutionell komparative Vorteile aufweist:

- Die Identifikation gesundheitsriskanter Arbeits- und Lebensbedingungen wie auch gesundheitlicher Problemgruppen zu einem Zeitpunkt, an dem sich noch keine manifesten Erkrankungen herausgebildet haben, ist auf Informationen angewiesen, die oftmals in den geschützten und schützenswerten Intimbereich der Betroffenen hineinragen. Oft können solche Informationen auch nur von ihnen selbst gegeben werden (Befindlichkeit, Sozialanamnese). Die notwendige Mitwirkung der Betroffenen bis hin zu ihrer Mobilisierung bedarf der Freiwilligkeit. Für diese Aufgabe kommen demnach nur solche Institutionen in Frage, die das sichere und durch Partizipation gesicherte Vertrauen der Betroffenen haben.

- Die Intervention in die zum Teil sehr langen Wirkungsketten der Erkrankungen berührt verschiedene gesellschaftliche Bereiche, und zwar sowohl in Hinblick auf Machtzonen als auch organisatorisch. Die politische Dimension ist dadurch gekennzeichnet, daß Eingriffe in die Sphären der Arbeitssituation, der Güter- und Dienstleistungsproduktion und der sozialen sowie gesundheitlichen Versorgung notwendig sind. Die organisatorischen Probleme ergeben sich aus der Tatsache, daß oftmals Maßnahmen im Betrieb, in der Wohngegend und in der sozialen sowie der medizinischen Versorgung miteinander koordiniert sein müssen, um wirksam zu sein.

Sowohl von ihrer Legitimation (Wahl und Selbstverwaltung) als auch von ihrem ökonomischen Gewicht (die GKV verteilt z.Z. ca. 100 Milliarden DM pro Jahr) scheinen die Institutionen der GKV zunächst gute Voraussetzungen für Lösungsansätze in beiden Problembereichen zu bieten. Dies schlägt sich auch immer wieder in Selbstverständnis und Programmatik z.B. der großen Kassenverbände nieder. Auf der anderen Seite sind auch die mit den Begriffen Selbstfesselung, paritätische Selbstlähmung, Bürokratisierung und Monetarisierung umrissenen Probleme der GKV unübersehbar. Sie verbinden sich mit weiteren Faktoren zu Fragen der gesundheitspolitischen Durchsetzungsfähigkeit der GKV.

3. Den Hintergrund der vom 20. bis 22. Februar 1985 in Berlin durchgeführten Konferenz "GKV und Prävention", deren Referate und Diskussionen in diesem Band vorgelegt werden, bildete die Frage, ob und wie beide Aspekte - der gesundheitliche und der allgemein sozialpolitische - sinnvoll aufeinander bezogen werden können. Das am Schwerpunkt Arbeitspolitik des WZB durchgeführte Forschungsprojekt "Betriebskrankenkassen und Prävention" (gefördert vom Bundesarbeitsminister im Rahmen des Forschungsprogramms "Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen"; Projekt-Bearbeiter: Gerd Göckenjan, Friedrich Hauß, Rolf Rosenbrock) hatte gewissermaßen als Testfall jene Aktivitäten untersucht, die die ca. 800 Betriebskrankenkassen in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der Gesundheitspflege und Krankheitsverhütung, speziell in der Arbeitswelt, derzeit entfalten und unter gegebenen Bedingungen und absehbaren Entwicklungen entfalten können.¹

¹ Vergleiche als Überblick über die Ergebnisse: Projekt Betriebskrankenkassen und Prävention, Zusammenfassung des Ergebnisberichts (Redaktion: Rolf Rosenbrock), IIVG/dp 85-203, 55 Seiten. Kostenlos zu beziehen bei: WZB, Schwerpunkt Arbeitspolitik, Steinplatz 2, 1000 Berlin 12

Aufgabe der Konferenz war es, die dort gewonnenen Ergebnisse mit den übergreifenden Fragestellungen der Prävention rückzukoppeln und in der Diskussion mit Wissenschaftlern und Praktikern auf ihre Tragfähigkeit und Verallgemeinerbarkeit hin zu überprüfen. Von vornherein war klar, daß sich dabei kein breiter Königsweg auftun würde, sondern nach auch bescheidenen Ansatzpunkten mit möglichen Verbreitungswirkungen zu suchen sei.

Die hier wiedergegebenen Referate und Diskussionszusammenfassungen bilden drei Kapitel mit allerdings nicht durchgängiger Trennschärfe:

1. Im ersten Kapitel geht es um die **extern gesetzten und intern generierten Möglichkeiten und Grenzen des Handelns der GKV** auf dem Gebiet der Prävention.

Lothar Machtan zeigt die konkreten sozialpolitischen Weichenstellungen zu Beginn der Entstehungen des deutschen Systems der sozialen Sicherung, mit denen der sozialpolitische Ansatz der materiellen Kompensation für erlittene Gesundheitsschädigungen gegen Konzepte einer auch mit materiellen Hebeln an den Schädigungsursachen ansetzenden Präventionspolitik durchgesetzt wurde. **Christian v. Ferber** analysiert die aus der Organisationsform der GKV resultierende Mechanik der "Selbstfesselung". Er zeigt auf, in welcher Weise dadurch der autonom zu gestaltende Handlungsraum in bezug auf Prävention schrumpft und dadurch eher suboptimale Lösungen hervorgebracht werden. **Gerd Göckenjan** spitzt dies zu, indem er die These vertritt, daß die handlungshemmende Struktur kein "Organisationsfehler" sei, sondern die Folge anderer Zielsetzungen (z.B. Produktivität, Arbeitsmarkt), die ihre Priorität im historischen Prozeß nie eingebüßt hätten. Demgegenüber arbeitet **Erich Standfest** die Bedeutung unterschiedlicher politischer Konjunkturlagen heraus, indem er auf die Unterschiede in Motivation und Durchsetzungschancen für sozialpolitische Projekte zwischen den siebziger und frühen achtziger Jahren verweist. Das wichtigste Hindernis einer wirksamen Präventionspolitik sei demnach gegenwärtig die Indienstnahme der Sozialpolitik für eine angebotsorientierte Programmatik der Wachstumsförderung.

2. Im zweiten Kapitel kommen die derzeit **konkurrierenden Ansätze der Krankheitsfrüherkennung und der Prävention** zur Sprache. **Alfons Labisch** diskutiert das weite Spektrum präventiver Strategien zwischen "spezifischen, krankheits- und individuenbezogenen" und "unspezifischen, arbeits- und lebensweltbezogenen Konzepten". Die Probleme der Umsetzung sieht er aus der Sicht der Gesundheitswis-

senschaften vor allem in den unklaren bzw. asymmetrischen Kommunikationsbeziehungen zwischen Wissensträgern und Handlungsträgern. Unter dem Gesichtspunkt ihrer Wirksamkeit systematisiert **Wilfried Karmaus** Präventionsansätze nach Zeitpunkt, Ebene und Reichweite der Intervention. **Bernd-Peter Robra** entfaltet aus medizinisch-epidemiologischer Sicht Systematik und Perspektiven medizinischer Früherkennung und Prävention. **Heinz-Harald Abholz** hält dagegen eine vor allem methodologische Kritik an Anlage und Evaluierung der gebräuchlichen medizinisch-epidemiologischen Interventions- und Forschungsprogramme, die ein verzerrtes Bild der Effektivität und Effizienz dieser Ansätze zeichnen. **Hans Schnocks** fragt, was trotz aller berechtigter Einwände durch Gesundheitserziehung für Prävention getan werden könne und plädiert - bei gegebenem Wissens- und Erfahrungsstand - für mehr Pragmatik.

3. Nach dem in Kapitel 1. die Handlungsbedingungen der GKV und in Kapitel 2. das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten in der Prävention erörtert worden ist, werden im dritten Kapitel konkrete Ansätze, Programme und Vorschläge für das Handeln der GKV auf diesem Gebiet vorgestellt.

Rainer Müller zeigt am Beispiel der Arbeitswelt den Handlungsbedarf auf, der durch institutionelle Zersplitterung sowie Problemverkürzung und einseitige Maßnahmegewichtung bei den vorhandenen Interventionssystemen gekennzeichnet sei. Daraus entwickelt er Kriterien und Instrumente präventiven Kassenshandelns, vor allem auf dem Gebiet der arbeits- und sozialepidemiologischen Erhebung und Auswertung von Massendaten. Die Voraussetzung der Realisierung solcher erfolgversprechenden Ansätze sieht er in der Revision des überholten Krankheitsbegriffs, einem tatsächlichen Pluralismus der wissenschaftlichen Disziplinen und einem wirksamen Datenschutz. **Kurt Friede** betont aus der Sicht eines großen Kassenverbandes, daß die GKV in das Gebiet der Primärprävention einsteigen wolle, könne und müsse. Gegenwärtig sei das alte Paradigma zwar brüchig, aber noch dominant. Zur Verbreiterung der Handlungs- und Innovationsoptionen sei vor allem ein Abbau von Mißtrauen zwischen Wissens- und Handlungsträgern sowie ein verbesserte Informations- und Erfahrungsaustausch auch innerhalb der Kassen und Verbände erforderlich. **Rolf Rosenbrock** stellt einen Teil der Ergebnisse des Forschungsprojekts "Betriebskrankenkassen und Prävention" vor. Aus einer Analyse der durch vielfältige Strukturen und Interessen eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten der Kassen leitet er den Vorschlag ab, die gesundheitspolitische Kompetenz der BKK und der in ihr arbeitenden

Gruppen für den Aufbau dezentraler Berichtssysteme "Arbeit und Gesundheit" unter direkter Einbeziehung der Versicherten zu nutzen. **Rolf Neuhaus** berichtet über Erfahrungen aus der politischen Diskussion eines von ihm mitentwickelten Präventionskonzepts für die GKV aus den siebziger Jahren, vor allem mit Vertretern ärztlicher Interessenpolitik. Als ebenfalls diskutierenswertes Konzept zur Inangasetzung von Prävention durch GKV stellt er eine Fortentwicklung des Gedankens der Staffelung der Arbeitgeber-Beiträge zur Krankenversicherung nach Gefahrenklassen des Betriebes vor, das schon in den zwanziger Jahren - allerdings vergeblich - als Revision bzw. Modifikation der von L. Machtan geschilderten Weichenstellung in der Sozialpolitik (vgl. o. Kapitel 1.) vorgeschlagen worden sei. **Bernard Braun** analysiert in Auswertung eines empirischen Forschungsprojekts über die Selbstverwaltung der GKV Interessenlagen. Handlungsmöglichkeiten und denkbare Koalitionsbildungen von bzw. zwischen Gewerkschaften, Selbstverwaltung, Versicherten, Arbeitgebern und Kassenmanagement. **Robert Paquet** diskutiert - ebenfalls als Ergebnis eines Forschungsprojekts - die Möglichkeit betrieblich orientierter Berichtssysteme, bei denen der Anstoß zwar von der Krankenversicherung kommt, die konkrete Durchführung aber auf den betrieblichen Arbeitsschutzausschuß übergeht. **Rolf Stuppardt** berichtet aus den Erfahrungen des BdB-Projekts zur Umsetzung arbeitsepidemiologischer Daten über konkrete Ansatzpunkte der Kooperation im Geflecht von Kassen- und Betriebsinteressen. **Peter Lemke** zeigt, auf welche quantitativen und qualitativen Probleme Kassen stoßen, die in der Region Angebote zur Verhaltensprävention etablieren wollen. **Friedrich Hauß** systematisiert die bislang zu Tage getretenen Engpässe kassentragener Prävention unter den Begriffen: Individualisierung (Unterbelichtung sozial determinierter Handlungsparameter) Ökonomisierung (z.B. Kassenwettbewerb) und Anpassung (Hereinnahme sachfremder Motive in Konzeption und Durchführung von Prävention).

Die Beiträge in diesem Band haben überwiegend den Charakter von Referaten, das hat den Vorteil der Kürze und - manchmal - den der Eingängigkeit. Die Herausgeber sind der Auffassung, daß es dem Stand der Diskussion nicht entsprochen hätte, die bestehende Vielfalt der Ansätze und die dabei auftretenden Unklarheiten und Widersprüche zu glätten oder gar zu eliminieren. Auch wenn derzeit nicht viel dafür spricht, daß das bessere Argument tatsächlich die bessere Gesundheitspolitik auszulösen vermag, so darf dies die Wissenschaft nicht daran hindern, die Vielfalt ihrer eigenen Ansätze als offene Debatte auszutragen. Zusammen mit den von den Herausgebern

verantworteten Zusammenfassungen der Diskussionen versuchen alle Referate dieses Bandes, dazu einen Beitrag zu leisten.

Die Herausgeber