

Kühn, Hagen

**Book — Digitized Version**

## Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Kühn, Hagen (1993) : Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A., ISBN 3-89404-122-6, Edition Sigma, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122887>

**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](mailto: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](mailto: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>.

**Kühn: Healthismus**

Herausgegeben vom  
**WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN FÜR SOZIALFORSCHUNG**

Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik

*Leiter:* Dr. Rolf Rosenbrock

Hagen Kühn

## **Healthismus**

Eine Analyse der  
Präventionspolitik und  
Gesundheitsförderung  
in den U.S.A.



Das Umschlagphoto zeigt den Eingangsbereich eines Krankenhauses in West Virginia.  
Photo: Samantha McCormick / Impact Visuals (©)

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

**Kühn, Hagen:**

Healthismus : eine Analyse der Präventionspolitik und  
Gesundheitsförderung in den U.S.A. / Hagen Kühn. [Hrsg. vom  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung,  
Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik].  
- Berlin : Ed. Sigma, 1993  
ISBN 3-89404-122-6

Copyright 1993 by edition sigma® rainer bohner verlag, Berlin.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

Textverarbeitung: Angelika Zierer-Kuhnle, Berlin

Druck: WZB

Printed in Germany

# Inhalt

	Seite
Danksagung	11
Vorwort des Herausgebers	13
1. Healthismus oder die »Zweite Public Health Revolution«	17
1.1 Lebensstil im Zentrum der Präventionspolitik	17
1.2 Politisch-sozialer Grundkonflikt der Prävention	20
1.3 Healthismus: Verinnerlichte Gesundheitsmoral	26
1.3.1 Gesundheit als persönliche Verantwortung	26
1.3.2 Gesundheit als subjektiver Wert	33
1.3.3 Krankheit als Feindbild	38
1.4 Die »Zweite Public Health Revolution«	43
1.4.1 Wandel langfristiger Anforderungen	43
1.4.2 Entwicklung der Public-Health-Dienste	46
1.5 Beispiel: Healthy People Project Maryland	62
1.6 Zusammenfassung	69

2.	Krankheit und soziale Ungleichheit: Zur Effektivität des Lebensstilkonzepts	72
2.1	Soziale Polarisierung und Krankheit in den USA: Empirischer Test	72
2.1.1	Thesen zur Wirksamkeit der lebensstilorientierten Prävention	72
2.1.2	Globale Trends der gesundheitlichen Lage	74
2.1.3	Sozialökonomische Polarisierung der Lebenslage	83
2.1.4	Indikator: Ethnische Zugehörigkeit	86
2.1.5	Soziale Ungleichheit bei Krankheit und Mortalität	94
2.1.6	Soziale Ungleichheit der subjektiven Risikofaktoren	96
2.1.7	Soziale Ungleichheit der gesundheitsbedingten Lebensqualität	99
2.2	Lebensstil oder Konsumverhalten: Theoretische Einwände	106
2.3	Kriterien gegentendenzieller Prävention	113
3.	Der Lebensstilansatz: Konzept des geringsten Widerstands	118
3.1	Gesundheitsförderung und »Empowerment«	118
3.2	Machtbestimmter Reduktionismus	127
3.3	Reproduktion des Anpassungszwangs	133
3.3.1	Das Evolutionsgesetz der Präventionskonzepte: »Survival of the fittest«	133
3.3.2	Konservative Ätiologie	140
3.3.3	Beispiel: Konservative Ätiologie der Säuglingssterblichkeit	142
3.3.4	Multifaktorieller Nebel	146
3.3.5	Medizinsystem	149
3.3.6	Einverständnishandeln	150
3.3.7	Marketing als inhaltliche Vorentscheidung	153
3.4	Alternativen	157

	Seite
4. Medizin und Prävention: Messen statt Fragen und Pillen statt Verändern	162
4.1 Medizinische Prävention im engeren Sinne	164
4.2 Hegemonie der Medizin in der Prävention	170
4.2.1 Ein Beispiel	170
4.2.2 Erscheinungsformen	174
4.2.3 Zur sozialökonomischen Struktur der Hegemonie	176
4.2.4 Medikalisierung	181
4.3 Medikamente gegen »Risikofaktoren«	184
4.3.1 »Risikofaktoren« werden zur Krankheit	184
4.3.2 Beispiel: Prävention durch Senkung des Cholesterinspiegels	195
5. Die Umwertung des Rauchens: Anti-Tabakpolitik	222
5.1 Bedeutung des Tabakthemas	222
5.1.1 Besonderheit des Tabakthemas	223
5.1.2 Gesundheitliche Bedeutung und bisherige Erfolge	224
5.2 Anti-Smoking-Bewegung	229
5.2.1 Akteure und Konstellationen	229
5.2.2 Der Staat als Adressat	233
5.2.3 Zur politischen Ökonomie des Konflikts	235
5.3 Soziale und individuelle Prävention des Rauchens	241
5.3.1 Individuelle Instrumente	242
5.3.2 Politische Instrumente	250
5.4 Gesellschaftliche »Rücksicht« oder gesundheitliche Einsicht?	283
5.4.1 Soziale Tendenz zum Nichtrauchen	283
5.4.2 Das Doppelgesicht der Anti-Smoking-Bewegung - oder: Die Herzlosigkeit der besseren Menschen	287

	Seite
6. Arbeit und Gesundheit (I): Prävention im Zeichen entwerteter Industriearbeit	291
6.1 Umbruch der betrieblichen und politischen Bedingungen	291
6.2 Das Arbeitsschutzsystem: Prävention am Arbeitsplatz	296
6.2.1 Grundelemente	298
6.2.2 Inhalt und Niveau des betrieblichen Arbeitsschutzes	307
6.2.3 Das Arbeitsschutzgesetz von 1970 (OSHAct)	325
6.2.4 Arbeitsschutz im Zeichen entwerteter Industriearbeit	363
6.3 Medizinische Untersuchungen im Betrieb: Prävention oder Selektion?	369
6.3.1 Ambivalenz	369
6.3.2 Verbreitung	373
6.3.3 Genetische Tests	375
6.3.4 Drogen- und Alkoholtests	377
6.3.5 Herrschaftswissen	379
7. Arbeit und Gesundheit (II): Betriebliche Gesundheitsförderung und privater Lebensstil	381
7.1 Praxis der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz	381
7.1.1 Merkmale	381
7.1.2 Verbreitung und Träger	384
7.1.3 Beispiel: »Live For Life« (Johnson & Johnson)	386
7.2 Präventiver Wert	390
7.3 Zur Ökonomie der Gesundheitsförderung	393

	Seite	
7.4	Gesundheit und »kulturelle Kontrolle«	397
7.4.1	Zwangstests auf Drogen und Alkohol	397
7.4.2	Employee Assistance Programs	398
7.4.3	Pseudo-Synthese	400
7.4.4	Gesundheit, Fitness und »lean production«	403
7.5	Schrankenlosigkeit und Selbstschutz	410
8.	Schlußbemerkung: Stromaufwärts	419
	Literatur	422
	Verzeichnis der Tabelle und Abbildungen	445
	Verzeichnis der Abkürzungen	447



# Danksagung

Die vorliegende Arbeit versucht, die gesellschaftlichen Beziehungen zur Gesundheit verständlich zu machen, indem diese im Rahmen der konkreten ideologischen, sozialen, politischen und ökonomischen Zusammenhänge der Vereinigten Staaten untersucht werden. Ein solches Vorhaben hat nur Aussicht auf Erfolg, wenn zu den Informationen aus Bibliotheken, Tagungen und Interviews ein Mindestmaß an Erfahrung in dieser Gesellschaft hinzutritt. Mein Dank gilt hier dem Department of Health Services der School of Public Health an der Universität von Kalifornien, Los Angeles (UCLA), für die Einladung als Gastprofessor im Jahre 1991.

Besonders dankbar bin ich meinen Freunden und Gastgebern E. Richard Brown und Marianne Brown. Ohne die Gespräche und Debatten mit ihnen und gemeinsamen Freunden und Kollegen hätte ich den Mut zu meinen Arbeiten über Gesundheit in den USA nicht gefunden. Zwischen 1988 und 1992 haben zahlreiche amerikanische Kollegen mir dafür bereitwillig von ihrer knappen Arbeitszeit für Fragen und Gespräche geopfert. Speziell für das vorliegende Buch wurde ich darüber hinaus von Marianne Brown (UCLA), Warren J. Salmon (University of Illinois, Chicago), Deborah A. Stone (Brandeis University, Waltham), David U. Himmelstein (Harvard University, Cambridge) und Ray Elling (Farmington) noch mit Artikeln, Statistiken und Zeitungsausschnitten versorgt.

Dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und seinem Präsidenten Wolfgang Zapf danke ich für die umstandslose Förderung meiner Arbeiten und Recherchen in den USA. Meinem langjährigen Kollegen Rolf Rosenbrock bin ich für seine Hilfe dankbar, sein Anteil an diesem Buch geht über das durch Fußnoten bezeichnbare hinaus. Meine Frau Gunhild Kühn unterstützte mich, wie man es sich von der Lebensgefährtin nur wünschen kann, und gab mir zudem noch sachverständigen Halt bei meinen Ausflügen in medizinische Gefilde. Olaf Reimann half mir zuverlässig in graphischen und technischen Belangen. Für die freundschaftliche und anregende Atmosphäre, in der das Buch geschrieben werden konnte, danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen der Forschungsgruppe.



# Vorwort des Herausgebers

Die Forschungsgruppe »Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik« untersucht Voraussetzungen, Wirkungen und professionelle sowie politische Konfigurationen der Herausbildung von Strategien der sozialen Prävention, vor allem im Hinblick auf die überwiegend chronisch-degenerativ verlaufenden Massenerkrankungen gegenwärtiger Industriegesellschaften. Erforscht werden Möglichkeiten und Grenzen des Konzepts, auf die Entstehung und Verteilung von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsgefahren mit Instrumenten der Politik einzuwirken. Zu identifizieren sind sowohl »präventive Potentiale« als auch Faktoren, die ihre Realisierung befördern oder behindern.

Speziell von Deutschland aus gehen diesbezüglich viele begehrlische wie auch besorgte Blicke über den Atlantik in die USA: Die einen verweisen auf die statistisch eindrucksvollen Erfolge, vor allem im Rückgang des Zigarettenrauchens und des Anteils tierischer Fette in der Nahrung sowie bei der Zunahme körperlicher Bewegung. Andere sehen aus den USA Gefahren eines autoritär normierten Gesundheitsverhaltens auf Europa zukommen, das zu Uniformität, Manipulation, Kontrolle und Ausgrenzung führt. Dritte verweisen auf den Abbau von Schutz und Sicherheit in der Arbeitswelt sowie die Verschärfung sozialer Gegensätze - nach allen historischen Erfahrungen ein frucht- und furchtbarer Humus auch für gesundheitliche Verschlechterungen großen Ausmaßes.

Wer das vorliegende Buch gelesen hat, wird feststellen, daß alle drei Beobachtungen zutreffen; daß aber nicht seriös vorgeht, wer einen dieser Aspekte herbeiwünscht oder verdammt, ohne den inneren politischen und kulturellen Zusammenhang zwischen all diesen Entwicklungen zu berücksichtigen. Hagen Kühn kommt zu diesem Ergebnis durch eine theoriegeleitete und materialreiche Zusammenschau politisch-ökonomischer und sozialer Entwicklungen mit Erkenntnissen der Sozialepidemiologie. Dieser Arbeit liegen zahlreiche Recherchen in den USA und ein Aufenthalt als Visiting Professor an der School of Public Health der University of California, Los Angeles, zugrunde.

Entgegen den diesbezüglich erstaunlich abstinenten »main-streams« deutschsprachiger akademischer Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie geht der Autor von der letzten abhängigen Variablen der Gesundheitspolitik aus und behält in allen untersuchten Bereichen den Bezug zu ihr; das heißt: Sein Buch handelt von der Gesundheit der US-Amerikaner und wie mit ihr politisch und ökonomisch verfahren wird.

Dieser Analyseansatz führt unter anderem zu dem theoretisch und politisch-praktisch folgenreichen Ergebnis, daß schon die Auswahl eines bestimmten Typus von Präventionspolitik keiner einsinnigen und wertneutralen Sequenz folgt, etwa nach dem Muster: Gesundheitsgefahren - Instrumente der Gefahrenminderung - Umsetzung in Politik. Vielmehr sind bereits die Erfassung von Gesundheitsgefahren, die Bewertung von Verursachungsanteilen und erst recht die Auswahl von Interventionen Reflexe auf politisch-ökonomische und professionspolitische Makroentwicklungen, die - über die soziale Konstruktion eines ihnen entsprechenden Menschenbildes und handlungsleitenden Gesundheitsbegriffes - zu formationsspezifischen Entscheidungen über Ansätze (und Auslassungen) sowie Schwerpunkten (und tote Winkel) der Präventionspolitik führen. Überspitzt und metaphorisch gesagt: Nicht die Diagnose führt zur Therapie, sondern für primär politisch determinierte Therapiemöglichkeiten werden passende Diagnosen ausgesucht.

Nur so ist es zu verstehen, daß in den USA derzeit zwar der weltweit größte Wissensfundus über die soziale Bedingtheit und Verteilung von Gesundheit, Krankheit und Lebensdauer existiert, sich aber die Präventionspolitik (und erst recht ihre Kommerzialisierung) fast ausschließlich auf die Veränderung individuellen Verhaltens konzentriert.

Empirische Legitimation beschafft sich dieser Ansatz durch seinen fest fixierten Blick auf die in der Tat beeindruckenden Erfolge in den Mittel- und Oberschichten, deren Angehörige evident über größere Spielräume der Verhaltensanpassung verfügen als Menschen in materiell und sozial beengten Lebenslagen und die auch von Verhaltensänderungen einen meßbar größeren gesundheitlichen Ertrag erwarten können. Vom nur scheinbar paradoxen Befund einer sich im Gesamtdurchschnitt verbessernden Gesundheitslage bei gleichzeitiger Vergrößerung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod wird der zweite Teil in der herrschenden, d.h. politikbestimmenden Problemwahrnehmung durchweg ausgeblendet.

Die Konzentration der Präventionspolitik auf das Individuum, sein Verhalten und seinen Lebensstil beschafft auch ideologische Legitimation für den Abbau von gesundheitswirksamen Schutzrechten und Partizipationsmög-

lichkeiten vor allem in der Arbeitswelt. Eine an den WHO-Kriterien der allseits in Anspruch genommenen Ottawa-Charta (1986) ausgerichtete Politik der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt hat angesichts der zunehmenden Auslieferung auch des »privaten« Verhaltens der Beschäftigten an eher kurzfristige und einzelwirtschaftliche Kalküle der Unternehmen derzeit kaum eine realistische Chance, trotz unermüdlicher Thematisierung durch zahlreiche kritische Public Health Professionals, gesundheitspolitisch engagierte gewerkschaftliche Kerne sowie eine Vielzahl regionaler Bürgerbewegungen.

Auch diese Entwicklung - so die Analyse von Hagen Kühn - ist nicht das Produkt spezifischer Bosheiten und Kontrollgelüste, sondern nicht zuletzt der nüchterne Reflex unter anderem auf die wirtschafts-, sozial- und arbeitspolitische Deregulierung der Regierungen Reagan und Bush und das Fehlen wirksamer Träger gegentendenzieller Politik.

Trotz dieser gesundheitspolitisch eher pessimistisch stimmenden Befunde wäre die Annahme verfehlt, Präventionspolitik in Deutschland und Europa könne nichts von den Entwicklungen in den USA lernen. Die Untersuchung von Hagen Kühn über das »natürliche Experiment« in den USA der achtziger Jahre legt zunächst einmal intersektorale Eingebundenheiten der Präventionspolitik bloß, die auch hierzulande allzu häufig vernachlässigt werden. Denn es geht dem Autor nicht um die Verdammung eines Präventionsansatzes zugunsten der Glorifizierung eines anderen: Um effektiv und effizient zu sein, so seine Analyse, braucht Präventionspolitik neben der Berücksichtigung der makropolitischen Determinanten immer auch die Aufnahme der Dimensionen sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod in den Zielkatalog sowie eine vorurteilsfreie Bestimmung des Mischungsverhältnisses zwischen angestrebten Veränderungen des Verhaltens und der Verhältnisse, die dieses prägen.

Wenn aus dem vorliegenden materialreichen Werk nur dieses gelernt würde, könnte Präventionspolitik auch hierzulande einen erheblichen Zugewinn an Realitätstüchtigkeit erzielen.

Berlin,  
Juni 1993

Rolf Rosenbrock  
Leiter der Forschungsgruppe



# 1. Healthismus oder die »Zweite Public Health Revolution«

## 1.1 Lebensstil im Zentrum der Präventionspolitik

Die in den Vereinigten Staaten vorherrschend praktizierte - und stark nach Europa ausstrahlende - Prävention und Gesundheitsförderung konzentriert sich weitgehend auf die Beeinflussung dessen, was als »Lebensstil« bezeichnet wird. Bei aller Vielgestaltigkeit der präventiven Institutionen: vom staatlichen Gesundheitsministerium bis zum privaten Aerobic-Veranstalter, all den unterschiedlichen sozialen Feldern der Prävention; von der Familie bis zur Arbeitswelt und all den unübersehbar vielen Maßnahmen; von der Kondomverteilung bis zur Lärmschutzverordnung bei Verkehrsflugzeugen - wenn es darum geht, die auffälligste, populärste und auch strittigste, den Alltag der mittleren und oberen Bevölkerungsschichten am meisten berührende Tendenz zu nennen, so sind es die Bemühungen um einen »gesunden Lebensstil«. Die gängige Begrifflichkeit ist der bürokratisch-biedereren Sprache herkömmlicher, für die Prävention »zuständiger« Gesundheitsbehörden oder Hygieneinstitute weit entwachsen. Politiker und Ärzte, Gesundheitserzieher, Personaldirektoren und Sozialarbeiter, Krankenversicherungen, freiberufliche Psychologen, Medien und Public-Health-Professoren werben mit Euphemismen wie »Health Promotion«, »Fitness«, »Wellness« oder gar »High-Level Wellness« um Aufmerksamkeit und Gefolgschaft, um »öffentliches Image«, um Teilnehmer, Zielgruppen und Kundschaft.

Das der Förderung eines gesunden Lebensstils bzw. der lebensstilzentrierten Prävention<sup>1</sup> implizite ätiologische und handlungsleitende Konzept fo-

---

1 Weder in der Alltagswelt noch in den Gesundheitswissenschaften gibt es einen allgemein anerkannten Begriff der lebensstilbezogenen Prävention. Theoriegeleitete Unterscheidungen wie etwa die zwischen »Verhaltens- und Verhältnisprävention«, die z.B. Rosenbrock (1993) unternimmt, finden sich in der amerikanischen Diskussion nicht. In der amerikanischen Praxis finden sich unter der Bezeichnung »Gesundheitsförderung« meistens sowohl präventive (im Sinne der Vorbeugung einer bestimmten Krankheit, z.B. Lungenkrebs) als auch gesundheitsfördernde (d.h. krankheitsunspezifische) Maßnahmen. Soweit sie sich auf den Lebensstil beziehen, werden Gesundheitsförderung (health promotion) und Prävention (disease prevention) so häufig synonym verwandt, daß es keinen Sinn hätte, ihnen getrennte Bedeutungen zuzuordnen. Tatsächlich gibt es viele Überschneidungen. So ist das Nichtrauchen Prävention von Lungenkrebs und Herzinfarkt, verbessert aber auch die gesundheitliche Allgemeinbefindlichkeit. Ich halte zwar die Unterscheidung »spezifisch« und »unspezifisch« für nützlich, werde aber

kussiert sich in der Regel auf folgende Faktoren, die als hauptverantwortliche Ursachen für die verlorenen potentiellen Lebensjahre durch die wichtigsten Krankheitsgruppen koronare Herzerkrankung, Krebs, Diabetes mellitus usw. genannt werden:

- Tabakgenuß,
- Alkoholgenuß,
- Bewegungsarmut,
- Fehl- oder Überernährung und
- Streß (verstanden als Fehlverhalten).

Langjährige und unvergleichlich aufwendige epidemiologische Forschungsarbeiten wie die Framingham-Studie<sup>2</sup> und die Alameda-Studie<sup>3</sup> sowie eine Reihe von Regierungsberichten<sup>4</sup> stellen solche Verhaltensweisen des »Lebensstils« als »Risikofaktoren« für Krankheit und vorzeitigen Tod heraus, an denen präventive und gesundheitsfördernde Strategien üblicherweise ansetzen. Die Aufmerksamkeit wird damit weit mehr - meist sogar ausschließlich - auf einige individuelle Angewohnheiten der Menschen gelenkt als auf die sozialen und ökologischen Bedingungen ihres Lebens: Bereiche wie Arbeit, Einkommen, Wohnen, Verkehr, physische Umwelt, Krankenversicherung usw.

Prävention basiert nach landläufiger Meinung auf Vorstellungen über die Ursachen, die zum Entstehen einer Krankheit führen. Tatsächlich aber sind diese ätiologischen Vorstellungen umgekehrt auch stark geprägt von den präventiven Möglichkeiten, die man sieht oder wünscht (vgl. Kapitel 3). Tabelle 1.1 zeigt, welche Ursachen das amerikanische Gesundheitsministerium und die amtliche Gesundheitsstatistik den fünf häufigsten Todesursachen zuordnen.<sup>5</sup> Es fällt auf, daß bei den drei mit großem Abstand häufigsten Todesursachen (vgl. Abbildung 2.1) - ischämische Herzkrankheiten, Krebs und

---

referierte Meinungen, Argumente oder Informationen nicht begrifflich korrigieren. Daher tut der Leser am besten daran, Gesundheitsförderung und (lebensstilbezogene) Prävention als für ein und dasselbe stehend zu nehmen.

2 Vgl. Kannel/Gordon (1968).

3 Vgl. Berkman/Breslow (1985).

4 Department of Health and Human Services (1990a): *Healthy People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington, D.C. (im weiteren zitiert als »Healthy People 2000«). Es haben daran 300 Organisationen und alle Gesundheitsministerien der Einzelstaaten sowie die National Institutes of Health, insgesamt mehr als 10 000 Experten, mitgewirkt, so daß man die Ausführungen durchaus als Ausdruck der herrschenden Meinung betrachten kann.

5 Der in der Abbildung 1.1 zitierte Autor ist Direktor des Public Health Service im amerikanischen Gesundheitsministerium, also der höchste Beamte für Prävention.

Schlaganfall - von insgesamt 13 genannten Risikofaktoren zwölfmal ein Risikofaktor genannt wird, der entweder unmittelbar ein »Fehlverhalten« ist (z.B. Rauchen, bewegungsarmer Lebensstil) oder zumindest durch »richtiges« Verhalten eingeschränkt werden kann (z.B. zu hoher Blutdruck, Diabetes mellitus). Ein Faktor, der nicht im Bereich dessen liegt, was durch individuelles Verhalten zu beeinflussen ist (berufliche und ökologische Expositionen), wird bei Krebs genannt. Dessen Anteil wird von der hier zum Ausdruck gebrachten etablierten Ansicht als gering angesehen (unter 10 Prozent).<sup>6</sup>

*Tabelle 1.1: Die fünf führenden Todesursachen in den USA und damit verbundene Risikofaktoren*

Todesursachen	Risikofaktoren
Kardiovaskuläre Erkrankungen	Tabakkonsum erhöhter Cholesterinspiegel Bluthochdruck Übergewicht Diabetes mellitus bewegungsarmer Lebensstil
Krebs	Tabakkonsum falsche Ernährung Alkohol berufliche/ökologische Expositionen
Cerebrovaskuläre Erkrankungen	Bluthochdruck Tabakkonsum erhöhter Cholesterinspiegel
Unfallverletzungen	Nichtanlegen des Sicherheitsgurtes Alkohol/Drogenmißbrauch rücksichtsloses Fahren Arbeitsgefahren Streß/Übermüdung
Chronische Erkrankungen der Lunge	Tabakkonsum berufliche/ökologische Expositionen

Quelle: National Center for Health Statistics (1991), zit. nach McGinnis (1989, S. 46-52).

6 Healthy People 2000, S. 415.

L.W. Sullivan, Gesundheitsminister der Bush-Administration, faßte den Schwerpunkt der Präventionspolitik und das ihr zugeschriebene gesundheitspolitische Potential korrekt zusammen:

»Bessere Kontrolle von weniger als zehn Risikofaktoren - wie zum Beispiel schlechte Ernährung, fehlende pränatale Vorsorge, unregelmäßige körperliche Übungen, der Tabakkonsum, Alkohol- und Drogenmißbrauch und das Versäumnis, den Sicherheitsgurt anzulegen - könnte zwischen 40 und 70 Prozent der vorzeitigen Todesfälle verhindern sowie ein Drittel aller Fälle von akuter und zwei Drittel aller Fälle von chronischer Behinderung.«<sup>7</sup>

Die Botschaften der so verstandenen Präventionspolitik konzentrieren sich auf folgende Punkte:

- Rauchen einstellen;
- weniger oder kein Alkohol;
- Jogging, Schnellgehen und Gymnastik;
- weniger oder keine tierischen Fette, weniger Zucker und Kochsalz, mehr Ballaststoffe in der Nahrung, Gewichtsreduktion;
- verantwortungsbewußtes Sexualverhalten;
- Benutzen von Sicherheitsgurt und Sturzhelm im Straßenverkehr;
- Erlernen von Entspannungstechniken zur Reduktion von Streß;
- hinzu kommen noch die regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Prävention, allem voran das Screening und die (meist medikamentöse) Behandlung der Risikofaktoren Bluthochdruck und zu hoher Cholesterinspiegel im Blut, sowie die pränatalen Vorsorgeuntersuchungen.

## 1.2 Politisch-sozialer Grundkonflikt der Prävention

Prävention kann man als Versuch ansehen, eine Balance (im gesundheitlichen Sinne) zwischen dem Individuum und seiner »Umwelt« herzustellen.<sup>8</sup> Jedes nur denkbare Konzept gibt, bewußt oder nicht, eine Antwort auf die Frage, in welchem Maße das individuelle Verhalten den Verhältnissen und die Verhältnisse den gesundheitlichen Erfordernissen der Individuen angepaßt werden sollen. Letztlich werden die präventionspolitischen Diskurse von den möglichen Grundhaltungen zu dieser Frage strukturiert. Dabei stehen sich individuelle und sozial-strukturelle Herangehensweisen vielfältigster Art und unterschiedlichster Mischungsverhältnisse gegenüber.

---

<sup>7</sup> Vgl. Sullivan (1990).

<sup>8</sup> Vgl. Jensen (1992).

Es ist wichtig festzustellen, daß die am Individualverhalten ansetzende Lebensstilstrategie nur einen bestimmten Ausschnitt möglicher Verhaltensweisen im Auge hat, nämlich solche, die nicht auf Anpassungen der Umwelt gerichtet sind. Geht man die Liste durch, so finden sich vor allem Verhaltensweisen in der Konsum- und Freizeitsphäre (mit Ausnahme der Entspannung bei Streß in der Arbeit) und dort wiederum vornehmlich Verhaltensweisen der Vermeidung (Tabak, Alkohol, Fett), der verbesserten Anpassungsfähigkeiten (Fitness-Training; Übungen, den Streß auszuhalten) und der Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen (Screening). Soziale Verhaltensweisen des Sich-Zusammenschließens oder der Solidarität, die auf Veränderungen des Zusammenlebens und der Lebensbedingungen gerichtet sein könnten, sind ausgeklammert.<sup>9</sup> In der Praxis ist die individuelle, subjektivistische Sichtweise so dominant und selbstverständlich, daß es kaum jemandem auffallen dürfte, daß z.B. für die Todesursache »Unfallverletzungen« (vgl. Tabelle 1.1) der Faktor »rücksichtsloses Fahren« genannt wird, obwohl es ebenso auch »Individualverkehr« oder »Verkehrsregelung« heißen könnte. Während ersteres auf Erziehung (Ermahnung, Bestrafung, Belohnung) hinausläuft, würde letzteres die Frage nach alternativen Möglichkeiten aufwerfen. Sachlich richtig sind (in diesem Fall) beide Betrachtungsweisen gleichermaßen.

Die Dominanz der individualistischen Sichtweise in der amerikanischen Kultur existiert nicht nur auf dem Feld der Gesundheit seit vielen Generationen. Aber ihr Ausmaß ist nicht ehern. Sie war geringer in der Phase der Reformpolitik und des Erstarkens der Menschenrechtsbewegung der sechziger bis in die siebziger Jahre hinein und wuchs dann besonders stark gegen Ende der siebziger Jahre, symbolisiert durch die Wahl Reagans 1980 und 1984. Das weist auf die Abhängigkeit von den in einer Periode vorherrschenden politischen Grundströmungen hin. Und tatsächlich sind die achtziger Jahre geprägt von der besonders starken Übermacht konservativ-marktradikaler Ideologien und Politiken, dem Niedergang der organisierten Solidarität der Arbeitnehmer in den industriellen Beziehungen, der ökonomischen und sozialen Polarisierung. Daher kann die Untersuchung dieser Periode wie ein Laborversuch dazu dienen, den Zusammenhängen zwischen Tendenzen der Ideologie, Politik und Ökonomie auf der einen und der lebensstilorientierten

---

9 Zwar sind von amerikanischen Epidemiologen empirische Studien von hohem Niveau vorgelegt worden, mit denen die herausragende Bedeutung sozialer Krankheitsbedingungen untermauert wurde, insbesondere der sozialen Unterstützung und Integration (social support) und der sozialökonomische Status, aber in der herrschenden Praxis spielt das kaum eine Rolle.

Prävention bzw. Gesundheitsförderung auf der anderen Seite nachzugehen. Um die Grundstruktur zu erfassen, die - wie ein Magnetfeld den Eisenfeilspänen - den relevanten Einzelvorgängen im Feld der Präventionspolitik Richtung und spezifisches Gepräge verleiht, muß kurz die politische Ökonomie bemüht werden.

Die Vereinigten Staaten als ein Land der Auswanderer verkörpern vom Beginn ihrer Geschichte an wie kein anderes die Überwindung der sozial wie räumlich immobilien alten sozialen Ordnungen Europas durch eine mobile industriell-kapitalistische Gesellschaft, deren Dynamik aus der Energie der Akkumulation von Kapital gespeist wird. In seinem Buch »The Great Transformation« spitzt Polanyi dieses (im England des 18. Jahrhunderts) historisch neue Verhältnis zwischen Wirtschaft und Gesellschaft zu, indem er sagt, die Wirtschaft sei nun nicht mehr in die Sozialstruktur integriert - wie in den alten Gesellschaften -, sondern umgekehrt sei jetzt die Gesellschaft in die Wirtschaft eingebettet. Seien früher die Verteilung der Arbeit und ihrer Produkte von den Klassenstrukturen bestimmt gewesen, so sei nun die Gesellschaft ein »Anhängsel« der industriell-kapitalistischen Marktwirtschaft geworden.<sup>10</sup>

Die Geschichte der kapitalistischen Gesellschaften läßt sich in den Anfängen zunächst als die Abschaffung der die Entfaltung der neuen ökonomischen Rationalität hemmenden Grenzen verstehen. Jedoch zeigte sich die Marktökonomie rücksichtslos gegenüber den Bestandserfordernissen der Gesellschaft (und ihrer selbst). Die Mechanismen des Verkaufs und Kaufs erwiesen sich, sich selbst überlassen, als blind gegenüber den Lebensbedingungen der Gesellschaft. Es werden ja nicht nur Waren produziert, sondern es wird auch mittels Waren produziert, da Arbeitskraft, Boden und Rohstoffe jederzeit käuflich verfügbar sein müssen. Arbeit und Boden werden wie Waren behandelt, ohne es ihrer Natur nach sein zu können: Arbeitskraft ist eine menschliche Fähigkeit, die sich nicht vom restlichen Leben abtrennen, aufbewahren, verteilen, nutzen oder auch brachlegen läßt, ohne daß der daran hängende Mensch dabei Schaden nimmt. Boden und Rohstoffe als Ware zu behandeln heißt, die Beziehung zwischen Mensch und Natur den Bedingungen von Kauf und Verkauf zu überlassen und auf bewußte und einsichtsvolle Gestaltung zu verzichten. Sich selbst überlassen, lenken die Mechanismen des Marktes die gesellschaftlichen Energien ausschließlich auf die gewerbliche Nutzbarmachung der menschlichen und natürlichen Ressourcen (und hierin sind sie unübertroffen effizient), ohne zumindest auch Mechanismen

---

10 Vgl. Polanyi (1944).

zu entwickeln, die deren Reproduktion sicherstellen können. Die Gesellschaften mußten also ihre Selbstschutzinteressen gegenüber der vom Markt exekutierten ökonomischen Rationalität der Kapitalverwertung organisieren.<sup>11</sup>

Recht bald führte das zur Errichtung neuer Grenzen: Verbot der Sklaverei, des Verkaufs und der Arbeit von Kindern bis zur Reglementierung von Dauer und Preis der Arbeit, der Wohndichte, von hygienischen Normen, Grenzwerten für Luft- und Wasserverschmutzung usw. Eine komplexe Gesamtheit von historischen Sonderbedingungen wäre zur Erklärung aufzuführen, warum die amerikanische Gesellschaft - verglichen mit den mittel- und westeuropäischen - solchen Selbstschutz langsamer und später hervorgebracht hat und auch dessen über lange Perioden hinweg wichtigstes soziales Subjekt, die gewerkschaftliche und politische Arbeiterbewegung, schwächer (Gewerkschaften) bzw. kaum (Parteien) zur Geltung kam.<sup>12</sup> Eines haben alle industriell-kapitalistischen Marktwirtschaften gemeinsam, ihr Zentralproblem und der zentrale Streitpunkt ihrer politischen Geschichte war von Anfang an die Frage nach den Grenzen, die ihrer ökonomischen Rationalität zu setzen seien.<sup>13</sup>

Die Präventionspolitik und die Sicherung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen sind von Beginn an ein Kernbereich des gesellschaftlichen Selbstschutzes und ein Konfliktfeld dieses in den Strukturen der Marktgesellschaft angelegten Konfliktes. In den staatlicherseits zum Schutz der Gesundheit organisierten Public-Health-Diensten ist dieses widersprüchliche Verhältnis institutionell geronnen. Sie sind dem Konflikt ausgesetzt zwischen dem ökonomischen System und dem Staat, dessen Handlungsfähigkeit von der Ökonomie abhängt, der aber dennoch die Gesellschaft vor ihr schützen muß. Der soziale Schutz reproduziert zwar auch das ökonomische System, muß diesem aber meist gegen seinen Widerstand aufgenötigt werden.<sup>14</sup> Die Public-Health-Dienste und die Gesundheitspolitik gehen allerdings nicht in dieser Beziehung auf. Sie behalten auch - sowohl durch das Trägheitsmoment ihrer Institutionen als auch durch eine eigene, vom Gegenstand ihrer Gestaltung bewirkte Handlungslogik - ein relatives Eigengewicht als sozialer Mikrokosmos mit eigenen Konflikten und Kraftfeldern. Es zeigen sich jedoch immer sehr deutliche Spuren des zentralen Konfliktes um die Grenzen,

---

11 Kühn (1987b).

12 Kuczynski (1966, Bd. 29 und Bd. 30).

13 Gorz (1989, S. 188).

14 Kühn (1980, S. 140-240).

die der ökonomischen Rationalität zu setzen seien, und der Freiheit, die umgekehrt die Subjekte der ökonomischen Verwertung von Arbeitskraft und Natur beanspruchen.

Die Entwicklungsphase der amerikanischen Präventionspolitik, die in den folgenden Kapiteln analysiert wird, ist gekennzeichnet durch einen starken Ausschlag des Pendels in Richtung der »Befreiung« der Verwertungsökonomie von staatlichen Begrenzungen. Das wesentliche Merkmal der gesamten Politik in der Ära Reagan/Bush war das Primat der Ökonomie, d.h. ihre rigide Ausrichtung an den - wie sich heute zeigt: kurzfristigen - Interessen der großen multinationalen Industrie- und Finanzkonzerne und einer »weitgehend funktionslosen Rentier-Klasse« (Galbraith). Das Engagement Reagans für den Vorrang des Marktes und die Deregulierung nahm zuweilen fast messianische Formen an. Diese Haltung - schrieb Galbraith -

»hielt regulierende Eingriffe in die Wirtschaft nicht nur für ökonomisch pervers, sondern auch für moralisch verwerflich. Gott, der in den Zungen von Adam Smith, David Ricardo und Herbert Spencer spricht, mußte ein gütiger und eifriger Republikaner sein. Alles würde gut, wenn man die Probleme ihm und dem Markt überließe.«<sup>15</sup>

Angefacht durch eine Art »Rüstungskeynesianismus« gab es zwischen 1982 und 1990 die längste zyklische Expansionsphase der amerikanischen Geschichte. Sie war aber auch in der Hinsicht einzigartig, weil sie begleitet war von einem geringen Produktivitätswachstum (das allerdings strukturelle Ursachen hat) und dem Rückgang der Reallöhne, die sonst in Wachstumsphasen zu steigen pflegen (vgl. Abbildung 2.3). Einen stärkeren quantifizierbaren Indikator für die veränderten sozialen Machtverhältnisse zuungunsten der unteren und mittleren Klassen und Schichten kann es kaum geben. Die Rezession 1990/92 brachte zwar nur einen Anstieg der registrierten Arbeitslosigkeit auf 7,8 Prozent gegenüber 10,8 Prozent 1982, aber sie ging zu Lasten der Qualität der Beschäftigung, sowohl was Bezahlung und Arbeitsbedingungen als auch Sicherheit angeht. Betroffen wurden nun auch Unternehmen und soziale Schichten, die früher gegenüber normalen Wirtschaftsflauten immunisiert zu sein schienen.

Die Tätigkeit des Zentralstaates während der Reagan-Periode brachte die sozialökonomischen Machtverhältnisse dieser Zeit zum Ausdruck und setzte zugleich Bedingungen für die neunziger Jahre. Um ein Beispiel zu geben: Die Bundessteuern betragen 19 Prozent des Sozialprodukts, während die

---

15 J. K. Galbraith: »The Price of Comfort«, in: *Los Angeles Times* vom 6.1.1991. Dieser souveräne Essay als zusammenfassendes Fazit der bis dahin zehn Jahre langen Reagan/Bush-Administration findet sich in mehreren Zeitschriften abgedruckt.

Ausgaben des Zentralstaates 24 Prozent ausmachen. Die Staatsschulden an sich sind nicht einmal das Problem, sondern die Tatsache, daß damit vorwiegend keine Investitionen in die Infrastruktur, sondern Ausgaben zum Zwecke der Umverteilung oder des unproduktiven Konsums (Rüstung) finanziert worden sind. Die volkswirtschaftliche Sparquote in diesem Jahrzehnt betrug lediglich 6,2 Prozent (Bundesrepublik Deutschland 13,2 Prozent<sup>16</sup>). Davon absorbierte der Schuldendienst bereits mehr als die Hälfte (3,7 Prozent).<sup>17</sup> Präsident Reagans Politik war eine Kombination aus nie dagewesenen Steuersenkungen für einkommensstarke Gruppen und der enormen Ausweitung der Rüstungsausgaben, ohne daß er den Umfang der Sozialhaushalte, insbesondere der Renten- und Medicare-Ausgaben, in entsprechender Weise hätte kürzen können. Auf das Eintreffen des von etablierten marktradikalen Ökonomen behaupteten (und auch in Deutschland nachgeplapperten) Effekts, demzufolge die Steuerersparnis sich in Investitionsnachfrage verwandeln soll, die das Wachstum und somit die Steuereinnahmen ankurbeln würde, wartet die Mainstream-Ökonomie noch heute vergebens.<sup>18</sup>

Die Reagan-Administration hat die sozialen Folgen ihrer Politik genutzt, um die schwache Position der Arbeitnehmer auf den Arbeitsmärkten auf Dauer zu stellen. Für die Präventionspolitik bedeutete dies eine Reduzierung staatlicher Schutzmaßnahmen gegen die sozial destruktiven Wirkungen des Marktes. Unmittelbar gesundheitsrelevant ist dabei zweierlei: erstens die Schwächung der Mechanismen, mit denen der Staat auch jenen Menschen ein gewisses Einkommen zumißt, die aufgrund von Alter, Behinderung, Krankheit usw. keiner entlohnten Arbeit nachgehen können; zweitens die Schwächung gesetzlicher oder tariflicher Regulierungen der Arbeit (Kapitel 6 und 7), Umwelt sowie anderer wichtiger Lebensbedingungen (z.B. Wohnen), die einen Schutz vor den Folgen der Marktmechanismen bedeuten. Die beträchtlichen Kürzungen der Bundeszuschüsse für die Public-Health-Dienste auf lokaler und einzelstaatlicher Ebene zu Beginn (Ende 1981) um real etwa 30 Prozent berühren beide Ebenen.<sup>19</sup>

Die Rolle des unregulierten Arbeitsmarktes für die Lebensweise der Menschen wurde wieder verstärkt. Je enger die materielle und geistige Reproduktion der Individuen an ihren Markterfolg gekoppelt ist, desto deutlicher verteilen sich die Lebens- und Teilhabechancen (Arbeit, Konsum, Woh-

---

16 Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (1991, S. 128).

17 Friedman (1992).

18 Die sogenannte Laffer-Kurve (vgl. Thurow 1983, S. 164-168).

19 Shonick (1988).

nung, medizinische Versorgung usw.) nach den marktökonomischen Zuteilungs- und Zuweisungskriterien. Im Kapitel 2 wird gezeigt, wie sich die sozialökonomische Polarisierung bereits nach wenigen Jahren auf das Geschehen von Krankheit und Sterblichkeit auswirkt.<sup>20</sup>

### 1.3 Healthismus: Verinnerlichte Gesundheitsmoral

#### 1.3.1 Gesundheit als persönliche Verantwortung

Schließlich ist noch die ethische Seite der Prävention bzw. Gesundheitsförderung anzusprechen. Im Verhältnis der Gesellschaft zur Krankheit geht es dabei um die Frage, ob Krankheit eine individuelle Schuld ist, ob sie einen Anspruch des Individuums auf Schonung und Hilfe rechtfertigt und/oder ob sie Verpflichtung zur Veränderung der Lebensbedingungen sein kann. Erst durch die Beantwortung dieser Frage erhalten gesundheitspolitische Konzepte ihren moralischen Inhalt. Das Menschenbild eines autonom entscheidenden Individuums und ein ätiologisches Modell, dessen Erklärungsvariablen das individuelle Verhalten sind, liefern die Grundlage für die Identifizierung von Krankheit und Schuld. Die daraus abgeleiteten »gesundheitserzieherischen« Anpassungsforderungen rechnen damit, vom Individuum als Möglichkeit zur moralischen Entlastung, zur Sühne, genutzt zu werden. Wenn Schuld aber die Voraussetzung eines Gesundheitskonzeptes ist, dann muß diesem Konzept ein Begriff von Gesundheit unterliegen, der diese als Norm versteht - eine Norm, die dem einzelnen von oben auferlegt wird bzw. die, wenn sie als Wille verinnerlicht ist, die Fähigkeit der Selbst-Beherrschung abverlangt. Sie bringt nur dann eine innere moralische Entlastung, wenn sie von äußeren Instanzen Bestätigung findet (z.B. wenn der eigene Körperumfang als übereinstimmend mit dem Schönheits- und Gesundheitsideal erlebt wird). Daß die Vermittlung der Gesundheitstugenden in der Gesellschaft des Massenkonsums notgedrungen jeden Schein von Askese vermeiden und möglichst sogar hedonistisch aufgemacht sein muß, ändert daran nichts.<sup>21</sup>

---

20 Das wurde auch für andere Industrieländer gezeigt; vgl. Diderichsen/Lindberg (1989); Townsend (1990).

21 Die Entwicklung der Risikofaktormedizin (Kapitel 4) strebt dahin, Indikatoren für diese Tugenden zu entwickeln (Blutdruck, Cholesterinspiegel usw.) und »Gesundheit« damit nicht nur zu normieren, sondern damit auch für Dritte meß- und überprüfbar zu machen.

Die Reagansche Politik der Befreiung der Marktkräfte hat in diesem Kontext eine starke moralpolitische Dimension, denn »Markt« ist auch eine objektiv moralische Kategorie: Je geringer der sozialstaatliche Schutz, desto stärker lastet auf den Menschen der Zwang, auf den Märkten, besonders dem Arbeitsmarkt, erfolgreich zu sein. Der Markt bringt - konsequenter als die Autoritäten der alten Gesellschaften - aus sich heraus Zwangslagen hervor, »in der ganz unpersönlichen Form der Unvermeidlichkeit, sich den ökonomischen 'Gesetzen' des Marktkampfes anzupassen«<sup>22</sup>. Die Tugenden der Fitness (»fit« gleich »passend, geeignet, tauglich«<sup>23</sup>) sind sowohl im unmittelbaren Sinne der Leistungsfähigkeit als auch im symbolischen der Verwendbarkeit dazu die Voraussetzung.<sup>24</sup> Mit deren Verinnerlichung in den Habitus verändern die Menschen ihre Werthaltungen, und zwar nicht nur in der Beziehung zu ihrer sozialen Umwelt, sondern im Verhältnis zu sich selbst, zu ihrer Gesundheit.<sup>25</sup> So ist es nicht verwunderlich, daß in einer Phase der realen Entfesselung wie auch der ideologischen Überhöhung der Marktkräfte - und das gilt von der zweiten Hälfte der siebziger Jahre bis zum Ende der Reagan/Bush-Ära - das Bedürfnis, »fit« zu sein, sich steigern muß, wie auch die Angebote, dieses Bedürfnis zu befriedigen. In Zeiten und Verhältnissen, in denen die Zwecke (Leben) von den Mitteln (Ökonomie) beherrscht werden, ist es kein Widerspruch, wenn gesagt wird, die Menschen verstünden ihre Gesundheit zugleich als Mittel und als »höchstes Gut«.<sup>26</sup> Als ideologisierte Realerfahrung der Arbeitnehmer bildet sich im Alltagsbewußtsein ein individualistisches »Ich-Ideal« heraus, in dem das Selbstbild der ökonomischen Oberklasse »anthropologisiert«, d.h. zur »Natur des Menschen« schlechthin verallgemeinert wird. Es ist dies die Idealisierung des auf den Märkten agierenden Einzelunternehmers.<sup>27</sup> Was diesem seine Firma und die Bilanz, ist jenen das Arbeitsvermögen und der »Check-up« beim Hausarzt.

---

22 Weber (1964, S. 563).

23 »Der große Muret-Sanders«; Goldstein gab seinem Buch »The Health Movement« den Untertitel »Promoting Fitness in America«.

24 Fitness bedeutet übersetzt Geeignetheit; Angepaßtheit ist also ein Mittel, das eingesetzt wird zum Erwerb von Geld, Status, Karriere usw.; man könnte Fitness eine Verdinglichung von Gesundheit nennen; weitere Implikationen vgl. Glassner (1989).

25 Zum Begriff des Habitus vgl. Abschnitt 2.2.

26 Der Mittel-Charakter der Ökonomie der modernen Marktgesellschaften wäre ein erst herzustellen. Die Sprache läßt das an vielen Stellen erkennen, beispielsweise wenn davon gesprochen wird, der wirtschaftliche Strukturwandel müsse »sozialverträglich« sein; niemand würde fordern, ein Mittel müsse »zielverträglich« sein.

27 Vgl. Hofmann (1968a, S. 92-116).

Die ökonomische Theorie des »human capital« ist die Akademisierung dieser Analogie aus der Sichtweise des Unternehmens.

Die im Lebensstilkonzept enthaltene Grundentscheidung betrifft die persönliche Verantwortung für Gesundheit. Sie ist die einseitige Lösung der pathogenen Spannungsverhältnisse zwischen Individuum und »Umwelt« durch Anpassung des ersteren. Je weniger es im Interesse oder in der Möglichkeit ist, Krisenerscheinungen mit Strukturveränderungen zu begegnen, desto stärker lastet der Druck auf dem Anpassungsverhalten der Menschen. Um die gesundheitspolitische Legitimität mußte man sich keine Sorgen machen, da nahezu alle weit verbreiteten Krankheiten Verhaltenselementen zugeschrieben werden können (vgl. Tabelle 1.2).

Man kann meiner Interpretation, der zufolge der praktische Inhalt der »persönlichen Verantwortung« politisch-ökonomisch konservativ und anti-sozialstaatlich ist, die Ambivalenzen des Begriffs entgegenhalten. Aber werden nicht moralische Orientierungen real auch durch das mit Inhalten gefüllt, was man den »Zeitgeist« nennt? Beispielsweise schreibt Joseph Califano<sup>28</sup>: »Jeder von uns kann mehr für seine eigene Gesundheit tun als jeder Doktor, jedes Krankenhaus, jede Maschine und jedes Arzneimittel.« Der Inhalt dieser Aussage könnte auf die Stärkung der Menschen gegen die »professionelle Dominanz« (Freidson) der Ärzte, gegen die Überschätzung der Medizin usw. zielen. Stellt man ihn aber in den Kontext der Gesundheitspolitik des Jahres 1986, in der die Kostendämpfung im Gesundheitswesen das nahezu ausschließliche Thema war, dann bekommt er seinen tatsächlichen Inhalt. Califano, Präsident Carters Gesundheitsminister, war in der Zeit, aus der das Zitat stammt, der vom Chrysler-Konzern in den Vorstand berufene Verantwortliche für die Eindämmung der - überwiegend aus Versicherungsprämien bestehenden - Gesundheitskosten. Dort ging es ganz banal darum, die Hebel zur Senkung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu legitimieren. Das heißt, »Ambivalenz« ist leicht gesagt, aber im konkreten Fall der »persönlichen Verantwortung« in der Ära Reagan wäre sie eine erst zu erkämpfende gewesen.<sup>29</sup>

---

28 Califano (1986a, S. 188).

29 Die deutsche Entsprechung von »persönlicher Verantwortung« im sozialpolitischen Diskurs ist »Selbstverantwortung« (vgl. Kühn 1987a).

*Tabelle 1.2: Lebensstil und »selbstverursachte« Krankheiten*

Lebensstil	Krankheiten
Alkohol	Leberzirrhose alkoholische Enzephalopathie Autounfälle Übergewicht
Zigarettenrauchen	chronische Bronchitis Lungenemphysem Lungen-, Harnblasen-, Brustkrebs koronare Herzkrankheit
Medikamentenmißbrauch	Abhängigkeit schädliche Medikamentenwirkungen
Drogenabhängigkeit	Selbstmord Mord Fehlernährung Unfälle
Überernährung	Fettleibigkeit
Zu viel Fett	Arteriosklerose Koronarkrankheit Diabetes mellitus
Faserarme Ernährung	Darmkrebs
Zu viel Kohlehydrate	Karies
Bewegungsarme Lebensweise	Koronarkrankheit
Unterlassenes Anschnallen	schwerere Verletzungen bei Autounfällen
Sexuelle Promiskuität und »Verantwortungslosigkeit«	Syphilis Tripper Gebärmutterkrebs Aids
Sonnenbaden	Hautkrebs

Quellen: Zusammengestellt nach Lalonde (1974); Lewy (1980); Knowles (1977), zit. nach Leichter (1991).

Im herrschenden Lebensstilkonzept impliziert »persönliche Verantwortung« erstens die Verpflichtung, im eigenen, festgelegten Rahmen alles zu tun, um funktionsfähig zu bleiben.<sup>30</sup> Luhmann formulierte das so: »Die Grundprobleme eines Systems werden durch die Systemstruktur nicht gelöst [...], sie

30 Zu den Differenzierungen nach verschiedenen Strömungen und Facetten in der amerikanischen Präventionspolitik und Gesundheitsförderung vgl. Goldstein (1991).

werden [...] als Verhaltenslast dem Handelnden auferlegt.«<sup>31</sup> Zweitens meint Verantwortung die Zuweisung von individueller Schuld infolge des Versagens vor dieser Verhaltensverpflichtung. Entscheidend ist, daß persönliche Verantwortung gegen soziale Verantwortung ausgespielt wird, denn es geht um die Entlastung des Staates. Der Gesundheitsbegriff, den die Realität der siebziger und achtziger Jahre definierte, wurde von Parsons schon vor dreißig Jahren, freilich nicht in kritischer Absicht, erkannt als der »Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist«<sup>32</sup>. »Gesundheit« so gesehen enthält eine klassen- und schichtspezifische Verpflichtung zur Verwendbarkeit, worauf nicht zuletzt die starke Identifikation von Gesundheit mit »Fitness« hinweist, sie relativiert sich am gesellschaftlichen Status quo, der die »Rollen« und »Aufgaben« bereithält und nach dessen gesundheitlichen Qualitäten aber nicht weiter gefragt wird.

Das ist eine Art säkularisierter Prädestinationslehre der Klassengesellschaft. Wie die Verteilung der Gesundheitschancen nach den Kriterien der sozialökonomischen Schicht tatsächlich zeigt (vgl. Kapitel 2), traf Parsons mit seiner Definition die Realität besser als all die Euphemismen und Etikettierungen, die in der lebensstilorientierten Gesundheitsförderung heute im Schwange sind (vgl. Kapitel 7).

Kritiker dieser Moral wenden ein, das Lebensstilkonzept vernachlässige diejenigen krankheitsverursachenden Bedingungen, die nicht vom Individuum kontrolliert und verändert werden können. Da Angehörige der unteren Schichten den größten Restriktionen ausgesetzt seien und die höchste Morbidität und Mortalität aufwiesen, beinhalte die Zuweisung persönlicher Verantwortung die Beschuldigung der Opfer. Sie haben dafür sowohl ethische Gründe als auch Gründe der gesundheitspolitischen Effektivität. Erstere besagen im Kern, daß jede Verantwortung Freiheit voraussetzt und daß entsprechend die persönliche Verantwortlichkeit mit der Forderung nach realen Möglichkeiten der Beeinflussung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen verbunden sein muß.

Progressive Ansätze der Gesundheitsförderung verknüpfen beides. Was die Effektivität angeht, so beharren viele Kritiker darauf, daß diese, mit Ausnahmen wie beispielsweise des Rauchens und des Anlegens von Sicherheitsgurten, noch immer nicht hinreichend belegt ist, besonders nicht durch

---

31 Luhmann (1970, S. 40).

32 Parsons (1972/1964).

vergleichende Evaluation zu dem, was man »soziale Prävention« nennt.<sup>33</sup> Die relevanten Krankheiten, so wird argumentiert, seien nicht letztlich durch pathogene Lebensstile verursacht; vielmehr - so fasse ich zusammen - seien Lebensführung und Krankheit durch Bedingungen der physischen und sozialen Umwelt determiniert, auf die das Individuum wenig oder keinen Einfluß habe und folglich auch nicht verantwortlich sein könne. Es wird verwiesen auf die Vergiftung von Luft und Wasser, die Vermüllung der Erde, Waldsterben, Reaktorunfälle, Treibhauseffekt, Maschinenlärm, der sich immer umfassender über unsere Lebensbereiche breite, die Chemisierung der Nahrungsproduktion, die seelischen Folgen der Arbeits- und Wohnverhältnisse, Massenarbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung und Vereinsamung usw. All diese Faktoren der sozialen und industriellen Umwelt haben der enormen Popularität der Gesundheitsförderung, in der sie negiert werden, vor allem in den Schichten der amerikanischen »middle class«, keinen Abbruch getan. Sozialwissenschaftler haben nach Erklärungen gesucht und sind zu dem interessanten Ergebnis gekommen, das wachsende Interesse an der persönlichen Gesundheit sei gerade eine Reaktion auf das tiefe Gefühl, die Kontrolle über all die genannten Umweltbedingungen, die von Einfluß auf die Gesundheit sind, verloren zu haben. Die Leute sagten sich: »Wenn wir schon sonst nichts anderes kontrollieren können, so können wir doch unser eigenes Gesundheitsverhalten kontrollieren.«<sup>34</sup>

Verfechter der Lebensstilorientierung werfen dieser Kritik vor, deterministisch zu sein und die Freiheit des einzelnen, sich zu entscheiden und aus Alternativen zu wählen, gering zu achten. Eine milieutheoretische Position ist in der Tat häufig eine Schwäche der die Gesellschaftlichkeit der Menschen hervorhebenden Sichtweisen. Eine der Grundbedingungen für eine realistische Position zum Zusammenwirken zwischen individuellem Verhalten und sozialen Verhältnissen ist die Fähigkeit, Prozesse zu begründen, denn die Realität ist niemals statisch. Verhältnisse, an die Menschen frictionslos angepaßt werden können, müssen statisch bleiben. Wären die Menschen unbegrenzt an ihr »Milieu« anpassungsfähig, dann hätte es bisher keine Geschichte gegeben. Ebenso unrealistisch wäre das Bild eines »homo clau-

---

33 Die wohl aufwendigste Studie, die jemals zur Überprüfung der Lebensstilthesen am Beispiel der Primärprävention koronarer Herzkrankheiten durchgeführt worden ist, der »Multiple Risk Factor Intervention Trial« (MRFIT-Studie), konnte die Annahmen nicht bestätigen (vgl. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group 1982, 1990).

34 Levin (1987). Eine kalifornische Ironie sagt: »Ich kann die Welt nicht verändern, aber ich kann meine Diät umstellen.«

sus«, indeterminiert und mit gänzlicher Autonomie.<sup>35</sup> Zwar sind die gesellschaftlichen Prozesse Folgen individueller Handlungen (und empirisch erscheinen sie auch so, was die Lebensstiltheorie bestärkt), aber die Rationalität des sozialen Systems läßt sich nicht auf Handlungsrationalitäten reduzieren. Soziale Prozesse sind nicht lediglich die Summe von Einzelwillen und -handlungen. Die Ergebnisse dieser Einzelwillen gewinnen vielmehr ihren Charakter erst »hinter dem Rücken« der Individuen mittels der gesellschaftlichen Verhältnisse, die man als zu Institutionen, Strukturen, Regulationsweisen usw. geronnene »historische Handlungen« bezeichnen könnte. Im gesellschaftlichen Ganzen interdependenter Individuen sind die einzelnen nicht bloß passiv Bedingte (Milieutheorie), sondern auch aktiv Bedingende. Insofern sie letzteres sind, sind sie zugleich verantwortliche Subjekte. Aber sie verwirklichen diesen Subjektcharakter nur insoweit, als sie sich ihrer Gebundenheit an die gesellschaftlichen Verhältnisse bewußt werden. Erst das erlaubt ihnen, für ihre Gesundheit im Sinne der »Ottawa Charta« der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung tätig zu werden. Dort heißt es:

»Um ein vollkommenes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu erreichen, muß ein Individuum oder eine Gruppe in der Lage sein, sich Ziele zu setzen und sie zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen und sich mit der Umwelt produktiv auseinanderzusetzen.«<sup>36</sup>

Aus diesem Zusammenhang geht auch hervor, warum ein Gesundheitsbewußtsein in diesem Sinne nicht ohne ein gesellschaftliches Selbstbewußtsein möglich ist.

Einige Kritiker des Lebensstilkonzepts argumentieren ganz konkret, die inkriminierten Verhaltensweisen (Rauchen, Trinken, Essen) seien nur zu verstehen, wenn man sie als »Bewältigungsverhalten« verstehe. Es handele sich dabei um individuelle Kompensationsweisen von Belastungen und Beanspruchungen der Arbeits- und Lebensbedingungen, die darum auch nur innerhalb dieses Kontextes zu verstehen und zu verändern seien. Einzelne Ver-

---

35 Zur Unfruchtbarkeit des Dualismus »Individuum - Gesellschaft« vgl. Elias (1988). Elias hebt hervor, »Gesellschaft« sei weder eine Abstraktion von Eigenschaften »gesellschaftslos existierender Individuen«, noch ein »System« oder eine »Ganzheit« jenseits der Individuen, »sondern vielmehr das von Individuen gebildete Interdependenzgeflecht selbst« (Elias 1976, Bd. I): In diesem Sinne schon: »Die Gesellschaft besteht nicht aus Individuen, sondern drückt die Summe der Beziehungen, Verhältnisse aus, worin diese Individuen zueinander stehen« (Marx 1953, S. 176). So gesehen ist es eine Versimpelung, wenn in den Gesundheitswissenschaften von der Gesellschaft als von einer »Umwelt« gesprochen wird, was im folgenden aber aus pragmatischen Gründen beibehalten wird.

36 Ottawa Charta for Health Promotion (1986).

haltensweisen könnten nicht bzw. nur mit neuem Schaden für die Betroffenen aus dem gesamten Habitus, dem Ensemble von Einstellungen, Geschmacks- und Verhaltensweisen, herausgelöst werden, mit dem sich die Individuen in ihren sozialen Zusammenhang einfügen. Sie halten der Betonung subjektiven Risikoverhaltens (vgl. Tabelle 1.1) epidemiologische Belege entgegen, denen zufolge sich Krankheit und Sterblichkeit nach der sozialökonomischen Schicht und der Restriktivität der Verhaltensbedingungen verteilen. Die Lebensstilprävention müsse ineffizient sein, sofern den Menschen keine entsprechenden Verhaltensressourcen zuwachsen würden (Geld, Macht, Institutionen, Bildung etc.; vgl. Kapitel 2).

Die subjektive, verinnerlichte Entsprechung der lebensstilorientierten Gesundheitsdoktrin wird in der amerikanischen Diskussion mit dem Begriff des »Healthismus« bezeichnet. Crawford definierte - im Anschluß an Zola<sup>37</sup> -

»Healthismus als ständige Sorge um und Befassung mit der persönlichen Gesundheit als einem primären, oft *dem* primären Mittel zur Erreichung von persönlichem Wohlbefinden; einem Ziel, das vor allem erreicht werden kann durch die Veränderung des Lebensstils, entweder mit oder ohne therapeutische Hilfe. Auch wenn die Krankheitsentstehung als komplex betrachtet wird, so gilt im Healthismus den individuellen Verhaltensweisen, Haltungen und Gefühlen die ganze Aufmerksamkeit. Anders ausgedrückt: Healthisten mögen zwar anerkennen, daß Gesundheitsprobleme ihre Ursache außerhalb des Individuums haben, z.B. in der amerikanischen Art der Ernährung, aber weil diese Probleme ebenfalls verhaltensbedingt sind, werden die Lösungen als etwas angesehen, das in der Reichweite der individuellen Entscheidungen liegt. Daher unterliegen sie vor allem der individuellen Verantwortlichkeit. Für Healthisten verbleiben die Lösungen in der Bestimmung des einzelnen, der der Kultur, der Werbung, institutionellen und umweltbedingten Beschränkungen, Krankheitserregern oder einfach nachlässigen und schlechten Angewohnheiten widerstehen muß.«<sup>38</sup>

### 1.3.2 Gesundheit als subjektiver Wert

Healthismus als ein Gesundheitsstreben, das die zugewiesene Verhaltenslast und Schuld zu »Selbstzwängen« verinnerlicht und zum Bedürfnis und freien Willen gemacht hat, ist als ständige Besorgnis und Befassung mit der persönlichen Gesundheit in der amerikanischen Gesellschaft verbreitet. Er kann in seiner kulturellen und sozialpsychologischen Vielfalt hier nicht vermessen werden, aber einiges, was sich über subjektive Einstellungen zum Wert Gesundheit in der amerikanischen Gesellschaft erfahren läßt, auch wenn es

---

37 Zola (1977).

38 Crawford (1980).

nicht unbedingt deckungsgleich mit Healthismus sein muß, soll skizziert werden.

Wohl in keiner anderen Industriegesellschaft dürfte das Ideal »Gesundheit« so hoch im Kurs stehen wie in der amerikanischen. Unterstellt man einmal, daß der Gang zum Arzt oder in die Apotheke für einen Amerikaner wegen der sehr hohen Selbstbeteiligung auch eine wirtschaftliche Entscheidung ist, dann gewinnt die ungeheure Summe von 604 Milliarden Dollar (oder 2 306 Dollar pro Kopf), die 1989 allein für die medizinische Versorgung ausgegeben wurden, auch ein subjektives Gewicht. Umgerechnet in Deutsche Mark von 1989, sind das 1,136 Billionen DM oder 51 Prozent des gesamten westdeutschen Bruttoinlandprodukts desselben Jahres.<sup>39</sup> Der Anteil der Ausgaben nur für das Medizinsystem betrug 1989 11,8 Prozent im Vergleich zu 8,2 Prozent in West-Deutschland und 5,2 Prozent in England.<sup>40</sup> 1993 dürften bereits 14 Prozent des wirtschaftlichen Reichtums dafür verwendet werden.

Das umfaßt nicht einmal die steil ansteigenden Ausgaben für nichtmedizinische Dienste und Produkte wie Gymnastikkurse oder Vitaminpräparate. Bereits 1980 beschrieb Crawford das damals ganz junge Phänomen:

»Ein neues und verbreitetes Gesundheitsbewußtsein ist dabei, unsere Kultur zu durchdringen. Die Sorge um die persönliche Gesundheit ist zu einem nationalen Hauptanliegen geworden. Ständig wachsende persönliche Anstrengungen, politische Aufmerksamkeit und Verbraucherdollars werden der Gesundheit gewidmet. In den vergangenen paar Jahren waren wir Zeugen einer explosionsartig sich ausbreitenden Welle von Gymnastik und Jogging, dem Aufkommen einer lauten und oft aggressiven Anti-Smoking-Moral<sup>41</sup> [...]. Vitamine und andere Gesundheitshilfen werden weit mehr verbraucht, andere Dinge dafür weniger, aber alles aus Gründen der Gesundheit.«<sup>42</sup>

Im Alltag findet man sich mit Personen konfrontiert, die in irgendeiner Weise bemüht sind, Ernährungs- und Diätvorschriften einzuhalten, die z.B. in Restaurants auf irgend etwas besonderes hin- und etwas anderes zurückweisen, nicht aus Freude oder Abneigung, sondern aus Gesundheitsgründen. Salmon weist auf einen bedeutsamen Punkt hin, wenn er sagt, daß dies nicht primär die Umsetzung ärztlicher Informationen über gesundheitsbewußtes

---

39 US Bureau of Census: *Statistical Abstract of the United States* (1991, S. 93); im folgenden zitiert als »Statistical Abstract 1991«; Jahresgutachten 1992/93 des SVR zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Statistischer Anhang, Bundestags-Drucksache 12/3774.

40 Schieber/Poullier (1991, S. 109).

41 Im folgenden ziehe ich die »Anti-Smoking-Bewegung« der »Anti-Rauch(en)-Bewegung« vor, ohne jede Rechtfertigung durch den Duden.

42 Crawford (1980, S. 365 ff.).

Verhalten, sondern Teil eines soziokulturellen Wandels im Verhältnis zur persönlichen Gesundheit ist.<sup>43</sup>

Der weitaus größte Teil der lebensstilbezogenen Gesundheitsförderung besteht aus persönlichen privaten (nicht politischen) Aktivitäten, die sehr schnell kommerzialisiert wurden und eine expandierende Branche entstehen ließen, die nun ihrerseits die Gesundheitsförderung fördert.<sup>44</sup> Um nur wenige Beispiele zu nennen: Die Nachfrage der Unternehmen nach Wellness- oder Health-Promotion-Programmen für ihre Beschäftigten überschritt schon nach wenigen Jahren 1984 die Milliarde-Dollar-Grenze und dürfte sich seither vervielfacht haben (vgl. Kapitel 7). Bereits für 1988 werden die Ausgaben für Selbsthilfe- und Trainingsbücher, Mitgliedsbeiträge in Health Clubs, Gehälter für private Trainer, Ausrüstung für Heimtraining, Laufschuhe und Sportkleidung in zweistelligen Milliardenbeträgen geschätzt. Allein Jogging-schuhe hatten einen Gesamtumsatz von 4,5 Milliarden Dollar. Die Umsätze für Fahrräder erreichten 1987 bereits 15 Milliarden Dollar. Die Preise für Sporträder reichen von 400 Dollar bis zu über 2 000 Dollar für Triathlon-Modelle, wobei allerdings letztere sich mehr als doppelt so häufig verkaufen, als es aktive Triathleten gibt.<sup>45</sup> Die Fernsehanstalten bringen Gesundheitsthemen zur besten (d.h. teuersten) Sendezeit, wie überhaupt »Gesundheit« einen zentralen Platz bei den Medien eingenommen hat.<sup>46</sup> Für Zeitschriften zur Gesundheitsförderung mit teilweise so beziehungsreichen Namen wie »Self«, »Medical Self-Care«, »Runners World«, »American Health« und »Prevention« spricht von drei bis vier Millionen Abonnenten. Kochbücher zur Senkung des Cholesterinspiegels haben Massenauflagen.<sup>47</sup>

Diese Hinwendung zum eigenen Bemühen bedeutet mitnichten eine Abwendung vom Medizinsystem, obwohl es in den siebziger Jahren einmal so aussah, als die Selbsthilfe- und Ganzheitlichkeitsbewegungen recht plötzlich

---

43 Salmon (1989b, S. 106-122).

44 Diese neuen Gesundheitsbranchen, die mit immer neuen Geräten, Büchern, Clubs usw. die Gesundheitssehnsüchte und Krankheitsängste verwerten, werden oft bissiger Kulturkritik ausgesetzt, als ob es etwas Neues wäre. Das Neue daran ist lediglich, daß nun auch außerhalb des »medizinisch-industriellen Komplexes« im großen Stil an der Gesundheit verdient werden kann.

45 Goldstein (1992, S. 87).

46 Mit Ausnahme ausgerechnet des Zigarettenthemas, da die Printmedien nicht auf die 3,5 Milliarden Dollar des Werbeetats der Tabakindustrie verzichten können (wollen); vgl. Kapitel 5.

47 Wenn die Autoren dazu noch zum Establishment der Cholesterinforschung gehören, können sie so die Ängste, die sie produzieren, in Auflageziffern umsetzen; vgl. z.B. Griffin/Castelli (1988).

ins Licht einer Öffentlichkeit gekommen und schnell gewachsen sind. Die Mehrheit der Bürger würde es sogar begrüßen, wenn für das Gesundheitswesen noch mehr Mittel verwendet würden, seien es private oder öffentliche. Umfrageergebnisse machen zweierlei deutlich: Erstens scheint das Kostenproblem von der Arbeitgeber- und Staatsseite, nicht aber von der Bevölkerung empfunden zu werden, und zweitens richtet sich die starke Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen vornehmlich gegen das private Versicherungssystem.

Kritisiert wird also nicht ein »Zuviel« in der Medizin.<sup>48</sup> Obwohl in keinem Land der Erde ein so großer Teil des materiellen Reichtums für die Medizin ausgegeben wird, ermittelte eine Meinungsumfrage 1990, daß 72 Prozent der Befragten der Meinung waren, die Regierung in Washington gebe »zuwenig« für »die Verbesserung und den Schutz der Gesundheit« aus. Nur 11 Prozent waren der Meinung, es werde zuwenig für die Raumforschung ausgegeben.<sup>49</sup>

Ein Ausdruck des bereits erreichten Niveaus der permanenten Besorgtheit um die persönliche Gesundheit ist die Cholesterinpolitik. Handlungsleitend für die amerikanische Primärprävention der koronaren Herzkrankheit sind Empfehlungen, daß 41 Prozent der erwachsenen US-Bürger zwischen 20 und 74 Jahren einer zusätzlichen Lipoprotein-Untersuchung bedürfen und 88 Prozent von ihnen dann medizinische Beratung und Behandlung benötigen; das sind 36 Prozent aller erwachsenen Amerikaner bzw. 60 Millionen Menschen.<sup>50</sup> Das heißt, gesunde, aufgrund von Screening-Tests als »Risikopersonen« definierte Bürger ohne jedes Krankheitssymptom werden von ihren Ärzten, den Medien, Freunden, Kollegen usw. dazu motiviert, sich einschneidenden Ernährungsumstellungen (deren praktischer Effekt auf den Cholesterinspiegel als »fraglich« bis »nicht erwiesen« gilt), ärztlicher Beratung sowie medikamentöser Behandlung (mit ernsthaften unerwünschten Wirkungen) zu unterziehen.

Für Millionen Amerikaner hat als Folge der Dauer-»Aufklärung« über das Cholesterin (das als eine Art Krankheitserreger empfunden, gefürchtet und »bekämpft« wird) das tägliche Essen den Charakter einer gezielten und von Besorgnis begleiteten Nahrungsaufnahme angenommen, dem von Genuß und Freude nichts mehr geblieben ist. Sie werden bislang nicht darüber auf-

---

48 Blendon/Leitmann et al. (1990).

49 Zit. nach Greenberg (1992a, S. 731 f.).

50 Manson/Tosteson et al. (1992).

geklärt, daß nach dem Stand der Wissenschaft ihre generelle Lebenserwartung dadurch nicht verlängert wird (vgl. Kapitel 4).<sup>51</sup>

Nicht nur die Medizingläubigkeit ist nach wie vor groß. Es wächst auch das Bewußtsein für die Notwendigkeit eines gesunden Lebensstils und die Schädlichkeit der eingangs angeführten ungesunden Angewohnheiten. Nach einer Gallup-Umfrage über die Werte, denen die US-Bürger nachstreben, waren die beiden am meisten genannten Ideale »ein gutes Familienleben« (82 Prozent) und »gute physische Gesundheit« (81 Prozent). Eine andere Studie fand heraus, daß 42 Prozent der Befragten »über ihre Gesundheit öfter nachdenken als über irgend etwas anderes, einschließlich Liebe, Arbeit und Geld«<sup>52</sup>. Das Gefühl der individuellen Verantwortung für die persönliche Gesundheit scheint größer geworden zu sein. Eine Studie in Cleveland berichtet darüber, daß 97 Prozent der dort Befragten angeben, »etwas« für die Gesundheit zu tun, sei es, daß sie eine Gesundheitsdiät einhalten, für ausreichenden Schlaf sorgen, körperliche Bewegung oder Entspannungsübungen machen oder ähnliches.<sup>53</sup> Die durch Meinungsumfragen ermittelte Rate derjenigen Amerikaner, die regelmäßig körperliche Bewegung aus Gesundheitsgründen betreiben, hat sich zwischen 1961 und 1984 von 24 auf 59 Prozent erhöht, und der Anteil der Jogger vergrößerte sich von 6 auf 18 Prozent der Bevölkerung.<sup>54</sup> Eine 1987 durchgeführte Umfrage von Gallup ermittelte, daß 74 Prozent der Männer sagten, sie betätigten sich regelmäßig mit sportlichen Übungen, und fast zwei Drittel aller Erwachsenen berichteten, dies mindestens einmal in der Woche zu tun. Was die Botschaften angeht, die von den Gesundheitsexperten, -erziehern, -förderern und -journalisten über das richtige individuelle Gesundheitsverhalten täglich verbreitet werden, so haben sie Gehör gefunden: Etwa drei Viertel aller erwachsenen Amerikaner meinen, »wenn ich richtig esse, nicht rauche und meine regelmäßigen ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen 'bekomme' ['to get regular checkups'], dann habe ich eine sehr gute Chance, nicht an Krebs zu erkranken«. Mehr als 80 Prozent glauben, »ich kann mein Gewicht und meinen Cholesterinspiegel gut genug kontrollieren, um einen Herzinfarkt zu vermeiden«<sup>55</sup>. Ein Survey der

---

51 Zwar gibt es auch in Europa und Deutschland Initiativen, z.B. eine »Nationale Cholesterin Initiative«, deren Expertise zufolge 80 Prozent aller Deutschen über 40 Jahre behandelt werden müßten, jedoch dürfte deren Wirkung harmlos sein im Vergleich zu der des amerikanischen Vorbildes (vgl. Berger 1993, S. 67-85).

52 Zit. nach Leichter (1991, S. 5).

53 Leichter (1991, S. 5).

54 Vgl. Leichter (1991, S. 9).

55 Goldstein (1992, S. ix).

nationalen Vereinigung der Sportartikelhersteller berichtet für das Jahr 1987, daß 66,1 Millionen Amerikaner aktiv schwimmen, 58,1 Millionen gehen, 53,2 Millionen fahrradfahren, 24,8 Millionen laufen und 23,1 Millionen Aerobic machen. 34,8 Millionen benutzten dazu Ausrüstung und spezielle Bekleidung. Zwar nahmen die meisten nur sporadisch teil, aber mehr als 10,3 Millionen Geher betätigten sich mehr als 100mal im Jahr, ebenso 8,1 Millionen Jogger, 4,9 Millionen Radfahrer und 2,6 Millionen Schwimmer.<sup>56</sup>

Das Verhältnis der amerikanischen Gesellschaft zur Gesundheit weist noch weitere kulturelle Besonderheiten auf, die entsprechende Trends in westeuropäischen Industrieländern übertreffen dürften - sei es, daß Moral und Religion bei der Propagierung von individueller Verantwortung und Schuld an der eigenen Krankheit eine größere Rolle spielen, sei es, daß die Steigerung des Wertes Gesundheit sehr schnell und sehr aggressiv in Dollars umgemünzt wurde.<sup>57</sup> Der »gesunde Lebensstil« wurde unvermittelt schnell zur nationalen Pflicht erklärt, um die wachsenden Kosten des Gesundheitswesens zu bekämpfen.<sup>58</sup> Stärker (oder auch nur früher und schneller) als in Europa wurde er in den Habitus der oberen Mittelschichten und Oberklasse integriert und ist damit auch zum Mittel der sozialen Distinktion und Identifikation geworden. Jedenfalls läßt sich die Tendenz beobachten, daß heute Rauchen oder fettes Essen als eine Art »schlechtes Benehmen« der Unterlassen angesehen wird. Am Beispiel der Entwicklung des Rauchens erkennt man, daß in den siebziger und achtziger Jahren gesundheitsbewußte Verhaltensänderungen im gesamtgesellschaftlichen Maßstab stattgefunden haben müssen. Abbildung 2.8 zeigt, daß der Rückgang des Zigarettenrauchens ein gesellschaftlicher Trend mit schichtspezifischer Ausprägung ist (vgl. Kapitel 5).

### 1.3.3 Krankheit als Feindbild

Eine in der amerikanischen Gesundheitskultur (sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens) anzutreffende aggressive Sichtweise von Krankheit und Krankheitsentstehung, die auch die Präventionspolitik mitprägt, muß noch angeführt werden. Der Geist, in dem die zu einer Art Krankheitserreger verdinglichten Risikofaktoren bekämpft werden, wird da-

---

56 Zit. nach Goldstein (1992, S. 91).

57 Vgl. Milio (1988).

58 Vgl. das Vorwort des Gesundheitsministers Califano zu: *Healthy People 1979*.

mit nachvollziehbarer. Payer bietet in einer vergleichenden Studie (USA, Frankreich, England, West-Deutschland) über »Medizin und Kultur« zahlreiche Illustrationen. Sie streicht als auffällige Phänomene für die USA unter anderem folgende heraus: In der gewöhnlichen Alltagsvorstellung ist »Krankheit« etwas, das »von außen« kommt. Das ist für das Verständnis von Anlage und Legitimation von Präventionspolitik wichtig.

»Die Amerikaner stellen sich Krankheiten am liebsten als Infektionskrankheiten vor, denn diese können leicht und sofort besiegt werden. Eine Infektion gilt als gänzlich extern, kein Teil von einem selbst. [...] In Amerika wird die Bedeutung eines Virus (oder Bazillus) bei einer Krankheit als viel gewichtiger angesehen als die Abwehrkräfte des Menschen.«<sup>59</sup>

Tesh berichtet dazu, daß, als 1972 die US-amerikanische Regierung den »Krieg gegen Krebs« erklärte, die großzügig finanzierten Untersuchungen vor allem auf die Virustheorie gegründet waren. Es habe selbstverständlich die Hoffnung bestanden, die Jagd auf das Krebsvirus könne am Ende zur Entwicklung eines Impfstoffes führen und damit die im heutigen Amerika so verbreitete Furcht vor dem Krebs beenden.<sup>60</sup>

Der im Vergleich zu Europa enorme Stellenwert der Ernährung bei dem, was als gesunder Lebensstil gilt, und die Bedeutung des Nichtrauchens entsprechen der Beobachtung, der zufolge

»Krankheiten, die nicht durch Mikroben erklärt werden können, oft mit anderen externen Erregern oder Noxen wie zum Beispiel Nahrungsmitteln, Allergenen und Karzinogenen erklärt werden. [...] Wenn eine Substanz einmal als 'schädlich' abgestempelt ist, haben Überlegungen über komplexe Fragen wie die, ob sie dennoch für bestimmte Leute oder in kleinen Mengen gut sein könnte, keine Chance mehr. Schwangeren Frauen, ja sogar Frauen, die erst versuchen, schwanger zu werden, wird gesagt, sie müßten jeden Alkoholgenuß vermeiden, obwohl die meisten Studien zeigen, daß Trinken bis zu zwei Gläsern Wein am Tag während der Schwangerschaft das Risiko für den Fötus nicht vergrößert. In New York City gibt es ein Gesetz, daß alle Restaurants und Bars mit Aushängen schwangere Frauen davor warnen müssen, daß durch Alkohol Geburtsfehler entstehen. Das erzeugt den Eindruck, daß Alkohol eine Art Contergan ist, das den Fötus unabhängig von der Menge schädigt.«

Ähnlich verhält es sich bei anderen Stoffen wie z.B. dem Salz, das den Bluthochdruck verursacht und darum für jedermann als »killer salt« bezeichnet wird, ebenso wie der Genuß von Eiern wegen Cholesterin.<sup>61</sup>

---

59 Payer (1988, S. 143 f.).

60 Tesh (1988, S. 36).

61 Payer (1988, S. 147). So ist es auch zu erklären, warum lange Zeit (und zum Teil auch noch heute) entgegen wissenschaftlicher Evidenz die Meinung herrschte: je weniger Cholesterin, desto gesünder (vgl. Kapitel 4).

Die Vorstellung, Krankheitserreger verursachten praktisch unabhängig von der Person des Kranken die Krankheiten, ermöglicht ein weiteres Merkmal, das dem Europäer auffällt: die in der Gesundheitssprache sich ausdrückende Aggressivität.<sup>62</sup> Der oben zitierte »Krieg gegen Krebs«, heute ergänzt durch den »Krieg gegen Aids« ist nur ein Beispiel, der »Killer Salz« ein anderes. Wird eine therapeutische Möglichkeit entdeckt, so berichten die Zeitungen an prominenter Stelle von einer »neuen Waffe« im Kampf gegen eine Krankheit. In den Zeitungen und Magazinen wird häufig von Menschen berichtet, die den »Krebs besiegt haben«. Payer zitiert einen Leserbrief, der sich auf einen solchen Bericht bezieht:

»Der Bericht über den 'Sieger' impliziert, daß das 'Gewinnen' gegen Krebs eine Art heiliger Kreuzzug und einfach eine Sache des Willens ist. Was ist mit den Leuten, die gekämpft und verloren haben?«

In der Prävention wird normalerweise davon gesprochen, man strebe die »Eliminierung« der Krankheit an, wenn es in anderen Ländern um den Schutz von Menschen gehen würde. In aller Regel ist in der medizinischen Prävention der zu untersuchende Personenkreis größer und die medikamentöse Behandlung höher als in anderen Ländern.

Auch in der kurativen Medizin offenbart sich das aggressive Verhältnis zur Krankheit, das oft Vergleiche mit Truppenstärke und Feuerkraft nahelegt.<sup>63</sup>

»Amerikanische Ärzte umgehen häufig medikamentöse zugunsten einer aggressiveren chirurgischen Behandlung, und wenn sie Medikamente benutzen, dann nehmen die höhere Dosen und aggressivere Mittel.«

Die Dosen in der psychiatrischen Behandlung sind weit höher als in den meisten anderen Ländern. Ein Arzt kennzeichnete dies durch den Satz: »Wir versuchen, der Psychose mit chemischer Kriegsführung beizukommen.«

Das Krankheitsverständnis drückt sich auch in der Chirurgie aus. Beispielsweise erfolgen chirurgische Eingriffe häufiger und sind in der Regel aggressiver als woanders.

»Eine amerikanische Frau hat eine zwei- bis dreimal so hohe Chance, daß ihre Gebärmutter entfernt wird, wie die Frauen in England, Frankreich und West-Deutschland. [...] Über 60 Prozent dieser Hysterektomien werden an Frauen unter 44 Jahren ausgeführt. Die Zahl der Bypass-Operationen pro Kopf ist in den USA sechsmal so hoch wie in England.«

---

62 Die Zitate im folgenden Absatz aus Payer (1988, S. 124-152).

63 Am Rande sei vermerkt, daß der oberste Beamte der Public Health Services den Titel »Surgeon General« trägt, er und eine Reihe seiner Untergebenen im Center for Disease Control (Atlanta, Georgia) sind uniformiert, ähnlich wie Offiziere der US-Marine.

Payer erklärt die im internationalen Vergleich enorm hohe Zahl von chirurgischen Eingriffen ausschließlich aus historischen-kulturellen Merkmalen der amerikanischen Gesellschaft. Diese Ausschließlichkeit verkürzt den Sachverhalt. Gerade für chirurgische Eingriffe haben zahlreiche Studien gezeigt, daß die Häufigkeit von Operationen stark von ökonomischen Variablen wie Verdienstchance, Wettbewerb, Art des Krankenhausträgers usw. abhängt.<sup>64</sup> Der kulturelle Aspekt daran ist, daß die amerikanische Gesellschaft, die nie eine andere Form hatte als die kapitalistische, ökonomische Überformungen, Verdinglichungen und Entfremdungen lebensweltlicher Sphären in hohem Maße toleriert. Diese Tendenz zur Ökonomisierung ist in Europa ebenfalls angelegt.

Die dominierende Art des Umgangs mit Krankheit faßt Payer zusammen:

»Krankheit kann (ebenso wie die Natur und die Ureinwohner Amerikas) erobert und besiegt werden, aber nur, wenn sie mit aggressiver Diagnostik aufgestöbert und genauso aggressiv behandelt wird, vorzugsweise, indem etwas herausgenommen wird, anstatt etwas hinzuzufügen, um die Widerstandskräfte zu stärken. Krankheit kann sogar vorgebeugt werden, indem das Umfeld von feindlichen Elementen gereinigt wird.«<sup>65</sup>

Auf dem Gebiet des Kampfes gegen die ungesunden Angewohnheiten ist erst der Anfang gemacht. In seinem schon erwähnten Artikel zu »Healthy People 2000« schrieb der Gesundheitsminister Sullivan im Jahre 1990:

»Ein nationaler Kreuzzug für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention [im eingangs skizzierten Sinne, HK] ist von vitaler Bedeutung. Denn trotz der überwältigenden Fakten und Zahlen, trotz bedeutender medizinischer Fortschritte und trotz einer gesundheitsbewußteren Öffentlichkeit haben wir es immer noch nicht geschafft, die Förderung der Gesundheit und Prävention von Krankheit zur persönlichen und nationalen Priorität in den Vereinigten Staaten zu machen.«<sup>66</sup>

Zurück zum individuellen Healthismus. Es wäre ein Zeichen von Unverständnis, hier die Augenbrauen kulturkritisch zu heben. Der Healthismus ist keine bloße Spinnerei, sondern die individualistische Verarbeitungsform realer Verhältnisse und wird tendenziell überall in Ländern anzutreffen sein, in denen ähnliche Verhältnisse bestehen. Wenn beispielsweise Fitness als Voraussetzung für den beruflichen Erfolg gilt, dessen Nichteintreffen unweigerlich mit sozialem Abstieg, Isolierung und (Selbst-)Mißachtung verbunden ist; wenn rund 80 Millionen Amerikaner entweder keine Krankenversiche-

---

64 Kühn (1990). In einem zweiten, gesondert veröffentlichten Teil dieser Studie zur Gesundheit in den USA wird das ausführlich belegt.

65 In Kapitel 4 wird das am Beispiel der chirurgischen Prävention des Risikofaktors Cholesterin dargestellt.

66 Sullivan (1990; Hervorhebung HK).

rung haben oder so unterversichert sind, daß eine schwere Krankheit zur Zahlungsunfähigkeit führen würde; wenn es meist keine oder nur eine unzureichende Lohnfortzahlung im Krankheitsfall gibt, ist es dann nicht verständlich, wenn all jene Lebensvollzüge, über die man »sein eigener Herr« ist (und das sind exakt die sogenannten Lebensstilfaktoren) subjektiv unter dem Gesundheits- bzw. Fitness-Aspekt gesehen werden, wenn die Sorge um die persönliche Gesundheit wie eine allgemeine Beleuchtung ist, die alle Elemente in der privaten Lebensführung in ihrer jeweiligen Besonderheit einfärbt?

Aber nicht nur im Negativen ist die Ideologie des Healthismus begründet. Sie hat in Schichten der sogenannten »middle class« positive soziale Träger gefunden. Disponible Zeit, Geld, Bildungsgrad und kulturelle Tradition ermöglichen seine Integration in deren Lebensweise. Man sollte auch nicht vergessen, daß die subjektive Bedeutung des gesunden Lebensstils nicht nur symbolischer Natur ist. Die meisten Menschen dürften sich auch tatsächlich wohler fühlen, wenn sie nicht rauchen, sich regelmäßig körperlich bewegen und sich gemäßigt vegetarisch ernähren. Das wird niemand bestreiten können. Und das Gefühl, moralisch gut zu handeln, tut ein übriges.

Der Healthismus ist über diese Gründe, die ihn zur Tendenz werden lassen, hinaus zum sozialen Identifikations- und Distinktionsmittel und zur Mode geworden. In dem Klima des marktliberalen Neokonservatismus<sup>67</sup> und seinem Menschenbild des idealisierten, rational handelnden Unternehmers entwickelte sich besonders unter den jüngeren, besserverdienenden und einflußreicheren Amerikanern (den »Yuppies«<sup>68</sup>) ein Lebensstil zum Ideal, den Kritiker als »narzißtisch« bezeichnen, der aber subjektiv den Charakter einer Investition in den eigenen Aufstieg, den Gelderwerb, Statusgewinn und die Karriere hat.<sup>69</sup>

---

67 Habermas (1982).

68 Für einige Zeit in den achtziger Jahren wurde das Lifestyle-Modell der »young urban professionals« idealisiert und hatte auch Auswirkungen auf das Gesundheitsideal.

69 Vgl. Lasch (1986/1977, S. 49-70, S. 232-242); Glassner (1989).

## 1.4 Die »Zweite Public Health Revolution«

Würde die lebensstilorientierte Prävention oder Gesundheitsförderung nur als eine private Dienstleistung angeboten, dann kämen nur wohlhabendere Gruppen damit in Berührung. Ohne die öffentliche Propagierung und die Arbeit der Public-Health-Dienste der Gemeinden, Staaten und des Bundes hätten sich wahrscheinlich auch die privaten Märkte für Wellness- bzw. Gesundheitsförderungsprogramme nicht so stark ausgedehnt. Die Public-Health-Dienste selbst haben den Schwerpunkt ihrer nach außen sichtbaren Tätigkeit und Politik in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre auf die Bekämpfung der subjektiven Risikofaktoren orientiert.<sup>70</sup> Diese Umorientierung wurde als so grundlegend empfunden, daß sie heute häufig als »zweite Public Health Revolution« bezeichnet wird.<sup>71</sup> Ein kurzer Rückblick auf die Entwicklung der Public-Health-Dienste und ihrer Präventionstätigkeit soll den Weg und die Gründe dieser Veränderung skizzieren.

### 1.4.1 Wandel langfristiger Anforderungen

Charakter und Schwerpunktsetzungen der Public-Health-Dienste haben sich in nur wenigen Generationen stark verändert. Die tiefgreifenden Veränderungen der Wirtschafts- und Sozialstruktur, das Entstehen einer Gesellschaft der Mobilität und des Massenkonsums, die naturwissenschaftlich-technischen Entwicklungen und der Wandel der Krankheiten, an denen die Menschen sterben und unter denen sie leiden, sind dabei an erster Stelle zu nennen. Noch anfangs unseres Jahrhunderts stellten die epidemischen und meist

---

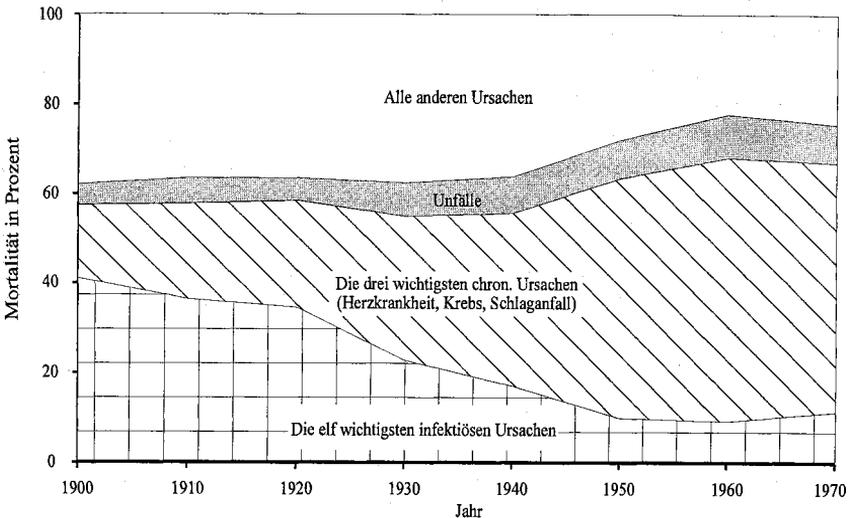
70 »Public Health« kann nicht wörtlich ins Deutsche übersetzt werden. Im hier gebrauchten Sinne bedeutet es »so viel wie Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Gesundheitsförderung. [...] Public Health analysiert und beeinflusst hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch sollen die aus Public Health gewonnenen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate querschnittartig in nahezu allen Politikfeldern Berücksichtigung finden.« (Rosenbrock 1992, S. 82-114).

Bei den »Public Health Services« in den Vereinigten Staaten kommt der Betrieb von medizinischen Einrichtungen hinzu, vor allem in den innerstädtischen und ländlichen Gebieten, deren Bevölkerungen keinen Zugang zum privaten Medizinsystem haben.

71 Leichter (1991).

schnell zum Tode führenden Infektionskrankheiten die zentrale gesundheitliche Bedrohung dar (vgl. Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1: Die veränderte Bedeutung von chronischen und infektiösen Krankheiten für die Mortalität in den Vereinigten Staaten



Quelle: McKinley/McKinley/Beaglehole (1989).

Die Erkenntnis, wonach die Geschichte meist von den Siegern geschrieben wird, gilt auch für die Geschichte der Gesundheitspolitik. Und so ist es nicht verwunderlich, daß bahnbrechende biomedizinische Entdeckungen und heroische Arztfiguren das Bild bestimmen. Tatsächlich haben sozialhygienische Maßnahmen (häufig sogar unter Zugrundelegung falscher ätiologischer Annahmen) und die Verbesserung der Lebensbedingungen einen weitaus größeren Beitrag zur Befreiung von diesen Epidemien geleistet als die medizinische Versorgung. Es ist hauptsächlich das Verdienst des Briten Thomas McKeown (von 1945 bis 1977 Professor für Sozialmedizin an der Universität von Birmingham), diese Erkenntnis durch seine Forschungs- und Publikationstätigkeit vor einer größeren internationalen Öffentlichkeit nachgewiesen und verbreitet zu haben. Hier einige seiner wichtigsten Aussagen:

Die bedeutendste Todesursache des 19. Jahrhunderts war die Tuberkulose. Um das Jahr 1850 lag ihre Mortalitätsrate in England und Wales bei knapp 300 (pro 100 000 Erkrankte) Sterbefällen. Die Tendenz war schon

mehrere Jahrzehnte lang fallend, als 1882 Robert Koch den Tuberkelbazillus identifizieren konnte. Mit Unterbrechungen der Kriegsjahre sank die Rate von etwa 190 (1880) auf über 50 Sterbefälle zu Anfang der fünfziger Jahre, in denen erstmals eine wirkungsvolle Impfung gegen diese Krankheit durchgeführt werden konnte. Der Beitrag der Chemotherapie lag in der Verstärkung des abnehmenden Trends seit dieser Zeit bis heute. Aber allein 57 Prozent der Senkung fand vor der Jahrhundertwende statt und ist ganz auf Sozialhygiene und die Lebensverhältnisse zurückzuführen. Die Abnahme der (Kinder-)Sterblichkeit durch Keuchhusten wurde fast gänzlich, durch Masern zu 82 Prozent, durch Scharlach zu 90 Prozent, Diphtherie zu einem großen, aber nicht gut bestimmbar Teil vor der Existenz und Verbreitung einer effektiven Impfmaßnahme erzielt. Bei Pocken dürfte der Anteil der Medizin etwas größer gewesen sein. Hygiene, gute Wasserversorgung, ausreichende Ernährung, Wohnung, Familienplanung (weniger Kinder) usw. spielten in jedem Fall die Hauptrolle an der Zurückdrängung der tödlichen Infektionskrankheiten.<sup>72</sup>

Man teilt die Pluralität der Präventionskonzepte grob in zwei Typen: erstens in die *individuumbezogenen Konzepte* der Beratung, Belehrung, Behandlung und Belieferung und zweitens in die *soziale Prävention* (Community-Ansätze), die auf die Gesundheitsbedingungen gesellschaftlicher Gruppen oder Institutionen (Betriebe, Gemeinden usw.) ausgerichtet sind. Beide Herangehensweisen haben ihre Berechtigung je nach dem zu lösenden Problem. Es gibt keinen Grund, abstrahiert von einem konkreten Problembezug eine gegen die andere auszuspielen. Zur Verlängerung der Lebenserwartung seit Beginn der Industrialisierung haben, so zeigen McKeown und zahlreiche andere Forscher seither, »gemeindebezogene« Strategien (nach den allgemein verbesserten Lebensbedingungen) weit mehr beigetragen. Die heutigen nicht-infektiösen Krankheiten sind zwar davon gänzlich verschieden, allein die geringen Heilungsmöglichkeiten der Individualmedizin verweisen auf die Bedeutung der Prävention. Die biomedizinische Forschung, so die Kritik von McKeown, trägt auch deshalb so wenig dazu bei, weil sie sich traditionell darauf konzentriert, wie sich eine Krankheit entwickelt, aber nicht, warum sie entsteht. Die Ursachen dafür seien aber - mit Ausnahme der genetischen - solche des individuellen Verhaltens und der sozialen »Umwelt«.<sup>73</sup> Die Ver-

---

72 McKeown (1976, Kap. 5). Man ist sich darüber einig, daß die Trends auch für die anderen Industrieländer angenommen werden können. Die Entdeckungen in Großbritannien beruhen auf der älteren und besseren Gesundheitsstatistik.

73 McKeown (1978); er legt das Schwergewicht auf die lebensstilbezogene Prävention, worauf in den nächsten Kapiteln näher eingegangen wird.

änderung der Krankheiten vollzieht sich in großen Zeitperioden, während die praktische Arbeit der Public-Health-Dienste von der sozialökonomischen und politischen Dynamik weit mehr gerüttelt und geprägt wird.

#### 1.4.2 Entwicklung der Public-Health-Dienste<sup>74</sup>

##### (a) *Vierziger bis siebziger Jahre*

Ein kurzer Rückblick auf die Entwicklung der modernen Public-Health-Dienste kann im Jahr 1935 beginnen, als mit dem Social Security Act erstmals der Zentralstaat verpflichtet wurde, Gesundheitsämter (local public health departments) finanziell zu fördern. Charakteristisch für die Prioritäten bis heute ist es, daß die einzige direkt vorgeschriebene Verwendungsart der Bundesmittel Dienste für Mütter und Kinder waren. Eine Denkschrift des Surgeon General von 1946 war dem Ziel gewidmet, die gesamte Bevölkerung in die Reichweite eines mit Vollzeitstellen besetzten Gesundheitsamtes zu bringen.<sup>75</sup> Die Anzahl der Kreise (Counties), auf die das zutraf, war seit 1935 von 762 auf 1 851 gestiegen, 72 gegenüber 37 Prozent der Bevölkerung konnten formal als versorgt gelten (die Metropolen nicht gerechnet, die seit langem ihre städtischen Gesundheitsämter hatten). Ersichtlich ist, daß am Personalwachstum von 3 435 auf 10 372 in diesen elf Jahren das nicht-medizinische Personal stärker beteiligt war als die Ärzte. Es waren noch 30 Prozent der nicht großstädtischen Regionen unversorgt und 20 Prozent der Amerikaner insgesamt.

Unzufriedenheit herrschte mit dem qualitativen Niveau. Ein Ausschuß der American Public Health Association machte sich 1945 daran, Kriterien für die personelle Besetzung, die Art der Dienste, Organisation, Leitung usw. zu erstellen. Die Ergebnisse wurden als »Emerson-Report« veröffentlicht, dessen Definition von sechs Grundaufgaben eines kommunalen Gesundheitsamtes noch heute Bedeutung hat.

---

74 Die Entwicklung der Public Health Services in den USA ist so vielgestaltig, daß ihre Darstellung eine eigene Abhandlung benötigte. Im folgenden skizziere ich nur in groben Strichen. Den »roten Faden« entnehme ich Shonick (1988), sofern nicht anders angegeben. Meine Einschätzungen stützen sich auf Interviews und mehr noch auf zahlreiche Gespräche, unter anderem mit einem gegenwärtigen und vier ehemaligen Präsidenten der American Public Health Association, und auf Besuche in Public-Health-Einrichtungen, unter anderem in New York, Chicago, Los Angeles und Atlanta (Centers for Disease Control).

75 US Public Health Service (1947); vgl. Shonick (1988, S. 96-99).

Die »basic-six«-Funktionen sind im einzelnen:

1. Bevölkerungsstatistik: Aufzeichnung, Interpretation und Verbreitung von essentiellen Fakten wie Geburten, Sterbefällen und meldepflichtige Krankheiten
2. Kontrolle übertragbarer Krankheiten: Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Malaria, Hakenwurmkrankheit etc.
3. Sozialhygiene im technischen Sinne der Überwachung von Milch, Trinkwasser, Küchen, Kantinen, Restaurants etc.
4. Labor-Dienste
5. Mutter- und Kind-Hygiene - einschließlich Überwachung der Gesundheit von Schulkindern
6. Gesundheitserziehung.

Überwachung und Prävention von übertragbaren Erkrankungen standen also ganz klar im Zentrum dessen, was man 1945 als Basisfunktionen ansah. Als Zukunftsziel forderte der Report, allen Amerikanern müsse der Nutzen der öffentlichen und persönlichen Hygiene, die Beratung und der Schutz durch ausgebildete Professionals und Hilfspersonen auf Vollzeitbasis, finanziert als Teil des öffentlichen Dienstes, zugute kommen. Offenbar in Anspielung auf Mißstände hieß es, Kriterium müsse allein die Leistungsfähigkeit sein, »frei vom störenden Einfluß der Parteipolitik«<sup>76</sup>.

In den fünfziger Jahren nahmen die Probleme, denen sich die kommunalen Public-Health-Dienste gegenübersehen, allmählich das Profil an, das sie heute in weitaus krasserem Maße haben. Die quantitative Ausweitung ging weiter: 1960 wird berichtet, 94 Prozent der Bevölkerung seien nun in ihrer Reichweite. Die »basic six« wurden immer schärfer als unzureichend kritisiert, und zwar im Hinblick auf zwei bis heute eher gewachsene und sich wechselseitig verstärkende Herausforderungen: Gefordert wurden Prävention der chronischen und degenerativen Erkrankungen und Angebote der medizinischen Versorgung in öffentlichen Kliniken. In der Zwischenzeit hatten sich nämlich Angebot und Leistungsfähigkeit des medizinischen Systems stark erweitert. Schon im Gefolge der Weltwirtschaftskrise hatten in den dreißiger Jahren die Krankenhäuser eine Versicherung (blue cross) gegründet, um von konjunkturellen Schwankungen der individuellen Zahlungsfähigkeit unabhängiger zu werden. In den vierziger Jahren haben die Gewerkschaften auf die Lohnstops der Regierung damit geantwortet, daß sie die Krankenversicherung als tarifliche Leistung des Arbeitgebers durchsetzten.

---

76 Emerson (1945) (Emerson war der Vize-Surgeon General zu dieser Zeit), zit. nach Shonick (1988, S. 98).

Für Arbeitnehmer außerhalb der großen Unternehmen, Arbeitslose und Arme wurde die immer aufwendigere medizinische Versorgung damit zum Problem.<sup>77</sup>

Obwohl die dünn besiedelten ländlichen Regionen am stärksten unterversorgt waren, geht seither der Veränderungs- und Innovationsdruck von den Großstadtreionen aus. Bis heute zunehmend, lassen sich die Anforderungen, die an die kommunalen Public-Health-Dienste herangetragen und diskutiert werden, nach den zwei Kulturen unterscheiden, denen sie entstammen. Die eine entwickelte sich in den Innenstädten der Metropolen und die zweite in den wohlhabenderen Vorstädten (suburbans) ihrer Umgebung. Obwohl sie sich immer schärfer voneinander unterscheiden, interagieren sie miteinander, meist zu Lasten der ersteren; zum Beispiel: Die Bewohner der Innenstädte sind weniger zahlungskräftig und haben ein geringeres Steueraufkommen. Durch die sich dadurch verschlechternde Infrastruktur (Schulen, Polizei, medizinische Versorgung usw.) zieht ein ständiger Strom der relativ Bessergestellten in die »suburbans«, die, unter anderem durch den Mechanismus der steigenden Immobilienpreise, ihre sozial desintegrierten Menschen wiederum an die Innenstädte abgeben - ein sich permanent selbst verstärkender Prozeß.

Entscheidend ist, daß beide Kulturen ganz verschiedene Bedürfnisse und Anforderungen an die öffentlichen Gesundheitsdienste haben und artikulieren:

Die Innenstadtbevölkerung drängt auf ausreichende öffentliche medizinische Versorgung, besonders der ärztlichen Primärversorgung<sup>78</sup>, und auf staatliche Durchsetzung hygienischer Anforderungen. Seit den sechziger Jahren sind die Public-Health-Dienste in der Klemme zwischen der fiskalischen Dauerkrise der Großstädte und wachsenden Anforderungen, denen sie sich immer weniger gewachsen zeigen. Beispielsweise ist in das Bedürfnis nach Stadthygiene heute dasjenige nach Sicherheit eingeschlossen. Ohne Sicherheit brechen auch ambulante Dienste z.B. der Gemeindegewerkschaft zusammen.

---

77 Starr (1982); Brown (1984); Estes (1984).

78 Der Weg zur ärztlichen Versorgung für die Armen führt in der Regel über die Notaufnahme eines Krankenhauses, das sie nicht abweisen darf. Der Anteil von »Notfallpatienten« an den Patienten der Public Hospitals von Los Angeles beträgt 80 Prozent. Ambulante Primärversorgung ist ein größerer Engpaß; häufig gibt es allein schon aufgrund der extremen Kriminalität in weiten Bereichen der Innenstädte kaum noch einen Arzt (vgl. *Los Angeles Times* vom 20.3.1991).

Die Public-Health-Bedürfnisse in den »suburbans« waren bereits in den sechziger Jahren davon völlig verschieden. Initiativen und Einzelpersonen forderten damals bereits eine aktive Rolle der Public-Health-Dienste in der Umweltkontrolle (Luftverunreinigung, Strahlungsemissionen usw.), Konsumentenschutz, Autosicherheit und ähnliche Probleme. Davon abgesehen, daß die Gesundheitsämter oft nicht gut ausgestattet und unterbesetzt waren, kann auch die effizienteste kommunale Public-Health-Abteilung die große Industrie nicht kontrollieren, die hier häufig in der Rolle der Verursacher und Adressaten ist. Shonick resümiert für die Mitte der sechziger Jahre, die Public-Health-Dienste seien von allen Seiten in ganz unterschiedliche Richtungen gestoßen worden, ohne in der Lage zu sein, die geforderten Aufgaben zufriedenstellend zu übernehmen: Die Verbesserung der pathogenen Bedingungen in den Ghettos ist nicht möglich, ohne die Hauseigentümer, die Grundstückspekulanten und die »Wahlmaschinen« der Lokalpolitiker zum Feind zu haben. Eine ausreichende medizinische Versorgung für die Armen ist ohne Veränderung der Verteilungsmechanismen des medizinischen Systems undurchführbar, und die Umweltprobleme, durch die sich die »middle class« zunehmend beeinträchtigt fühlte, sind auf der kommunalen Ebene kaum anzupacken. Ratlose Debatten über die »richtige« Public-Health-Strategie trugen neben Überforderung noch zu einem Verlust früheren Ansehens bei (was wiederum finanzielle Kürzungen leichter machte).<sup>79</sup>

Auf der Ebene der Einzelstaaten vollzogen sich die Veränderungen in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg parallel. In der bereits zitierten Denkschrift von 1946 ist von chronischen Krankheiten und anderen zukunftsweisenden Aufgaben an keiner Stelle die Rede. Die einzige Ausnahme vom Schwerpunkt der übertragbaren Krankheiten ist der Anstieg (zwischen 1936 und 1946) von Programmen für Arbeitshygiene und Arbeitssicherheit. Erst 1970 etablierte die Regierung des Zentralstaates eine eigene Arbeitsschutzbehörde (vgl. Kapitel 6). In einer Studie von 1961 über die Aktivitäten der State Healths Departments finden sich einige Neuerungen, die über die »basic six« hinausgehen. Eine Aufstellung der Aufsichtsgremien zeigt die enorme Dominanz der Ärzte. In zwei Bundesstaaten wurde sogar dem Vorstand der Landesorganisation die Funktion des Aufsichtsgremiums übertragen. Der übergroße Einfluß der Ärzte hat seine Ursachen nicht nur in der damals noch nicht herausgeforderten »professionellen Dominanz«, sondern schlicht auch im zunehmenden Gewicht der medizinischen Angebote innerhalb der Public-Health-Dienste. 1984 wurden von den Staaten und Kommu-

---

79 Shonick (1988, S. 100).

nen 6,9 Milliarden Dollar für Public Health ausgegeben, davon 4,8 Milliarden Dollar (70 Prozent) für Dienste zur »persönlichen Gesundheit«; der Rest verteilt sich unter anderem mit 7,8 Prozent auf »Umwelt« (environmental health, was die alte Hygiene einschließt), 8 Prozent nichtmedizinische präventive Maßnahmen und 5,8 Prozent auf Verwaltung.<sup>80</sup> Der größte Einzelposten unter den medizinischen Leistungen sind wieder die Leistungen für Mutter und Kind (34 Prozent), während für chronische Krankheiten 3,7 Prozent ausgegeben wurden. Es wird angenommen, eine erfolgreiche Reform der Krankenversicherung mit Zugang zum Medizinsystem für alle werde dieses Übergewicht der Medizin eines Tages reduzieren.

Die Public-Health-Politik des Zentralstaates begann etwa um 1950 systematische Formen anzunehmen. Insbesondere durch den gezielten Einsatz finanzieller Zuschüsse sollten den unteren Ebenen Prioritäten vermittelt werden. Man könnte sich auch denken, der Zentralstaat nähme sich derjenigen Aufgaben an, die dem Maßstab der kommunalen Dienste schon ent wachsen sind. Aber die Konfusion über Ziele und Strategien der Public-Health-Dienste hat auch die entsprechenden Bundesinstitutionen geschwächt. Die Unzufriedenheit der verschiedenen Regierungen führte in den sechziger und siebziger Jahren zu häufigen Reorganisationen, denen 1973 sogar das Amt des Surgeon General zum Opfer fiel. Hatten die Public-Health-Dienste die Erfahrung machen müssen, daß die hohen Erwartungen im herkömmlichen kommunalen und einzelstaatlichen Maßstab gar nicht erfüllt werden können, so haben die republikanischen Administrationen seit Präsident Nixon versucht, unter dem Motto »neuer Föderalismus« Aufgaben und Finanzverpflichtungen, die dem Bund zugewachsen waren, an die unteren Ebenen zurückzugeben. Zu rätseln bleibt, ob das geschah, obwohl oder weil sie dort nicht erfüllt werden können.

### *(b) Wende zum Lebensstil*

Präsident Ford, der 1974 Nixon ablöste, wollte dessen Gesundheitspolitik des »neuen Föderalismus« fortsetzen und zudem durch Kürzungen in 16 Posten des Gesundheitsbudgets sparen, konnte das aber nicht gegen den Kongreß durchsetzen. Präsident Carter brach diese Versuche sofort ab, als er im Januar 1977 sein Amt antrat. Die amerikanischen Public-Health-Dienste wa-

---

<sup>80</sup> Public Health Foundation (1986).

ren zu dieser Zeit politisch zumindest auf Bundesebene auf einem Tiefpunkt angelangt.

Carters gesundheitspolitische Situation war prekär: Die Regierung stand insgesamt unter wirtschaftlichem Druck. Zwar war die Konjunktur noch (bis Ende 1978) gut, doch die Ausgaben für das Medicare-Programm, die Krankenversicherung für die über 64jährigen Amerikaner und für den Bundesanteil am Sozialhilfeprogramm Medicaid wiesen zweistellige Wachstumsraten auf. Zugleich hatte der Präsident - sehr im Unterschied zu seinem Nachfolger - gesundheitspolitische Ambitionen. Aus diesem Dilemma konnte ihn nur eine Strategie befreien, die gesundheitliche Verbesserungen zu schaffen versprach, aber nicht kostspielig war.<sup>81</sup> Im Bereich der Public Health Services wurden drei Ziele aufgestellt:

1. Für die Kinder der Armen sollten einige präventive und kurative Maßnahmen geschaffen werden,
2. psychiatrische Dienste auf der kommunalen Ebene sollten gefördert werden, und
3. das Kernstück sollte die lebensstilorientierte Gesundheitsförderung und Prävention für die ganze Bevölkerung sein.

Es erfolgte die Wiedereinsetzung der Position des Surgeon General ausdrücklich zur Durchsetzung und Stärkung dieser neuen Orientierung.<sup>82</sup>

Eine Frucht dieser Wende ist ein Bericht des Surgeon General 1979 über Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Titel »Healthy People«<sup>83</sup>. Califano schrieb im Vorwort:

»... der Schlüssel zu einem gesunden oder kranken, langen oder kurzen Leben eines Menschen [ist] in mehreren einfachen persönlichen Gewohnheiten zu finden; in den Rauch- und Trink-, Eß-, Schlaf- und Bewegungsgewohnheiten, darin, ob man Geschwindigkeitsbegrenzungen einhält, sich anschnallt und einige andere einfache Maßnahmen durchführt.«<sup>84</sup>

---

81 Carters Gesundheitsminister Joseph Califano hatte schon 1966 als persönlicher Berater Präsident Johnsons eine ähnliche Aufgabe gelöst, als es darum ging, nach Medicare, Medicaid und Rentengesetzen einen Weg zu finden, der sozialpolitisch zwar Kontinuität und Engagement signalisiert, aber den Haushalt nicht belastet. Das war dann die Strategie zur Verbesserung der »Lebensqualität«.

82 Shonick (1988).

83 Department of Health, Education, and Welfare (1979b): *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, Washington, D.C.; im folgenden zitiert als »Healthy People 1979«.

84 Healthy People (1979, S. VII).

Innerhalb nur ganz weniger Jahre hatte sich eine grundlegende Wende vollzogen.<sup>85</sup> Die starke Hinwendung zu dieser Einsicht und die entsprechende präventionspolitische Priorität hat man als so fundamental angesehen, daß man sie häufig als »zweite Public Health Revolution« bezeichnete.<sup>86</sup> In »Healthy People 1979« wird zur Legitimation des Lebensstilkonzepts dargelegt, von den zehn häufigsten Todesursachen des Jahres 1976 seien 50 Prozent auf ungesundes Verhalten bzw. einen ungesunden Lebensstil zurückzuführen, weitere 20 Prozent auf Umweltfaktoren, 20 Prozent auf biologische Faktoren und 10 Prozent auf Mängel im Gesundheitswesen. Ein Jahr später wurden erstmals, seit es in den USA Public-Health-Dienste gibt, Gesundheitsziele für das Jahr 1990 aufgestellt. Erläuternd wird geschrieben:

»In einer Zeit, in der die Haushalte der Nation knapper werden, fangen Regierungstellen, offizielle Vertreter und Vorstände in der Industrie, in Stiftungen, Universitäten und gemeinnützigen Institutionen damit an, ihre traditionellen Richtlinien für die Verwendung ihrer gesundheitsbezogenen Mittel neu zu überdenken.«<sup>87</sup>

Das bezieht sich auf das Vorhaben, Finanzmittel aus der Finanzierung des Gesundheitswesens abzuziehen und in die Prävention umzuschichten. Dieser Plan stieß auf Kritik, die dagegenhielt, Prävention sei zwar wichtig, aber darum würden dennoch Menschen krank und benötigten medizinische Hilfe. Arme würden häufiger und schwerer krank als die Bessergestellten, und darum müsse mit oder ohne Prävention das Problem ihrer medizinischen Versorgung gelöst werden.<sup>88</sup>

So umfassend die gesundheitspolitische Wende hin zur Gesundheitsförderung die Public-Health-Strategie in der kurzen Zeit seit Ende der siebziger Jahre auch berührt haben mag, ihr historisch erstes politisches Dokument stammt aus dem benachbarten Kanada. Die größere Relevanz des Lebensstils und der Umwelt für die Gesundheit im Vergleich zu den bislang dominierenden Themen und Politiken (Förderung der medizinischen Forschung, Zugang zur Krankenversorgung) wurde erstmals 1974 programmatisch im sogenannten »Lalonde-Report« ausgeführt.<sup>89</sup> Hier wurden die Hauptgründe der Mor-

---

85 Erst drei Jahre vorher war mit dem »National Consumer Health Information and Health Promotion Act« das erste Dokument einer solchen Orientierung auf den Lebensstil entstanden; sehr bescheidene Summen wurden dann dafür in den Haushalt eingesetzt (Leichter 1991, S. 92 ff.).

86 Leichter (1991).

87 Department of Health and Human Services (1980); zu einer ersten Evaluation von Zwischenergebnissen vgl. Andersen/Mullner (1990).

88 Shonick (1988).

89 Lalonde (1974). Marc Lalonde war der damalige kanadische Gesundheitsminister.

bidität und vorzeitigen Mortalität in Kanada (Motorfahrzeugunfälle, ischämische Herzerkrankungen, Krankheit der Atemwege, Lungenkrebs und Selbstmord) den riskanten Lebensstilen und Umweltfaktoren, darunter Umweltverschmutzung, zugeschrieben. Lebensstil und Umwelt wurden die gleiche Bedeutung für die Gesundheitspolitik beigemessen wie der Humanmedizin und dem Gesundheitswesen.

Die besondere Zuspitzung der modernen Gesundheitsprobleme auf den Lebensstil, die durch »Healthy People 1979« und dann 1990 durch »Healthy People 2000« dokumentiert wurde, wird von Lalonde in Kanada noch nicht vollzogen. Es heißt bei ihm:

»Die Übervölkerung der Städte, das Wohnen in Hochhäusern und der Mangel an stadtnahen Erholungsgebieten tragen gleichermaßen zum Krankheitsgeschehen in Kanada bei wie die Arbeitsbedingungen einschließlich der abstumpfenden Wirkungen von repetitiver Arbeit an den Fließbändern. Dies fordert seinen Tribut sowohl in Form von psychischen als auch von physischen Erkrankungen. [...] Eines der bedeutendsten, aber sehr wenig verstandenen Probleme in der sozialen Umwelt der Menschen sind die Folgen des raschen gesellschaftlichen Wandels für die körperliche und seelische Gesundheit der Kanadier. Ein Teil davon geht auf den technischen Fortschritt zurück [...], aber die bedeutende Desorientierung und Entfremdung verdanken sich dem Verfall früherer gesellschaftlicher Werte und deren Ersetzung durch neue, deren langfristige Wirkungen wir noch nicht kennen. Wenn eine Gesellschaft in wachsendem Maße privaten Vergnügungen hinterherjagt und darüber das Gemeinwohl opfert, so führt das zu Belastungen, deren gesundheitliche Auswirkungen verheerend werden können.«<sup>90</sup>

Auch hier klingt die Moralpolitik bereits deutlich und schrill, aber man hat gedanklich noch nicht von der Realität sozialer Prozesse abstrahiert und diese zu »Risikofaktoren«, die Personen »haben«, verdinglicht, wie das beim praktizierten Lebensstilkonzept der Fall ist.

Aufschlußreich ist die Reorganisation der Public-Health-Dienste, von der die strategische Orientierung auf den Schwerpunkt der lebensstilbezogenen Prävention begleitet wurde. Die »Centers for Disease Control« wurden 1980 ausgeweitet und der frühere Name »Communicable Disease Center« in »Centers for Disease Control« (CDC) geändert. Sie bestehen nun aus sechs Bereichen:

1. Center for Preventive Services
2. Center for Environmental Health
3. National Institute for Occupational Safety and Health
4. Center for Health Promotion and Education
5. Center for Professional Development and Training
6. Center for Disease Investigation and Diagnosis.

---

90 Lalonde (1974); vgl. dazu Salmon (1989a).

Die CDC sind eine Einrichtung der Public-Health-Dienste des Gesundheitsministeriums, verantwortlich für Prävention und Gesundheitsförderung. Sie beschäftigen mehr als 4 500 akademisch ausgebildete Spezialisten aus 170 naturwissenschaftlichen, medizinischen, sozialwissenschaftlichen und technischen Fachgebieten. Etwa die Hälfte dieser Angestellten arbeitet im »Hauptquartier« in Atlanta (Georgia), die andere Hälfte verteilt sich auf andere Institutionen auf Bundesebene (z.B. National Center for Health Statistics oder zentrale Laboreinrichtungen) und auf Gesundheitsbehörden in den Bundesstaaten und Kommunen sowie im Ausland (vorwiegend in Ländern der Dritten Welt). Die Delegation von eigenem Personal ist eine praktische Form der kooperativen Hilfe. Nicht nur der Ausdruck »Hauptquartier« stammt aus der Militärsprache, auch tragen die leitenden Beamten des CDC Uniformen mit Rangabzeichen. In gewisser Weise drückt sich darin ein Verständnis von Prävention aus, dem es darum geht, einen Krankheitserreger mittels des »Epidemic Intelligence Service« aufzuspüren, um ihn dann gezielt zu bekämpfen.<sup>91</sup>

So wird Shonicks Anmerkung verständlich, durch die Reorganisation der CDC als Träger der neuen lebensstilorientierten Strategie sei diese nach dem Muster der Prävention der übertragbaren Krankheiten erfolgt, beginnend mit der Identifikation von Gesundheitsgefahren, »der Bestimmung von wahrscheinlichen Ursachen und Methoden, sie zu bekämpfen, und der organisatorischen Form, in der die entsprechenden Operationen durchgeführt werden sollen«<sup>92</sup>. Wie man es bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten auch gemacht hatte, war man - ebenfalls wie im Militär - gewohnt zu handeln, auch wenn es keine Gewißheit über die Krankheitsursachen (im Sinne von Krankheitserregern) gab. Rosen schrieb in seiner »Geschichte der öffentlichen Gesundheit«:

»Das Programm der Hygienereformer stützte sich in großem Umfang auf falsche ätiologische Theorien, und oft sind sie auf die richtigen Lösungen mit den falschen Begründungen gekommen.«<sup>93</sup>

Die Frage ist, ob diese positiven Erfahrungen auf die Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs übertragen werden können und z.B. Fett, Alkohol, Tabak oder gar das Cholesterinmolekül wie Bazillen betrachtet und »bekämpft« werden sollten. Diese Frage muß zum einen aus ethischen Gründen aufgeworfen werden wegen der häufig nicht einmal intendierten Ten-

---

91 Dateline (1988).

92 Shonick (1988, S. 117).

93 Rosen (1958), zit. nach Shonick (1988, S. 117); vgl. dazu Rosen (1975).

denz, die Menschen, die diese Risikofaktoren »haben«, moralisch auszugrenzen, wie früher die Infizierten physisch unter Quarantäne gestellt wurden. Und zum anderen aus Gründen der Effektivität: Erfolgte etwa bei der Tuberkulosebekämpfung die Rückkopplung durch die Sterblichkeit sehr schnell, so ist der Wirkungstest bei den Strategien gegen die Risikofaktoren des Lebensstils ein in jeder Hinsicht anderes Problem. Aufgrund der stochastisch ermittelten, vergleichsweise geringen mathematischen Assoziationen dieser Faktoren mit einer Krankheit sowie der Eigenarten dieser Krankheiten selbst müssen an die Stelle der sofort feststellbaren Wirkungen sehr aufwendige klinische Großversuche über eine Vielzahl von Jahren treten, deren Ergebnisse zudem noch Spielraum für unterschiedliche Interpretationen bieten (vgl. Kapitel 4).

Die theoretischen und intuitiven Implikationen des zum Schwerpunkt erhobenen Lebensstilkonzepts mußten den meisten Akteuren der Präventionspolitik aufgrund des sozialen Kontexts, in dem sie handeln, und ihrer politischen und ökonomischen Situation plausibel sein (vgl. Kapitel 3). Die kommunalen Public-Health-Dienste hatten nun eine positive Orientierung, die weder ihr finanzielles Dilemma verschärfte noch sie in den ungleichen Kämpfen mit den regionalen und kommunalen Interessen aufzureiben und zu blockieren drohte.

Ähnliches gilt für die Public-Health-Politik des Zentralstaates. Als Präsident Carters Amtszeit im Dezember 1980 zu Ende ging, hatte er trotz seines persönlichen gesundheitspolitischen Engagements nicht mehr Geld für seine Gesundheitspolitik ausgegeben als seine Vorgänger. Im Gegenteil, seine eigenen Budgetvorschläge für 1980 und 1981 sahen Kürzungen auch im Public-Health-Bereich vor.

»Der prinzipielle Beitrag [seiner Politik, HK] lag in den *theoretischen Führungsqualitäten*, die vom wiedererrichteten Amt des Surgeon General ausgingen, indem man damit begann, umfassender zu definieren, wie ein modernes Programm der Prävention aussehen mußte.«<sup>94</sup>

Wie bekannt, trat Präsident Reagan sein Amt mit dem Mandat an, sozialstaatliche und ökologische Ausgaben- und Schutzprogramme zu kürzen bzw. zu »deregulieren«. Die Public-Health-Dienste nahmen auf seiner »Abschlußliste« einen vorrangigen Platz ein, und hier wiederum kam der Arbeitsschutzbehörde (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) für die gesamte neue Politik der Deregulierung eine exemplarische Bedeutung zu (vgl. Kapitel 6). Präventionspolitisch knüpfte man mit folgenden Prioritäten an die Politik der republikanischen Präsidenten Nixon und Ford an:

---

94 Shonick (1988, S. 118 [Hervorhebung im Original]).

1. Der Bund sollte sich auf nur wenige, klar als Bundeszuständigkeit erkennbare Aufgaben (z.B. die Forschung) beschränken. Im Mittelpunkt standen dabei die Arbeitsschutzbehörde (OSHA), die Umweltschutzbehörde (Environmental Protection Administration, EPA) und die Nahrungs- und Arzneimittelbehörde (Food and Drug Administration, FDA). Im Zuge des »neuen Föderalismus« sollten mittelfristig die finanziellen Hilfen für die Staaten und Kommunen eingestellt, für eine Übergangszeit jedoch in Pauschalsummen (block grants) umgewandelt werden, über deren Verwendung die Empfänger entscheiden sollten.
2. Finanzen und Zuständigkeiten dieser Regulierungsbehörden waren einzuschränken.
3. Die beträchtlichen Einkommenssteuersenkungen sollten Spielraum verschaffen für Einnahmeverbesserung auf den unteren Ebenen (Gemeinde und Kreis).<sup>95</sup>

Der »neue Föderalismus« konnte zunächst auf Zustimmung bauen, da er den negativen Erfahrungen mit der zentralstaatlichen Bürokratisierung zu entsprechen schien. Im »Omnibus Budget Reconciliation Act« vom August 1981 wurden 20 von 26 Programmen, mit denen der Bund die untere und mittlere Ebene unterstützt, in Pauschalen verwandelt. Die neuen Entscheidungsmöglichkeiten mußten allerdings von den Empfängern mit einer Kürzung um insgesamt 21 (inflationbereinigt sogar 30) Prozent bezahlt werden. Da bei den Kommunen noch rezessionsbedingt drastische Einnahmenverluste aus Steuern hinzukamen, gerieten sie in eine fatale Situation. Das hatte aber im Sinne der neokonservativen Doktrin einen heilsamen Effekt, da sie nun gezwungen waren, zahlreiche Dienstleistungen privaten Anbietern zu überlassen. Der Wettbewerb auf unregulierten Märkten sorgte ohnehin für die bessere Allokation und Wirtschaftlichkeit. Die Public-Health-Dienste auf der kommunalen Ebene, besonders in den Großstadregionen, waren durch den Zuwachs an Aufgaben nach diesen Einnahmevermindernungen noch mehr in die Klemme geraten, zumal ihre präventionspolitischen Widersacher im Zuge der politischen Entwicklung einen noch stärkeren Wind im Rücken hatten.

Viele mit großem Engagement von Public-Health-Aktivistinnen in den sechziger und siebziger Jahren erkämpfte Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung in den Innenstädten kamen nun in den achtziger Jahren - zumindest in qualitativer Hinsicht - unter die Räder. Ein Beispiel für die auf Bedürfnisse der unteren Schichten zugeschnittenen Angebote ist das »Community Health Center Program«. Es ist gescheitert. Sein Ziel war die basis-

---

95 Shonick (1988); vgl. Döhler (1990, S. 319-339; Palmer/Sawill (1984).

und präventivmedizinische Versorgung in ländlichen und großstädtischen Problembezirken. Die Zentren wurden jedoch mit der sich verstärkenden kommunalen Finanzkrise von der staatlichen Förderungsbürokratie buchstäblich erdrückt. Sie waren auf sie angewiesen, weil ihnen Medicaid und Medicare die Unterstützung verweigerten. Finanzielle Kürzungen in ihrem zentralen Politikfeld, der kommunalen Ebene, nahmen Anfang der achtziger Jahre Ausmaße an, die nicht mehr verkraftet werden konnten. Zwar sollten die Gesundheitszentren in erster Linie den Armen zugute kommen, aber man beschränkte sie auf die Versorgung von Armen, jener politisch einflußlosesten Klientel, die nicht in der Lage sein konnte, die Integration bzw. Überführung der entstandenen Strukturen in eine soziale Notversorgung zu verhindern.<sup>96</sup>

Es fällt auf, daß Anfang der achtziger Jahre in allen Bereichen der präventiven Public-Health-Dienste - vom Arbeitsschutz (vgl. Kapitel 6) bis zur medizinischen Primärversorgung in den Innenstädten - erhebliche Rückschläge und Verschlechterungen zu verzeichnen sind. Die Ausnahme bilden allein die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im Sinne des Lebensstil- bzw. Risikofaktorkonzepts.<sup>97</sup> Scheinbar paradoxerweise waren die geld- und machtbedingten Einschränkungen der präventiven Handlungsmöglichkeiten ideale Voraussetzungen für die Umsetzung der neuen lebensstilbezogenen Präventionsstrategie. Denn diese erforderte weder großen finanziellen Aufwand<sup>98</sup>, noch mutete sie den Public-Health-Diensten aufreibende Konflikte gegen wirtschaftliche und parteipolitische Interessen zu. Außerdem schossen nun auch die privaten und kommerziellen Angebote von Gesundheitsförderungs- und »wellness«-Programmen sowohl in der »community« als auch in der Arbeitswelt (vgl. Kapitel 7) wie die Pilze aus dem Boden.

(c) »*Healthy People 2000*«

So wenig man Präventionspolitik und Public Health ohne die politische und ökonomische Dynamik als Prozeß begreifen kann, so falsch wäre es, die

---

96 Vgl. Sardell (1988). Diese Fallstudie gibt einen sehr guten Einblick in die politischen und ökonomischen Überlebensbedingungen reformerischer Gesundheitsbewegungen in den Vereinigten Staaten während der Reagan-Periode.

Wie erfolgreich dagegen eine Gesundheitsbewegung ohne staatliche Unterstützung sein kann, wenn sie von Angehörigen der oberen Mittelklasse und akademischer Berufe durchgesetzt wird, zeigen die Frauen (vgl. Rodriguez-Trias 1984).

97 Taylor (1983).

98 Siehe das Fallbeispiel in Abschnitt 1.5.

konzeptionellen Vorgaben in den achtziger Jahren als bloße Übertragung der politisch-ökonomischen Imperative des Neokonservatismus auf das Gebiet der Gesundheit anzusehen. Davon abgesehen, daß die Kreation widerspruchsfreier Konzepte unmöglich ist, weist der soziale Raum der Präventionspolitik seine Eigengesetzlichkeiten auf. Und von einer durchgreifenden Instrumentalisierung im Sinne der Politik des Präsidenten kann auch aus subjektiven Gründen keine Rede sein. Dazu ist die Tradition von Public Health in den Vereinigten Staaten zu lang und manifestiert sich auch zu stark in den Personen der höheren Beamten im Gesundheitsministerium, von den Public-Health-Diensten der Staaten und Kommunen ganz zu schweigen. Auch gelten die meisten Bereiche als eine Angelegenheit für »unpolitische Fachleute«. Zudem waren weder Reagan noch Bush an öffentlichen Gesundheitsfragen interessiert, es sei denn, es handelte sich um Kostendämpfung in der medizinischen Versorgung (Medicare und Medicaid), um die Statuierung eines Exempels der Deregulation wie im Falle des Vorgehens gegen die Arbeitsschutzbehörde (vgl. Kapitel 6) oder um die Proklamation eines »Krieges gegen Drogen«, mit dem später der militärische Einmarsch in Panama legitimiert wurde.

1989 wurde ein neuer präventionspolitischer Zielkatalog für das Jahr 2000 erstellt und veröffentlicht. Er hat die Systematik des ersten Katalogs im Prinzip beibehalten, weist aber wesentliche Verbesserungen auf.<sup>99</sup> Das generelle Streben gehe dahin, die Mittel der Gesellschaft dafür einzusetzen, vorzeitig und unnötig verlorene Lebensjahre der Bürger zu retten. Die Gesundheit der Bevölkerung bestehe aus mehr als Mortalitätsraten. Leiden, Krankheiten und Behinderungen könne man durch die Verbesserung der Lebensqualität vermindern. Der beste Maßstab sei daher das Wohlbefinden der Bürger.

Man unterscheidet drei Strategien, die man zwar begrifflich trennen sollte, die sich aber in der Praxis gegenseitig ergänzten und durchdrängen (vgl. Tabelle 1.3):

1. Strategien der *Gesundheitsförderung* beziehen sich auf den *individuellen Lebensstil* - individuelle Wahlhandlungen im sozialen Kontext; eingeschlossen sind körperliche Bewegung und Fitness, Ernährung, Tabak, Alkohol und andere Drogen, Familienplanung, psychische Gesundheit sowie Gewalt und Mißbrauchsverhalten. Erzieherische und gruppenspezifische Programme sollen den Lebensstil in einer übergreifenden Weise ansprechen.

---

<sup>99</sup> Healthy People 2000.

2. Strategien des *Gesundheitsschutzes* beziehen sich auf *umweltgestaltende und regulierende Maßnahmen* zum Schutz größerer Bevölkerungsgruppen. Damit sind angesprochen die nichtgewollten Verletzungen, Arbeitsschutz, Umwelt und Gesundheit, Sicherheit von Nahrung und Medikamenten sowie die Mundgesundheit. Die hier interessierenden Maßnahmen sind nicht generell nur schützend, sondern enthalten auch beträchtliche Elemente von Gesundheitsförderung - aber die prinzipielle Vorgehensweise schließt mehr die soziale (community-wide) als die individuelle Dimension ein.

*Tabelle 1.3: Prioritätsbereiche der nationalen Gesundheitsziele für das Jahr 2000 (»Healthy People 2000«)*

<p><b>Gesundheitsförderung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. körperliche Aktivität und Fitness</li> <li>2. Ernährung</li> <li>3. Tabak</li> <li>4. Alkohol und andere Drogen</li> <li>5. Familienplanung</li> <li>6. psychische Gesundheit und psychische Störungen</li> <li>7. Gewalt- und Mißbrauchsverhalten</li> <li>8. gesundheitserzieherische und gruppenspezifische Programme<sup>a</sup></li> </ol>
<p><b>Gesundheitsschutz</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. nichtgewollte Verletzungen</li> <li>10. Arbeitsschutz<sup>b</sup></li> <li>11. Umwelt und Gesundheit<sup>c</sup></li> <li>12. Nahrungs- und Medikamentensicherheit</li> <li>13. Mundgesundheit</li> </ol>
<p><b>Präventive Dienste</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Gesundheit für Mutter und Kind</li> <li>15. Herzkrankheiten und Schlaganfall</li> <li>16. Krebs</li> <li>17. Diabetes und Bedingungen für chronische Behinderungen</li> <li>18. HIV-Infektion</li> <li>19. ansteckende Geschlechtskrankheiten</li> <li>20. Immunisierung und Infektionskrankheiten</li> <li>21. klinisch-präventive Dienstleistungen</li> </ol>
<p><b>Gesundheitsberichterstattung und Datensysteme</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>22. Gesundheitsberichterstattung und Datensysteme</li> </ol>

a »gruppenspezifisch« steht für »community based«

b Occupational Safety and Health

c Environmental Health

Quelle: Healthy People 2000, S. 7

3. *Präventive Dienste* umfassen Beratung, Screening, Impfungen oder chemoprophylaktische Maßnahmen für Individuen in klinischen Einrichtungen. Prioritäten liegen auf den Feldern der Gesundheit für Mutter und Kind, Herzkrankheiten und Schlaganfall, Krebs, Diabetes, chronische Krankheiten und Behinderungen, HIV-Infektion, Geschlechtskrankheiten und Infektionskrankheiten. Dazu gehört in diesem Zusammenhang das Problem des Zugangs zu medizinischen Einrichtungen.

Diese drei Oberziele zeigen, daß man die enorme Ungleichheit der Gesundheitschancen im Auge hat: (a) Erhöhung des Umfangs gesunder Lebensjahre; (b) Reduzierung der ethnisch und sozial ungleichen Gesundheitschancen; (c) Chancengleichheit beim Zugang zu den präventiven Dienstleistungen.

»Die Aufgabe für 'Healthy People 2000' besteht darin, die wissenschaftlichen Erkenntnisse, das professionelle Können, das individuelle Engagement, die Hilfe der Gemeinschaften und den politischen Willen zusammenzunehmen, um es den Menschen zu ermöglichen, ihre Möglichkeiten für ein volles und aktives Leben zu nutzen. Das bedeutet Prävention vorzeitiger Todesfälle und Behinderungen, Bewahrung einer gesunden physischen Umwelt, Entwicklung der Unterstützung durch Familien und soziale Gruppen, Erweiterung der individuellen Fähigkeiten, selbständig zu agieren, und Sicherstellung, daß alle Amerikaner ihre maximale Funktionstüchtigkeit erreichen und erhalten.«<sup>100</sup>

Die Ziele für das Jahr 2000 sind in 22 Prioritätsfelder aufgeteilt, wie Tabelle 1.3 zeigt. Die ersten 21 betreffen die drei großen Kategorien: Gesundheitsförderung (health promotion), Gesundheitsschutz (health protection) und präventive Dienste (preventive services). Als eine spezielle Kategorie hat man noch Berichts- und Datensysteme aufgenommen. Hier sieht man einen erheblichen Verbesserungsbedarf, vor allem als Voraussetzung zu Zielsetzung, -erreicherung und Evaluation. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Gesundheitsprobleme der verschiedenen Altersgruppen hat man schließlich noch die Ziele für die einzelnen Altersstufen aufgegliedert. Eine weitere Neuheit ist die besondere Betonung der gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen der weißen Mehrheit und den ethnischen Minderheiten sowie die Formulierung spezieller Gesundheitsziele für die Schwarzen, die amerikanischen Ureinwohner und die Hispanics.<sup>101</sup>

Die Darstellung der Gesundheitsprobleme ist durchgängig im Sinne des Lebensstilkonzepts gehalten. Sie bietet aber auch Voraussetzungen, die zu einer Gegentendenz ausgebaut werden könnten, wenn und soweit sich politi-

---

100 Healthy People 2000, (S. 6 ff.).

101 »Schwarze« und »Hispanics« sind sowohl die offiziell gebräuchlichen als auch die von den politischen Sprechern der afroamerikanischen und spanisch sprechenden Minderheiten gewählten Begriffe.

sche Subjekte ihrer annahmen. Denn die Definition von Gesundheitszielen als zentrale Legitimation von Gesundheitspolitik an Stelle der Ausgabenzielen der Kostendämpfungspolitik kann ein wichtiger Schritt für eine Gesundheitspolitik sein, die ihren Namen verdiente: Zum einen könnte mit Ausbau und Verfeinerung der informationellen Infrastruktur allmählich ein realitäts-tüchtiges Bild über die gesundheitliche Lage der Gesellschaft entstehen, das in vielem besser geeignet wäre, ein Erfolgsmaß der Politik zu sein, als es das Wachstum des Bruttosozialprodukts ist. Die jetzigen Fetisch-Kriterien wie »Beitragsstabilität« (BRD) oder Ausgaben in Prozent des Bruttosozialprodukts (USA) lassen hingegen nicht einmal ahnen, wie sich die Interventionen und Dienstleistungen im Hinblick auf ihr formales Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung, auswirken. Zum anderen wären damit Kriterien gegeben, an denen sich - in bezug auf die ökonomischen Aufwendungen - die Effizienz und Effektivität der Gesundheitspolitik, auf welcher Ebene sie auch betrieben wird, öffentlich unter Beweis stellen müßten. »Wirtschaftlichkeit« wäre damit an das Primat der inhaltlichen Ziele gebunden.

Beeindruckt von der Breite der Handlungsziele und Möglichkeiten, ist der Leser des Healthy People Report wieder geneigt, von »Ambivalenz« zu sprechen. Aber auch hier ist das eine Frage, über die die Praxis entscheidet. Das folgende Vorwort des Gesundheitsministers Sullivan läßt keinen Zweifel an der politischen Eindeutigkeit im Sinne des Healthismus, selbst mit dem Blick auf das Oberziel der sozial ungleichen Gesundheitschancen:

»Die Amerikaner interessieren sich heute aktiver für ihre Gesundheit als jemals zuvor. Sie sind dabei, den Einfluß zu verstehen, den sie selbst auf ihr eigenes gesundheitliches Schicksal und auf die Gesundheit der Nation haben. Das war nicht immer so. Bis vor kurzem gaben wir Amerikaner ziemlich wenig auf Gesundheit als positives Konzept. Die letzten ungefähr 15 Jahre aber waren Zeugen bedeutender Veränderungen in unserem Denken über den Schutz und die Verbesserung der persönlichen Gesundheit. Drei dieser Veränderungen sind von großer Bedeutung für das Wohlergehen unseres Volkes [...]. Erstens, persönliche Verantwortung, das soll heißen, verantwortliches und aufgeklärtes Handeln eines jeden und aller Individuen ist wirklich und wahrhaftig der Schlüssel zur guten Gesundheit. Beweise für diese sich noch entwickelnde Perspektive sind im Überfluß vorhanden, in unserer Sorge um die Gefahren des Rauchens und des Mißbrauchs von Alkohol und Drogen, in unserer Betonung physischer und emotionaler Fitness, in unserem wachsenden Interesse an einer guten Ernährungsweise und in unserem Bemühen um die Qualität unserer Umwelt. Mit einem Satz: Wir sind zunehmend gesundheitsbewußt, und wir wissen zunehmend zu schätzen, in welchem Ausmaß physisches und emotionales Wohlergehen von Maßnahmen abhängt, die nur wir selbst beeinflussen können.«<sup>102</sup>

---

102 Sullivan hat sich konsequent an die Doktrin gehalten, nur der einzelne könne etwas tun, und unternahm buchstäblich nichts zur Verbesserung der Public-Health-Dienste oder des Medizinsystems (Greenberg (1991a; 1993).

Der zweite Punkt bestehe darin, »Mittel zu finden, um den Nutzen einer guten Gesundheit auch auf die Ungeschütztesten unter uns auszudehnen«. Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialökonomischem Status seien offensichtlich, Gesundheit müsse »sich jeder leisten können«. Ausschlaggebend sei jedoch,

»daß wir in unseren anfälligsten Bevölkerungsgruppen etwas aufbauen, was ich einmal 'Kultur mit Charakter' genannt habe, eine Kultur oder eine Denk- und Lebensweise, die aktiv verantwortungsbewußtes Verhalten fördert, und die Annahme eines Lebensstils, der gute Gesundheit maximal fördert. Das ist 'Prävention' im besten Sinne.«<sup>103</sup>

Drittens schließlich biete Gesundheitsförderung und Prävention die beste Chance, Ressourcen, die für Diagnose und Behandlung vermeidbarer Krankheiten ausgegeben werden, einzusparen. Es folgt der übliche »overkill« mit bombastischen und hochgerechneten Milliarden- und Billionensummen von Dollars, die das Rauchen, der Alkohol, die Drogen, Aids usw. verschlingen.<sup>104</sup>

Im folgenden Abschnitt wird zur Illustration der Umsetzungspraxis lebensstilorientierter Gesundheitsförderung ein Projekt der staatlichen Public-Health-Dienste von Maryland vorgestellt.

## 1.5 Beispiel: Healthy People Project Maryland

Zur Illustration lebensstilorientierter Strategien wurde ein Projekt ausgewählt. Kriterium ist nicht die Originalität, sondern das Typische, auch was die Schwächen betrifft. Das »Healthy People Project« aus Maryland geht nach dem Marketingkonzept vor, ist aber nicht kommerziell, es hat weder besondere Aufmerksamkeit erregt, noch ist es ein Zukunftsmodell, aber es zeigt, welche Elemente möglicher Gesundheitsförderung den Weg von der theoretischen Denkmöglichkeit über die Konzeption zur Realisierung in der Regel überleben.<sup>105</sup>

Der Name knüpft bewußt an die Gesundheitsziele »Healthy People« für 1990 des Gesundheitsministeriums in Washington an. Auch der Titel der

---

103 Häufig wird am Lebensstilkonzept kritisiert, es wolle Bewußtsein und Lebensstil der oberen »middle class« für die gesamte Bevölkerung verallgemeinern, und genau dies ist bei Sullivan der Imperativ.

104 Healthy People 2000, S. iii-iv.

105 Ein kommerzielles Programm, »Live for Life« des Gesundheitskonzerns Johnson & Johnson für die betriebliche Gesundheitsförderung, wird im Kapitel 7 vorgestellt.

Planungspublikation - »Promoting Healthy Lifestyles« - stellt sich in diesen Zusammenhang. Es geht bei der folgenden knappen Darstellung nicht um eine Kritik der Effektivität, als vielmehr um eine kurze Beschreibung des Projekts auf der Grundlage seiner Selbstdarstellung.<sup>106</sup> Ein Kriterium für die Auswahl des Beispiels war sein nichtkommerzieller Charakter. Das soll zeigen, daß das Marketing kein Zeichen kommerzieller Gesundheitsförderung allein ist.

Das Zentrum für Gesundheitserziehung des Gesundheitsministeriums von Maryland rief im August 1981 das »Healthy People Project« ins Leben, das bis Mai 1986 in diesem Staat mit 4,3 Millionen Einwohnern durchgeführt wurde. Es verstand sich als ein Projekt zur Prävention von koronaren Herzkrankheiten. Mit jährlichen Kosten zwischen 130 000 und 175 000 Dollar bezeichnet es sich als ein »low budget project« mit folgenden konkreten Zielen: Die Zahl der Personen sollte erhöht werden, die das Rauchen aufgeben, ihr Gewicht und ihren Cholesterinspiegel kontrollieren sowie für körperliche Bewegung und Streßbewältigung sorgen. Das Projekt führt entsprechende Programme zur Verhaltensänderung (behavior change programs) durch. Zielgruppen sind männliche (Priorität) und weibliche Erwachsene. Jugendliche werden als besonders gefährdete Risikogruppe in das Raucherprogramm aufgenommen. Durchgeführt wurde ein »Community Project« in einem kleinen Landkreis mit 26 800 Einwohnern und ein »Worksite Project« in der Zentralverwaltung des Gesundheitsministeriums von Maryland (2 500 Beschäftigte). Im folgenden werden die einzelnen Programme und ihre Evaluation vorgestellt:

### *1. Raucherentwöhnung<sup>107</sup>:*

1982 bildeten die American Lung Association und die American Cancer Society (jeweils von Maryland) und die Adventisten vom Siebenten Tag von Groß-Baltimore (2,2 Millionen Einwohner) eine interinstitutionelle »Arbeitsgruppe Rauchen« (Task Force on Smoking), die bis 1984 auf 24 teilnehmen-

---

106 Die folgenden Informationen sind entnommen: Buxton/Pfeffer (1987); Maryland Healthy People Project (1981), einigen der in Baltimore verteilten Broschüren sowie einem Interview mit einer beteiligten Projektmitarbeiterin (Annual Meeting of the American Public Health Association, Chicago 1989). Die Anführungszeichen bezeichnen wörtliche Zitate aus dem Aufsatz von Buxton und Pfeffer.

107 Die amerikanische Anti-Smoking-Politik wird weiter unten (vgl. Kapitel 5) dargestellt.

de Organisationen erweitert wurde, um in Baltimore und Umgebung eine Medienkampagne zur Raucherentwöhnung durchzuführen. Der Träger des örtlichen Fernsehens lehnte es ab, die geplanten Sendungen in sein Programm aufzunehmen, und erklärte sich nur zur Bekanntgabe der Veranstaltungen bereit.

*Die »Quit-for-Life«-Kampagne:* 1984 wurden 200 000 Broschüren, deren Druck von den teilnehmenden Institutionen finanziert wurde, in Betrieben, Geschäften, Bibliotheken usw. verteilt. Diese enthielten eine Verpflichtungserklärung. Die Bürger wurden aufgefordert, sich darin zu verpflichten, als Start für das lebenslange Aufhören für die zwei Wochen vom 3. bis 14. Oktober 1984 das Rauchen aufzugeben. Über Radio- und Fernsehwerbung forderte man die Bevölkerung auf, diese Selbstverpflichtungen zu unterschreiben und einzusenden. Insgesamt schickten 1 340 Raucher solche Karten zurück, und 525 riefen an. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe drückten ihre Zufriedenheit damit aus und meinten, dies Ergebnis sei wert, später noch einmal wiederholt zu werden.

Das führt zur Frage nach der *Evaluation*: Acht bis zehn Monate nach der »Quit-for-Life«-Kampagne wurden von den 1 340 Personen, die eine Karte zurückgeschickt hatten, 145 per Los ausgewählt und telefonisch befragt. Es heißt dann:

»Die Kampagne war erfolgreich, indem sie 40 Prozent der Raucher dazu gebracht hat, es in der fraglichen Periode mit dem Aufgeben zu versuchen, und 20 Prozent, das Rauchen für die gesamte Zeit der zwei Wochen aufzugeben.«  
(S. 477)

Insgesamt hat aber nur einer der Befragten nach den acht bis zehn Monaten noch nicht wieder geraucht. Darum wurde diese Methode als »nicht ausreichend« angesehen, »die langfristige Aufgabe des Rauchens zu erreichen.« Das führt zu einer Alternative, dem Programm »Quit and Win«.

*Die »Quit-and-Win«-Kampagne* modifiziert die oben beschriebene Kampagne um einen Anreiz, der mit der Aufgabe des Rauchens verbunden wird. Bei Erfolg konnten die Raucher an der Verlosung eines Preises teilnehmen ließ. Nach sechs und zwölf Monaten wurde eine zufallsausgewählte Gruppe per Telefon interviewt. Der langfristige Erfolg wurde mit der Zahl derjenigen, die in dem ganzen Jahr nicht mehr geraucht haben, gemessen. Die Angaben zum Erfolg wurden ohne Erklärung nur für einen Teil der Betriebe und Gemeinden gemacht. Die Teilnahmequote war bei den Betrieben weit höher als in den Gemeinden. Das beste Ergebnis wurde unter den Staatsangestellten

erzielt, für die eine Aufhorrate von 13 Prozent und eine dauerhafte Abstinenz (ein Jahr) von 11 Prozent angegeben wird. 25 (27 hatten insgesamt teilgenommen) andere Betriebe brachten es auf 8,6 und 4,7 Prozent, zwei Gemeinden (sieben hatten teilgenommen) kamen auf 6 und 4,9 Prozent.

*Evaluation:* Bei Aufhorraten von 6 bis 13 Prozent wird von einem »bedeutenden« und »substantiellen« Ergebnis gesprochen, das sich mit anderen Projekten mit »minimalem persönlichen Kontakt« vergleichen lasse. Die Quote der dauerhaften Abstinenz von 4,7 bis 11 Prozent übertreffe »bei weitem« die Rate von 1 Prozent, die in der Bevölkerung ohne Intervention erzielt werde.<sup>108</sup> Das ist sehr zweifelhaft, vor allem deshalb, weil sich die Zufallsauswahl auf die Einsender bezieht und nicht auf die Raucher unter den insgesamt angesprochenen Personen (deren Zahl nicht angegeben wird). Nimmt man an, diejenigen, die ohnehin geplant hatten aufzuhören, hätten sich bevorzugt an dem Gewinnspiel beteiligt, dann bestünde der »substantielle Effekt« lediglich darin, daß man sie zusätzlich an einer Verlosung teilnehmen ließ. Es wird eingeräumt, insgesamt schätze man die Zahl der durch das »Quit-and-Win«-Programm erzielten dauerhaft abstinenten Personen auf 200. Das Schätzverfahren läßt sich nicht nachvollziehen, ebensowenig die Angabe, der zufolge damit 0,02 Prozent der Raucher im Staate Maryland (= 2/10 000) »dauerhaft« aufgegeben haben. Selbst diese (meines Erachtens übertriebene) Zahl macht es aber unverständlich, wieso die Autoren den Schluß daraus ziehen, dies sei eine »immense Herausforderung« für weitere solche Verhaltensänderungsprogramme.

## 2. Raucherprävention:

Durch Anwendung von »peer-resistance«-Methoden soll die Quote der Jugendlichen, die zu rauchen anfängt, um 50 Prozent gesenkt werden können.<sup>109</sup> Ein entsprechendes Programm, genannt »Rauchen verdient eine schlaue Antwort«, wurde zwei Jahre lang für Schüler der sechsten Klassen ausgearbeitet und danach eingesetzt. Die Evaluation drei Monate nach Abschluß (Vergleich mit Kontrollgruppe) ergab, daß das Programm »wirksam war bei der Veränderung des Wissens«. Wie es um die erreichbare Senkung von 50 Prozent der effektiven Anfänger steht, ist nicht zu erfahren. Das Vor-

---

108 Die Aufhörquote in der Bevölkerung ist höher als der allgemeine Rückgang der Raucher, weil die Zahl der Neu- und Wiederaufänger hinzuaddiert werden muß.

109 Verwiesen wird auf Flay (1985).

haben scheint allerdings gescheitert zu sein, das erfährt man indirekt durch die Ankündigung, ein bereits erprobtes anderes Verfahren solle eingesetzt werden.

### 3. Gewichtskontrolle:

Diesen Programmen unterliegt die Annahme, Gewichtsverlust - wieviel auch immer - senke das Krankheitsrisiko. Das »Healthy People Weight Control Program« sollte Personen aus Gesundheitsberufen (health professionals) und andere befähigen, selbst »nonprofit«-Programme durchzuführen. Insgesamt wurden 110 Gewichtskontrollführer (weight control leaders) ausgebildet, die sich auf jeden Landkreis in Maryland verteilten, um dort in Zukunft Kurse durchzuführen.

Die *Evaluation* erfolgte in zehn Programmen auf Gemeindeebene und acht in Betrieben mit insgesamt 240 Teilnehmern, von denen etwa 50 Prozent ausgestiegen sind. Ein Viertel aller Teilnehmer (einschließlich der Aussteiger) verlor Gewicht, und davon wiederum die Hälfte (13 Prozent) hielt den Gewichtsverlust noch sechs Monate. Die »Verbesserungen bleiben eine Herausforderung«.

Auch hier wurde ein Gewichtsabnahmewettbewerbs- und Anreizprogramm (Lose Weight and Win) entwickelt und erprobt. Die übergewichtigen Teilnehmer deponieren zu Beginn fünf Dollar, formieren ein Team zu zehn bis vierzehn Personen und wiegen sich zehn Wochen lang wöchentlich.

»Jede Woche wird der Prozentsatz des angestrebten Gewichtsverlustes an einer großen Tafel angeschlagen. Das Team, das den größten Prozentsatz seines Abnahmeziels erreicht hat, gewinnt das eingezahlte Geld.«

Die Teilnehmer kamen aus vier Bürogebäuden der staatlichen Verwaltung (wie überhaupt einiges darauf hindeutet, daß die Teilnehmer auch der anderen Programme überproportional häufig Angestellte waren). 21 bzw. 27 Prozent der Teilnehmer beider Programme verloren in zehn Wochen mindestens zehn (amerikanische) Pfund.<sup>110</sup> Der Durchschnitt betrug sechs Pfund und liegt etwas unter anderen schon erreichten Mittelwerten, was auf die Größe der Gruppen zurückgeführt wird. Schließlich wird festgestellt: »Sogar mit diesem Nachteil erwies sich dieses Programm als eines der erfolgreichsten des gesamten Projekts.« Gesundheitliche Effekte eines Gewichtsverlusts von durchschnittlich 2,7 Kilogramm sind bisher nicht nachgewiesen und sind

---

110 1 amerikanisches Pfund = 453,59 Gramm.

nach bisherigem Wissen ebenso unwahrscheinlich wie die Möglichkeit, daß diese Reduktion längere Zeit gehalten werden kann.<sup>111</sup>

#### 4. Körperliche Bewegung:

Hier wurde für die Armee-Nationalgarde von Maryland ein »Kampfbereitschaftsprogramm« (combat-readiness program) zur Verbesserung der kardiovaskulären Fitness und der Kräftigung des Oberkörpers entwickelt (The Fitness Project). Über 90 Prozent der Teilnehmer waren Männer, was der Zielgruppe des Healthy People Projekts entsprach. Das »Fitness Project« setzte Anreize ein (T-Shirts und Anerkennungen), führte Wettbewerbe unter Kompanien und Individuen durch (die jährlichen Fitness-Noten können überdies über die Beförderung mitentscheiden), verteilt wurde ein Selbsthilfe-Übungsbuch »Getting Fit Your Way« von 52 Seiten, das in für den Zivilgebrauch modifizierter Weise auch verkauft wurde.

*Evaluation:* Zwischen 1984 und 1986 stieg der Prozentsatz, der den jährlichen »Army Physical Readiness Test« bestanden hat, von 64 auf 88 Prozent.

»Die Maryland Army National Guard ist sehr zufrieden mit dem Programm [...]. Für das Healthy People Project war dieses Programm die erfolgreichste Anstrengung, die männliche Zielgruppe zu erreichen.«

#### 5. Cholesterinkontrolle:

Im Unterschied zum Rauchen und Gewicht lagen hier keine sofort einsetzbaren Programme vor. Interessierte Experten aus acht verschiedenen Institutionen arbeiteten in vier Monaten eine »Empfehlung für die Marylander zur Reduzierung und Kontrolle des Cholesterinspiegels« aus. Damit sollte einfaches Wissen vermittelt werden, und zugleich sollte dies die Grundlage für die Cholesterinkontroll-Aktionen des Projekts sein. Um aber die Anzahl der Aktivitäten spürbar zu erhöhen, sollte auf das Cholesterinprogramm ein großer Teil der Ressourcen verwendet werden. Jedoch wurde dieser Risikofaktorbe-

---

111 In einem Überblicksaufsatz heißt es: »Übergewicht ist leicht zu entdecken, jedoch erwiesen sich Interventionsprogramme als notorisch wirkungslos, wenn es darum ging, die Gewichtsabnahme über eine längere Zeit zu halten. Die Gewichtsreduktion durch ärztliche Behandlung hat bisher nicht nachweisbar zur Reduktion der KHK-Inzidenz geführt.« (Pearson 1989, S. S217).

reich dem Projekt entzogen, um Teil einer umfassenderen »Ernährungsinitiative« des Gesundheitsministeriums zu werden. Darum wurden auch die Empfehlungen nicht angewandt.

Dieser Teil des Projektes ist untypisch, da die Messung des Cholesterinspiegels sehr üblich ist. Allerdings mag im Interesse des Ministeriums diese hohe Bedeutung auch zum Ausdruck kommen. Wie im Kapitel 4 gezeigt wird, liegen - von spezifischen Fällen der Hypercholesterinämie abgesehen - entgegen verbreiteter Ansicht keine Beweise vor, daß mit der Senkung des Cholesterinspiegels die Lebenserwartung erhöht werden kann.

## 6. *Streßreduktion:*

Es wurde ein Programm zur Streßreduzierung in Gruppen entwickelt. Da solche Programme sehr populär sind, wollte man damit einen »Fuß in die Tür« von Institutionen bekommen, um dort dann auch die anderen Risikofaktor-Programme durchzuführen. Ungefähr 100 Personen wurden für die Durchführung des Streß-Programms geschult, was aber nicht zur Zunahme von Risikofaktor-Programmen geführt hat. Ende 1983 wurde es dann völlig eingestellt, nachdem die Mitarbeiter des Projekts der Streßreduzierung die niedrigste Priorität zugeordnet hatten.

## 7. *Schlußfolgerungen:*

Die Evaluation wie auch das gesamte Healthy People Project fallen nicht aus dem Rahmen des Üblichen. Sie changieren zwischen Erfolgshetorik, der unvollständigen Präsentation von Daten und einer gewissen Ehrlichkeit, die es erlaubt, dies zu durchschauen. Evaluationskriterium waren Senkungen der Risikofaktoren, die *tatsächlichen gesundheitlichen Wirkungen* abzuschätzen war mit großer Selbstverständlichkeit nicht beabsichtigt.

Wer mit dem Gebrauch von Superlativen und der Werbesprache solcher Projekte nicht vertraut ist, wird sich angesichts der Schlußfolgerungen der Projektverantwortlichen die Augen reiben:

»Das Healthy-People-Projekt hat demonstriert, daß sogar mit einem begrenzten Budget Programme geplant, erprobt und eingesetzt werden können, mit denen man Rauchern helfen kann, aufzuhören, Übergewichtigen, abzunehmen, und Menschen mit wenig Bewegung, fit zu werden. Generell erzielten die Programme, die darauf angelegt waren, einer großen Zahl von Menschen bei der Änderung ihres Risikoverhaltens mit einem Minimum an persönlichen Kontakten zu

helfen, die größten Wirkungen. Drei der erfolgreichsten [!] Programme waren die 'Quit-and-Win'-Kampagne, der 'Lose-Weight-and-Win'-Wettbewerb und das Maryland Army National Guard 'Fitness Project'.«

Nach praktischen Hinweisen für künftige ähnliche Projekte heißt es, die Programme und Strategien könnten »gewinnbringend auch für andere staatliche und lokale Präventionsprojekte genutzt werden«. Dann wird eingeräumt, es werde

»sehr schwierig sein, Rückgänge beim Rauchen und anderen Risikofaktoren zu erzielen, die groß genug sind, um in den Erhebungen zur Prävalenz von Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen nachgewiesen zu werden. [...] Nichtsdestoweniger werden sich die Wirkungen solcher kostengünstigen Projekte akkumulieren und - in Zusammenhang mit anderen Kräften - die Prävalenz von Risikofaktoren für Herzkrankheiten senken.«

## 1.6 Zusammenfassung

Healthismus als »ständiges Besorgt- und Befäßtsein mit der persönlichen Gesundheit«, ist nicht in einem polemischen Sinn zu verstehen, es ergibt sich allein schon durch die Einhaltung aller Verhaltensvorschriften. Hinzu kommt ein Informationsbedarf, denn die Verfallszeit von Empfehlungen, besonders denen zur »gesunden Ernährung«, ist recht kurz. Healthismus sollte auch nicht als Irrationalität angesehen werden, sondern als eine tendenzielle subjektive Reaktionsweise auf die Gesundheitsprobleme, wie sie sich heute in der amerikanischen Gesellschaft stellen - vornehmlich aus der Perspektive der besserverdienenden Angestellten, Akademiker und Selbständigen -, die mit dem Anspruch auftritt, als allgemeingültige Norm zu gelten.

Vor allem der moralische Anspruch des Lebensstilkonzepts hat schon früh harte Kritiken auf sich gezogen.<sup>112</sup> Rubenstein nannte vor zehn Jahren die professionellen Gesundheitsförderer eine »Gesundheitsbürgerwehr«, die glaube, mit Diät und gymnastischen Übungen die Gesundheitsgefahren besiegen zu können. Die Menschen würden dazu gedrängt, Gesundheit als höchstes Lebensziel anzusehen, für ein Verhaltensregime gefügig gemacht zu werden, von dem sie glaubten, es könne zu diesem Ziel führen. Sie organisiere auch die entsprechenden Sanktionen wie Schuld, Zurückweisung und Isolierung und propagiere Strafen wie besondere Steuern und Beiträge für

---

112 Die prägnanteste Kritik aus ideologiekritischer und sozialwissenschaftlicher Sicht liefert meines Erachtens Tesh (1988).

diejenigen, die diese Normen nicht übernehmen.<sup>113</sup> Levin fügte hinzu, die Konformität mit den Verhaltensvorschriften werde gar zu einem Zeichen für gute Staatsbürger, ein »patriotischer Imperativ«<sup>114</sup>. Eine Reihe von Kritikern sieht einen Zusammenhang zwischen dem Healthismus und dem »narzißtischen« Sozialcharakter der amerikanischen Marktgesellschaft, den Lasch in einer vielbeachteten sozialpsychologischen Studie herausgearbeitet hatte.<sup>115</sup>

Healthismus in seinen verschiedenen Varianten ist kompatibel mit bzw. entspricht dem neokonservativen Ideal von »persönlicher Verantwortung« im Sinne der Verinnerlichung von Schuld und Verhaltenslast. Das darin enthaltene Verständnis von Gesundheit ist verdinglicht:

»Es scheint, als würden viele Leute 'alles' tun, um ihr Gesundheitskapital zu erhöhen, obwohl ihre individuellen Sichtweisen über Gesundheit durchaus differieren können. Einige glauben, man könne Gesundheit horten für schlechtere Zeiten. Andere sind dagegen überzeugt, Gesundheit sei höchst kurzlebig und müsse täglich aufgefüllt werden - oder stündlich. Wieder andere meinen, Gesundheit sei ein unendliches Gut, daß niemals voll 'erreicht' werden könne.«<sup>116</sup>

Zwar werden mit dem Lebensstilkonzept die Bedingungen für »gute Gesundheit« in die Physis und Psyche gelegt, aber dennoch ist das ihm immanente Gesundheitsbewußtsein tendenziell von der sinnlichen Erfahrung (und damit auch der persönlichen Kontrolle, die doch gerade reklamiert wird) verselbständigt. Die Präventivmedizin treibt das auf die Spitze. An symptomlosen Personen werden Messungen vorgenommen (Blutdruck, Cholesterin usw.), und nach (auch für die meisten Ärzte) undurchschaubaren Richtwerten werden dann die Personen »mit Risikofaktoren« lebenslang medikamentös wie Kranke behandelt.<sup>117</sup> Dieser neuen Stufe der Medikalisierung des Alltagslebens leistet das Lebensstilkonzept Vorschub, indem es einzelne Verhaltensweisen sowohl aus ihrem sozialen als auch persönlichen und symbolischen Kontext zu »Faktoren« isoliert. Die Medizin als Warenangebot kommt nun den mit Verhaltenszumutungen beladenen Individuen entgegen, indem sie mit Messungen und Medikamenten das Fühlen und Verhalten substituiert (vgl. Kapitel 4).

Viele pragmatische Befürworter des Lebensstilkonzepts stehen den moralischen und politischen Implikationen durchaus kritisch gegenüber. Sie halten das für den Preis der Effektivität des Konzepts, das ja in der Tat das

---

113 Rubenstein (1982). Ein in den USA geläufiger Ausdruck für Tabak- und Alkoholsteuern heißt »sin taxes«.

114 Levin (1987).

115 Lasch (1986/1977); Glasser (1989).

116 Levin (1987).

117 L. Payer spricht von »'Diseasing' of risk factors« (Payer 1992).

einziges Präventionskonzept ist, das sich unter den politischen und ökonomischen Bedingungen der achtziger Jahre durchsetzen konnte, während viele andere Bemühungen gescheitert sind. Die reklamierte Effektivität ist also nun auf den Prüfstand zu stellen.

## 2. Krankheit und soziale Ungleichheit: Zur Effektivität des Lebensstilkonzepts

### 2.1 Soziale Polarisierung und Krankheit in den USA: Empirischer Test<sup>1</sup>

#### 2.1.1 Thesen zur Wirksamkeit der lebensstilorientierten Prävention

Die Gesundheitsziele »Healthy People 2000« setzen zwei generelle Prioritäten: erstens die Verlängerung der Spanne gesunden Lebens und zweitens die Verminderung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit.<sup>2</sup> Diese Ziele waren bereits Bestandteil der ersten Zielsetzungen im Jahr 1979. Sie stehen hier nicht deshalb am Anfang, weil sie einem »amtlichen Dokument« entstammen, sondern weil sie in glaubwürdiger Weise als repräsentativ für die Werthaltungen in jenen Bereichen des amerikanischen Gesundheitswesens gelten, die im weitesten Sinne sich mit dem Begriff »Public Health« zusammenfassen lassen.<sup>3</sup> Es läßt sich sogar vermuten, daß für diese beiden Ziele auch ein allgemeiner gesellschaftlicher Konsens besteht. Der im folgenden angelegte Beurteilungsmaßstab ist also der im Feld der Untersuchung selbst vorhandene und dominierende.

»Die größten Möglichkeiten für Verbesserungen und die größten Bedrohungen der künftigen nationalen Gesundheit liegen in den Bevölkerungsgruppen, die historisch in wirtschaftlicher, bildungsmäßiger und politischer Hinsicht benachteiligt sind. Das muß unsere erste Priorität sein.«<sup>4</sup>

Wie eingangs gesagt, kann die amerikanische Gesellschaft als ein »natürliches Experiment« für die Wirkungsweise der - in diesem Sinne - lebensstilbezogenen Gesundheitsstrategien betrachtet werden, und zwar in zweierlei Hinsicht. Erstens: Der klar empirisch erfassbaren Periode bis 1987/89 geht

---

1 Eine gekürzte Fassung des Teils 2.1 dieses Kapitels ist erschienen unter dem Titel: *Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention - Das amerikanische Beispiel*. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 19: Gesundheitsmärkte. Argument-Sonderband. Hamburg 1993.

2 Das dritte Oberziel ist leistungsbezogen, es fordert gleiche Zugangsmöglichkeiten zu präventiven Versorgungsangeboten; Healthy People 2000, S. 45-53.

3 Allein an der Erarbeitung des Reports haben 22 Expertengruppen aus 300 Gesundheitsorganisationen 750 Individuen oder Organisationen haben auf Hearings dazu ausgesagt, und über 10 000 Personen haben Statements dazu abgegeben (Healthy People 2000, S. i).

4 Healthy People 2000, S. 48.

eine politisch-ökonomische Entwicklung voraus, in der die Arbeitseinkommen entwertet (vgl. Abbildung 2.3), die Sozialleistungen gekürzt und das politische Gewicht der mittleren und unteren Schichten vermindert wurden. Zweitens dürften nirgendwo diese Form der Prävention und Gesundheitsförderung und deren verhaltensorientierende Botschaften eine so große - und in manchen Bereichen kaum mehr zu steigernde - Verbreitung haben. Daher können die meßbaren Tendenzen der Entwicklung von Morbidität und Mortalität zum Effektivitätstest dieser Präventionsstrategie herangezogen werden. Dagegen mag man diese oder jene Unvollkommenheit ins Feld führen, die einen solchen Test verzerren müsse. Ein Präventionskonzept kann aber sinnvoll nur im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Realität beurteilt werden, in der es seine Wirkung tun soll. Es gibt kein »eigentlich« effektives Konzept, wenn es nicht unter den gegebenen sozialen Bedingungen in der angestrebten Weise effektiv ist. Und »gegeben« in diesem Sinne ist - wie in den anderen westlichen Industrieländern - die Realität sozialökonomischer Klassen und Schichten. Angestrebt wird in der Gesundheitspolitik die Verlängerung der gesunden Lebensspanne ohne wesentliche chronische Beeinträchtigungen bei Angleichung ihrer sozialökonomisch ungleich verteilten gesundheitsbedingten Lebenschancen. Im Sinne des Lebensstilkonzepts ist das relevante Gesundheitswissen sehr weit verbreitet und wird in der Bevölkerung subjektiv hoch bewertet.

Bei zunehmender Ungleichverteilung der sozialökonomischen Lebensbedingungen und (damit) der Verhaltensressourcen verbessert sich die gesundheitliche Lage im Durchschnitt der Bevölkerung in einigen wichtigen Bereichen, während sie in anderen stagniert. Jedoch nimmt in den achtziger Jahren die sozialökonomische Polarisierung der Gesundheitschancen ein Maß an, daß selbst in Bereichen durchschnittlicher Verbesserung die unteren Bevölkerungsschichten davon ausgenommen sind oder es um ihre Gesundheit gar schlechter bestellt ist als in den siebziger Jahren. Daraus folgt die

*These 1:* Das Ausmaß der sozialen Ungleichheit bei Krankheit und Tod hat in den Vereinigten Staaten während der achtziger Jahre zugenommen, und das dominierende implizite Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzept der Beeinflussung der subjektiven Risikofaktoren verstärkt selbst im Erfolgsfall diese Tendenz.

Die soziale Ungleichverteilung der gesundheitsbedingten Lebenschancen folgt dem Muster der sozialökonomischen Polarisierung der amerikanischen Gesellschaft zuerst im Gefolge der wirtschaftlichen Rezession ab etwa der

zweiten Hälfte der siebziger Jahre und dann durch die marktradikale Wirtschafts- und Sozialpolitik bis zum Ende der Ära Reagan/Bush. Obwohl die gesundheitlichen Auswirkungen restriktiver Lebensumstände erst nach längeren zeitlichen Verzögerungen voll zutage treten (vor allem in der Sterblichkeitsstatistik), sind beginnende Polarisierungstendenzen bereits ab Mitte der achtziger Jahre statistisch meßbar.

*These 2:* Das dominierende implizite Lebensstilkonzept ist nicht geeignet, soziale Ungleichheit bei Krankheit und Sterblichkeit zu vermindern. Gerade wenn es effektiv ist und gesundheitliche Verbesserungen zu verzeichnen sind, trägt es noch zur Vergrößerung der Ungleichheit bei - und zwar überall dort, wo die Verbesserungen von objektiven und subjektiven Eigenschaften abhängig sind, die ihrerseits ungleich in der Gesellschaft verteilt sind.

### 2.1.2 Globale Trends der gesundheitlichen Lage

Soweit es Studien und amtliche Statistiken erkennen lassen, sind in den achtziger Jahren Inzidenz und Mortalität für die meisten Krankheitsarten im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung zurückgegangen. Diese Verbesserungen finden ihren Ausdruck in der durchschnittlichen Lebenserwartung. Sie stieg zwischen 1980 und 1989 von 73,7 Jahren auf 75,2 Jahre an. Auch die Lebenserwartung für 65jährige Personen verlängerte sich im Durchschnitt um 0,8 Jahre (von 16,4 auf 17,2 Jahre).<sup>5</sup>

Herzkrankheiten, Krebs, Schlaganfall, Verletzungen und chronische Erkrankungen der Atmungsorgane sind - in dieser Reihenfolge - weiterhin unter den Todesursachen von herausragender Bedeutung. Abbildung 2.1 läßt eine rückläufige Bedeutung der Herzkrankheiten (die aber weiterhin an erster Stelle stehen) und eine - absolute und relative - Zunahme der Todesursache Krebs erkennen.

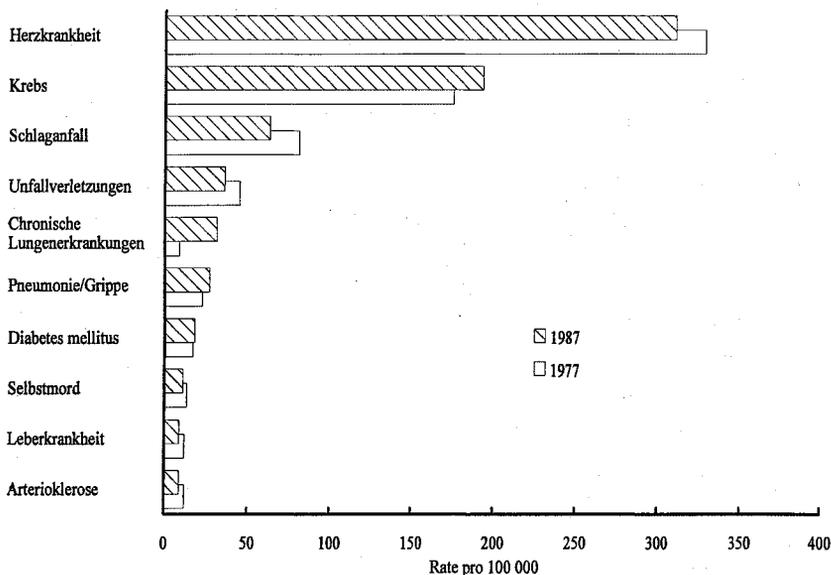
Die amtliche Statistik berechnet, wie viele »verlorene potentielle Lebensjahre« (pro 100 000 Einwohner unter 65 Jahren) auf das Konto der einzelnen Todesursachen gehen. Nach diesem Kriterium kommt den Herzkrankheiten eine geringere Bedeutung zu. Da sie überwiegend erst bei alten Menschen zum Tode führen, nehmen sie mit 689 verlorenen potentiellen Lebensjahren

---

5 National Center for Health Statistics (1991): *Health United States*, 1990. Hyattsville, MA, S. 67; im folgenden zitiert als »Health, United States, 1990«; die Angaben für 1989 sind provisorisch.

erst die dritte Stelle ein hinter den Unfällen (1 078) und bösartigen Neubildungen (848) und vor den Opfern privater und staatlicher Gewalt (»homicide and legal intervention«: 325). Für die Gesamtbevölkerung verbesserte sich dieser Wert von 6,42 Millionen verlorenen Lebensjahren 1980 auf 5,71 Millionen 1985 und verharrt bis 1989 auf diesem Wert.<sup>6</sup>

Abbildung 2.1: Die häufigsten Todesursachen in der US-amerikanischen Bevölkerung, 1977 bis 1987 (Rate pro 100 000)



Quelle: Healthy People 2000, S. 3.

Die gesundheitliche Situation wird durch die Mortalitätsraten allerdings nur teilweise ausgedrückt. Die Krankheiten, an denen die Menschen der heutigen Industriegesellschaften *sterben*, sind zumeist nicht diejenigen, an denen sie einen beträchtlichen Teil ihres Lebens *leiden*. Die amtliche Gesundheitsstatistik nennt zwei Indikatoren, die, wenigstens für Personen über 64 Jahre, Auskunft geben über die Tage eingeschränkter Aktivität durch akute und chronische Erkrankungen und Bettlägerigkeit. Vergleichbar sind die jährlichen Angaben erst ab 1982. Das 1979 für das Jahr 1990 aufgestellte Gesund-

<sup>6</sup> Health, United States, 1990, S. 83.

heitsziel gab eine Senkung auf jährlich 30 Tage eingeschränkter Aktivitäten und auf 12 Tage Bettlägerigkeit vor. 1988 waren 30,6 Tage bzw. 14,4 Tage erreicht.<sup>7</sup> Im Verlauf der letzten Jahre sind die Angaben schwankend, und ein Trend zur Verbesserung ist nicht eindeutig festzustellen.

Die Verbesserungen der gesundheitlichen Lage der amerikanischen Bevölkerung relativieren sich, wenn die internationalen Gesundheitsstatistiken der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herangezogen werden: Bei der globalen Lebenserwartung liegen die Vereinigten Staaten bei den Frauen an 16. und bei den Männern an 22. Stelle von 38 ausgewählten Ländern mit einer vergleichbaren Gesundheitsstatistik. Die Lebenserwartung der 65jährigen Männer (14,8 Jahre) ist in zwölf anderen Ländern höher als in den USA, die der 65jährigen Frauen (18,7 Jahre) in neun anderen Ländern. Bei der Kindersterblichkeit liegt die USA an 24. Stelle (10,1 Jahre).<sup>8</sup> Bei den kardiovaskulären Erkrankungen rangieren die USA an zehnter Stelle von 27 Ländern und sind um 70 Prozent schlechter als das erste Land; bei Krebs sind sie zwölfte von 27 (50 Prozent schlechter als das erste Land); ebenfalls zwölfte von 27 bei Diabetes mellitus (doppelt so hoch wie die ersten); sie liegen an 23. Stelle bei den Motorfahrzeugunfällen von 26 Ländern (doppelt so hoch wie das beste Land); an zehnter von 25 Vergleichsländern beim Suizid, und schließlich ist die amerikanische Mordrate die höchste aller 25 Vergleichsländer, sie ist neunmal höher als in dem Land mit der niedrigsten Mordrate.<sup>9</sup>

Die interessierte internationale Öffentlichkeit registriert seit Jahren augenfällige Verbesserungen bei der Mortalität durch *koronare Herzerkrankungen (KHK)* in den Vereinigten Staaten. Die berichteten Erfolge tragen nicht wenig zur Attraktivität amerikanischer Gesundheitskonzepte, insbesondere der Ernährungsempfehlungen, bei. Die positive Veränderung bei der KHK-Sterblichkeit<sup>10</sup> liegt sowohl bei den Männern (45 bis 64 Jahre) als auch bei den Frauen weit über dem internationalen Durchschnitt, wenngleich das Niveau der Mortalität bei Herzkrankheiten in den Vereinigten Staaten noch immer über dem Durchschnitt der OECD-Länder liegt und schlechter ist als in Kanada, Schweden, West-Deutschland, Frankreich und Japan.<sup>11</sup>

---

7 Health, United States, 1990, S. 106.

8 Health, United States, 1990, S. 73 f.

9 World Health Organisation (1987, 1988).

10 Der internationale Vergleich zeigt, daß die aufgezeichneten Trends im Unterschied zu allen anderen Herzkrankheiten nur für die koronaren Herzkrankheiten (KHK) einen deutlich ausgeprägten Verlauf nehmen (Thom 1989, S. 20).

11 Thom (1989, S. 21).

In der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit neigt man dazu, den Rückgang der KHK-Mortalität vor allem zwei Faktoren zuzuschreiben: den Fortschritten der Medizin und Wandlungen des »Lebensstils«, vor allem der Ernährungsweise (Cholesterin) und des Rauchens. Es werden jetzt aber zunehmend Argumente laut, die Zweifel am Wahrheitsgehalt dieser Meinung aufkommen lassen. Ihre Gültigkeit müßte zumindest auf drei Voraussetzungen beruhen: Erstens müßten die koronaren Herzkrankheiten bis zu der statistisch ausgewiesenen Trendwende tatsächlich angestiegen sein. Zweitens müßten die Faktoren, die ihr zugeschrieben werden, zu diesem Zeitpunkt schon existiert und ihre Wirkung ausreichend lange getan haben. Drittens müßte die vom medizinischen Mainstream vertretene *Cholesterinhypothese* zutreffen. Deren präventionspolitisch entscheidender Teil besagt, der Cholesterinspiegel im Blut sei nicht nur ein Frühindikator für koronare Herzkrankheit, sondern auch eine Ursache; d.h. die Senkung des Cholesterinspiegels senke das Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko und diese Senkung lasse sich durch die Einhaltung von Diätempfehlungen und/oder die Gabe von Medikamenten in einem Umfang herbeiführen, der zur angestrebten Senkung der KHK-Sterblichkeit führe. Alle drei Voraussetzungen sind aber fraglich:

Man nimmt an, in der Vergangenheit sei die KHK-Mortalität aufgrund folgender Faktoren angestiegen: hoher Blutfettwert, Zigarettenrauchen, Bluthochdruck, Übergewicht und bewegungsarme Lebensweise.<sup>12</sup> Die Ursachenbezogenheit und damit Effektivität der präventiven Beeinflussung dieser Faktoren werde augenscheinlich, da die Trendumkehr der KHK-Mortalität tatsächlich auf ernährungsbedingte Veränderungen des - vermuteten - Risikofaktors Cholesterin, den abnehmenden Zigarettenkonsum und eine bessere Kontrolle des Bluthochdrucks zurückgeführt werden könne.<sup>13</sup>

Smith führt eine Reihe von Gegen Gründen an: Die Verbesserung habe nicht erst - wie die Mortalitätsstatistik aussagt - Mitte der sechziger Jahre eingesetzt. Der Rückgang der Mortalität durch Herzkrankheiten insgesamt und einige ihrer Untergruppen vollziehe sich schon mindestens seit 1950.<sup>14</sup> Verfeinerte Diagnostik, besonders die Verbreitung des Elektrokardiogramms

---

12 Healthy People 2000 (S. 390 ff.) stellt seine präventive Strategie gegen die KHK-Sterblichkeit ebenfalls uneingeschränkt auf diese Annahme.

13 Higgins/Thom (1989). So werden auch die Richtlinien des Nationalen Cholesterin Erziehungsprogramms begründet, vgl. Manson/Tosteson et al. (1992, S. 1408).

14 Wahrscheinlich schon vor 1950, jedoch sind die Vorjahre nicht statistisch vergleichbar. Thom, selbst ein führender Vertreter der Cholesterinthese aus dem National Heart Lung and Blood Institute, zeigte, daß die Sterblichkeitsraten von 1949 und früher nicht mehr vergleichbar sind (Gorden/Thom 1975, S. 115).

in den fünfziger Jahren, habe bei der Diagnose der Todesursachen zu Umgruppierungen innerhalb der Klassifikation »Herzkrankheiten« geführt. Todesfälle, die früher anderen Ursachen, speziell der in dieser Zeit stark zurückgehenden Herzhypertrophie und der chronischen Endokarditis zugeschrieben worden seien, seien dann zunehmend als koronare Herzkrankheit erkannt und klassifiziert worden.<sup>15</sup>

Selbst wenn man trotz dieser Einwände eine Trendumkehr erst Mitte der sechziger Jahre unterstellen will, können die veränderte Ernährungsweise, der rückläufige Zigarettenkonsum und die Senkung des Bluthochdrucks dafür nicht verantwortlich sein. Es ist zwar richtig, wenn die Verfechter der Cholesterinhypothese von einem abnehmenden Anteil der tierischen Fette an der Ernährung sprechen, aber sie erwähnen nicht, daß dies auch für die vorhergehenden Jahrzehnte zutrifft, für die eine wachsende KHK-Sterblichkeit angenommen wird.<sup>16</sup> Daten des Nationalen Gesundheits- und Ernährungssurveys berichten, in der amerikanischen Bevölkerung zwischen 1960 und 1980 sei der mittlere Cholesterinspiegel im Blut von 220 Milligramm auf 213 Milligramm pro Deziliter zurückgegangen.<sup>17</sup> Davon abgesehen, daß die Validität solcher Messungen umstritten ist, wird der gesundheitliche Nutzen einer solch geringfügigen Veränderung selbst von den Verfechtern der Cholesterinannahme nicht behauptet.<sup>18</sup> Auch der Zigarettenkonsum hatte 1964, im Jahr der unterstellten Trendumkehr, gerade seinen Höhepunkt erreicht, konnte sich also noch nicht so ausgewirkt haben, daß sein Rückgang als Ursache der Umkehr des langfristigen Trends in Frage kommen könnte. Und das Nationale Bluthochdruck-Programm, für das gleichfalls ein Anteil am Erfolg reklamiert wird, fiel gar erst in die siebziger Jahre, also auch in eine Zeit lange nach der unterstellten Wende.

Lange Zeit wurden zur Stützung der Ernährungsempfehlungen zur Cholesterinsenkung (vgl. dazu Kapitel 4) zahlreiche international vergleichende Studien angeführt, in denen Annahmen zu nationalen Ernährungsgewohnheiten (d.h. der Verbrauch cholesterinreicher oder -armer Nahrungsmittel) und nationale Mortalitätsdaten für die koronare Herzkrankheit mittels Regressionsrechnung in Beziehung gesetzt werden.<sup>19</sup> Eine breite Öffentlichkeit

---

15 Smith (1991, S. 27 ff., S. 157 ff.); dazu Health, United States, 1990, S. 85 f.

16 Smith (1991, S. 35 f.).

17 Manson/Tosteson et al. (1992, S. 1408).

18 Smith (1991, S. 107 ff., S. 234).

19 Vgl. die Zusammenstellung solcher Studien bei Smith (1991); vgl. auch Berger (1993).

scheint noch heute beeindruckt zu sein von diesen auch als »Lehnstuhl-Studien« bezeichneten Studien, in denen weder die Vergleichbarkeit der Daten gegeben ist, noch die Vielzahl intervenierender Variablen kontrolliert ist. Spötter haben zu Demonstrationszwecken auf vergleichbarer Daten- und Methodenbasis ähnlich starke statistische Korrelationen mit der KHK-Mortalität nicht nur für fast alle anderen Nahrungsbestandteile errechnet, sondern auch für die Anzahl der Telefone, der Fernsehanschlüsse, der Autos und Pro-Kopf-Einkommen.<sup>20</sup> Besonders häufig wird das Beispiel Japan angeführt, dessen höhere Lebenserwartung und niedrigere KHK-Mortalität mit cholesterinärmerer Ernährung in Zusammenhang gebracht wird.<sup>21</sup> Die höhere Lebenserwartung der Japaner ist jedoch vor allem der - im Verhältnis zu den USA - geringeren Kindersterblichkeit zu verdanken, während die Lebenserwartung der 55jährigen und älteren (der Altersgruppen, in denen sich überwiegend die KHK-Mortalität abspielt) Amerikaner besser ist als die der gleichaltrigen Japaner.<sup>22</sup>

Mit der gleichen Logik, mit der vom nationalen Nahrungsmittelkonsum auf die Mortalität geschlossen wird, könnte man das auch für den KHK-Risikofaktor Rauchen tun, dem ein gleichgroßer Anteil an der KHK-Sterblichkeit zugeschrieben wird. Hier liegen die japanischen Männer mit einem Raucheranteil von über 60 Prozent weit über der Quote ihrer amerikanischen Altersgenossen.<sup>23</sup> Wäre dann also Rauchen kein Risikofaktor? Die Logik dieser Studien entspricht derjenigen, mit der statistisch belegt werden kann, daß für die abnehmende Geburtenrate in den Industrieländern der Rückgang der Storchenpopulationen verantwortlich ist.<sup>24</sup>

Noch weitere Gründe könnten gegen die historische Ursache-Wirkungs-Behauptungen sprechen: Die über einen Zeitraum von 30 Jahren erhobenen Daten der Framingham-Studie berichten über eine zunehmende Häufigkeit der *kardiovaskulären Morbidität* einschließlich der koronaren Herzkrankheiten und des Schlaganfalls.<sup>25</sup> Nach einer Information des Center of Disease Control (CDC) von 1989 machen die KHK einen ansteigenden Anteil der

---

20 Smith (1991, S. 47).

21 Kannel/Doyle et al. (1984). Einige der Autoren sind oder waren prominente Mitarbeiter des National Heart, Lung and Blood Institutes, das weltweit Cholesterinforschung fördert und für den »Konsens« über die Ernährungsempfehlungen an die Amerikaner verantwortlich ist.

22 Smith (1991, S. 51).

23 Kawane (1991).

24 Berger (1993).

25 O.V. (1989).

Krankenhausfälle aus. Falls dies eine tatsächlich steigende Inzidenz anzeigen würde, wäre nicht die Krankheit, sondern nur die Sterblichkeit rückläufig. Folglich müßten aber auch die Ursachen der rückläufigen Mortalität vor allem unter den Faktoren gesucht werden, die zwar nicht die Krankheit, aber die Sterblichkeit verhindern. In diesem Fall träten wiederum medizinische Maßnahmen wie Bypass-Operation, Intensivmedizin und spezielle »Coronary Care Units« sowie medikamentöse Behandlung der KHK in den Vordergrund.<sup>26</sup> Hier tappt man noch im dunkeln und darf sich von Irrlichtern nicht beeindrucken lassen, auch wenn sie als herrschende Meinung daherkommen. Die rückläufige KHK-Sterblichkeit wartet also noch immer auf eine Erklärung und kann derzeit für kein wie auch immer geartetes Konzept reklamiert werden.<sup>27</sup>

Bei der zweithäufigsten *Todesursache Krebs* ist es schwierig, von Erfolgen zu sprechen und eine Tendenz auszumachen. Abbildung 2.2 zeigt die längerfristigen Trends zwischen 1950 und 1980, deren auffälligstes Merkmal die enorme Bedeutungszunahme des Lungenkrebses ist. Zwischen 1980 und 1988 hat die altersbereinigte Sterblichkeit für Lungenkrebs bei den weißen Frauen um 36 Prozent und bei den afroamerikanischen Frauen um 26 Prozent zugenommen, während sie bei den Männern in etwa stabil geblieben ist. Jeder fünfte Tod und ein gleicher Anteil an den verlorenen potentiellen Lebensjahren (mehr als bei Herzkrankheiten) sind durch Krebs verursacht. Nun ist Krebs keine einheitliche Krankheit, sondern ein zusammenfassender Begriff für über 100 Krankheiten, deren Gemeinsamkeit im unkontrollierten Wachstum abnormaler Zellen besteht. Die Sterblichkeit für alle Krebsarten steigt bis 1989 an.<sup>28</sup> Bei Männern (altersstandardisiert) ist der Anstieg noch immer zu verzeichnen, während Frauen mit leicht abnehmender Häufigkeit an Krebs sterben. Fragt man nach den Altersgruppen, dann ist die Bevölkerung über 54 Jahre in steigendem Maß vom Krebstod betroffen, während bei

---

26 McKinley und Mitarbeiter haben argumentreich und plausibel den Anteil medizinischer Maßnahmen am Rückgang der KHK-Mortalität als eher marginal eingeschätzt. Sie haben allerdings einen Trend erklärt, von dessen Wendepunkt gesagt werden kann, daß er ein vorwiegend statistischer ist und mit der realen Entwicklung nicht übereinstimmt. Sie verweisen darauf, daß zwei Drittel der KHK-Sterbefälle außerhalb des Krankenhauses stattfinden. Das muß aber eine größere Effektivität der Behandlung nicht ausschließen, denn diese würde ja gerade den Anteil der KHK-Sterbefälle im Krankenhaus reduzieren. Sie räumen denn auch ein, daß nach Einführung der »Coronary Care Units« 1963 die Mortalitätsrate bei KHK in den Krankenhäusern sinkt (McKinley/Beaglehole et al. 1989).

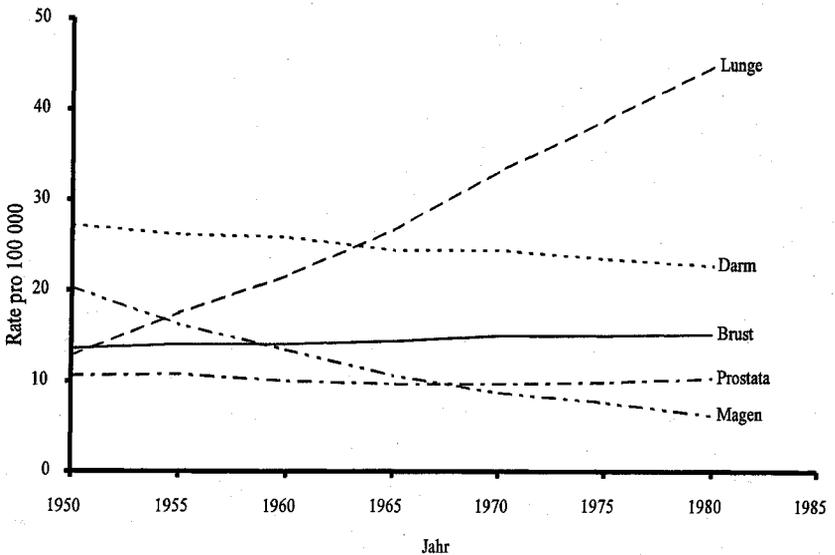
27 Zur Cholesterinhypothese und den damit verknüpften Interessen vgl. Kapitel 4.

28 Health, United States, 1990, S. 105.

allen Altersgruppen unter 54 Jahren die globale Krebsmortalität rückläufig ist. Am günstigsten sieht es dabei für die Kinder unter 16 Jahren aus, von denen Ende der achtziger Jahre 33 Prozent weniger an Krebs gestorben sind als 1973.<sup>29</sup>

Was die Krebsinzidenz angeht, besteht kein Zweifel an dem noch ansteigenden Trend für beide Geschlechter. Da das Wachstum der Inzidenz größer ist als das der Mortalität, könnte man auf verbesserte Überlebensraten schließen, falls man sicher sein könnte, daß dies nicht ein Effekt verbesserter Diagnostik und größerer Aufmerksamkeit ist. Die amerikanischen Epidemiologen sind sich heute nicht einig, ob die Krebsmortalität gegenwärtig ansteigt, stagniert oder sinkt.<sup>30</sup>

Abbildung 2.2: Sterblichkeit durch Krebs, ausgewählte Krebskrankheiten, 1950 bis 1985, USA



Quelle: McKinley/Beaglehole et al. (1989, S. 193).

McGinnis, leitender Beamter für Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitsministerium, reklamiert Verbesserungen bei der Mortalität durch

29 Healthy People 2000, S. 412.

30 O.V. (1992a).

»nicht-tabakverursachten« Krebs um 10 Prozent.<sup>31</sup> Diese Zuschreibung beruht auf bemerkenswerten Annahmen des National Cancer Institute, das den Beitrag von Faktoren des Lebensstils und der Umwelt zur Krebssterblichkeit folgendermaßen angibt:

»Ernährung (ungefähr 35 Prozent aller Krebstoten), Tabak (30 Prozent), Sexualverhalten (7 Prozent), Beruf (4 Prozent), Alkohol (3 Prozent), geophysikalische Faktoren (3 Prozent), Umweltverschmutzung (2 Prozent), Industrieerzeugnisse (1 Prozent) sowie Medikamente und medizinische Prozeduren (1 Prozent).«<sup>32</sup>

Arbeits- und umweltmedizinische Experten halten diese Aufstellung für indiskutabel, da sie auf die Lebensstiltheorie zugeschnitten sei.<sup>33</sup> Ursachenbezogene Aussagen täten denn auch gut daran, der Empfehlung eines Editorials in der britischen Zeitschrift »Lancet« zu folgen, in dem an die sehr begrenzte Aussagefähigkeit der Sammelbezeichnung »Krebs« erinnert wird. Zwar seien »einige umwelt- und verhaltensbedingte Risikofaktoren einigen Krebsarten gemeinsam [...], es ist aber unwahrscheinlich, daß es welche gibt, die alle gemeinsam haben«<sup>34</sup>.

Mit der Vorliebe für Klarheit und Lebensstil kommt jedoch »Healthy People 2000« zu der Schlußfolgerung:

»Die Reduzierung des Tabakkonsums und Veränderungen der Ernährung durch weniger Fett und mehr Früchte, Gemüse, Getreideprodukte und somit faserhaltige Nahrung versprechen den größten Erfolg bei der Verringerung der Krebsinzidenz und letztlich der Krebssterblichkeit.«<sup>35</sup>

Auch hier fällt wieder die innere Widersprüchlichkeit der allein auf die Lebensstilintervention zugeschnittenen ätiologischen Aussagen auf: Die Veränderung des amerikanischen Ernährungsmusters in den vergangenen Jahrzehnten (Reduzierung von tierischen Fetten und Cholesterin, die Zunahme von Pflanzenfett und faserreicher Nahrung) gilt als *die* Erfolgsursache der rückläufigen KHK-Sterblichkeit und bedeutender Präventionsfaktor. Zugleich wird der Ernährung 35 Prozent Erklärungsanteil an der Krebssterblichkeit zugewiesen. Wenn aber die sinkende KHK-Mortalität mit dem veränderten Ernährungsmuster erklärt werden kann, wie kann man dann vermeiden, die gleiche (sowohl für Herz-Kreislauf- als auch Krebsprävention empfohlene) Diät auch für die in denselben Jahrzehnten erfolgte Zunahme der Krebssterblichkeit verantwortlich zu machen? Das müßte um so mehr zu denken geben, da in den klinischen Großversuchen die Rückgänge der KHK-

31 McGinnis (1990, S. 1 ff.).

32 National Cancer Institute (1986), zit. nach Healthy People 2000, S. 415.

33 Epstein (1990).

34 O.V. (1992a).

35 Healthy People 2000, S. 415; vgl. für die etablierte Sichtweise Doll (1991).

Mortalität in der Interventionsgruppe nicht zuletzt durch zusätzliche Krebssterbefälle ausgeglichen worden sind.<sup>36</sup>

Während also bei den Herzkrankheiten als der häufigsten Todesursache eine Verbesserung unstrittig ist, ist bei Krebs, dem stärksten Faktor für die verlorenen potentiellen Lebensjahre, kein eindeutiger Trend zu erkennen. Die Durchschnittswerte der Krankheits- und Sterbestatistik haben allerdings für die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung von so großer sozialer Disparität einen nur begrenzten Aussagewert. Bevor jedoch die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen betrachtet wird, sind einige Informationen über die in den achtziger Jahren wachsende sozialökonomische Polarisierung der amerikanischen Gesellschaft notwendig.

### 2.1.3 Sozialökonomische Polarisierung der Lebenslage

Die achtziger Jahre waren, mit Ausnahme einer scharfen und kurzen Rezession zu Beginn, eine Periode gesamtwirtschaftlichen Wachstums, in der die Zahl der beschäftigten Arbeitskräfte zugenommen hat.<sup>37</sup> Trotz Wachstum und steigender Beschäftigung sind jedoch die Reallöhne zwischen 1980 und 1990 absolut gesunken.<sup>38</sup> Die Arbeitsproduktivität der Industrie verbesserte sich - entgegen einer verbreiteten Ansicht - in den achtziger Jahren um durchschnittlich 3,4 Prozent.<sup>39</sup> Ihre statistische Definition (Wertschöpfung pro Arbeitseinheit) beinhaltet sowohl den technischen Fortschritt als auch die gesteigerte Arbeitsintensität. Sinkende Reallöhne und steigende Produktivität lassen also sowohl auf gestiegene Arbeitsbelastung als auch auf einen enormen Verteilungsverlust der Arbeitskräfte schließen.

Selbst die Aufschwungjahre zwischen 1982 (Ende der Rezession) und 1987 sind durch den Fortgang der Einkommenspolarisierung gekennzeichnet.<sup>40</sup> Wie Abbildung 2.3 zeigt, stiegen die Realeinkommen für das wohlhabendste Hundertstel der Bevölkerung zwischen 1977 und 1990 brutto um 80

---

36 Siehe dazu Kapitel 4.

37 Zur Zusammensetzung der neuen Arbeitsplätze vgl. Cornetz (1987).

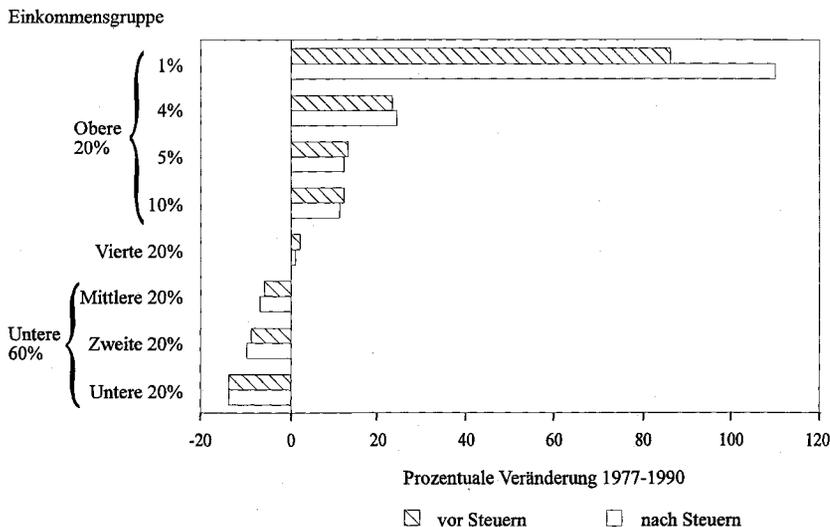
38 US Bureau of Census: Statistical Abstract of the United States, 1991, Sec. 13-15; im folgenden zitiert als Statistical Abstract.

39 O.V. (1992b). Meist wird nur die gesamtwirtschaftliche Produktivität betrachtet, deren relativ schlechte internationale Position sich dem überdurchschnittlich großen Dienstleistungssektor verdankt.

40 Danziger/Gottschalk/Smolensky (1989).

und netto um 110 Prozent.<sup>41</sup> Im gleichen Zeitraum sanken die Einkommen der unteren 60 Prozent der Amerikaner real. Die ärmsten 20 Prozent mußten eine Einbuße von 15 Prozent ihres Realeinkommens hinnehmen.<sup>42</sup> Die meisten sozialpolitischen Programme wurden gleichfalls gekürzt.<sup>43</sup>

Abbildung 2.3: Veränderungen des Realeinkommens 1977 bis 1990, nach Einkommensgruppen in Prozent



Quelle: Himmelstein/Woolhandler (1992).

Die monetären Markteinkommen vor Steuern pro Haushalt der am besten verdienenden 20 Prozent lagen 1989 mit 50,9 Prozent höher als die der restlichen 80 Prozent der Haushalte zusammengenommen, und auf das untere Quintil entfielen 1,4 Prozent. Dabei fehlen in der Einkommensstatistik die

41 Die Differenz zwischen Brutto- und Nettozuwachs (80 zu 110 Prozent) weist auf die kräftige Mithilfe der staatlichen Steuerpolitik an dieser Einkommenskonzentration hin. In der ersten Amtszeit des Präsidenten Reagan wurde der Steuersatz der Höchstverdienenden von 70 auf 28 Prozent gesenkt und für die mittleren Einkommen (45 000 bis 150 000 Dollar) auf 28 bis 33 Prozent festgelegt. Beim gleichen Einkommenssteuersatz wie 1979 müßte heute die oberste Einkommensschicht zusätzliche 78 Milliarden Dollar an die Staatskasse entrichten (*Die Zeit* vom 5. 11. 1992).

42 International Monetary Fund, zit. nach Center for National Health Program Studies (1992).

43 McKenzie/Bilofsky (1991).

Vermögenszuwächse aus Gewinnen. Selbst wenn alle sozialpolitischen Umverteilungseffekte berücksichtigt werden, verdient das obere Fünftel der Haushalte 1989 immer noch 44,6 Prozent aller Geldeinkommen (1980: 41,6 Prozent). Allein die oberen 5 Prozent brachten es auf 17,9 Prozent (1980: 15,3 Prozent), während die unteren 20 Prozent der Haushalte 4,6 Prozent verbuchen konnten (1980: 5,1 Prozent). Diese enorme Umverteilung fand in einem Jahrzehnt statt, in dem das reale Wachstum nur knapp drei Jahre lang unterhalb des längerfristigen Trends gelegen hat.<sup>44</sup>

Der Fortschritt in der Bekämpfung der Armut, der in den sechziger Jahren erzielt worden ist, wurde in den achtziger Jahren zu einem guten Teil wieder hinfällig.<sup>45</sup> 39,5 Millionen Amerikaner mußten 1959 von einem Einkommen unter der Armutsgrenze leben.<sup>46</sup> 1978 waren es noch 24,7 Millionen (Tiefststand), zehn Jahre später wieder 32,2 Millionen Menschen. Der Anteil der amtlich definierten Armutsbevölkerung ist von 22,4 (1959) auf 11,4 Prozent der Bevölkerung im Jahre 1978 (tiefster Wert) gesunken, in den ersten Reagan-Jahren waren 1983 wieder 15,2 Prozent (35,3 Millionen Personen) erreicht. 1991 lebten 35,7 Millionen (14,3 Prozent) Amerikaner unter der Armutsgrenze mit stark ansteigender Tendenz infolge der seither anhaltenden und sozialpolitisch kaum abgefederten Rezession.<sup>47</sup> Mit weniger als 125 Prozent des Armutssatzes lebten 1988 42,7 Millionen oder 17,3 Prozent der Bevölkerung. 43,2 Prozent der schwarzen Kinder werden für 1989 in der amtlichen Definition als arm bezeichnet. Eine Studie der Tuft-Universität ermittelte, daß sich die Zahl der hungernden Amerikaner in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre auf 30 Millionen verdoppelt hat.<sup>48</sup> Diese dramatische Entwicklung kann in den Gesundheitsstatistiken noch keinen Niederschlag gefunden haben, aber sie läßt vermuten, daß die in den achtziger Jahren beginnende Polarisierung der Gesundheit sich noch verstärken wird.

In den Zahlen der Einkommensstatistik kommt die sozialökonomische Differenzierung der Lebensumstände nur beschränkt zum Ausdruck. Nicht einmal die Möglichkeiten der Teilhabe an der gesamten Warenfülle sind damit gänzlich erfaßt - von den Arbeitsbedingungen, der sozialen Integration

---

44 Statistical Abstract 1991.

45 Die Angaben zur Armut, wenn nicht anders angegeben, siehe Statistical Abstract 1991, S. 455 und S. 468; OECD Economic Surveys: United States 1990/1991.

46 Die Armutsgrenze lag 1991 bei 6 932 Dollar jährlich bzw. bei 13 924 Dollar für einen Vier-Personen-Haushalt.

47 *Frankfurter Rundschau* vom 11.9.1992.

48 Ebenda.

(social support) und sozialen Sicherheit, der Wohnung und Wohnumgebung, den stofflichen Umweltbedingungen, Bildungschancen, Erholungsmöglichkeiten und anderen Bedingungen der Gesundheit ganz zu schweigen. Allerdings dürften sie in etwa der gleichen Weise sozial verteilt sein. In keiner anderen Industrienation - um ein Beispiel zu geben - haben die Arbeitnehmer weniger bezahlte Urlaubstage als in den USA (10,8 gegenüber 29,9 in West-Deutschland).<sup>49</sup> Eine unmittelbare Folge der Einkommenspolarisierung ist der Anstieg der Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer, die keine Krankenversicherung haben.<sup>50</sup> Nach dem Current Population Survey waren 1990 mit rund 35 Millionen mehr Amerikaner ohne Krankenversicherung als jemals zuvor nach der Einführung von Medicare und Medicaid Mitte der sechziger Jahre.<sup>51</sup> Hinzu kommen noch weitere geschätzte 50 Millionen Personen, die im Falle einer schweren Krankheit zahlungsunfähig werden, also unterversichert sind. 63 Millionen Personen waren im Laufe von 28 Monaten zwischen 1986 und 1988 zwischen einem und sechs Monaten nicht krankenversichert. Auch diese Zahlen haben in der Ära Reagan/Bush zugenommen.<sup>52</sup>

#### 2.1.4 Indikator: Ethnische Zugehörigkeit

Die amtliche Gesundheitsstatistik der Vereinigten Staaten veröffentlicht auffällig wenige Daten, die einen direkten Bezug auf die sozialökonomische Struktur der Gesellschaft zulassen. Die politischen Kämpfe gegen Rassendiskriminierung haben dazu geführt, daß die amtlichen Statistiken in vielen Fällen die Daten der afroamerikanischen Minderheit gesondert ausweisen. Da sich die schwarze und weiße Bevölkerung in ihrem durchschnittlichen sozialökonomischen Status voneinander unterscheiden, d.h. überproportional viele Afroamerikaner den unteren Schichten der Gesellschaft angehören, ist es üblich geworden, die entsprechenden statistischen Unterschiede hilfswise als Indikatoren für sozioökonomische Ungleichheit zu nehmen. Tatsächlich wird damit die Realität der sozialen Ungleichheit untertrieben.

---

49 Center for National Health Program Studies (1992).

50 Da das Sozialhilfesystem für Kranke, Medicaid, einen Teil der Arbeitslosen und Armen absichert, sind zwei Drittel der Nichtversicherten Beschäftigte und deren Familienangehörige (Himmelstein/Woolhandler/Wolfe 1992).

51 Medicare ist die staatliche Krankenversicherung für die über 64jährigen, Medicaid ein Sozialhilfesystem zur Finanzierung der medizinischen Versorgung.

52 Himmelstein/Woolhandler/Wolfe (1992).

## *Ethnische Zugehörigkeit und Einkommen*

Die schwarzen Amerikaner verdienten pro Kopf 1988 nur 63 Prozent des durchschnittlichen nationalen Pro-Kopf-Einkommens, 31,6 Prozent der Schwarzen gelten im amtlich-statistischen Sinne als arm (Durchschnitt 13,1 Prozent), und fast die Hälfte der schwarzen Kinder unter 16 Jahren lebt unterhalb der Armutsgrenze (15,2 im Durchschnitt).<sup>53</sup> Nur 58 Prozent der Schwarzen unter 65 Jahren hatten eine private Krankenversicherung (81 Prozent der Weißen), 18 Prozent hatten einen Sozialhilfeanspruch auf medizinische Versorgung (Medicare), und 22 Prozent waren 1988 überhaupt nicht krankenversichert (Durchschnitt 13 Prozent).<sup>54</sup>

Aber es sind bei weitem nicht mehr alle Schwarzen arm, und viele Weiße leben in Armut: 1988 erzielten 33,8 Prozent aller schwarzen Haushalte ein jährliches Einkommen von unter 10 000 Dollar. Von den weißen Haushalten waren dies zwar nur 14,8 Prozent. Nimmt man die absoluten Zahlen, dann ist ersichtlich, daß davon 3,6 Millionen schwarze und 11,8 Millionen weiße Haushalte betroffen sind, es also 3,3mal so viele weiße Haushalte in dieser ärmsten Einkommensgruppe gibt wie Haushalte schwarzer Amerikaner. Während 40,2 Prozent der weißen Haushalte 1988 auf mehr als 35 000 und 22,1 Prozent auf mehr als 50 000 Dollar kamen, waren es unter den schwarzen Haushalten zwar nur 21,3 und 9,9 Prozent, aber das sind immerhin genug zum Beleg, daß das Einkommen nicht mit der Hautfarbe korreliert.<sup>55</sup>

Das Entsprechende zeigt auch die Beschäftigungsstatistik: Der Anteil der Schwarzen an der Gesamtbeschäftigung liegt mit 10,1 Prozent unterhalb ihres Bevölkerungsanteiles von 12 Prozent. Wenn sie eine Beschäftigung haben, dann sind sie überdurchschnittlich in weniger qualifizierten, schlechter bezahlten und unsichereren Berufen zu finden (Fabrikarbeiter, Haushaltshilfen, Hilfen in kleinen Dienstleistungsbetrieben, untere Verwaltungsangestellte usw.). Aber auch das gilt nicht generell. Die Kategorie »managerial and professional speciality« (vgl. Abbildung 2.7, S. 96) ist zwar mit fast 30 Millionen Beschäftigten (von 115 Millionen) weitläufig angelegt, auch werden die Schwarzen hier in den »oberen Regionen« des wirtschaftlichen und akademischen Lebens noch stärker unterrepräsentiert sein, aber ihr Anteil macht

---

53 Statistical Abstract 1990.

54 Health, United States, 1990, S. 34; vgl. Long (1987, S. 200 f.).

55 Statistical Abstract 1990, S. 444.

immerhin 6,1 Prozent aus (bei 10,1 Prozent an der Gesamtbeschäftigung und 12 Prozent der Bevölkerung).<sup>56</sup>

### *Ethnische Zugehörigkeit und Gesundheit*

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen weißen und schwarzen Amerikanern sind ganz überwiegend eine komplexe Folge des generationenlangen Leidensweges der schwarzen Minderheit.<sup>57</sup> Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit und verlorene potentielle Lebensjahre sind Indikatoren, denen ein über das unmittelbar Gemessene hinausgehender Informationsgehalt für die gesundheitliche Lage zugeschrieben wird. Die Verläufe aller drei Größen entsprechen den eingangs formulierten Thesen:

1. Die soziale Ungleichheit (hier gemessen an der ethnischen Ungleichheit) nimmt durchschnittlich bis Ende der siebziger Jahre ab, vergrößert sich aber danach wieder mit zeitlicher Verzögerung zur sozialökonomischen Polarisierung.
2. Verbesserungen der Durchschnittswerte für die Gesamtbevölkerung gehen einher mit Stagnation oder Verschlechterung bei der afroamerikanischen Minderheit.

Die allgemeine *Lebenserwartung* bei der Geburt hat sich von durchschnittlich 69,7 Jahren 1960 über 72,6 Jahre 1975 auf 74,9 Jahre 1988 verbessert. Seit Mitte der achtziger Jahre stagniert sie.<sup>58</sup> Die Differenz zwischen weißen und schwarzen Amerikanern betrug zuungunsten der schwarzen Bevölkerung 1960 7,4 Jahre für beide Geschlechter, ging dann auf 6,6 Jahre 1975 und 5,8 Jahre 1985 zurück. In den vier Jahren vor 1988 wuchs der Unterschied wieder auf 6,4 Lebensjahre. Das geht auf die seit 1984 absolut sinkende (von 65,6 Jahren 1984 auf 65,1 Jahre 1988) Lebenserwartung der afroamerikanischen Männer zurück. Die diesbezüglichen Rassenunterschiede sind vom Tiefpunkt 1984 (6,2 Jahre) bis 1988 wieder auf 7,4 Jahre gewachsen und haben steigende Tendenz.<sup>59</sup>

Das gleiche Muster finden wir bei der (neonatalen und postneonatalen) *Säuglingssterblichkeit*: Sie sank im Durchschnitt von 26,0 pro 1 000 Lebendgeborenen 1960 auf 10,0 im Jahr 1988. Bei den Weißen starben 1960 pro

---

56 Statistical Abstract 1990, S. 389 ff.

57 Byrd/Clayton (1991, S. 25 ff.).

58 Health, United States, 1990, S. 67; vgl. Long (1987, S. 200 ff.).

59 Health, United States, 1990, S. 67.

1 000 Geburten 22,9 und im Jahr 1988 nur noch 8,5 Kinder gegenüber 44,3 und 17,6 Kindern schwarzer Eltern. Während sich das Verhältnis von 1960 (1,93) bis 1975 leicht verbesserte (1,84), ist es seither auf 2,1 angestiegen, d.h. die Unterschiede sind heute sogar größer, als sie 1960 waren.<sup>60</sup>

Die amtliche Statistik veröffentlicht für die Jahre seit 1980 die *verlorenen potentiellen Lebensjahre* für die Altersgruppe der unter 65jährigen Amerikaner. Auch hier sind die Unterschiede zwischen Weißen und Schwarzen offensichtlich: Von 1980 bis 1988 sank die Gesamtzahl der verlorenen potentiellen Lebensjahre um 5 Prozent. Vergleicht man die standardisierten Zahlen pro 100 000 Einwohner, so beträgt der Verlust bei den Weißen 1988 5 698,2 Jahre und bei den Schwarzen 13 845,5 Jahre, das ist das 2,1fache. Nur acht Jahre zuvor war es noch das 1,89fache. Auch bei den Frauen wächst bei durchschnittlichen Verbesserungen die Ungleichheit: 1980 verloren schwarze Frauen das 1,99fache an potentiellen Lebensjahren der weißen Frauen, und 1988 ist das Verhältnis auf das 2,13fache angestiegen.<sup>61</sup>

Für die meisten einzelnen Todesursachen ist die Mortalität für Schwarze höher als für Weiße, und für viele darunter sind die Unterschiede ansteigend. Das heißt, auch wenn sich in diesen Fällen nicht selten die absoluten Zahlen verbessern, dann verbessern sie sich für die Weißen schneller als für die Schwarzen.<sup>62</sup>

Die jugendlichen Schwarzen von 15 bis 24 Jahren sterben 1,53mal häufiger als ihre weißen Altersgenossen. Hauptursachen sind Unfälle, Morde und polizeiliche Aktionen (legal interventions) sowie Selbstmord, also ausschließlich soziale Faktoren. Das »relative Risiko« für Morde und Polizeiaktionen ist bei den Schwarzen 7,38mal so groß wie bei den Weißen (59/100 000 : 8/100 000).<sup>63</sup> In der Altersgruppe der 25- bis 44jährigen Amerikaner (vgl. Abbildung 2.4) ist die Sterblichkeit der Schwarzen um das 2,46fache höher als bei den Weißen. Die Unterschiede bei den tödlichen Verletzungen betragen das 1,6fache, bei Mord und Polizeiaktionen das 8fache (56/100 000 zu 8/100 000), beim Tod durch Herzkrankheiten das 2,58fache und durch Aids das 3,58fache, »alle anderen Ursachen« führen bei Schwarzen 2,27mal häufiger zum Tod als bei ihren weißen Altersgenossen.<sup>64</sup> Die hier einzeln

---

60 Health, United States, 1990, S. 68.

61 Health, United States, 1990, S. 83/84.

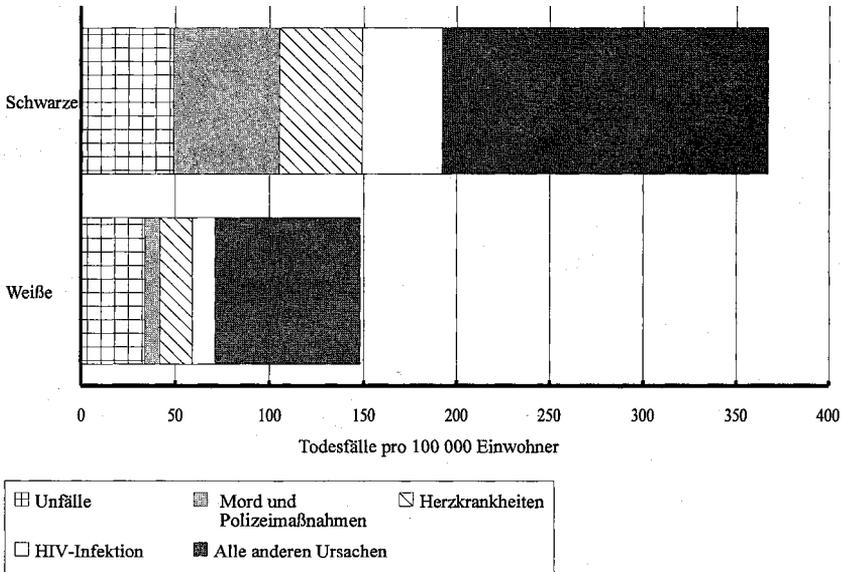
62 Vgl. *New York Times* vom 23.3.1990: »U.S. health gap is widening between whites and blacks«; Byrd/Clayton (1991).

63 Health, United States, 1990, S. 14 und S. 42.

64 Ebenda. Eine differenzierte Analyse bietet Mangano (1991).

aufgeführten Todesursachen sind für den relativ größten Teil der durchschnittlich verlorenen Lebensjahre verantwortlich, da gerade die jüngeren Altersgruppen ein hohes Risiko aufweisen. Die Zahl der Opfer von Gewalt (Mord und Totschlag) nahm in den achtziger Jahren besonders drastisch zu; sie erreicht in zwei Jahren annähernd die Zahl der amerikanischen Gefallenen im Vietnam-Krieg. In Washington, D.C., der Stadt mit dem höchsten Anteil von Schwarzen, stieg die Mordrate 1989 auf 78 Ermordete pro 100 000 Einwohner gegenüber einem Landesdurchschnitt von 9,5.<sup>65</sup> Auch hier nimmt die nationale Rate weniger schnell zu als diejenige in den Innenbezirken der Großstädte, in denen der Anteil der schwarzen Einwohner sehr hoch ist.

Abbildung 2.4: Mortalität für ausgewählte Ursachen bei Personen im Alter von 25 bis 44 Jahren, nach ethnischer Herkunft, USA 1988



Quelle: Health, United States, 1990, S. 14 und S. 42.

In der Altersgruppe der 45- bis 64jährigen Amerikaner beiderlei Geschlechts sind die Unterschiede in der Sterblichkeit mit dem 1,75fachen Wert für die Schwarzen zwar immer noch sehr stark, aber erheblich geringer als bei den

<sup>65</sup> *The Economist* vom 4.1.1992, S. 37 f.

jüngeren Erwachsenen. Die größte Ungleichheit ist beim Schlaganfall zu verzeichnen (das 2,97fache). Die Herzkrankheiten sind die häufigste Todesursache bei den Schwarzen und die zweithäufigste bei den Weißen, bei denen der Tod durch Krebs die erste Stelle einnimmt.<sup>66</sup>

Wie nicht anders zu erwarten, ist die Ungleichheit in der höchsten Altersgruppe der über 65jährigen Amerikaner mit der 1,11fachen Mortalität bei den Schwarzen gegenüber den Weißen durch Selektionsprozesse in der Sterblichkeit am geringsten. In beiden Gruppen sind die Herzkrankheiten die mit Abstand häufigste Todesursache, die bei den Schwarzen nur 1,05fach häufiger vorkommt. Beim Krebs als der zweithäufigsten Ursache ist es noch das 1,16fache.<sup>67</sup>

Eine herrschaftskonforme Thematisierung sozialer Mißstände ist deren Zurückführung auf genetische Ursachen. Nach der im amerikanischen Alltagsbewußtsein verankerten Ansicht ist auch die Verelendung der schwarzen Bürger rassistisch bedingt. Dem widerspricht allerdings selbst der schwache Widerschein der Realität, als der die quantitativen Maße der Gesundheitsstatistik nur bezeichnet werden können. Mit Deutlichkeit wird sichtbar, daß die soziale Unterschiedlichkeit im Gesundheitsstatus erheblich größer ist als die zwischen den ethnischen Gruppen. Dafür Beispiele:

Personen, die im National Health Interview Survey ihre eigene Gesundheit als »schlecht« (»poor« oder »fair«) eingeschätzt haben, können in zwei Einkommensklassen von weniger und mehr als 20 000 Dollar Jahreseinkommen unterteilt werden. In jeder der beiden Gruppen ist die Gesundheit der Schwarzen etwas schlechter als die der Weißen. In der Gruppe mit über 20 000 Dollar sind 5,1 Prozent der weißen und 7,6 Prozent der schwarzen Amerikaner bei schlechter Gesundheit. Aber bei den Weißen mit weniger als 20 000 Dollar ist das mit 16,6 Prozent 2,18mal häufiger der Fall als bei der schwarzen Bevölkerung mit mehr als 20 000 Dollar jährlich.<sup>68</sup>

Ähnlich verhält es sich beim Anteil von Personen, die an wichtigen Lebensaktivitäten durch eine chronische Krankheit gehindert sind (vgl. Abbildung 2.5). Einkommensstandardisiert liegt er bei den Schwarzen nur geringfügig über dem der Weißen (14,5 zu 13,9 Prozent). Sowohl bei den Personen mit unter als auch mit über 20 000 Dollar Familieneinkommen liegen die Werte der Schwarzen schlechter. Aber den Schwarzen der oberen geht es weit besser als den Weißen der unteren Einkommensgruppe. Ein Teil der

---

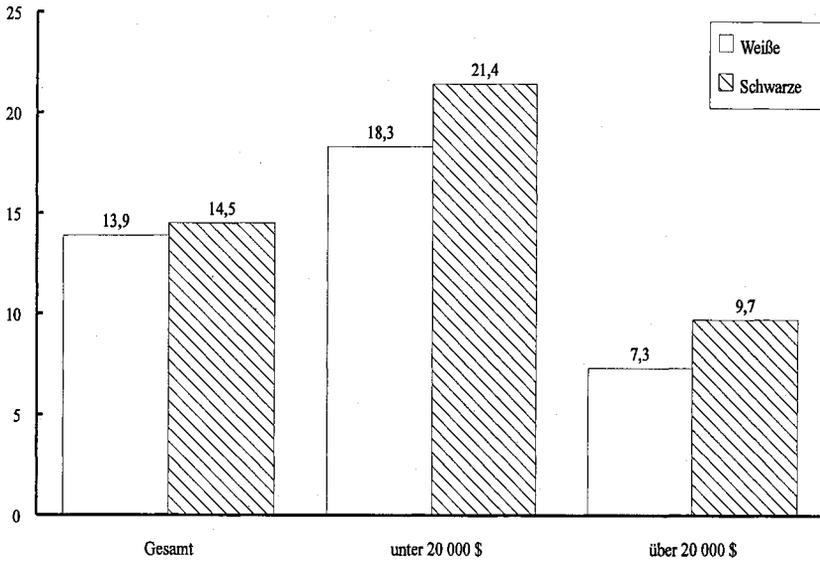
66 Health, United States, 1990, S. 15 und S. 42.

67 Ebenda.

68 Navarro (1990).

hier scheinbar noch »rassisch« bedingten Unterschiede erklärt sich durch den relativ niedrigeren sozialökonomischen Status der Schwarzen innerhalb jeder Gruppe.

Abbildung 2.5: Durchschnittlicher Prozentsatz der Personen mit chronischen Einschränkungen der Lebensaktivitäten, nach Familieneinkommen und Rasse, USA, 1985 bis 1987

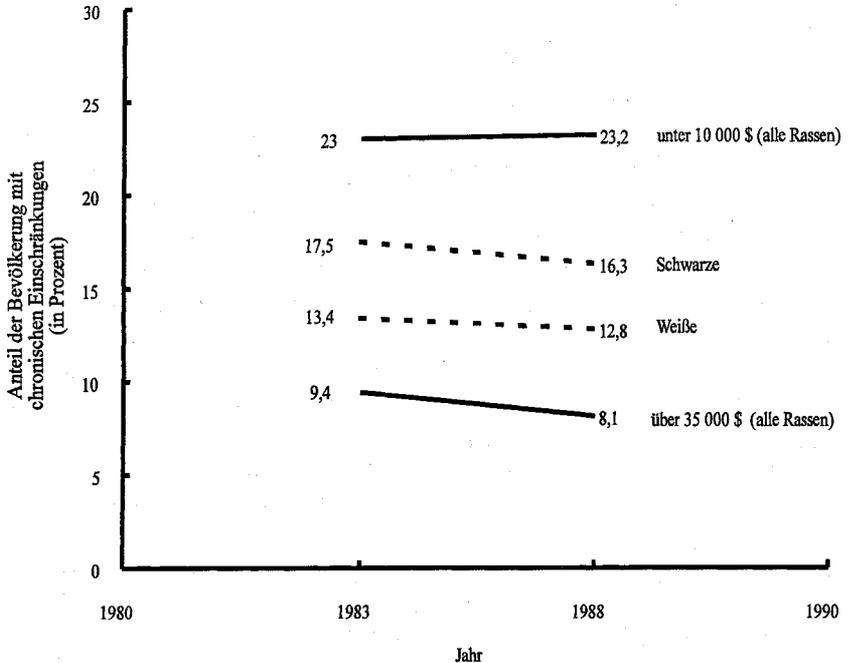


Quelle: National Center for Health Statistics, zit. nach Navarro (1990, S. 1239).

Abbildung 2.6 gibt Zahlen aus dem National Health Interview Survey wieder. Hier wurden die Personen ermittelt, die unter Einschränkungen ihrer Funktionsfähigkeiten durch chronische Bedingungen leiden. Das waren 1988 bei den Weißen 12,8 und bei den Schwarzen 16,3 Prozent. Wenn man nach Einkommensgruppen unterteilt, dann sind von den Personen mit unter 10 000 Dollar 23,2 Prozent und bei denen mit über 35 000 Dollar 8,1 Prozent durch chronische Bedingungen stark eingeschränkt. Vergleicht man nun noch die Werte im Zeitverlauf zwischen 1983 und 1988, dann bestätigt sich wieder das eingangs skizzierte Muster: Für alle Amerikaner im Durchschnitt, für die Schwarzen ebenso wie für die Weißen, nimmt der Anteil der chronisch stark eingeschränkten Personen ab, in diesem Fall sogar die Ungleichheit zwischen den beiden ethnischen Gruppen. Vergleichen wir aber

die Einkommensgruppen, so zeigt sich, daß die Armen aller Rassen (unter 10 000 Dollar) an diesem Fortschritt nicht teilnehmen (1983: 23,0 und 1988: 23,2), während die Verbesserungen für die sozialökonomischen Mittel- und Oberklassen in nur fünf Jahren bereits statistisch deutlich erkennbar sind.

Abbildung 2.6: *Einschränkungen der Lebensaktivitäten durch chronische Bedingungen, nach Einkommen und Rasse, 1983 bis 1988*



Quelle: Health, United States, 1989, zit. nach Navarro (1990, S. 1239).

Die Forschergruppe von Sorlie und Mitarbeitern untersuchte an einer für die US-Bevölkerung repräsentativen Auswahl die Mortalität von Schwarzen und Weißen in Abhängigkeit vom Familieneinkommen. Sie fanden sowohl bei Männern und Frauen als auch bei Weißen und Schwarzen, daß jeweils die Sterblichkeit mit höherem Einkommen geringer wurde. Das bestätigte sich auch für die Mortalität durch Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und »alle anderen« Ursachen. Auch hier war bei einkommensstandardisierter Berechnung die Mortalität bei den Afroamerikanern höher als bei den Weißen. Aber für alle Personen unter 65 Jahren waren die Unterschiede (Gradient)

der Einkommensgruppen größer als die nach ethnischer Zugehörigkeit. Die Unterschiede, so folgerten die Autoren, in der Sterblichkeit, die nicht mit dem Einkommen erklärt werden können, könnten auf »Zugang zur medizinischen Versorgung, der Qualität der medizinischen Versorgung und verhaltensbedingte Riskofaktoren, die die schwarze Bevölkerung benachteiligen«<sup>69</sup>, zurückzuführen sein.

### 2.1.5 Soziale Ungleichheit bei Krankheit und Mortalität

Immer wieder haben Epidemiologen nachgewiesen, daß sich mit wenigen Ausnahmen die Todesursachen und Krankheitsinzidenzen nach sozialökonomischen Merkmalen in einer solchen Deutlichkeit unterscheiden, die weder mit den gebräuchlichen Risikofaktoren des Lebensstils noch mit rassischen oder ethnischen Unterschieden allein erklärt werden kann.<sup>70</sup> Die am häufigsten benutzten Indikatoren für soziale Klassen in der Epidemiologie sind die Faktoren Beruf (Beschäftigung), Bildung und Einkommen. Der Pragmatismus, mit dem sie meistens ausgewählt werden, ist theoretisch besser begründbar, als normalerweise angenommen wird. Alle drei Indikatoren sind in bezug auf Krankheit und Sterblichkeit gleichermaßen reagibel, daher liegt es nahe, nach einem gemeinsamen Merkmal zu fragen. Das ist der ökonomische Reproduktionsprozeß der Gesellschaft: Der zentrale Mechanismus, der dieser ökonomischen Reproduktion die ihr adäquate soziale Schichtung sichert und reproduziert, ist der Arbeitsmarkt. Fast alle gesundheitsrelevanten Elemente des sozialökonomischen Status von abhängig Arbeitenden verteilen sich gemäß deren Fähigkeit (bei nicht Berufstätigen: der Fähigkeit des »Haushaltsvorstands«), ihr Arbeitsvermögen erfolgreich anzubieten. Die Bildung reproduziert sich im Hinblick auf die Erfordernisse des Arbeitsmarktes, der berufliche Status wird sozusagen auf den Arbeitsmärkten zugewiesen, und die Einkommensverteilung folgt letztlich aus den relativen Knappheitsgraden der angebotenen Arbeitskraft.<sup>71</sup> Auch andere Indikatoren wie der Zugang zu einem Auto, Wohnungseigentum oder inländischen Erholungsge-

---

69 Sorlie/Rogot et al. (1992). Auch über die sozial und ethnisch unterschiedlichen Zugangsmöglichkeit zu und Qualität der medizinischen Versorgung liegt eine Vielzahl von Studien vor; vgl. z.B. Gittelsohn/Halpern/Sanchez (1991); Hansell (1991).

70 Vgl. Marmot/Kogevinas/Elston (1987); Marmot (1989).

71 Einschränkungen wie die »Anomalie der Lohnkurve« (d.h. bei rückläufigem Lohn wird mehr Arbeitskraft angeboten) und das »bargaining« modifizieren diese generellen Mechanismen, tun aber hier nichts zur Sache.

bieten konnten die Mortalität mit großer Zuverlässigkeit ganz unabhängig von einem differenzierten Maß für soziale Klassenzugehörigkeit vorhersagen.<sup>72</sup> Im kalifornischen Alameda County hat die soziale Kennzeichnung der Wohngegend die Sterblichkeit völlig unabhängig von anderen individuellen Charakteristika prognostiziert.<sup>73</sup>

Die Ergebnisse des National Mortality Followback Survey von 1986 zeigen, daß Personen mit geringer formaler Bildung, geringem Einkommen, die entsprechend zu den unteren arbeitenden Schichten (»operators, laborers, fabricators«) gehören, mit signifikant größerer Wahrscheinlichkeit an Herzkrankheiten sterben als die jeweils bessergestellte Gruppe. Abbildung 2.7 verdeutlicht überdies, daß der gesamten Berufshierarchie eine ebensolche Hierarchie der Sterblichkeit entspricht.<sup>74</sup>

Auch hier finden wir die Annahme zunehmender Ungleichheit bestätigt: Eine Forschergruppe benutzte als Indikator lediglich die Zahl der Ausbildungsjahre. Die Mortalität durch Herzkrankheiten zwischen 1960 und 1984 ist bei Männern mit nur sieben oder weniger Ausbildungsjahren unverändert. Die international weit überdurchschnittliche Abnahme der Herzmortalität in den USA hat also in der Unterschicht gar nicht stattgefunden. In einer Nacherhebung unter den 45- bis 65jährigen Männern betrug das relative Sterberisiko an koronaren Herzerkrankungen bei den am wenigsten Ausgebildeten im Durchschnitt das 2,3fache.<sup>75</sup>

Für alle Herz- und Kreislaufkrankheiten sind die Sterblichkeitsunterschiede zwischen den sozialökonomischen Schichten größer als zwischen den rassischen Merkmalen: Die berichtete Morbiditätsrate bei Arbeitern (operators) betrug mit 9,5 Prozent das 2,9fache der akademischen Berufe (3,2 Prozent), aber der Unterschied zwischen Weißen und Schwarzen ist nur 1:1,9. Auch für die Verteilung von Krebs nach der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit gibt es zahlreiche epidemiologische Belege.<sup>76</sup>

---

72 Smith/Leon et al. (1991).

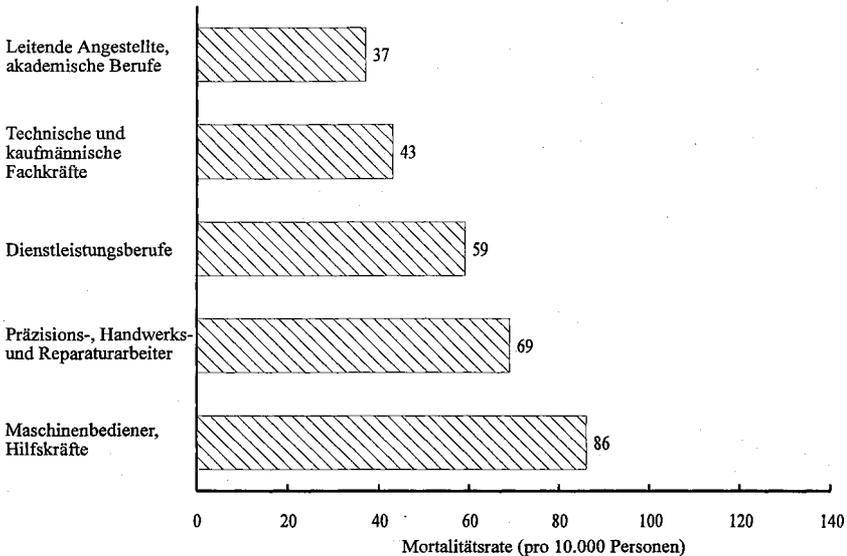
73 Berkman/Breslow (1985).

74 Navarro (1990, S. 1238).

75 Feldman/Makuc et al., zit. nach Marmot (1989, S. 196-202).

76 Smith/Leon et al. (1991, S. 341); andere Studien zeigten die gleichen Muster für Brustkrebs und weitere Krankheitsarten (Krieger 1990).

Abbildung 2.7: Mortalitätsrate für Herzkrankheiten nach Berufsgruppen, USA, 1986



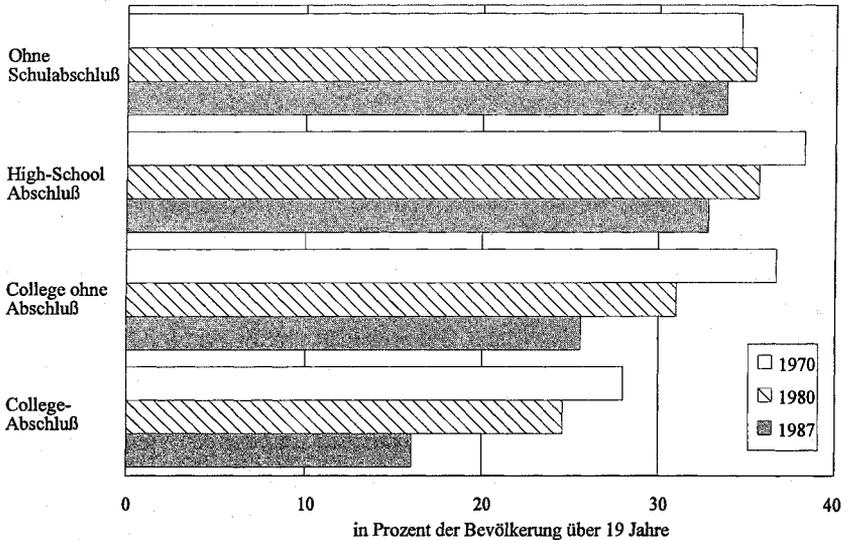
Quelle: Statistical Abstract of the United States (1988, S. 376-377), berechnet von und zit. nach Navarro (1990, S. 1238).

### 2.1.6 Soziale Ungleichheit der subjektiven Risikofaktoren

Nicht nur Krankheit und chronische Einschränkungen, sondern auch die subjektiven Risikofaktoren, die heute dem Lebensstil zugeschrieben werden, verteilen sich unterschiedlich auf die sozialökonomischen Schichten. In den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts waren Rauchen, Bewegungsmangel und fette Nahrung weit häufiger in den oberen als in den unteren Schichten der Gesellschaft zu finden. Aber als die gesundheitlichen Wirkungen größer und offener wurden, holten die unteren Schichten relativ auf, während die Wohlhabenden und Gebildeten anfangen, sich einen weniger riskanten Lebensstil zuzulegen. Es bildete sich - wie bei den Krankheiten - ein sozialer Gradient auch für die verhaltensbedingten Risikofaktoren heraus, wie das Abbildung 2.8 am Beispiel der Raucher zeigt. Auch das Entwicklungsmuster beim Risikofaktor Rauchen zwischen 1970 und 1987 entspricht dem bei

Sterblichkeit und Krankheit: Es gibt durchschnittliche Verbesserungen, an denen die untere Schicht nicht teilgenommen hat.

Abbildung 2.8: Zigarettenraucher, nach Bildungsgrad, USA, 1970 bis 1987



Quelle: Statistical Abstract 1990, S. 90.

Man hat auch ermittelt, daß Bezieher unterer Einkommen weit weniger körperliche Übungen machen. Das wird bevorzugt von jüngeren Weißen der städtischen Mittelschicht getan.<sup>77</sup> Auch das, was heute als gesunde Ernährungsweise angesehen wird, ist in enger Weise an den sozialökonomischen Status gebunden.<sup>78</sup> Ebenso gehören Menschen mit hohem Übergewicht besonders häufig den Unterschichten an.<sup>79</sup>

Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen geht aber nur teilweise auf die sozial ungleich verteilten »subjektiven Risikofaktoren« zurück. Eine britische Studie fand heraus, daß Staatsbedienstete (Civil Servants) der untersten Rangstufe bei den koronaren Herzerkrankungen eine viermal höhere

77 Thomas (1981).

78 Goldstein (1991).

79 Healthy People 2000, S. 456.

Rate aufweisen als Beamte der obersten Hierarchieebene.<sup>80</sup> Die Forscher wollten nun wissen, ob - wie es die herrschende Meinung ist - diese Unterschiede ihre wichtigste Ursache im Gesundheitsverhalten bzw. dem Lebensstil haben.<sup>81</sup> Es trat zwar zutage, daß die untere Schicht in höherem Maße verhaltensabhängige Risikofaktoren aufwies, also einen höheren Cholesterinspiegel, mehr Übergewicht, höhere Raucherquote, höheren Blutdruck und weniger körperliche Bewegung. Aber nachdem diese Faktoren statistisch neutralisiert waren, war die Morbidität der unteren Schicht noch immer dreimal höher als die der oberen Schicht. Dieser Zusammenhang zwischen sozialer Lage und den Risikofaktoren des Lebensstils ist erst neuerdings wieder durch den britischen »Health and Lifestyle Survey« empirisch nachgewiesen worden. Die dort untersuchten gesundheitsriskanten Verhaltensweisen Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsarmut, Fehlernährung, Übergewicht und Schlafdefizite verteilten sich ebenso wie der Gesundheitsstatus ungleich nach sozialer Klasse, Bildungsgrad, Einkommen, günstigen Wohn- und Umweltbedingungen, sozialer Geborgenheit und Integration.<sup>82</sup>

Die Kritik des naiven Individualismus und des entgesellschafteten Charakters des lebensstilorientierten Konzepts geht noch nicht weit genug, so hart und zutreffend sie auf die objektiven und subjektiven Gründe für die fehlende oder mangelhafte Umsetzung der propagierten Verhaltensimperative hinweist.<sup>83</sup> Selbst wenn die Verhaltensnormen auch unter sozialökonomisch ungünstigen Bedingungen umsetzbar wären, wäre ihre Wirkung wiederum sozial ungleich. So ist der Gesundheitseffekt gleichen Verhaltens (z.B. des Nichtrauchens) in den unteren Klassen und Schichten geringer als bei den Bessergestellten. Darauf haben schon die oben zitierten Untersuchungen mit den Daten der Whitehall-Studie in England verwiesen. Die Untersuchungen Blaxters mit den Daten des britischen »Health and Lifestyle Survey« bestätigten das erst neulich: Die verhaltensabhängigen Gesundheitseffekte sind in Schichten mit günstigeren Lebensbedingungen größer als unter ungünstigen. Daher führt beispielsweise das Rauchen zu größeren Fitness-Unterschieden in der »non-manual class« als in der »manual class«. Für Männer, die leichte Arbeit verrichten, »lohnt« sich das Nichtrauchen gesund-

---

80 Marmot/Rose et al. (1978).

81 Über diese Studie gibt es eine für mich unübersichtliche Vielzahl von Veröffentlichungen. 18 403 Bedienstete des Öffentlichen Dienstes zwischen 40 und 64 Jahren wurden zwischen 1967 und 1969 untersucht und bis 1989 weiterverfolgt (Smith/Leon et al. 1991, S. 339 ff.).

82 Blaxter (1990, S. 113 ff.).

83 Tesh (1988); Kühn (1987a).

heitlich mehr als für Schwerarbeiter. »Gute Ernährung« reduzierte die Erkrankungsraten zwar bei den Frauen der »non-manual class«, aber nicht bei denen der »manual class«. Gesundere Lebensweise scheint generell in den Wohngebieten mit hohem Status zu einer besseren Gesundheit zu führen als in innerstädtischen Regionen oder Industrieregionen usw.<sup>84</sup> Kurzum: Nicht nur das Gesundheitsverhalten, sondern auch dessen Wirkungen hängen von den sozialökonomischen Lebensbedingungen ab.<sup>85</sup>

Je besser also die Lebensbedingungen, desto höher der Effekt gesunden Verhaltens. Mehr noch: Die Gesundheitseffekte unterschiedlichen Verhaltens sind geringer als die unterschiedlicher Lebensumstände (angezeigt durch Berufsgruppe, Einkommen, Wohnen, Streß und soziale Unterstützung). Das wird durch die Langzeitstudie im kalifornischen Alameda County bestätigt, wo man 1985 bereits auf 18 Jahre fortlaufende Daten zurückgreifen konnte.<sup>86</sup> Die Mortalität der Personen mit »inadäquaten« Einkommen betrug das 2,1fache derjenigen mit »sehr adäquaten« Einkommen. Man hat die Daten standardisiert um die Faktoren Alter, Geschlecht, Rasse, Rauchgewohnheit, Alkoholkonsum, Schlafgewohnheiten, körperliche Freizeitaktivitäten, Bluthochdruck, Herzbeschwerden und Brustschmerzen sowie Krebs, und immer noch betrug das Mortalitätsrisiko der unteren von zwei Einkommensgruppen das 1,6fache.<sup>87</sup>

### 2.1.7 Soziale Ungleichheit der gesundheitsbedingten Lebensqualität

Die eingangs angeführten zentralen Gesundheitsziele »gleiche Gesundheitschancen« und »Verlängerung der gesunden Lebensspanne« sind untrennbar

---

84 Blaxter (1990, S. 203-243); als Indikatoren für »soziale Klassen« wurde - wie in England üblich - das allgemeine Berufsregister herangezogen. Nicht nur die Hausfrauen wurden nach der Berufstätigkeit des Ehemannes klassifiziert, auch bei den berufstätigen Frauen ergaben sich klarere Trends, wenn die Klassifikation des Ehemannes zugrunde gelegt wurde (ebenda, S. 61).

85 In verschiedenen Besprechungen wurde auch Kritik am Fehlen statistischer Tests geäußert, mit denen die Nachteile von Querschnittsuntersuchungen im Vergleich zu Longitudinalstudien hätten vermindert werden können (z.B. West 1991, S. 577). Von der Qualität der Daten und dem auch von den Kritikern anerkannten sensiblen Umgang der Autorin mit ihnen abgesehen, sind die Ergebnisse in hohem Maße konsistent mit denen der oben zitierten Longitudinalstudie von Marmot und anderen.

86 Es wurde im sogenannten »Human Population Laboratory« 1965 mit Erhebungen bei systematisch ausgewählten 4 452 Haushalten (8 023 Erwachsene) begonnen, die jährlich weitergeführt werden.

87 Kaplan (1985), zit. nach Marmot/Kogevinas/Elston (1987, S. 129).

miteinander verwoben, sobald man die gesamte Bevölkerung im Auge hat. Das wird in der Gesundheitspolitik nicht gesehen oder zumindest nicht hinreichend bedacht. Hier spielt statt dessen die Argumentation eine Rolle, die Erfolge der steigenden Lebenserwartung verlängerten zwar das Leben, dieses sei jedoch von minderer »Lebensqualität« (d.h. minderen Wertes), da die hinzugefügten Lebensjahre durch chronische Erkrankungen und Einschränkungen gekennzeichnet seien. Es ist die These vom vergeblichen Bemühen. Sie hat nun auch eine zentrale Bedeutung in der Ende der achtziger Jahre einsetzenden Debatte um die »Rationierung« nützlicher medizinischer Leistungen gegenüber alten Menschen erhalten, in der sie der Abwertung des zu Rationierenden dient.<sup>88</sup> Die empirische Lage zeigt aber etwas anderes sehr deutlich, nämlich daß darüber, ob und zu welchem Anteil die gewonnenen Lebensjahre gesundheitlich beeinträchtigt sind, ganz wesentlich die sozialökonomische Schichtzugehörigkeit entscheidet. Die Vergeblichkeitsthese trifft zwar für die unteren Schichten durchaus zu, nicht jedoch für die oberen sozialen Schichten, der ihre Schöpfer und Verbreiter selbst angehören. Die Gründe lassen sich also nicht in der schnell bemühten Biologie des Altersprozesses entdecken, sondern in der Sozialstruktur.

Am Survey Research Center der Universität von Michigan wurde von 3 617 Personen über 25 Jahre der Zusammenhang von Alter und chronischen Einschränkungen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status untersucht.<sup>89</sup> Als abhängige Variable erhob man drei Indikatoren der physischen Gesundheit:

1. einen Index für *chronische Bedingungen* im vorangegangenen Jahr (Arthritis/Rheuma, Lungenkrankheiten, Bluthochdruck, Herzinfälle, Diabetes mellitus, Krebs, Schlaganfall, Brüche, Harninkontinenz);
2. einen Index für den *funktionalen Status*, angefangen von Bettlägerigkeit bis zur Fähigkeit, schwere Arbeit außer Haus verrichten zu können; schließlich
3. einen Index der berichteten *Begrenzungen bei den täglichen Aktivitäten*, reichend von »zum großen Teil« bis »gar nicht«.

Für den *sozioökonomischen Status* entwickelte man lediglich vier Kategorien, die aus den Indikatoren Einkommen und Bildung (Ausbildungsjahre) zusammengefügt wurden. Diese Einteilung ist sehr grob, es gibt nur drei Gruppen von Bildung und nur zwei Einkommensgruppen (über oder unter 20 000 Dollar), die jeweils anders kombiniert werden. Die wirkliche Ober- und

---

<sup>88</sup> Callahan (1990); zur Rationierungsdebatte insgesamt vgl. Kühn (1991).

<sup>89</sup> House/Kessler et al. (1990, S. 383).

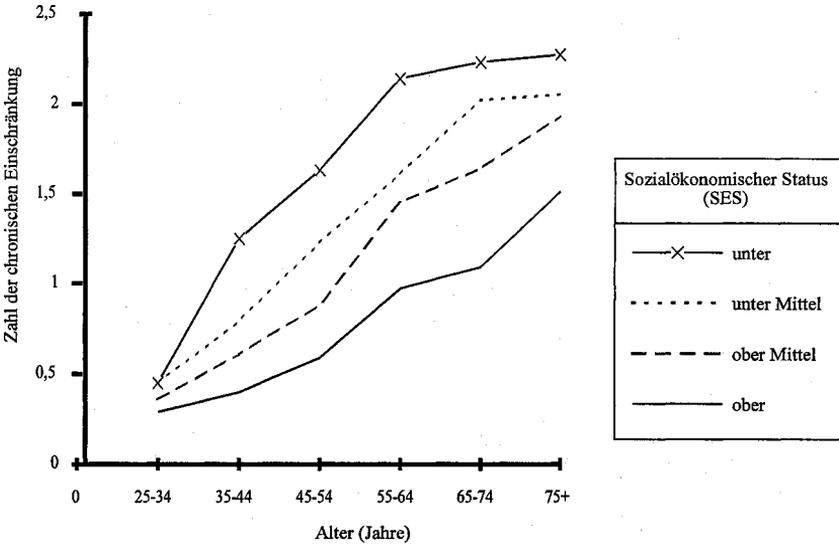
obere Mittelklasse hat natürlich ein wesentlich höheres Einkommen als 20 000 Dollar, so daß die Unterschiede zwischen den statistischen Klassen die Unterschiede der realen Klassen untertreiben:

1. »upper socio-economic status«: 16 und mehr Jahre Ausbildung *und* Einkommen von über 20 000 Dollar jährlich;
2. »upper-middle SES«: 12 bis 15 Jahre Ausbildung *und* Verdienst über 20 000 Dollar;
3. »lower-middle SES«: 0 bis 11 Jahre *Ausbildung oder* Einkommen über 20 000;
4. »lower SES«: 0 bis 11 Jahre Ausbildung *und* unter 20 000 Dollar Verdienst. Zu dieser statistischen »Oberklasse« würde in Deutschland bereits jeder akademisch Ausgebildete mit einer entsprechend bezahlten Ganztagsbeschäftigung gehören.

Abbildung 2.9 zeigt, daß in den mittleren Altersgruppen zahlreiche chronische Bedingungen manifest werden, das Ausmaß der Prävalenz aber sehr deutlich vom sozioökonomischen Status abhängig ist: Bei den jungen Erwachsenen (25 bis 34 Jahre) sind die schichtspezifischen Unterschiede noch nicht signifikant, da chronische Krankheiten und Behinderungen insgesamt noch sehr niedrig sind. Aber schon im frühen mittleren Alter (35 bis 44 Jahre) sind die Unterschiede beträchtlich. Das steigert sich noch in den Altersgruppen der 45- bis 54jährigen und der 55- bis 64jährigen. Bei den über 75jährigen alten Menschen werden die Disparitäten dann wieder geringer.

Dem Verlaufsmuster des Gesamtindex folgen auch die chronischen Bedingungen, wenn sie einzeln untersucht werden: Die Personen zwischen 35 und 44 Jahren, die der untersten sozioökonomischen Schicht angehören, weisen bereits genauso viele chronische Krankheiten und Einschränkungen auf wie die älter als 75jährigen der obersten Schicht. Der negative Höhepunkt ist in der untersten Schicht bereits bei den 55- bis 64jährigen erreicht, in der unteren Mittelschicht bei den 65- bis 74jährigen, bei den beiden oberen Schichten aber nicht vor dem 75. Lebensjahr. Es zeigt sich also eine beträchtliche Verschiebung von chronischen Krankheiten und Behinderungen in der höchsten sozioökonomischen Gruppe, in der die mittlere Prävalenz der zehn chronischen Bedingungen bis zum Alter von 54 Jahren unter 0,5 bleibt und bis zum 75. Lebensjahr unter 1,0. Im Gegensatz dazu wächst die mittlere Prävalenz bei den unteren Gruppen bereits zwischen 25 und 54 Jahren sehr stark.

Abbildung 2.9: Chronische Bedingungen im Altersverlauf nach sozioökonomischem Status (SES = Einkommen und Bildung)



Quelle: Americans' Changing Lives Survey (N = 3 617); House/Kessler et al. (1990, S. 396).

Ähnlich verhält es sich bei den bedeutenden funktionalen Einschränkungen und Begrenzungen der alltäglichen Lebensaktivitäten wie der Fähigkeit, schwere Arbeit um das Haus zu verrichten. Sie treten in der oberen Sozial-schicht nicht vor dem 75. Lebensjahr auf.

Für die oberen sozialökonomischen Schichten ist - im Unterschied zu den Unterschichten - das häufig als utopisch angesehene Ziel der Verschiebung chronischer Erkrankungen ins hohe Lebensalter bereits annähernd realisiert: Über alle Schichten haben nur 0,5 bis 1,4 Prozent der Personen zwischen 25 und 34 Jahren drei oder mehr chronische Bedingungen berichtet. In der oberen Schicht erreicht die Prävalenz eines solchen Niveaus der Multimorbidität niemals mehr als 16 Prozent, selbst nicht in der Altersgruppe der über 75jährigen. Dagegen berichten schon 12 Prozent der unteren Schicht im Alter zwischen 35 und 44 Jahren drei oder mehrere chronische Bedingungen, in der Gruppe zwischen 45 und 54 sind es schon 26 Prozent und gar 39 Prozent vor dem 65. Lebensjahr. Ähnlich verhält es sich bei dem Anteil der Personen, die nicht in der Lage sind, ein paar Treppenstufen ohne Schwierigkeiten zu laufen. Das sind weniger als 3 Prozent der Personen aller

Schichten im Alter zwischen 25 und 34 Jahren. In der oberen sozioökonomischen Schicht steigt dieser Anteil auf nur 5 Prozent derer im Alter zwischen 65 und 74 Jahren sowie auf 9 Prozent bei den über 75jährigen an. Dagegen haben diese Schwierigkeiten in der unteren Schicht schon 12 Prozent der Menschen zwischen ihrem 35. und 44. Lebensjahr, 29 Prozent in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren und schließlich über 40 Prozent der alten Menschen über 75 Jahre.<sup>90</sup> Auch hier wird deutlich, daß die beiden unteren sozioökonomischen Schichten bereits im mittleren Lebensalter unter erheblichen chronischen Bedingungen und funktionalen Einschränkungen leiden, die bei der oberen Schicht - wenn sie überhaupt auftreten - ins hohe Alter verschoben sind.

### *Exkurs: Zu einem amerikanisch-deutschen Gesundheitsvergleich*

Die Besonderheiten des Verhältnisses der Amerikaner zur Gesundheit werden von einer vergleichenden Analyse der Daten des nationalen Befragungs- und Untersuchungssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie und des National Health Interview Survey der USA<sup>91</sup> eher verwischt als verdeutlicht: Auf die Frage nach dem gegenwärtigen Gesundheitszustand (bei fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten) wählten weit mehr Amerikaner (65 Prozent) als Deutsche (45 Prozent) die positiven Antwortmöglichkeiten »sehr gut« (excellent) und »gut« (very good). Lediglich bei den 45- bis 64jährigen Männern sind in der Kategorie »schlecht« 8 Prozent der Amerikaner und 5 Prozent der Deutschen versammelt. Ein solcher Vergleich allein sagt nichts über tatsächliche Unterschiede des Gesundheitsstatus. Da ist zunächst einmal der Umstand zu nennen, daß es in der amerikanischen Alltagskultur in weit höherem Ausmaß üblich ist, sich zur eigenen Lage positiv bis (für

---

90 Diese Ergebnisse sind mit den Daten des National Health Interview Survey (N = 55 690) sowohl für chronische Bedingungen als auch für einen Indikator für funktionale Einschränkungen im Prinzip nachvollzogen und bestätigt worden.

91 Schroeder/Mucha (1991). Generell halte ich internationale Vergleiche subjektiver Einstellungen und Verhaltensweisen für fragwürdig; exemplarisch ist Lüschen/Cockerham/Kunz (1987). Die Studie ist spekulativ angelegt und weist in Einzelpunkten zudem noch viele Fehlschlüsse auf. Etwa werden die in den USA niedrigere Bettendichte und kürzere Krankenhausverweildauer als Indikatoren »für einen schlechteren Gesundheitszustand der deutschen gegenüber der amerikanischen Bevölkerung« genommen (S. 65), oder der größere Anteil an stark Übergewichtigen in den USA wird - da sonst das Vorurteil aufgegeben werden müßte - als Ausdruck »größerer Individualität« (S. 66 f.) interpretiert.

deutsche Begriffe) enthusiastisch zu äußern als in Deutschland. Das gilt besonders für die Gesundheit, die - mehr noch als in Deutschland - zugleich auch moralischer Begriff ist. Die Autoren bemerken denn auch, daß »Krankheit für [die Deutschen] nicht in dem Maße negativ besetzt ist wie im amerikanischen«<sup>92</sup>. Ohne die Aussagen der Befragten zur eigenen Gesundheit in einen sozialpsychologischen Kontext zu stellen, muß ein solcher Vergleich eher zu Mißverständnissen führen, als daß er zum Verständnis beitragen könnte.<sup>93</sup>

Nicht viel anders verhält es sich mit anderen Aussagen des Vergleichs. Interessant ist, daß in den Vereinigten Staaten der subjektive Gesundheitszustand in stärkerem Maße als in Deutschland vom Einkommensniveau der Befragten abhängt. Das geht sogar soweit, daß der Anteil der beiden schlechten Kategorien auf der jeweils untersten Einkommensstufe in den USA höher liegt als in der Bundesrepublik, obwohl die eigene Gesundheit insgesamt positiver gesehen wird. Unterstellt man einmal die Vergleichbarkeit, so fühlen sich Deutsche an mehr Tagen gesundheitlich beeinträchtigt (d.h. stationär, bettlägerig oder ohne Bettlägerigkeit zu Hause) als Amerikaner. Während man für Deutschland vielleicht einige allgemeine Aussagen über Anreize und Sanktionen z.B. in bezug auf das Krankheitsverhalten in der Arbeit machen könnte (Lohnfortzahlung, betriebliche Mitbestimmung, Arbeitsrecht usw.), ist das für die Vereinigten Staaten nicht möglich. Betriebliche Sozialpolitik, Umfang der Krankenversicherung, der Lohnfortzahlung usw. sind - wenn überhaupt - tariflich geregelt und sehr unterschiedlich. Über Organisation und Intensität der Arbeit, also die Dispositionsspielräume und Belastung, die das Krankheitsverhalten der Beschäftigten beeinflussen, weiß man nicht genug, um sinnvolle Vergleiche anstellen zu können. Immerhin ist trotz wesentlich längerem, tariflich abgesicherten Urlaub und höheren Fehlzeiten die durchschnittliche Arbeitsproduktivität in Deutschland höher als in den USA.

Die Zahl der Arztkontakte ist der Befragung zufolge in Deutschland 2,6- bis 2,9fach höher als in den USA. Dabei verringert sich die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit steigendem Einkommensniveau.<sup>94</sup> Das kann ebenfalls kaum als Anhaltspunkt für unterschiedliche (auch subjektive) Gesundheitsniveaus genommen werden. Vom deutschen kassenärztlichen Honorarsystem ist bekannt, daß es sich steigend auf die Häufigkeit der Arztkontakte auswirkt, indem z.B. Patienten wiedereinbestellt werden oder diagno-

---

92 Schroeder/Mucha (1991, S. 112).

93 Einen solchen Versuch unternimmt z.B. Lasch (1979).

94 Schroeder/Mucha (1991, S. 116).

stische und therapeutische Maßnahmen auf mehrere Besuche verteilt werden. Zumindest bei jenen amerikanischen Anbietern, die in einem der expandierenden prospektiv finanzierten Systeme (z.B. »Health Maintenance Organizations« oder »Preferred Provider Organizations«) tätig sind oder die unversicherte oder Sozialhilfepatienten (Medicaid) betreuen, besteht eher Anreiz zur Minimierung der Arztkontakte. Für die Patienten in den herkömmlichen Honorarsystemen (Fee for Service) ist meistens - bei im internationalen Vergleich sehr hohen Preisen - die Selbstbeteiligung derartig hoch, daß sie sich den maximierenden Versuchen der Ärzte widersetzen würden.

Die inverse Einkommensabhängigkeit der Arztbesuche in den USA hat mehrere, teilweise gegenläufige Gründe. Während niedriges Einkommen für viele Amerikaner eine Schwelle der Inanspruchnahme darstellt<sup>95</sup>, ist das Erkrankungsrisiko der gut verdienenden Amerikaner geringer, ebenso wie es ihr beruflicher Dispositionsspielraum ist, der ihnen die Arbeit auch bei eingeschränktem Wohlbefinden noch ermöglicht, was z.B. einem Schichtarbeiter in der Regel nicht möglich ist. In den USA gibt es erheblich größere Unterschiede im Niveau der medizinischen Leistungen als in Deutschland. Zwischen einer Klinik der Maximalversorgung in einer »guten Wohngegend« und den Public Hospitals in den Innenbezirken der Großstädte besteht oft ein Unterschied wie zwischen Schweden und einem Land der Dritten Welt. Darum sagt die reine Zahl der Arztbesuche über die Inanspruchnahme nicht viel aus. Immerhin wird im Durchschnitt für weit weniger Arztkontakte weit mehr Geld ausgegeben. Die gleichen Einschränkungen gelten für den stationären Aufenthalt.

Die empirischen Einwände gegen die Effektivität des Lebensstilkonzepts müssen nicht nur statistisch korrekt, sondern auch theoretisch plausibel sein. Bevor im Detail die wichtigsten Felder der Präventionspolitik analysiert werden, sollen noch einige übergreifende Überlegungen zur Effektivität (vgl. Abschnitt 2.2) angestellt und dann der Versuch unternommen werden, plausibel zu machen, daß zentrale gesellschaftliche Konstellationen die reduktionistische Sichtweise und Praxis des Lebensstilkonzepts tendenziell fördern und reproduzieren (vgl. Kapitel 3).

---

95 Kühn (1990).

## 2.2 Lebensstil oder Konsumverhalten: Theoretische Einwände

Mit dem Lebensstilkonzept wird das ökonomische System ebenso wie alle anderen gesellschaftlichen Bedingungen aus dem Gestaltungshorizont der Präventionspolitik bzw. Gesundheitsförderung ausgeblendet, sogar dann, wenn sie am Arbeitsplatz stattfindet (vgl. Kapitel 7). Soziologische Kritiker behandeln den Reduktionsismus des praktizierten Lebensstilbegriffes so, als ginge es um ein Mißverständnis, das mit der Darlegung seiner »wirklichen«, ganzheitlicheren Herkunft und der ihm eigenen Begriffsgeschichte aus der Welt geräumt werden könnte.<sup>96</sup> Tatsächlich jedoch handelt es sich gar nicht um einen soziologischen Begriff, vielmehr ist er der gerade durch ihn ausgeklammerten Welt der Ökonomie entlehnt. Genauer gesagt, ist er absatzwirtschaftlicher Herkunft und stammt aus der Marketingtheorie des Unternehmens, in der mit »Lebensstil« die sich in Konsum- und Freizeitgestaltung äußernden Bedarfs- und Nachfragemuster sozialer Gruppen bezeichnet werden.<sup>97</sup> Indem er in der Prävention übernommen wird, verschwindet damit die Marktökonomie zwar als Feld der gesundheitsbezogenen Intervention, schleppt aber zugleich eine Reihe marktwirtschaftlicher Kriterien, Inhalte und Konnotationen in dieses Feld ein.

Der betriebswirtschaftliche Lebensstilbegriff ist mit der Entwicklung der »fordistischen«, auf Massenproduktion und -konsum beruhenden Ausprägung der kapitalistischen Ökonomie entstanden.<sup>98</sup> Deren neuralgisches Problem war nicht mehr länger die Überwindung der Knappheit, sondern vielmehr deren Herstellung, nicht mehr die Sättigung der Bedürfnisse, sondern deren immer neue Ausweitung.<sup>99</sup> Nicht mehr Sparen und Akkumulieren ist der Engpaß für die Unternehmen, sondern der Absatz. Soll er überwunden werden, verlangt das strategisches und vorausschauendes Handeln, zu dessen Fundierung die psychologischen und soziologischen Faktoren der Kaufentscheidung von Individuen und sozialer Gruppen untersucht werden müssen. Zu diesem begrenzten und pragmatischen Zweck bedient man sich seither des Begriffes »Lebensstil« bei der Typisierung von Konsummustern und Konsumentengruppen.<sup>100</sup>

---

96 Beispielsweise Gerhardt (1992).

97 Vgl. Banning (1982).

98 Hirsch/Roth (1986).

99 Hirsch (1976).

100 Ein bezeichnendes weiteres Anwendungsfeld dieses marketingtheoretischen Begriffes ist die Wahlanalyse für Parteien.

Diese Herkunft des Begriffes ist keineswegs nur von akademischem Interesse, denn sie teilt auch etwas mit über den sozialen Gehalt der (solcherart) lebensstilorientierten Strategien, insbesondere des vorherrschenden Typs der Gesundheitsförderung. Dieser hat beispielsweise das Bild des »Kunden« weitgehend übernommen, dessen Auswahlentscheidungen (z.B. über »gutes Fett« oder »schlechtes Fett«) es zu beeinflussen (zu manipulieren) gilt. In ihrem Selbstverständnis sind die Gesundheitsförderer diejenigen, die etwas »verkaufen«, ganz unabhängig davon, ob dies auf kommerziellen Wegen stattfindet oder nicht.<sup>101</sup> Ausgeschlossen ist im Grundmuster von »Anbietern« (seller, provider) und »Konsumenten« (health consumer, client) z.B. der Zusammenschluß zum gemeinsamen Verändern gesundheitsrelevanter Bedingungen. Auch das Verständnis von Krankheit bzw. Risikoverhalten wird nun als Ergebnis »falscher Auswahlentscheidungen« verstanden.

Natürlich ist die soziologische Kritik dieses Lebensstilverständnisses notwendig, jedoch nicht im Sinne der Aufklärung eines Mißverständnisses. Es geht vielmehr um ein umfassenderes Verständnis, das es ermöglichen soll, zu tragfähigen Inhalten, Formen und Strategien für die Prävention zu gelangen. Und hier kann sich tatsächlich ein Blick auf die Geschichte des soziologischen Lebensstilbegriffes lohnen. Die erste Frucht dieser Hinwendung ist die Erkenntnis, daß der in der Gesundheitsförderung herrschende Gebrauch nur in sehr isolierter Weise wenige seiner Aspekte umfaßt. Die sozialen Inhalte und die innere Kohärenz des soziologischen Begriffes haben viel von Max Webers Verständnis der »Lebensweise von Gruppen« angenommen.<sup>102</sup> In welcher Weise auch immer der Begriff Lebensstil verwendet wird, so ist er doch eines der Realität, die damit begriffen werden soll, schuldig, nämlich die Hervorhebung seines »ganzheitlichen und kohärenten Charakters«<sup>103</sup>. Das findet sich schon sehr einsichtig bei Georg Simmel formuliert, der den Lebensstil aus dem Streben der Individuen nach sozialer Identität hervorgehen sieht, »eine Gestaltung mit eigenem Zentrum, von dem aus alle Elemente seines Seins und Tuns einen einheitlichen, aufeinander bezüglichen Sinn erhalten«<sup>104</sup>.

Sowohl den - was die Subjektivität angeht - holistischen Charakter des Lebensstils als auch seine objektiven, durch die Lebensverhältnisse aufgenötigten, angeeigneten oder unbewußt verinnerlichten Elemente führt Bourdieu

---

101 Grace (1991).

102 Vermutlich hat Max Weber den Begriff »Lebensstil« wörtlich nicht benutzt.

103 Müller (1989).

104 Simmel (1989, S. 591 ff.).

auf den Habitus zurück. Im Habitus drücken sich gruppenspezifische Typen von Realbeziehungen zwischen Individuen und Gesellschaft aus. Es handelt sich um Zeichensysteme, die die eigene Zugehörigkeit und Distinktion zu bestimmten sozialen Gruppen ausdrücken, sei es durch den Autotyp, die Einkommensklasse, den Ferienort, den Musikgeschmack oder den Freundeskreis. In diesem Zusammenhang besonders wichtig ist es, daß auch das Verhältnis zum eigenen Körper (und somit das Gesundheitsverhalten) ein integraler Bestandteil des Habitus ist. Die Aneignung des Habitus aber - und damit auch die Ausbildung des Lebensstils - ist gesellschaftlich strukturiert, limitiert und differenziert, es drücken sich in ihm sowohl die sozialen Verhältnisse, die Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen als auch die individuelle Persönlichkeit aus. Das heißt, das Individuum ist kein milieutheoretischer Abklatsch der gesellschaftlichen Bedingungen, aber ähnliche sozialökonomische Existenzweisen führen zu ähnlichen Habitustypen. Der Habitus ist ein »strukturiertes und (den Lebensstil) strukturierendes System« verinnerlichter Muster, eine Art innerer Organisator der Praxisbewertung (moralisch und ästhetisch) und der Praxisformen, er läßt Verhaltensweisen selbstverständlich werden. Für die lebensstilbezogene Prävention ist von besonderer Bedeutung, daß die so verstandenen Lebensstile kohärent sind, d.h. ihre Verhaltensformen, Denk- und Wertungsweisen sind kein Sammelsurium, dessen einzelne Elemente sich beliebig manipulieren ließen und austauschbar wären, wie das die »rational-choice«-Annahme suggeriert. Daran scheitern in der Realität behavioristische Versuche, einzelne Elemente des Lebensstils, z.B. die Eßgewohnheiten, zu dressieren. Wichtig ist: Die Aneignung eines bestimmten Habitus spielt sich nicht nur, vielleicht nicht einmal vorwiegend, auf der Ebene des Bewußtseins ab, sondern erfolgt auf allen Ebenen des gesamten psychischen Apparates, es ist die gesellschaftliche produzierte »innere Natur« des Subjekts.<sup>105</sup>

Betrachtet man das Problem unter dem Gesichtspunkt der Kohärenz des Lebensstils, dann erscheint es gerechtfertigt, wenn auch der kleine Ausschnitt von Verhaltensweisen, den die herrschende Präventionspraxis nur thematisiert, unter den Begriff Lebensstil gefaßt wird. Darin könnte sich ein Bewußtsein davon ausdrücken, daß, wer bestimmte Verhaltensweisen ändern will, das Gesamte des Lebensstils zu bedenken hätte. Aber die wenigsten Vertreter des Lebensstilkonzepts in der Prävention berücksichtigen diese Zusammenhänge, sondern üblicherweise isolieren sie lediglich einige »Risikofaktoren« und behandeln sie, als seien es Dinge, die sich an oder in Personen

---

105 Bourdieu (1987, insbesondere S. 171 ff., S. 277 ff., S. 339).

befinden und die es zu beseitigen bzw. zu bekämpfen gälte wie Bazillen oder toxische Stoffe.

Ein Beispiel für die programmatisch isolierte Bekämpfung von ungesunden Verhaltensweisen des sogenannten Lebensstils liefert ein vor kurzem veröffentlichter randomisierter klinischer Versuch: »The Lifestyle Heart Trial«. <sup>106</sup> Der Nachweis war zu erbringen, daß herzkrankte Patienten außerhalb des Krankenhauses durch Lebensstiländerungen (d.h. vegetarische Ernährung mit wenig Fett, Raucherentwöhnung, Streß-Management-Training und gemäßigte Gymnastik) ihre koronare Atherosklerose zurückbilden können. Das Programm war derartig intensiv, daß man es sich außerhalb eines solchen Laborversuchs nicht vorstellen kann. Das Ergebnis war die erfolgreiche Reduzierung von Anzahl, Dauer und Schweregrad der Herzinfälle. Die Erfolgsraten wären jedoch weniger imponierend gewesen, wenn die sechs (bei 28 Mitgliedern der Versuchsgruppe immerhin 21 Prozent) »Ausfälle« hinzugezählt worden wären, vor allem weil auffälligerweise von der Kontrollgruppe (Normalbehandelte) nur eine Person ausgefallen war. Die angegebenen Gründe für deren Herausnahme wären im realen Leben eher weit häufiger eingetroffen, denn man hatte ideale Probanden ausgewählt. So ist ein herausgenommener Patient der Behandlungsgruppe gestorben, weil er die Gymnastikübungen »entgegen den Empfehlungen« übertrieben hatte. Wie hätte man den Tod eines (von 28) Patienten mit der gesunkenen Anzahl der Herzinfälle der anderen verrechnet? Ein anderer Proband konnte nicht mehr untersucht werden, weil er bei der Klinik eine große Krankenhausrechnung offen hatte - ebenfalls ein Sachverhalt, der im Lebensalltag amerikanischer Bürger an der Tagesordnung ist. Ein anderer war nicht als Alkoholiker erkannt worden und »schied aus« usw. Im klinischen Paradigma rechtfertigen sich solche Versuche unter Idealbedingungen von selbst, es ist eine traditionelle Vorgehensweise, vertraut bei Versuchen mit Tieren. Aber »Lebensstil« ist kein Ding, das man hinzufügt oder wegläßt, und die sogenannten Ausfälle haben Gründe, die ebenfalls im Zusammenhang mit dem Lebensstil stehen. Wären sie im Ergebnis berücksichtigt worden, so hätte der Versuch selbst immanent als gescheitert gegolten.

Mit dem verlorenen psychosozialen Zusammenhang ist auch die Möglichkeit dahin, die inkriminierten Verhaltensweisen (Rauchen, Trinken, über-

---

106 Ornish/Brown et al. (1990). Dieser Forschungsbericht stellt sich als Erfolgsbeispiel dar. Das Scheitern kann viele Formen annehmen wie Nichtgelingen oder Rückfall, es kann aber auch im Gewande des Erfolges daherkommen, wenn die Umstellung gelungen ist um den Preis von Krankheit. Selbstverständlich ist dem nicht nachgegangen worden.

mäßiges Essen usw.) beispielsweise als pathogenes »Bewältigungsverhalten« gegenüber Belastungen in der Arbeits- und Lebenswelt zu erkennen. Eine Forschergruppe, die den Ursachen des Herzinfarktes bei Industriearbeitern nachging, konnte mit den gängigen Lebensstilfaktoren den pathogenetischen Prozeß nicht nachvollziehen. Auf der anderen Seite erwies sich aber auch das psychologische Streßmodell als ungeeignet, die unterschiedlichen objektiven Belastungen, auf die die psychische Verarbeitung bezogen werden sollte, zu berücksichtigen. Jedoch eröffnete die umfassende arbeits- und berufsbiografische Erforschung des Arbeitslebens die Möglichkeit, typische sozio- und psychogenetische »Wege zum Infarkt« herauszuarbeiten. Wichtig ist, daß es dabei um Prozesse und Konstellationen, nicht um Faktoren ging. Eine Regelmäßigkeit auf dem Weg zum Infarkt ist die »Leistungsschere«, die sich entwickelt, wenn eine hohe, für den einzelnen unausweichliche Dauerbelastung (z.B. Kombinationen von Zeitknappheit, Fehlerkontrolle und Sanktionsdruck) zu Überforderungen führt, die ihn dazu zwingen, seine psychophysischen Ressourcen auch außerhalb der Arbeit immer stärker einzusetzen. Eine Reihe typischer Belastungskonstellationen läßt sich ausmachen, die allmählich die individuelle Bewältigungskapazität erschöpfen. Das Bewältigungsverhalten wird zunehmend labiler, inkonsistenter und ineffizienter, hinzu kommen dann Angst und Angstdämpfungsversuche. »Streßverhalten«, Alkohol-, Tabletten- und Zigarettengenuß stehen bei diesem sozio- und psychogenetischen Modell in einem Zusammenhang, in dem sie für den Betroffenen einen »Sinn« haben. Der Herzinfarkt selbst wird dann häufig nach einem langen Prozeß durch ein einschneidendes Lebensereignis, einen Belastungsschub (life event) ausgelöst.<sup>107</sup> Einzelne Forschungsergebnisse, etwa über den positiven Zusammenhang von Belastungen in der Arbeit und dem Rauch- und Trinkverhalten sowie dem Blutfettspiegel, lassen sich hier einfügen.<sup>108</sup> Vergleichbare Muster von sich aufschaukelnden pathogenen Prozessen, wie sie in der Herzinfarkt-Studie entdeckt wurden, sind auch für Entwicklungen im Zusammenhang mit sozialer Isolierung bzw. fehlender sozialer Unterstützung (social support) gefunden worden.<sup>109</sup>

Es wird somit deutlich, daß es sich beim sogenannten Fehlverhalten häufig um individuelles Bewältigungsverhalten handelt, zu dem Individuen greifen, wenn ihnen die Konstellationen keine alternativen Handlungsweisen zu

---

107 Friczewski/Maschewski et al. (1983).

108 Müller (1980, S. 97 ff.); Marmot/Theorell (1988); Blaxter (1990).

109 Berkman/Syme (1979); einen Literaturüberblick geben Schwarzer/Leppin (1991) und House (1989).

bieten scheinen.<sup>110</sup> Bei Berücksichtigung dieser Restriktionen wird verständlicher, warum traditionelle Aufklärung über die Gesundheitsschädlichkeit z.B. des Alkohols und der moralische Druck vergeblich oder sogar - vermittelt durch Ohnmachtserfahrungen - pathogen sein müssen, wenn damit nicht alternative und zusätzliche Bewältigungsressourcen einhergehen. Die beeinträchtigenden Unterschiede bei Risikoverhalten, Krankheit und Sterblichkeit zwischen den sozioökonomischen Schichten stehen in genau diesem Zusammenhang. Dabei sind beispielsweise die Restriktivität der Arbeit, also Grad und Qualität der Handlungsmöglichkeiten (Ressourcen) zur Bewältigung von Belastungen, sowie »Gratifikationskrisen« (als Diskrepanz zwischen hoher Belastung und geringen materiellen und ideellen »Gratifikationen«) zwei der bereits operationalisierten und erforschten Ursachenfelder in der Arbeit.<sup>111</sup> Allgemeiner ansetzende Konzepte wie »control of destiny«, »powerlessness« oder »sense of coherence« versuchen das gleiche Problem in den gedanklichen Griff zu bekommen.<sup>112</sup> Der Mensch hingegen, den die gängigen Lebensstilkonzepte meinen, ist in bezug auf seine Umwelt völlig *passiv*. Er hat einiges zu unterlassen oder einzuschränken (Rauchen, Trinken, das Essen tierischer Fette), seinen Körper regelmäßig zu bewegen, und er hat zu lernen, sich gegenüber den Anforderungen entspannt zu verhalten. Selbst die Dimension, auf die der Ansatz sich ausdrücklich bezieht, nämlich die subjektive Seite des Lebensstils, reduziert und verdinglicht er auf einen Teil der Konsumsphäre eines isolierten Individuums. Darum ist eigentlich die Kritik, man beziehe sich nur auf den Lebensstil, zu einem Teil noch ein unfreiwilliges und unverdientes Lob.

Zusammenfassend gesagt, unterscheiden sich die sozialen Klassen und Schichten durchgängig durch den Grad der Restriktivität der Lebensverhältnisse im ganz umfassenden, die Subjektivität, den Habitus und die Bedingungen einschließenden Sinne. So besitzt der Lebensstil eines Universitätsprofessors weit mehr Freiheitsgrade als der des Automobilarbeiters. Letzterer hat restriktivere Arbeitsverrichtungen, sein Einkommen ermöglicht ihm nur eine kleinere Wohnung, weniger Reisen, seine geringere Bildung (z.B. Fremdsprachen) behindert Chancenwahrnehmungen usw. Darum ist der Habitus, der in den oberen Schichten angeeignet wird, nicht nur »anders«, er ist auch flexibler, z.B. müssen auf fettem und vielem Essen oder dem Zigaret-

---

110 Kalimo (1989).

111 Siegrist (1991, S. 43 ff.).

112 Syme (1991, S. 101 f.); Antonovsky (1987).

tenrauchen längst nicht so viele Bedeutungen lasten. Das Verhalten ist weit weniger festgelegt. Es besteht ein größeres Potential an Verhaltensreserven.

Daraus folgt: In einem auf wenige subjektive Faktoren und auf bestimmte soziale Gruppen der Oberklasse und oberen Mittelschichten eingegrenzten Sinne kann die Empirie durchaus eine Effektivität der etablierten Gesundheitsförderung zeigen. Diesen sozialen Schichten gehören die Protagonisten des Lebensstilkonzepts selbst an, was zu einer Art selbstreferentieller Bestätigung führt. Ihr Fehler und ihr Versagen bestehen also zum Teil darin, die eigene Lage und den eigenen Habitus als für die gesamte Gesellschaft gültig zu unterstellen und die Kohärenz von Habitus und Lebensstil zu unter- und damit die Beeinflussungsmöglichkeiten (auch in der eigenen Schicht) zu überschätzen. Das führt zur extremen Übertreibung des präventionspolitischen Potentials dieser Strategie zum einen mit direkten Schäden wie der Beschuldigung der Opfer, d.h. moralischem Druck, der wiederum psychisch verarbeitet werden muß, sowie Krankheitsverschiebungen durch die isolierte Manipulation an einem »Risikofaktor« und zum anderen mit indirekten Schäden durch die Dethematisierung weit effizienterer, weil von der Veränderung der subjektiven Voraussetzungen unabhängiger Strategien der sozialen und ökologischen Prävention.

Die soziale Verallgemeinerung der eigenen Lage durch die Angehörigen der professionellen Gesundheitsberufe trifft für die moralische Seite ebenso zu wie für die gesundheitliche. Levin hat das treffend zusammengefaßt:

»Es gibt keinen störenderen Punkt in der organisierten Gesundheitsförderung als die Vernachlässigung der Möglichkeiten für ein gesundheitsförderliches Leben. Die Mittelklasse-Moral der akademischen Gesundheitsberufe [health professionals] harmoniert durchaus mit der Mittelklasse-Moral der Gesundheitsbürgerwehr. Sie mögen uns, und wir mögen sie. Die Mittelklasse scheint ihre eigene Schuld am Gesundheitsrisiko zu akzeptieren und hat zugleich auch das Geld und die disponible Zeit für einen gesünderen Lebensstil, vielleicht mit Ausnahme der Streßkontrolle bei der Arbeit und der Kontrolle der Verschmutzung von Nahrungsmitteln, Luft und Wasser. Es ist eine Gruppe, die sich gesunde Diät aus Fisch, Früchten und frischem Gemüse leisten kann. Auch kann sie die bewegungsarme Berufsarbeit kompensieren in Gesundheitsclubs. Ein jährlicher Survey über Einstellung und Verhalten zur Gesundheit in den Vereinigten Staaten bestätigt ganz klar den dominierenden Vorbildcharakter des Mittelklasse-Lebensstils. [...] Ganz deutlich ist die Mittelklasse davon überzeugt, die Möglichkeiten für die Beeinflussung ihrer Gesundheit zu haben, und die Gesundheitsförderer verspüren von daher keinen Druck, die Reichweite ihrer Anstrengungen auf soziale, wirtschaftliche oder politische Gebiete auszudehnen. Für die Gesundheit der weniger Begüterten können die Gesundheitsförderer nichts tun. [...] Die [dazu] erforderlichen Veränderungen des Bewußtseins und der Strategie können aber nicht darin bestehen, die Gesundheitsförderungs-Programme nun auch für die Armen zugänglich zu machen. Die Mobilisierung der Armen, der Opfer also, für solche Programme ist pervers und zynisch. Mein Vorschlag ist es, sich

auf die Schranken zu konzentrieren, die so viele Menschen von einem gesünderen Leben abhalten. Das Feld, auf das die Auseinandersetzungen dann ausgeweitet werden müssen, sind die Korridore der Macht und des politischen Einflusses von Interessen auf die regierenden und verwaltenden Institutionen.«<sup>113</sup>

### 2.3 Kriterien gegen tendenzieller Prävention

Aus den Forschungsergebnissen zur sozialen Ungleichheit der gesundheitsabhängigen Lebenserwartung und Lebensqualität lassen sich grundlegende Kriterien zur Präventionspolitik ableiten. Zwar muß man annehmen, daß ein durchschnittliches Lebensalter von etwa 85 Jahren das äußerste ist, was unter günstigen Lebensbedingungen wahrscheinlich erzielt werden kann.<sup>114</sup> Die Vertreter der Verschlechterungsthese, derzufolge die über die heutige durchschnittliche Lebenserwartung hinaus zusätzlich gewonnenen Lebensjahre solche des Leidens an chronischen Krankheiten und Behinderungen seien, haben den Fehler begangen, eine Gesellschaft ohne sozialökonomische Klassen und Schichten zu unterstellen. Das macht ihre empirischen Befunde für präventionspolitische Schlußfolgerungen praktisch wertlos.<sup>115</sup> Wenn man jedoch die soziale Ungleichheit einbezieht, dann zeigt sich, daß das Ziel, die Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen möglichst weit in die letzten Lebensjahre zu verschieben, so utopisch nicht ist.

*Erstens*<sup>116</sup>: Es bestünde die Notwendigkeit, als Handlungsgrundlage auch die empirischen salutogenen Bedingungen zu erforschen, unter denen solche Gesundheitschancen für alle möglich sind. Die Hindernisse für die Verlängerung der gesunden Lebensspanne sind vorwiegend sozialer Art, also veränderbar durch Politik. Bei den oberen sozialökonomischen Schichten kann man durchaus bereits ein niedriges Niveau an Krankheiten und funktionalen Behinderungen bis weit in die späten Phasen des Lebens antreffen. Man muß dazu kein »Wolkenkuckucksheim« phantasieren, sondern muß eine soziale (wenn auch privilegierte) Realität gesundheitswissenschaftlich entziffern. Die

---

113 Levin (1987, S. 57-60).

114 Fries (1980).

115 Vgl. Verbrugge (1984); Estes (1990, S. 14-32, S. 42-53); Guralnik/Schneider (1987).

116 Die Reihenfolge bedeutet keine Bewertung der Relevanz.

»Gesundheitsförderung« als Unternehmen zur Veränderung subjektiven »Fehlverhaltens« müßte sich hier ihren Namen erst verdienen.

*Zweitens:* Die pessimistische These, der zufolge die zusätzlich gewonnenen Jahre in hohem Maße gesundheitlich beschädigt seien, ist für die unteren Schichten tatsächlich zutreffend. Hier nehmen Krankheit und Behinderung stetig schon in den mittleren Jahren und im frühen Alter zu. Die große Masse der verhütbaren Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen in der amerikanischen Bevölkerung - d.h. die Krankheiten und funktionellen Behinderungen in den Altersgruppen bis unter 75 Jahre - ist absolut und relativ auf die unteren sozioökonomischen Schichten konzentriert. Das zweite Kriterium besteht also in der Sicherstellung, daß präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen auf die wirtschaftliche, soziale, moralische und psychische Realität dieser Schichten ausgerichtet und eingestellt sind. In den Gesundheitszielen »Healthy People 2000« des amerikanischen Public Health Service wird denn auch als übergreifender wichtigster Aspekt hervorgehoben:

»Die größten Möglichkeiten für Verbesserungen und die größten Bedrohungen der künftigen nationalen Gesundheit liegen in den Bevölkerungsgruppen, die historisch in wirtschaftlicher, bildungsmäßiger und politischer Hinsicht benachteiligt sind. Das muß unsere wichtigste Priorität sein.«<sup>117</sup>

Im Gegensatz zu dieser Einsicht werden aber Präventionskonzepte an Globaldaten der Altersstruktur, der mittleren Lebenserwartung, Morbidität, Mortalität usw. orientiert, als lebe man in einer klassenlosen Gesellschaft mit homogenen Lebensbedingungen. Bei der lebensstilorientierten Prävention kommt hinzu, daß der Habitus des permanent und bewußt um seine Gesundheit besorgten und bemühten Angehörigen gehobener sozialer Schichten mit vergleichsweise hohem individuellen Handlungsspielraum verallgemeinert wird.

*Drittens:* Das bereits 1979 postulierte Ziel der »Verminderung der Ungleichheiten« wurde - wie wir gesehen haben - verfehlt, denn die soziale Realität entwickelte sich mit der entgegengerichteten Tendenz. Es kann auch nicht von »Teilerfolgen« oder »kleinen Schritten« gesprochen werden, da man heute weiter davon entfernt ist als zum Zeitpunkt der Zielformulierung. Bei genauerem Hinsehen wird sich in den folgenden Kapiteln herausstellen, daß es falsch wäre, für diesen Fehlschlag ausschließlich die - durch staatliche Politik verstärkte - Polarisierung der ökonomischen Klassen und Schichten in

---

117 Healthy People 2000, S. 48.

den achtziger Jahren verantwortlich zu machen. Vielmehr wurde und wird das Ziel mit ungeeigneten Mitteln angestrebt. Das forcierte und praktizierte Konzept der lebensstilorientierten Prävention wirkt als Trendverstärker der Polarisierung: denn das dominierende Lebensstilkonzept verhält sich zur (wachsenden) sozialen Ungleichheit von Krankheit und Sterblichkeit paradox. Die individuellen Realisierungschancen für ein gesünderes Verhalten sind dort größer, wo die Lebenssituation ohnehin gesundheitsgerechter ist. Die teilweise guten, aber auch unzweifelhaft sozial ungleichen Erfolge dieser Strategie beruhen darauf, daß die Individuen die ihnen - sozial ungleich im umgekehrten Verhältnis zur sozialen Verteilung von Krankheit - zur Verfügung stehenden Verhaltensressourcen besser nutzen können. Das kann sogar manchmal zu absoluten Verbesserungen bei den unteren sozialen Schichten führen, aber die Verbesserung bei den Mittel- und Oberschichten wird exponentiell sein: Es multiplizieren sich nämlich die Folgen (a) der ungleichen Aneignungschancen gesundheitsbezogener Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten mit (b) den ungleichen Ressourcen für Verhaltensänderungen und Risikominderungen. Schließlich tritt (c) noch hinzu, daß die Effekte von anerkannt gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ebenfalls sozial ungleich sind.<sup>118</sup>

*Viertens:* Daraus folgen drei weitere Kriterien: Es ist keine erfolgreiche Strategie für größere gesundheitliche Chancengleichheit denkbar, die nicht gegen die Tendenz der sozialen Polarisierung gerichtet ist. Gegentendenzielle Konzepte zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit müßten zumindest drei Bedingungen erfüllen:

- ihr Schwerpunkt müßte verlagert werden auf die Beeinflussung von Faktoren, die nicht oder weniger vom individuellen Vermögen (im doppelten Sinne des Wortes) abhängig sind;
- sie müßten vom Prinzip der »positiven Diskriminierung« ausgehen; und
- sie müßten den Charakter des zu fördernden Gesundheitsverhaltens verändern: Weniger durch individuell-anpassendes und privates als durch gemeinschaftlich-veränderndes und öffentliches Verhalten sind die Voraussetzungen für den notwendigen Zugewinn gesundheitsrelevanter Ressourcen bei den unteren sozialen Schichten zu erreichen. Die Überlegungen des sogenannten Empowerment-Ansatzes und einzelne, daran anknüpfende

---

118 Nichts davon hat man verstanden, wenn man - wie der Sozialmediziner Gutzwiller - das Problem in den fehlenden Erkenntnissen sieht, »wie die Gesundheitsbotschaft schichtspezifisch an den Mann oder an die Frau gebracht werden kann« (Plenumsdiskussion, abgedruckt in Arnold/von Ferber/Henke 1990, S. 60).

Projekte von gesundheitspolitischen Außenseitern gehen in diese Richtung.<sup>119</sup>

*Fünftens:* Die sozialökonomische Polarisierung der amerikanischen Gesellschaft während der Ära Reagan/Bush hat sich in den hier analysierten Statistiken und Projekten erst teilweise ausgedrückt. Der Zusammenhang zwischen sozialökonomischem Status und Gesundheit wird sich - so muß befürchtet werden - in den kommenden Jahren noch deutlicher zeigen, als jetzt ohnehin schon meßbar ist. Das kann man auch positiv ausdrücken: Selbst ein kleiner Anstieg im Bildungs- und Einkommensniveau für Individuen und soziale Gruppen aus unteren Schichten mit hohem Krankheitsrisiko würde wahrscheinlich einen weit größeren Effekt auf die Gesundheit haben als alle im engen Rahmen der dominierenden Gesundheitsförderung debattierten »Gesundheitsressourcen« zusammengenommen. Das verweist auf ein Plädoyer, das Milio Anfang der achtziger Jahre argumentreich für eine Ortsbestimmung der Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Kontext gehalten hatte.<sup>120</sup> Es wies auf die notwendigerweise begrenzte Rolle von spezifischer Gesundheitsförderung hin und gab viele Gründe dafür an, daß die öffentliche Politik insgesamt (an den Beispielen der Ernährungs- bzw. Landwirtschaftspolitik und der Umweltpolitik) sich ihrer gesundheitlichen Wirkungen bewußt werden müsse, da ihr nach wie vor das weitaus größere Gewicht für die Gesundheit zukomme, insbesondere derjenigen der mittleren und unteren Schichten. Um noch einmal Levin zu zitieren:

»Intersektorale Politik bei der Förderung von Gesundheit ist natürlich 'indirekte Politik'. Der Beitrag des Bildungssystems besteht darin, Bildung per se zu verbessern und nicht die Gesundheitserziehung auszuweiten. Die Rolle der Landwirtschaft besteht darin, erschwinglichen und sicheren Zugang zu Nahrungsmitteln zu ermöglichen, und nicht in der Propagierung gesunder Diät. Die Aufgabe der Gesundheitsförderung als Teil des Gesundheitssystems ist, in dieser Formulierung, residual und komplementär, nicht unbedeutend, aber begrenzt [...]. Eine Anstrengung, solche intersektoralen und gesundheitsrelevanten Politiken durchzusetzen, könnte uns helfen, die Begeisterung für Schuld-hat-das-Opfer-Strategien und schnelle Lösungen zu dämpfen zum Vorteil einer mehr ökologischen und langfristigen Entwicklung.«<sup>121</sup>

*Sechstens:* Es liegt in der Logik und im Begriff gegentendenzieller Konzepte, daß sie mit Gegenmacht ausgestattet sein müssen, um effektiv zu werden.

---

119 Zum Empowerment-Ansatz vgl. Ottawa Charter for Health Promotion (1986); exemplarisch vgl. Minkler (1992); LaVeist (1992).

120 Milio (1986/1981).

121 Levin (1987).

Scheinbar unpolitische Präventionsstrategien können diesen Schein (oder auch diese Illusion) nur solange wahren, wie sie in der Tendenz liegen und somit von Konflikten frei bleiben. Prävention steht hier in einem Dilemma zwischen politischer Durchsetzbarkeit und gesundheitsbezogener Effektivität. Das wird im folgenden am Beispiel der Prävention im Feld der industriellen Beziehungen zwischen Kapital und Arbeit untersucht. Wie verändert sich Prävention unter den Bedingungen des Zugewinns an Macht für die Kapitaleseite vor und während der Ära Reagan? Ein Widerspruch zwischen präventiver Effektivität und betrieblicher Durchsetzbarkeit (vgl. Abschnitt 6.2.4) findet seine gesellschaftspolitische Entsprechung im »Reformdilemma« der Umsetzungsbemühungen des Arbeitsschutzrechts durch die Arbeitsschutzbehörde (Occupational Safety and Health Administration) zwischen 1980 und 1985 (vgl. Abschnitt 6.2.3). Das Resultat der veränderten Machtkonstellationen schließlich drückt sich in der Tendenzverstärkung aus, nämlich einem Verschiebungsprozeß zwischen »entwerteter arbeitsbezogener Prävention« und »expansiver lebensstilbezogener Prävention im Betrieb« (vgl. Kapitel 6 und 7).

Die präventionspolitisch relevanten Veränderungen in der amerikanischen Gesellschaft können ohne die Analyse von Herrschaftsbeziehungen und Machtkonstellationen nicht interpretiert werden. Wie wollte man sonst verstehen, wieviel Körner Wahrheit in der grotesken Behauptung liegen, die hegemonialen Vorstellungen von Krankheitsursachen (Ätiologie) hätten zuweilen mehr als Resultat der (machtbestimmten) Praxis zu gelten denn als deren Orientierung.

### 3. Der Lebensstilansatz: Konzept des geringsten Widerstands

Warum tragen die Erkenntnisse über die sozialökonomische Bedingtheit von Krankheit und die sozial ungleich verteilten Gesundheitschancen so wenig zur Revision dieser Präventionsstrategien bei? Die wissenschaftliche Erkenntnislage ist auf dem Gebiet der Problemdiagnose ungleich viel besser, als es die Praxis vermuten ließe. Als Erkenntnisvoraussetzungen kommen zu den sozialepidemiologischen Grundlagen noch neue konzeptionelle Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung hinzu. Warum folgt die Praxis aber weiterhin dem individuellen Lebensstilkonzept, ohne es zumindest durch effizientere, mehr auf die Ursachen eingehende, an den Gesundheitsressourcen und objektiven Gesundheitsrisiken ansetzende Strategien zu ergänzen?

#### 3.1 Gesundheitsförderung und »Empowerment«

Seit den siebziger Jahren werden im Bereich von Wissenschaft, Ausbildung und Praxis Konzepte der Gesundheitsförderung diskutiert, die von ihrem konzeptionellen Gehalt her gesehen versprechen, drei der wichtigsten Mängel bisheriger präventionspolitischer Ansätze aufzuheben:

1. Die Schwäche der »traditionellen« primärpräventiven Interventionen zur Kontrolle (Beseitigung) pathogener Bedingungen für bestimmte Erkrankungen, nämlich die mangelhafte Durchsetzbarkeit, soll überwunden werden durch die aktive Einbeziehung sowohl der Kompetenz als auch des politischen Gewichts der jeweils betroffenen Individuen und sozialen Gruppen.
2. Die fehlende oder mangelhafte Effektivität gesundheitserzieherischer Aktivitäten zur Verhaltensänderung soll überwunden werden durch die Vermittlung der subjektiven mit den objektiven Verursachungs- und Verhaltensbedingungen und durch die »Emanzipation« der Betroffenen vom Sta-

tus der Objekte von Belehrung und Beeinflussung zu aktiven Subjekten, die durch die Tätigkeit der Veränderung ihrer Gesundheitsbedingungen zugleich ihr Gesundheitsbewußtsein und -verhalten verändern.

3. Die begrenzte Anwendbarkeit der traditionellen Präventionspolitik mit ihrem Fokus auf der Vermeidung spezifischer Krankheiten (»negativer« Gesundheitsbegriff) und deren hohe Abhängigkeit von professionellen Anwendungskriterien und Legitimationen sollen überwunden werden durch die Förderung krankheitsunspezifischer positiver Bedingungen für Gesundheit (»positiver« Gesundheitsbegriff), von denen eine geringere Komplexität und größere Effektivität erwartet werden.

Es fällt nicht schwer zu erkennen, daß diese Erkenntnisse aus zwei Gesundheitsbewegungen der siebziger Jahre hervorgehen, der holistischen Bewegung und der Selbsthilfebewegung, die jeweils ganz spezifische reale Negationen des naturwissenschaftlichen Partikularismus und der professionellen Dominanz der Medizin waren.

Die Deklaration von Alma Ata von 1977, in der die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dem Programm »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« zustimmten, kann als die Geburtsurkunde des heutigen Verständnisses von Gesundheitsförderung angesehen werden. Sie bleibt in der schon längeren Tradition des Gesundheitsverständnisses der WHO und drückt die Erkenntnis aus, daß »Gesundheit« mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit und daß für Erhaltung der Gesundheit die Gesamtheit der menschlichen Lebensverhältnisse wichtig ist und nicht lediglich die medizinische Versorgung. In der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa wurde eine Charta verabschiedet, in der es heißt:

»Gesundheitsförderung ist der Prozeß, der die Menschen dazu befähigen soll, sich gesund zu halten und ihre Gesundheit zu verbessern. Um ein vollkommenes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu erreichen, muß ein Individuum oder eine Gruppe in der Lage sein, sich Ziele zu setzen und sie zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen und sich mit der Umwelt produktiv auseinanderzusetzen. Gesundheit ist daher kein Lebensziel, sondern eine Grundlage des täglichen Lebens. Die Auffassung von Gesundheit ist positiv, sie betont die sozialen und persönlichen ebenso wie physischen Ressourcen des Menschen. Darum ist Gesundheitsförderung nicht lediglich die Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern führt über gesunde Lebensstile zum Wohlbefinden.«<sup>1</sup>

Die Ottawa-Charta definiert Gesundheitsförderung auch nach insgesamt fünf Strategie-Elementen, mittels derer sie umgesetzt werden kann. Es sind dies:

- Aktionen für eine gesunde öffentliche Politik,
- die Förderung und Schaffung unterstützender sozialer Netze,

---

1 Ottawa Charta for Health Promotion (1986).

- die Stärkung der Aktivitäten auf der Ebene der »Gemeinde«<sup>2</sup>,
- die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten und Ressourcen und eine
- Umorientierung des Gesundheitswesens.

Den Dokumenten der Ottawa-Konferenz zufolge weisen Konzepte, die sich von den herkömmlichen Strategien der Gesundheitserziehung und der Prävention unterscheiden sollen, folgende wichtige Merkmale auf: Sie beziehen sich auf alle gesundheitsrelevanten Felder der Gesellschaft und der öffentlichen Politik (»healthy public policy«) und bekämpfen folglich die Tendenzen zu schädlichen Produkten, Ressourcenvergeudung, zu ungesunden Lebensbedingungen und unzureichender Ernährung. Gesundheitsförderung konzentriert sich darum auf die gesellschaftlichen (im Unterschied zu persönlichen) Fragen der Gesundheit wie Umweltverschmutzung, Gesundheitsrisiken in der Arbeit, im Wohnbereich und im Verkehr. Gesundheitsförderung hat auch den Abbau der sozial ungleichen Gesundheitschancen zum Ziel und befaßt sich mit den Ursachen dieser Ungleichheiten. Sie geht von der Voraussetzung aus, nach der die Grundlagen zur Verbesserung der Gesundheit nicht primär in der Medizin oder im technischen Fortschritt zu suchen sind, sondern im Interesse und den - kognitiven, sozialen und politischen - Fähigkeiten der Menschen liegen. Daraus folgt der zentrale Stellenwert von Strategien, diese Fähigkeiten von Individuen, Familien und größeren sozialen Gruppen zu wecken und zu unterstützen. Das medizinische System soll entsprechend umgestaltet werden, beispielweise soll dem Patienten eine stärkere Rolle zukommen. Schließlich waren sich die Verfasser der Ottawa-Charta bewußt, daß diese Anstrengungen am besten im Zusammengehen mit all jenen Bestrebungen und Kräften möglich ist, die auf eine ökologisch orientierte Lebensweise hinarbeiten.

Welche Inhalte und Tendenzen die Gesundheitsförderung allerdings in einer konkreten Gesellschaft annimmt, hängt in sehr starkem Maße von dem herrschenden Verständnis dessen ab, was gefördert werden soll: der Gesundheit. Der dieser Definition entsprechende Begriff von Gesundheit geht auf die Definition der WHO zurück, Gesundheit sei »physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden«. Er steht damit in der Tradition eines *sozialme-*

2 Das Konzept will sich auf jene sozialen Gruppen beziehen, die die Kommunikations- und Interaktionsbeziehungen in den modernen Industriegesellschaften strukturieren. Häufig wird das englische »community« mit »Gemeinde« übersetzt. Aber die Gebietskörperschaft »Gemeinde« ist nur ein möglicher Unterfall in der amerikanischen Bedeutung. Die Verlegenheit bei der deutschen Übersetzung geht darauf zurück, daß »Gemeinschaft« in seiner deutschen Verwendungsgeschichte überaus stark und reaktionär ideologisch aufgeladen ist. Joas stellt zu Recht fest, die amerikanische »community« sei »unschuldiger als die deutsche 'Gemeinschaft'« (Joas 1992).

*dizinischen Gesundheitsbegriffes*, der sich im 19. Jahrhundert alternativ zum Gesundheitsverständnis der klinischen Medizin entwickelt hat (vielleicht sollte man besser sagen: erhalten hat). Dieser hat sich zwar praktisch - gerade bei der von der klinischen Medizin als Erfolg in Anspruch genommenen Bekämpfung der Infektionskrankheiten - bewährt<sup>3</sup>, blieb aber als bewußtseins- und handlungsprägendes Paradigma immer nachrangig.<sup>4</sup>

Wie im weiteren noch gezeigt wird, ist ein wesentlicher Grund für die Karriere des *klinischen Krankheitsverständnisses* dessen überlegene Kompatibilität zu den Anforderungen der sich entfaltenden Warengesellschaft. Diese beruht vor allem auf folgenden Eigenschaften: Die im 19. Jahrhundert triumphierende klinische Medizin sucht und findet die Gründe für Krankheiten im menschlichen Körper. Insbesondere die Vorstellung, jede Krankheit habe einen spezifischen Krankheitserreger, den es auszuschalten gelte, impliziert Interventionen, die im Laboratorium entwickelt werden und am Individuum ansetzen können. Damit ist die Bekämpfung der Krankheiten eine wissenschaftlich-technische Aufgabe, die scheinbar außerhalb der sozialen Konflikte steht und »objektiven« Charakter hat. Die erste politische Implikation ist folglich die, daß Krankheit als ein persönliches Problem anzusehen ist, deren Bekämpfung in die Verantwortung der medizinischen Profession gelegt werden kann. Die zweite politische Implikation des klinisch-medizinischen Krankheitsverständnisses beruht darauf, daß sie Krankheit nicht nur von der Persönlichkeit des Kranken isoliert, sondern auch von seinen sozialen Lebensbedingungen.

Weil also Gesundheit als Zielgröße der Gesundheitsförderung mehr sein soll als die Abwesenheit von Krankheit, ist Gesundheitsförderung auf der Basis des klinischen Krankheitsverständnisses nicht konzipierbar. Breslow beschreibt »Gesundheit« sowohl als Wohlbefinden, einen Zustand am positiven Ende eines Spektrums, als auch als Vermeidung bzw. Überwindung der Krankheit auf der negativen Seite des Spektrums und schließlich des Todes an seinem Ende.<sup>5</sup> Ein Verständnis von Gesundheit, das mehr ist als die Abwesenheit klinisch definierter Krankheitssymptome, ist übrigens keine Erfindung moderner Sozialwissenschaftler. Ein vieldimensionales Gesundheitsverständnis wurde in dem großen britischen »Health and Lifestyle Survey« ermittelt.<sup>6</sup> Wenn man überhaupt ein Gesundheitsverständnis als artifiziell anse-

---

3 Vgl. McKeown (1979, 1988).

4 Vgl. Siegerist (1956); Rosen (1958).

5 Breslow (1990).

6 Blaxter (1990, S. 13-34).

hen kann, dann ist es das von »Gesundheit« als Abwesenheit von klinischen Symptomen und als Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, das durch die Medizin und die Entstehung der Krankenversicherung entstanden ist.

Auch das *funktionale Gesundheitsverständnis* - wie Parsons es definierte<sup>7</sup> - hat seine sozialhistorischen Wurzeln in der Entwicklung der abstrakten Arbeit, der Berufsrollen usw. Gerade dieser Zusammenhang führt dazu, daß nicht nur Mortalität und Morbidität und die heute gängigen Risikofaktoren nach sozioökonomischem Status verteilt sind, sondern auch das Gesundheitsverständnis. Beispielsweise haben D'Houtard und Field in Frankreich ermittelt, daß die Angehörigen der bürgerlichen Schichten im Vergleich zu Arbeitern ihr Bild von »Gesundheit« in höherem Maße in positiven Begriffen darstellten.<sup>8</sup> Letztere drücken, indem sie eher negative und instrumentelle Definitionen benutzen, damit auch die Realität ihres ökonomisch und sozialstaatlich determinierten Verhältnisses dazu aus (z.B. Krankheit als »Arbeitsunfähigkeit«, deren Legitimation des ärztlich bestätigten Symptoms bedarf).

Noack hebt zwei Aspekte der »positiv« verstandenen Gesundheit hervor, die geeignet sind, Konzepte zur Bewältigung sozial ungleicher Gesundheitschancen überhaupt erst zu formulieren: das *Gesundheitsgleichgewicht* (health balance) zwischen dem menschlichen Organismus und seiner Umwelt und die *Gesundheitsressourcen* (health potential).<sup>9</sup> Gesundheit bedeutet im positiven Sinne nicht lediglich, dieses Gleichgewicht passiv zu halten, sondern die physische und soziale Umwelt aktiv zur Verbesserung der Lebensbedingungen zu verändern. Gesundheitsressourcen hingegen sind die Fähigkeiten des Individuums, das Gleichgewicht zu halten, d.h. sich aktiv mit der gesellschaftlichen und natürlichen Umwelt auseinanderzusetzen. Diese Sichtweise legt die Annahme nahe, Gesundheitsförderung, die nicht zur Erweiterung der Ressourcen beitrage, könne entweder nur geringe, allenfalls kurzfristige Verbesserungen bewirken oder sie verstärke die soziale Ungleichheit der Gesundheit, da sie gegenüber jenen Schichten, die über mehr Ressourcen verfügen und zugleich gesünder sind, effektiver ist als gegenüber jenen, die ein höheres Niveau an Krankheit, aber weniger Ressourcen aufweisen.

Die strategische Umsetzung der Einsicht, daß gesundheitsgerechteres Verhalten zumeist auch erweiterter *Gesundheitsressourcen* bedarf, ist das Konzept des *Empowerment*. Die Menschen (Individuen und Gruppen) sollen

---

7 Parsons (1972).

8 D'Houtard/Field (1984).

9 Noack (1989).

die Chance erhalten, ihre Gesundheit als ihr eigenes Interesse zu erkennen, zu lernen, die Lebensbedingungen in die eigenen Hände zu nehmen und die verfügbaren Gesundheitsressourcen durch soziale Aktivierung zu erhöhen. Gemeint ist also eine politisch-soziale Befähigung zum Tätigwerden im doppelten Sinne: erstens des Lernens und Sichveränderns sowie zweitens des politischen Forderns und Durchsetzens. Die bereits zitierte Ottawa-Charta sagt:

»Gesundheitsförderung zielt darauf, die Unterschiede im Gesundheitsstatus abzubauen, gleiche Chancen und gleiche Ressourcen zu sichern, die die Menschen befähigen sollen, ihr Gesundheitspotential auszuschöpfen. Das setzt das sichere Fundament einer dafür hilfreichen Umwelt voraus, ebenso den Zugang zu Informationen und Bildung sowie die Möglichkeit, gesundheitsfördernde individuelle Entscheidungen zu treffen. Die Menschen können ihr volles Gesundheitspotential nicht realisieren, solange sie nicht in der Lage sind, die Faktoren zu kontrollieren, die ihre Gesundheit bestimmen.«<sup>10</sup>

Anpassungsleistungen sind selten deutlich und werden meist als unabweisbar und »realpolitisch« wahrgenommen und legitimiert. Aber meist geht es nicht um mehr oder weniger Anpassung, sondern um ganz verschiedene Inhalte bzw. Qualitäten. Ein Mangel, der sowohl dem »negativen« Gesundheitsbegriff der Medizin als auch seiner »positiven« Alternative, dem »Wohlbefinden«, gemeinsam ist, besteht darin, hier nicht unterscheiden zu können. Unterscheiden können ist aber der Sinn eines Begriffes. Gäbe es eine Gesellschaft, die so strukturiert ist, daß sie den einzelnen die optimale Möglichkeit zum »Wohlbefinden« oder zur »Abwesenheit von Krankheit« böte, so wäre »Anpassung« als kritischer Begriff gegenstandslos, denn dann wären Gesundheit und Angepaßtheit identisch. In den bisher bekannten Gesellschaften jedoch ist das nicht der Fall. Das fast schon rituelle Unbefriedigtsein der Gesundheitswissenschaftler über die Gesundheitsbegriffe könnte doch wenigstens der Frage Platz machen, ob die Gründe nicht im Gegenstand selbst, also dem menschlichen Befinden unter widerspruchsvollen gesellschaftlichen Bedingungen, ihre Ursache haben. Dann nämlich erwiese sich wenigstens teilweise die heterogene Begrifflichkeit als Ausdruck einer ebensolchen Realität.

Wenigstens als Startmal auf dem Weg von der Kritik des Denkens zur Kritik der Seinsbedingungen kann eine Unterscheidung dienen, die Erich Fromm vor einem halben Jahrhundert traf, indem er zwei reale und unterschiedliche Bezugspunkte für die Definition von »Gesundheit« markierte. Man könne vom Standpunkt einer funktionierenden Gesellschaft den als »gesund« bezeichnen, der umstände ist, die ihm in dieser Gesellschaft zugefalle-

10 Ottawa Charta for Health Promotion (1986).

ne Rolle zu erfüllen. Vom Standpunkt des Individuums hingegen ließe sich unter »Gesundheit« ein Optimum an persönlichem Wachstum und Glück verstehen. Sowohl einzelne Gesellschaften als auch die sozialen Lebensverhältnisse innerhalb einer Gesellschaft sind hinsichtlich der Möglichkeiten individueller Gesundheit verschieden, aber stets stehen die Zwänge der Funktionsbedingungen - auch wenn sie zu »Selbstzwängen« (Elias) verinnerlicht wurden und als eigener Wille erlebt werden - im Konflikt mit der Entfaltung und Gesundheit des Individuums. Die Neurose, so Fromm, als pathologischer Ausdruck nicht gelungener Anpassung sei deshalb mit einem Stigma belastet, weil für die meisten Psychiater die Struktur ihrer Gesellschaft etwas so völlig Selbstverständliches sei, daß sie Fehlanpassung als minderwertig betrachteten. Aber »der gut angepaßte, normale Mensch ist im Hinblick auf die menschlichen Werte oft weniger gesund als der neurotische«<sup>11</sup>. An diese Denkmöglichkeit gilt es zu erinnern.

Die Idee der Befähigung von Gruppen und Individuen, die Bedingungen ihrer Gesundheit zu verbessern, ist ein bedeutendes Merkmal der Gesundheitsförderung. Projekte, die sie nicht berücksichtigen, können sich letztlich nicht von traditionellen Ansätzen wie der Gesundheitserziehung oder behördlicher Präventionsmaßnahmen abheben. Wenn die politische Energie eines Projektes nicht ausreicht, um Druck und Spannung auszuhalten, denen gegenstandszielles Verhalten ausgesetzt ist, ist das Ergebnis Anpassung. Seine Wirkungsrichtung geht dann dahin, nicht die Lebensbedingungen an die Gesundheitserfordernisse der Individuen, sondern diese selbst an die gegebenen Bedingungen anzupassen.

Die Idee der politisch-sozialen Befähigung legt nahe, die Menschen nicht als Objekte, Kunden, Klienten, Zielgruppen zu verstehen, denen etwas verkauft werden muß oder die aufgeklärt und verändert werden sollen. Vielmehr sind die Grundannahmen, die im Zusammenhang mit der in den siebziger Jahren diskutierten »Entdeckung« der Grenzen professioneller Gesundheitsexperten (Illich) und der Notwendigkeit von Selbsthilfe, »Laienpartizipation« und Basisbewegungen (»grass-roots movements«) diskutiert wurden, die folgenden: Weil die Subjektivität der Menschen entscheidend auf Krankheitsentstehung und -verlauf einwirkt und der Beitrag und die Kompetenz der Betroffenen zur Erhaltung, Förderung oder Wiedergewinnung ihrer Gesundheit viel höher einzuschätzen sind, als dies in der Praxis, vor allem der medizinischen Institutionen, zum Ausdruck kommt, wäre die Umsetzung des Empowerment-Konzeptes zur Erweiterung der individuellen Gesundheitsres-

---

11 Fromm (1980, S. 104 f.).

sources folgerichtig. Sowohl die Kenntnisse von Gesundheitsproblemen im konkreten Lebensbereich als auch deren Thematisierung und die problem- und lebensweltnahe Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten sind notwendigerweise defizitär, wenn sie lediglich professionellen Experten überlassen bleiben ohne die aktive Teilnahme betroffener »Laien«. Letztere sind auch potentielle politische Akteure auf der erfahrungsnahen untersten Ebene. Sie haben perspektivisch die Möglichkeit, die professionelle Expertise sowohl zu mobilisieren als sie auch zugleich im Hinblick auf die Problemadäquanz ihrer Tätigkeit zu kontrollieren. Das ist die konzeptionelle Antwort auf die »professionale Dominanz«. Da Defizite bei den sozialen Gesundheitsbedingungen meist auch das Ergebnis bestimmter politischer Konstellationen sind, könnten Basisbewegungen - auch dies eine Hoffnung des Empowerment-Ansatzes - »vor Ort«, z.B. in einem Stadtbezirk, zur notwendigen politischen Gewichtsverlagerung beitragen.

Es gibt auch reale Beispiele der Umsetzung. So ist es den Initiatoren des Tenderloin-Projekts in San Francisco gelungen, viele alte und isoliert lebende Menschen eines armen Stadtteils zusammenzuschließen. Zunächst wurden Maßnahmen zum Schutz gegen kriminelle Überfälle unternommen; das führte zu einer größeren Mobilität der einzelnen, wodurch wiederum Einkaufsmöglichkeiten erschlossen und gemeinsame warme Mahlzeiten organisiert werden konnten. Auch entwickelten sich viele vordem isoliert lebende Menschen zu aktiven Staatsbürgern, die der Kommune Vorschläge machen und auch ihre Forderungen stellen.<sup>12</sup>

Ein anderes Beispiel ist das Raucher-Entwöhnungsprogramm in Richmond, Kalifornien<sup>13</sup>:

»Das Programm ist ein Raucher-Entwöhnungsprogramm mit einem entscheidenden Unterschied: In diesem Projekt haben wir weder irgendeine Entwöhnungsklinik betreut noch irgendeinen 'Smoking Counsellor' eingestellt. Statt dessen versuchten wir, die in der Gemeinde [community] vorherrschenden Werte und Normen über das Rauchen zu verändern. Wir hofften dabei, dies werde langfristig zu einem verringerten Tabakkonsum in der Gemeinde führen. Wir versuchten zu zeigen, daß Rauchen weder normal noch akzeptabel ist, sondern eher dumm und bizarr. Der springende Punkt bei diesem Projekt ist, daß die Menschen es selbst organisieren. Führende Geschäftsleute und Politiker tragen genauso ihren Teil dazu bei wie Nachbarschaftsgruppen. Aber die größte Veränderung besteht darin, daß sich die Kinder voll an den Aktivitäten beteiligen. Richmond ist eine arme, zum größten Teil schwarze Gemeinde, deren Kinder nicht viel Gelegenheit haben, sinnvolle und wichtige Dinge in ihrem Leben zu tun. Im Rahmen unseres Programms unterstützten wir sie dabei, ein Rock-and-Roll-

---

12 Minkler (1989, 1992).

13 Berrueta-Clement/Scheinart et al. (1984).

Video zu gestalten. Die Kinder schrieben die Texte und die Musik, choreografierten die Tanzaufführungen und arrangierten die Werbung und den Verkauf der Tickets. Hunderte von Kindern aus der Gemeinde waren daran beteiligt. Die Show war ein voller Erfolg. Das aufgezeichnete Video wird jetzt überall gezeigt, und die daraus entstehenden Einnahmen fließen an die Gemeinde zurück. Wir sind zur Zeit dabei, die Auswirkungen dieser Aktivitäten auf die Häufigkeit des Tabakkonsums auszuwerten. Aber soviel steht schon fest: Richmond ist in bezug auf das Rauchverhalten nicht mehr derselbe Ort wie vorher. Aber noch wichtiger ist, daß die Kinder ungeheuer erfolgreich waren, einige das erste Mal in ihrem Leben. Ihr Enthusiasmus und Talent werden jetzt mobilisiert, um mit dem Drogenproblem in Richmond umzugehen. Die Kinder haben mehr zur Verhaltensänderung in bezug auf das Rauchen beigetragen als die Erwachsenen. Gegenwärtig bemühen wir uns darum, daß sie uns den richtigen Weg aus dem Elend des Drogenkonsums weisen. 'Empowerment' mag ein abgedroschener und klischeehafter Ausdruck geworden sein, aber es macht wirklich einen Unterschied, wenn sich Menschen zusammenschließen, um auf ihre Lebensumstände Einfluß zu nehmen.«<sup>14</sup>

Das Ziel der sozialen Angleichung von Gesundheitschancen ist ohne solche Veränderungen überhaupt nicht erreichbar. Denn die sozialen Gruppen mit dem höchsten Gesundheitsrisiko haben zugleich auch den geringsten politischen Einfluß, so daß die politischen Kräfteverhältnisse den Trend der nach der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit auseinanderstrebenden Mortalität und Morbidität permanent reproduzieren. Schließlich ist auch unter ethischen Gesichtspunkten die Aktivierung für die Erweiterung der Gesundheitsressourcen die entscheidende Voraussetzung einer wirklichen Verantwortlichkeit der Menschen für ihre Gesundheit. Freiheit im Sinne direkter und partizipativer Gestaltungsmöglichkeiten ist ja die Grundlage für Verantwortung. Menschen, die nicht über ein gewisses Maß an Handlungsspielräumen und Einwirkungsmöglichkeiten auf die Bedingungen ihrer Gesundheit verfügen, können auch nicht dafür verantwortlich sein.

Im folgenden geht es um den Mechanismus, der dafür sorgt, daß in der Tendenz dieser breite konzeptionelle Ansatz der Gesundheitsförderung aufgegeben wird und weitgehend auf die Versuche zusammenschumpft, einige der im ersten Kapitel skizzierten subjektiven »Risikofaktoren« zu beeinflussen. Meine generelle These besagt, daß Strukturen und Inhalte der Interventionen ebenso wie das Wissen, mit dem sie begründet werden, machtbestimmt sind.

---

14 Syme (1991, S. 104 f.).

### 3.2 Machtbestimmter Reduktionismus

Den Mikrokosmos, der sich in den Industriegesellschaften für den arbeitsteilig spezialisierten Umgang mit den Problemen Gesundheit und Krankheit herausgebildet hat, kann man als einen sozialen Raum verstehen: Dieser verhält sich einerseits zur Gesellschaft wie ein Teil zum Ganzen, andererseits aber herrschen hier auch objektive Beziehungen, die ihre eigene Logik aufweisen, eine relative Autonomie. Es ist dies ein Raum von Beziehungen und Kraftfeldern, eine Stätte von Auseinandersetzungen und Kämpfen, bei denen es um Erhalt oder Veränderung der bestehenden Kräfteverhältnisse geht.<sup>15</sup> Eine erste Antwort auf die Frage nach dem Stellenwert wissenschaftlicher Erkenntnisse für Prävention und Gesundheitsförderung lautet: In dem »sozialen Raum« Gesundheitssektor spielt die Wissenschaftsförmigkeit der Legitimation eine entscheidende Rolle. Es muß aber hinzugefügt werden: Paradigmen, Konzepte und deren praktische Konsequenzen stehen immer in irgendeinem Verhältnis zu gesellschaftlichen Interessen. Die Auseinandersetzungen im sozialen Raum des Gesundheitssektors finden im gesamtgesellschaftlichen Kraftfeld statt, darum haben tendenziell diejenigen Akteure die meisten Trümpfe in der Hand und sind diejenigen Sichtweisen mit den besten Chancen ausgestattet, die mit dem Status quo des gesellschaftlichen Mikrokosmos am besten übereinstimmen. Das muß nicht immer so eintreffen, aber die Wahrscheinlichkeit ist groß, und die Kosten gegentendenzieller Entwicklungen - berechnet in Zeit und Konflikt - sind vergleichsweise hoch. Darum haben es wissenschaftliche Ansätze und Begründungen, in denen die sozialen Herrschafts- und Machtverhältnisse ihren angemessenen Ausdruck finden, weitaus leichter, die ihnen auferlegten Beweislasten sind geringer, die mit ihnen verbundenen Gratifikation höher.

Ohne auf das *Wie*, d.h. die ideologischen, moralischen, institutionellen, modischen, ästhetischen, psychologischen Signale, Anreize, Ideosynkrasien, Sanktionen usw. einzugehen, mit denen sich die Verhältnisse den Subjekten vermitteln, ist zunächst recht banal festzustellen: Das Lebensstilkonzept der Prävention, so wie es ist, dominiert deshalb im sozialen Feld der Präventionspolitik und ist deshalb so, wie es ist, weil es diese Bedingung am besten erfüllt. Betrachten wir lebensstilbezogene Konzepte und Interventionen in diesem Kontext, so erkennt man sie leicht als Ausdruck sozialer Herrschaft und der jeweiligen Machtverhältnisse. Je pragmatischer sie in die Strukturen

---

15 Bourdieu (1985, S. 9-46).

der Klassengesellschaft eingepaßt sind, je schnittiger sie den Tendenzen ihrer Dynamik folgen, desto klarer ist das der Fall.

Entsprechend der Regel im sozialen Raum des Gesundheitssektors, wozu das Handeln wissenschaftsförmig legitimiert zu sein hat, ist es üblich, die Unzulänglichkeiten präventiven Handelns vor allem in (noch) fehlenden oder unzureichend aufgenommenen wissenschaftlichen Voraussetzungen zu orten. Obgleich wahrscheinlich die meisten Beteiligten empirisch wissen (können), daß das nicht der Fall ist, scheint diese Annahme konstitutiv für die Legitimation des Wissenschaftsbetriebes selbst zu sein. Dabei sprechen viele Beispiele gegen eine solche Annahme: An der Gesundheitserziehung gehen z.B. in der Regel Erkenntnisse über die sozialökonomische Verteilung und Bedingtheit von Krankheit vorbei; das Schwergewicht der Anti-Tabakpolitik liegt weiterhin auf der individuellen Entwöhnung, obwohl eine nicht mehr übersehbare Vielzahl von Studien längst herausgefunden hat, daß solche Angebote als Erklärungsfaktor für die Rückläufigkeit des Rauchens von nachrangiger Bedeutung sind. Oder: Die kostspielige Suche nach einem Krebsvirus wurde noch nach den siebziger Jahren fortgesetzt, als schon längst stichhaltige wissenschaftliche Gründe dagegensprachen, einen so großen Anteil der Forschungsressourcen darauf zu verwenden, usw.

Dennoch argumentieren die am wissenschaftlichen Disput Beteiligten nach wie vor so, als ob die Art der präventiven Interventionen allein oder vorwiegend von den wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Krankheitsentstehung abhinge. Was der Wissenschaftsbetrieb an »gesichertem Wissen« produziert und gelten läßt, ist damit natürlich nicht ohne Belang für die Praxis. Erkenntnisse, verlängert man ihre Perspektive in die von ihnen nahegelegte Praxis, sind ein Bestandteil sozialer Realität, bei deren Veränderung es Verlierer und Gewinner gibt, die entsprechend respondieren, was wiederum perzipiert werden kann. Die tatsächlichen und (mehr noch) die antizipierten praktischen Konsequenzen der zu erwartenden Forschungsergebnisse scheinen die Wissenschaft in weit stärkerem Maße zu beeinflussen, als die meisten Beteiligten dies wahrhaben wollen. Der Marx'sche Imperativ, dem zufolge Wissenschaft rücksichtslos zu sein habe, »rücksichtslos sowohl in dem Sinne, daß die Kritik sich nicht vor ihren Resultaten fürchtet und ebensowenig vor dem Konflikte mit den vorhandenen Mächten«, wird allzu schnell im Bereich der Ethik verortet. Er ist aber eine eminent erkenntnistheoretische Forderung.<sup>16</sup> Elias drückt das im Begriff der »Distanzierung« aus, deren Herstellung für »Menschenwissenschaftler« deshalb problematisch sei, da es

---

<sup>16</sup> Marx (1970, Bd. 1, S. 344).

sich bei ihrem Gegenstand letztlich um ihr eigenes Schicksal handle und Ängste und Wünsche eine große Rolle spielten. Wo es um Risiken von Krankheit und Tod geht, dürften die affektiven Bedeutungen des Wissens noch mehr deren kognitive Bedeutung überformen. Auch hier gilt Elias' Kritik, es werde daher die Methodik der physikalischen Wissenschaften angewendet, um der Forschung die Illusion und den Anstrich eines hohen Niveaus der Distanzierung und Objektivität zu verleihen, was aber oft nur ein Mittel sei, »um Schwierigkeiten, die aus dem spezifischen Dilemma der Menschenwissenschaftler erwachsen, zu umgehen, ohne sich ihm zu stellen; in vielen Fällen schafft [die Methodik] eine Fassade der Distanzierung, hinter der sich eine höchst engagierte Einstellung verbirgt«<sup>17</sup>. Bourdieu argumentiert ebenfalls aus erkenntnistheoretischen Gründen für die »Objektivierung des objektivierenden Subjekts«, da nur die Analyse der sozialen Bedingungen des eigenen Schaffens das wissenschaftliche Subjekt in die Lage versetze, seine Strukturen und Neigungen sowie die dafür verantwortlichen Bestimmungsgründe zu meistern.<sup>18</sup>

Der Reduktionismus des Lebensstilkonzepts, aus der Lebensweise der Menschen einige statistisch begründete »Risikofaktoren« herauszupicken, wird - wenn überhaupt - mit pragmatischen Argumenten legitimiert. Das ist für eine »Wahrscheinlichkeits- oder stochastische Pathologie«, der kein inhaltliches Modell der Krankheitsverursachung zugrunde liegt, auch nicht anders möglich.<sup>19</sup> Das pragmatische Argument reklamiert für sich, alternativen Konzepten dahingehend überlegen zu sein, daß es den kürzeren Weg zum praktischen Handeln findet. Läßt man einmal dahingestellt, ob das zutrifft, und fragt, was denn die Kürze des Weges zur Intervention bestimmt, so fällt als gewichtige Determinante der soziale Widerstand ins Auge, den ein Handlungskonzept zu erwarten und zu überwinden hat. Wenn das pragmatische Argument also sticht, können wir es als *Konzept des geringsten Widerstands* oder auch der »größten Rücksicht« gegenüber den Machtverhältnissen im jeweiligen sozialen Raum der Intervention bezeichnen. Im vorherigen Kapitel

---

17 Elias (1983, S. 35). Ein schönes Beispiel liefert der Ökonom Carl Christian von Weizsäcker, wenn er den (seinen) Wissenschaftsanspruch der herrschenden Lehre definiert: »Ökonomie ist Wissenschaft im Sinne des englischen Begriffs von science; sie ist keine politische Rhetorik. Das bedeutet, sie findet statt, wo präzise und gründlich nachgedacht wird, wo empirische Befunde und nicht vorgefaßte Meinungen zählen, wo exakte, insbesondere mathematische Methoden angewendet werden.« (»Die Zeit« vom 30.10.1987, zit. nach Biervert/Wieland 1990).

18 Bourdieu (1988, S. 10).

19 Arnold (1990).

wurde gezeigt, daß mit dem Lebensstilkonzept die soziale Ungleichheit bei Krankheit und Tod nicht gemindert werden kann. Dafür liegt hier ein weiterer logischer Grund vor: Gesundheitliche Ungleichheit folgt der sozialökonomischen Ungleichheit, die durch die jeweiligen Machtverhältnisse gesichert ist. Ein vorwiegend pragmatisches Konzept verlore aber gerade diese seine Stärke, wenn es zu seiner praktischen Realisierung die Machtverhältnisse überwinden müßte.

Es liegt daher auf der Hand, die wissenschaftlichen Begründungen »pragmatischer« Präventionsstrategien daraufhin zu untersuchen, ob ihre Ergebnisse stärker von »Rücksicht« auf die Handlungsbedingungen als vom Erkenntnisinteresse geprägt sind. Bourdieu hat in einer Untersuchung der akademischen Welt Frankreichs gezeigt, daß die Kenntnis des sozialen Raumes, in dem die Autoren sozialwissenschaftlicher und philosophischer Werke angesiedelt sind, es erlaubt, »sich vermittels einer regelrechten teilnehmenden Beobachtung, die nichts von einer reduktionistischen Polemik an sich hat, gewissermaßen an ihre Stelle zu versetzen und den Standpunkt zu rekonstruieren, von dem aus ihr intellektuelles Projekt sich definierte«<sup>20</sup>. Zieht man die ganze Komplexität der sozialen Anreiz- und Sanktionsmechanismen ebenso wie die weitgehend verinnerlichteten und eingeschliffenen individuellen Anpassungsnormen daran in Betracht, dann wird klar, daß es auf die Unterstellung bewußter Finalisierung gesundheitsrelevanter Erkenntnisse hier nicht ankommt. Es geht lediglich um die Annahme, daß die vorherrschenden Ansichten über die Verursachungszusammenhänge der wichtigsten Krankheiten sehr stark vom Interessengehalt der durch sie nahegelegten Praxis geprägt sind.<sup>21</sup>

Befragt man die präventionsrelevante Literatur nach Häufigkeit und Verbindlichkeit ihrer expliziten und impliziten Annahmen über die Krankheitsursachen, so kommt man auf eine Rang- und Stufenfolge ätiologischer Ebenen. Bestimmte Faktoren, Ursachen, Bedingungen usw. scheinen weit bessere Chancen als andere zu haben, thematisiert, erforscht und konzeptionell umgesetzt zu werden. Das tendenziell ausschlaggebende Kriterium dieser Rangfolge ist nicht primär der wissenschaftlich gesicherte Verursachungsanteil, sondern es sind die antizipierbaren gesellschaftlichen Implikationen der unterschiedlichen Ursachenebenen.

---

20 Bourdieu (1988, S. 19 f.).

21 Zum grundsätzlichen Problem vgl. Elias (1983); Bourdieu (1991, 1988); Horkheimer (1992).

Obwohl auch das, was als wissenschaftlich gesichert gilt, ebenfalls dieser Chancenabstufung unterworfen ist, kann man diese systematische Diskrepanz erkennen. Den einzelnen Stufen der Hierarchie entspricht eine Abstufung des politischen und sozialen Widerstands, mit dem zu rechnen ist, wenn es darum geht, die entsprechenden Faktoren zu erforschen und in präventionspolitische Konzepte umzusetzen. Angefangen von biologischen Mikroorganismen, Genen usw. bis zu den sozialökonomischen Beziehungen, nehmen in der Tendenz die methodischen, ideologischen, finanziellen, strukturellen und politischen Schwierigkeiten auf jeder Stufe der folgenden Hierarchie drastisch zu. Mit anderen Worten: Die gesellschaftlichen Herrschafts- und Machtbedingungen bilden eine Art *ätiologisches Modell* heraus, dessen Abstufungen nicht analytischer, sondern normativer Natur sind.

- Auf der *ersten Stufe* stehen Theorien der Krankheitsverursachung durch Krankheitserreger oder aufgrund genetischer Bedingungen, die zu pathogenen *Mikroereignissen im menschlichen Körper* als direkter Krankheitsursache führen. Der Tendenz nach werden möglichst alle Gesundheitsprobleme auf diese Verursachungsebene gebracht. Das hat nicht nur apologetische und moralpolitische Gründe, sondern Probleme auf dieser Ebene treffen auf entsprechende präventivmedizinische Lösungen, die das medizinische Versorgungssystem anzubieten hat.
- Wenn die erste Ebene augenscheinlich überfordert ist, kommen Ansätze der *zweiten Stufe* zum Zuge: die Elemente des *individuellen (Fehl-)Verhaltens*. Sie können entweder vermittelnde Variable oder direkt pathogen sein. Auch die unterschiedlichen Elemente auf jeder Ebene selbst sind noch einmal auf die gleiche Weise strukturiert: Pathogene Verhaltensweisen in der Arbeit wie die Bereitschaft zu Nachtschicht, Akkordarbeit, Überlastung usw. haben eine weitaus geringere Chance, zum Gegenstand verhaltensbezogener Prävention zu werden, im Vergleich zu den Angelegenheiten in der Freizeit- und Konsumsphäre. Die Verhaltensebene besitzt ambivalente Implikationen. Von ihr weisen viele Zusammenhänge auf soziale Bedingungen des Verhaltens. Sie entzieht sich der medizinischen Behandlung. Es besteht also die Tendenz, sie auf die biologische Ebene zu bringen. Das ist sogar beim traditionellen Lebensstilfaktor Nummer eins, dem Rauchen, festzustellen. Zahlreiche Studien haben sich schon an dem Beweis versucht, die Neigung für Zigaretten genetischen Faktoren zuzuschreiben.<sup>22</sup> Erst wenn ein Feld der Verhaltensebene wie die Ernährung, auf physiologische Werte (z.B. Cholesterinspiegel im Blut) reduziert und

---

22 Carmelli/Swan et al. (1992); Benowitz (1992).

damit wieder der ersten Stufe zugewiesen werden kann, ist es erneut mit den Mitteln der technisch-pharmakologischen Biomedizin behandelbar.

- Auf der *dritten Stufe* dieser unsichtbaren und stillen Selektionshierarchie stehen Faktoren der *physischen Umwelt*. Der viele Jahrzehnte lange Kampf um die Anerkennung des Werkstoffs Asbest als Krebsursache, der Tausenden von Arbeitern das Leben gekostet hat<sup>23</sup>, ist ein Beispiel für die enormen Legitimationsbarrieren, die im ökonomischen Interesse gegen den Gesundheitsschutz auf dieser Ebene aufgebaut werden können. Das reicht vom »methodischen Zweifel« der Arbeitsmedizin bis zum politischen Druck auf staatliche Behörden und zur ökonomischen Erpressung der Öffentlichkeit mit dem Arbeitsplatz-Argument.
- Auf der *vierten Stufe* ist die Luft der institutionellen Unterstützung für Thematisierung, Forschung und Intervention noch dünner. Hier geht es um die *sozialen und ökonomischen Bedingungen* der Entstehung und des Verlaufs von Krankheiten. Das vorherige Kapitel über Krankheit und sozialökonomische Schicht zeigt hier zweierlei: Erstens kann es an wissenschaftlichen Erkenntnisdefiziten primär nicht liegen, daß gesundheitliche Interventionen diese Ebene in der Regel nicht erklimmen. Zweitens gibt es immer Ausnahmen von der Regel, was sich an dem guten Niveau des Wissens über solche Zusammenhänge zeigt, das durch Forschungsprojekte und statistische Erhebungen ermöglicht wird. Allerdings mußten diese gegen die Tendenz, die mit dem Stufenmodell bezeichnet werden soll, durchgesetzt werden. Behauptet wird: Wer Faktoren wie Armut, Einkommensverteilung, Industrie- oder Energiepolitik in gesundheitswissenschaftliche oder -politische Projekte einbezieht, liefert tendenziell ein pragmatisches Ausgrenzungskriterium. Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und die Beweislasten schwergewichtiger.<sup>24</sup> Gegen das geläufige Mißverständnis eines platten Monetär-Ökonomismus sei hinzugefügt, daß unter den ökonomischen Hindernissen diejenigen auf dem Feld der Einkommensverteilung (Gewinneinbußen, Weltmarktfähigkeit usw.) nicht einmal die wichtigsten sind. Insbesondere in konservativ dominierten Zeiten wie in der Reagan-Ära stehen ordnungspolitische Interessen an der Verfügungsmacht über die Mittel und Bedingungen der Produktion im Vordergrund.

Was unterscheidet nun die vier skizzierten Stufen voneinander? Nichts anderes als die abnehmende Entfernung zum Zentralbereich sozialer Herrschaft

---

23 Lilienfeld (1991).

24 Tesh (1988).

in den Industriegesellschaften. Um einen banalen Sachverhalt banal auszudrücken: Die Bedeutungen unterschiedlicher Präventionsstrategien, -gegenstände und Interventionsbereiche stellen sich weder nach der relativen Höhe »objektiver« Risiken her (wenn man sie denn bestimmen könnte) noch nach Kriterien einer übergeordneten ethischen Wertigkeit. Vielmehr steht die gesundheitspolitische Wertigkeit eines Themas - nicht in jedem Einzelfall, aber der Tendenz nach - meist im umgekehrten Verhältnis zu den sozialen und politischen Beharrungskräften, die das damit implizit verknüpfte Präventionskonzept zu erwarten hat. Sind diese durch veränderte Kräftekonstellationen einmal überwunden, wie bei der Durchsetzung des Arbeitsschutzgesetzes (Occupational Safety and Health Act) in den siebziger Jahren, so laufen die Fortschritte permanent Gefahr, wieder der Tendenz zum Opfer zu fallen. Gesetzliche Bestimmungen, wie z.B. das Arbeitsschutzgesetz (OSHAct) von 1973, sind in Reformperioden erreicht worden. Sie können tatsächlich auch Perioden überdauern, in denen die Gegenkräfte nicht ausgereicht hätten, sie durchzusetzen. Aber ebensowenig wie ein Staudamm der Gegenbeweis für die Schwerkraft des Wassers ist, widerlegen gesundheitspolitische Fortschritte, daß sie nach wie vor dem stillen und - wie am Beispiel Arbeitsschutz gezeigt wird - zuweilen auch weniger stillen Druck ökonomischer Interessen ausgesetzt bleiben.

### 3.3 Reproduktion des Anpassungszwangs

#### 3.3.1 Das Evolutionsgesetz der Präventionskonzepte: »Survival of the fittest«

Wie reproduziert sich diese normative Hierarchie ätiologischer Ebenen? Wie geschieht es, daß die meisten Akteure des sozialen Raums sie - bewußt oder unbewußt, mit oder ohne argumentative Rationalisierungen, pragmatisch oder überzeugt - übernehmen? Dazu müssen gedanklich die zwei relevanten Beziehungskomplexe im sozialen Raum des Gesundheitssektors zusammengebracht werden: das Feld der wissenschaftsförmigen Aussagen (Formen, Inhalte, Methoden) mit dem der Positionen ihrer Urheber im Wissenschaftsbetrieb und der Gesellschaft.<sup>25</sup> Zwischen beiden gibt es einen systematischen Zusammenhang.

---

25 Bourdieu (1988, 1985).

Die herrschende Meinung der präventionsrelevanten Gesundheitswissenschaften in den USA wird von den Vertretern des Lebensstilkonzepts mit all seinen moralischen Implikationen und Konnotationen gebildet. Die Minderheit, die sozialen und ökologischen Ursachen nachgeht, kann auf die Unterstützung der einflußreichen Institutionen, wie z.B. der »National Institutes of Health«, weit weniger zurückgreifen. Auch gelangt sie selten in prestigeträchtige Positionen des Wissenschaftsbetriebes. Sie hat auch noch mit dem wissenschaftsimmanenten Problem einer weitaus höheren Komplexität ihrer Forschungsgegenstände zu kämpfen. Angesichts der etablierten Methodenstandards können beispielsweise Zusammenhänge zwischen Herzinfarkt und dem Cholesterinspiegel (zumindest scheinbar) weitaus besser gemessen, operationalisiert und auch legitimiert werden als die »soziale Desintegration« oder »inkonsistente Arbeitsanforderungen«. Das Übergewicht der herrschenden Meinung variiert zudem noch im Zeitablauf. Das heißt, in Phasen konservativer politischer und ideologischer Hegemonie wie in der Ära Reagan ist es größer, in Phasen gesellschaftlicher Reformen können sich auch Projekte durchsetzen, deren mögliche Konsequenz die Veränderung von institutionellen oder sozialen Krankheitsbedingungen ist.

Der Zusammenhang zwischen der sozialen Interessenlage und den Basisannahmen der »Menschenwissenschaften« (Elias) - besonders zum Menschen- und Gesellschaftsbild - ist nicht neu. Die Philosophiegeschichte zeigt, daß aus der Lebenspraxis von Klassen, die die Arbeitskraft anderer anwenden, ein anderes Menschen- und Gesellschaftsbild hervorgeht als aus der Lebenspraxis der jeweiligen unteren Schichten. Aus der Sicht der Beherrscher und Anwender von Menschen erscheinen triebhafte Aggression, Faulheit, verantwortungsloser Egoismus oder Selbstschädigung als natürliche menschliche Eigenschaften.<sup>26</sup> Es versteht sich, daß es nur vernünftig ist, diese - im Wortsinne - zu beherrschen. Die daran nicht interessierten Ansichten vom Menschen betrachten die genannten Eigenschaften umgekehrt als Folgen gesellschaftlicher Konditionierungen, als sozialstrukturelle Entfremdungen des Menschen von sich selbst, denen mit sozialer Sicherheit, Chancengleichheit und Demokratie historisch der Boden entzogen werden könne.<sup>27</sup>

Es ist nur ein kurzer Gedankenschritt, die Folgerichtigkeit zu erkennen, mit der das jeweilige Menschen- und Gesellschaftsbild sich in den Grundan-

---

26 Fromm (1977). Konservative Menschenbilder beinhalten in der Regel egoistische Triebhaftigkeit und Selbstschädigung. Das ist nur dann kein Widerspruch, wenn der gemeinsame Nenner hinzugefügt wird: das Interesse der Anwender von Arbeitskraft, das durch beides gleichermaßen in Mitleidenschaft gezogen würde.

27 Vgl. Kühn (1987a).

nahmen und -fragestellungen über die Zusammenhänge von Krankheit und Gesellschaft wiederfindet. Vor wenigen Jahren brachte die damalige britische Regierungschefin Thatcher die wirtschaftsliberal-konservative Position auf ihren zugespitzten Nenner, als sie dem Unterhaus erklärte, sie kenne keine sogenannte Gesellschaft, sie kenne nur Individuen. Entsprechend hat ihr Gesundheitsminister den von führenden britischen Epidemiologen vorgelegten Bericht über die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen der Öffentlichkeit vorenthalten.<sup>28</sup> Die sozialen Zusammenhänge zwischen den wissenschaftlichen Aussagen und der Position in der und zur Gesellschaft lassen sich bis in die methodischen Fraktionierungen hinein verfolgen. So werden z.B. Arbeiten über den Zusammenhang von Krankheit und sozialökonomischem Status immer wieder mit dem Argument kritisiert, es handle sich nicht um Abbildungen der Realität, sondern um statistische Artefakte (z.B. durch Selektionsprozesse), obwohl viele der in Querschnittstudien ermittelten Erkenntnisse durch Longitudinalstudien, gezielte Nacherhebungen usw. abgesichert wurden.<sup>29</sup> Ohne politische Hintergründe, allein als erkenntnistheoretischer Diskurs, muß das völlig unverständlich bleiben.

Warum die Selektivität und Gewichtung von Wahrnehmung und Thematisierung so ist, wie sie ist, wird von dem Wissenschaftszweig, der sich mit Risikoperzeption befaßt, nicht erklärt. Die empirischen Sozialforscher gehen dabei vorwiegend psychologischen Gründen nach. Beispielsweise hat man herausgefunden, daß Gefahren, die sich auf besonders unheimliche und unvorhersehbare Schädigungen beziehen, meist überschätzt werden.<sup>30</sup> Oder man versucht, das Problem als Folge politischen Handelns (agenda setting) zu fassen, als mangelhaftes oder gutes Politik-Marketing. Solche Erkenntnisse können den kurzfristigen Öffentlichkeitsstatus (z.B. die Häufigkeit von Pressemeldungen, Politiker-Statements usw.) einer Gesundheitsgefährdung durchaus erfassen. Die kurzfristigen, im Bereich der Verlautbarungen bleibenden Reaktionen des politischen Systems auf Aids, Reaktorunfälle und andere spektakuläre Themen sind die wohl augenfälligsten Beispiele dafür. Sobald aber ein Risiko in die sozialpsychologische »Normalität« integriert ist, wird die Kompatibilität der möglichen Prävention mit dem sozialen, politischen und ökonomischen Status quo wieder zur zentralen Determinante. Fra-

---

28 Er wurde in einer Minimalauflage gedruckt und mußte dann privat verlegt werden; Department of Health and Social Security (1980); Townsend/Davidson (1982); dazu Townsend (1990).

29 Vgl. die sozialepidemiologische Literatur im vorhergehenden Abschnitt.

30 Slovic (1987).

gen nach dem »agenda setting«, d.h. die in den USA vorherrschende Annahme, erfolgreiche Öffentlichkeitsstrategie und gutes »lobbying« ver helfe einem Thema zum Durchbruch, ist deshalb so oberflächlich, weil das Entscheidende, nämlich die systematische und objektive Chancenungleichheit von Themen, nicht einmal zur Kenntnis genommen wird.

Generell haben also ätiologische Vorstellungen und Implikationen die Tendenz, in Richtung auf herrschafts- und interessenkonforme Ursachenannahmen von der Realität abzuweichen. Um auf das Beispiel der Suche nach dem Krebserreger zurückzukommen: Die präventionspolitischen Implikationen einer Virus-Theorie des Krebses sind mit jeder Art von gesellschaftlichem Status quo vereinbar. Indem die Krankheitsursache einem Mikroorganismus zugeschrieben wird, kann das Problem der Prävention im Labor gelöst werden, und damit verwandelt sich die Bewahrung der Gesundheit in eine technische Aufgabe.<sup>31</sup>

Es ist nun nicht so, daß das Vermeidungsinteresse daran lediglich auf der Seite der ökonomischen und politischen Macht bestünde. Damit würde der soziale Widerstand gegen ursachenbezogene präventive Interventionen stark unterschätzt. In einer den Subjekten spürbar vermittelbaren Weise können sich auch die abhängig Arbeitenden davon bedroht fühlen. Die hochdifferenzierten Industriegesellschaften sind zwar partikular, aber zugleich auch interdependent. Die sozialökonomischen Interessen von Klassen und Schichten können entgegengerichtet und - soweit es sich um einen »funktionsfähigen Herrschaftsverband« handelt - zugleich funktionsteilig aufeinander angewiesen sein. Die Ambivalenz von Interventionen in interdependente Funktionsmechanismen der Gesellschaft hat ihre Ursachen in diesem »Zugleich« von strukturellen und funktionalen Interessen und Angewiesenheiten. Was beispielsweise im Kampf der traditionellen gewerkschaftlichen Arbeiterbewegung um gesunde Arbeitsbedingungen als inkonsistent und widersprüchlich erfahren wird, entspricht oft dieser objektiven Verschränkung von Interessen und Angewiesenheiten. Es trifft hier zu, was Elias ganz allgemein für die machtunterlegenen, funktionsteilig mit dem Ganzen der Gesellschaft verbundenen Schichten zusammenfaßt:

»Sie pendeln zwischen dem Verlangen, dem sozialen Gegner mehr oder weniger große Vorteile abzugewinnen, und der Angst davor, im Kampf gegen ihn zugleich den ganzen Gesellschaftsapparat zu ruinieren, von dessen Funktionieren ihre aktuelle soziale Existenz selbst abhängt.«<sup>32</sup>

---

31 Tesh (1988, S. 39).

32 Elias (1976, Bd. II, S. 232-235).

Nur wer sich das vor Augen führt, wird zu einer Vorstellung kommen, mit welcher Erleichterung - individuell wie im Maßstab der Gesellschaft - Angebote für »technische Lösungen« (Medikamente, Substitute, Therapien) aufgenommen werden. Im Amerikanischen spricht man von einer »technological fix mentality«, aber es lassen sich durchaus sozialökonomische Konstellationen aufzeigen, in der diese »Mentalität« erlernt wird. Man kann es im Alltag von Individuen beobachten. Ein nicht oder nur vage diagnostiziertes Leiden (z.B. eine Allergie) ruft Angst hervor, die sich noch verstärkt, wenn ein Arzt psychosoziale Faktoren wie die Familienkonstellation oder den Arbeitsplatz bzw. ökologische Bedingungen wie den Wohnort in die Überlegungen einbringt. Die Angst vor der Krankheit vermischt sich mit und wird überformt von der Angst vor der Veränderung. Wenn in diesen inneren Konflikt die Medizin eine technische Lösung mit entsprechender Diagnose anbietet, scheinen der Konflikt gelöst, das Krankheitsrisiko gebannt und die gewohnten Sozialbezüge (selbst wenn sie sonst als belastend erfahren werden) »gerettet«.

Im Maßstab der Gesellschaft gilt ähnliches: Die technische Lösung kann vom ökonomischen System produziert und als Ware angeboten werden, soziale und politische Änderungen sind überflüssig. Es handelt sich dann um ein persönliches Schicksal, das keine politischen Entscheidungen erfordert. Seine präventive und kurative Bearbeitung kann weitgehend der Verantwortung der privaten Individuen und der Medizin überlassen werden. Ein solches Angebot muß nicht mit viel Kritik und Mißtrauen rechnen, zu groß ist das daran geknüpfte Wunschdenken, auf das nun auch die Marketingbemühungen der Anbieter bauen können. Die Gabe von Medikamenten zur Senkung des Blutdrucks und des Cholesterinspiegels als Prävention der koronaren Herzkrankheit sind ein herausragendes Beispiel. Die durch Wunschdenken gespeiste und durch das Interesse an dessen Verwertung gesteigerte Gläubigkeit gegenüber der wissenschaftlichen Legitimation könnte unkritischer kaum sein.

Die Biomedizin verdankt ihren hohen Status im sozialen Raum des Gesundheitssektors nicht zuletzt gerade ihrem Versprechen, diese Form der Lösungen und Entlastung anzubieten. In der Prävention gilt das gleiche für die medikalisierbaren Risikofaktoren der lebensstilbezogenen Prävention. Die impliziten sozialen und ätiologischen Annahmen, ihre Beziehung zum Status quo, also zu den Faktoren Macht, Herrschaft und Interesse, geben ihnen auch als Forschungsthema ihr spezifisches Gewicht.

Die normative Hierarchie ätiologischer Ebenen kennzeichnet also Erfolgsbedingungen oder - evolutionstheoretisch ausgedrückt - »Überlebensbedingungen« einer denkbar großen Pluralität gesundheitsrelevanter Ideen, Wissensbestände, Methoden, Theorien und Konzepte. Die Analogie zur Darwinschen Evolutionstheorie drängt sich hier auf. Die Zuordnung eines Konzepts zu einer der vier Ebenen von möglichen Krankheitsursachen und -bedingungen repräsentiert unterschiedliche Grade von Angepaßtheit an eine herrschaftlich strukturierte »Umwelt«. Es gilt für sie das Prinzip des »survival of the fittest«, das fälschlicherweise als das Überleben des »Stärkeren« übersetzt wird, jedoch - im Sinne von »fit« gleich »geeignet, passend« - das Überleben des am besten an diese Umwelt Angepaßten meint. Die »Zuchtwahl« erfolgt nicht nur durch Selektion (d.h. Faktoren der oberen Stufen überleben nicht), sondern auch durch Mutation (d.h. Faktoren werden umdefiniert zu solchen der unteren Ebenen, z.B. »Streß« von einer arbeitsstrukturellen Ursache zur mangelhaften Fähigkeit des Individuums, sich entspannt zu verhalten).

Ein solch einfaches Denkmodell kann natürlich die komplexe Realität nicht erklären, gibt aber eine Tendenz an, deren Durchsetzungsbedingungen politisch verändert und modifiziert werden können. Es kann auch zeigen, daß den Bemühungen, die präventionspolitische Praxis an problembezogenen sozialepidemiologisch begründeten Konzepten zu orientieren, nicht nur Erkenntnis- und Lernbarrieren, sondern auch Macht- und Verteilungsinteressen entgegenstehen. Die Kosten des Gewinnes an gesundheitlicher Effektivität fallen nicht nur in Geld, sondern in Konflikten und in Zeit an. Nehmen wir die Gesundheitsziele von »Healthy People 2000« als Beispiel. Auf der einen Seite liegt ihr humaner, gesundheitspolitischer Wert darin, daß sie gesundheitsbezogene Orientierungen geben, die sich nichtkonditional (d.h. ohne an funktionale Bedingungen geknüpft zu sein) auf Menschen beziehen. Auf der anderen Seite unterliegen aber den Umsetzungsvorschlägen ätiologische Annahmen, die - um den Preis der gesundheitlichen Effektivität - die herrschaftskonforme (und damit doch funktionalisierte) Umsetzung sichern, wenn - wie oben zitiert - die Ursachen der Krebssterblichkeit zu 85 Prozent im individuellen Fehlverhalten (falsche Ernährung, Rauchen, Sexualverhalten, Alkohol) und zu 3 Prozent in Umweltverschmutzung und Industrieprodukten gesehen werden.<sup>33</sup>

Die normative Stufung der Präventionskonzepte nach den ätiologischen Implikationen ist also handlungsleitend und prägt maßgeblich das Erkenntnis-

---

33 National Cancer Institute (1986), zit. nach »Healthy People 2000«, S. 415.

und Interventionsinteresse des sozialen Mikrokosmos Gesundheitssektor. Diese These kann mißverstanden werden: Des Vorwurfes des Funktionalismus oder der Teleologie kann sie sich erwehren, denn diese Normativität ist nicht entstanden, weil sie funktional notwendig ist, sie hat sich unter den skizzierten Bedingungen der sozialen »Umwelt« evolutionär entwickelt. Ebensowenig ist sie hermetisch. Sie ist konkreter Ausdruck sozialer Machtverhältnisse, die sich gegen Interventionen abschirmen, und wird ihr Werk in »herrschaftsvollen Zeiten«<sup>34</sup> stärker und in Zeiten gesellschaftlicher Reformen weniger stark tun. In der Ära Reagan/Bush (1980-1992), die politisch konservativ und ökonomisch durch eine allgemeine Entwertung der Arbeitskraft gekennzeichnet ist, hat sie ihre handlungsstrukturierende Funktion weitgehend erfüllt. Jedoch ist sie alles andere als widerspruchsfrei; denn Beziehungen zwischen Gesundheit und Gesellschaft können zwar aus dem gesundheitspolitischen Konzipieren und Handeln ausgeblendet werden, aber sie hören damit ja keineswegs auf zu existieren. Außerdem ist die individualistische und verkürzte Sichtweise von Gesundheit als »Fitness« (Angepaßtsein, Verwendungsfähigkeit) auch in der Status-quo-Perspektive ambivalent, latent konfliktiv und keineswegs immer funktional. Sie beinhaltet eine Vielzahl latenter Ansprüche der Individuen an Gesellschaft und Staat.

Die Wege und Arten, in denen sich der politische, soziale und ökonomische Status quo den normenbildenden Prozessen des Wissenschaftsbetriebs oder des Gesundheitswesens vermittelt und dort den Prozeß der Herausbildung von Prioritäten, Anreizen, Sanktionen, Wertschätzungen usw. beeinflusst, sind differenziert, vielfältig und spontan. Um ihnen konkret nachzugehen, müßten dazu die jeweiligen sozialen Beziehungen analysiert werden, innerhalb derer Theorien, Normen, Ideologeme usw. den sozial Handelnden plausibel werden. Die Ansichten des »Mainstream« entwickeln sich als Resultat solcher Prozesse, die gut mit den sogenannten »invisible hand explanations« von Normenbildungsprozessen begriffen werden können.<sup>35</sup> Sie unterscheiden sich von funktionalistischen Erklärungen dadurch, daß - in Anlehnung an Adam Smiths Markttheorie - solche Normen als »systematische kollektive Effekte der separaten eigeninteressierten Bestrebungen der Handelnden« angesehen werden können<sup>36</sup>. Ihre Persistenz hingegen kann - auch gegenüber entgegengerichteten wissenschaftlichen Erkenntnissen - durchaus

---

34 Narr (1988).

35 Nozick (1976).

36 Vanberg (1984); vgl. Gäfgen (1988). Die für eine solche Fragestellung sinnvollste methodische Vorgehensweise sehe ich bei Bourdieu (1988).

plausibel als ein Resultat der Funktionen, d.h. der positiven gesellschaftlichen Rückkoppelungen auf diese Funktionalität, angesehen werden.<sup>37</sup> Mit anderen Worten: Akteure, ob Individuen oder Institutionen, die sich entsprechend dieser normativen Hierarchie von Krankheitsursachen (d.h. den dadurch nahegelegten Präventionsstrategien) verhalten, werden in vielfältiger und sich oft spontan herstellender Weise belohnt. Sei es im Wettbewerb um Finanzmittel, um wissenschaftliches Ansehen oder öffentliches Aufsehen - es läßt sich eine Vielzahl von Rückkopplungsmechanismen entdecken, die von den sozialen, ökonomischen und politischen Status-quo-Bedingungen in bestärkender oder sanktionierender Weise auf die Akteure zurückwirken.

### 3.3.2 Konservative Ätiologie

Die ätiologische Hierarchie besagt, daß die Wahrnehmungs-, Thematisierungs- und Realisierungschancen von Präventionskonzepten und -projekten mit dem Grad der Entfernung ihrer impliziten ätiologischen Annahmen von den Kernbereichen gesellschaftlicher Herrschafts- und Machtverhältnisse zunehmen. Insoweit die Prioritäten im sozialen Raum des Gesundheitssektors davon strukturiert werden, können wir von einer »konservativen Ätiologie« sprechen. Damit ist kein statischer Begriff gemeint, sondern die Tendenz, Probleme der Gesundheit subjektiv, individualistisch und moralisch zu interpretieren, ebenso wie die im Alltag wirkungskräftige Tendenz zur Ideologie des Healthismus.

Der Begriff »Konservatismus« wird hier nicht für parteipolitische Fraktionierungen gebraucht, sondern er bezeichnet den gesellschaftlichen Bezugspunkt, an dem sich die Werte relativieren. Das »Maß aller Dinge« der modernen Konservatismen sind die bestehenden Eigentums- und Herrschaftsverhältnisse, deren immer reinere Gestalt sie anstreben.<sup>38</sup> Krisen und Fehlentwicklungen werden als menschliche Fehlanpassungen an die sozialökonomischen Verhältnisse verstanden und niemals als deren Ausdruck. Die Gründe der Fehlanpassungen sind subjektiver und moralischer Natur. Dabei geht

---

37 Wenn gegenüber funktionalen Argumentationen wie dieser eingewandt wird, diese könnten die Entstehung eines systemfunktionalen Elementes nicht erklären, so ist das häufig zutreffend. Dieses Gegenargument wird aber überzogen (und mißbraucht), wenn es um die Erklärung der Persistenz eines Elementes geht.

38 Dieses Verständnis von »Konservatismus« legte z.B. die Mehrheit des internationalen Journalismus an den Tag, als der Putschversuch in Rußland 1991 als Putsch der »Konservativen« bezeichnet wurde.

es insbesondere um die Moral der nicht zu den dispositiven Klassen und Schichten zählenden Bevölkerung in ihren Rollen als Arbeitskräfte, Wahlbürger, Anspruchsberechtigte oder als kinderaufziehende Eltern.<sup>39</sup>

Alle Vorstellungen über Verursachungszusammenhänge (und damit Interventionsebenen) von Krankheit sehen sich stets der Tendenz der Transformation oder - in der Evolutionsanalogie - der Mutation ausgesetzt: Aussagen über objektive Bedingungen werden subjektiviert, analytische werden zu moralischen Aussagen. Probleme, die auf einer höheren Stufe der ätiologischen Pyramide thematisiert sind, können - z.B. auf dem Weg von einem Konzept zur praktischen Umsetzung - wieder auf die nächst niedrigere gebracht werden. Ein Problem der physischen Umwelt kann rasch wieder zu einem des Fehlverhaltens werden. Bekannt ist die Transformation fehlender Arbeitssicherheit (d.h. Unfallgefahr) in »persönliches Versagen« oder gar die »Unfallpersönlichkeit« auf der Seite der Unfallopfer. Berufsbedingte Leberschäden werden vorzugsweise dem Alkohol zugeschrieben, Lärmschwerhörigkeit dem Besuch von Diskotheken usw. Die auf diese Weise zustande kommende Sichtweise zur Krankheitsverursachung wird beispielsweise in einem Überblicksartikel über den Stand des Wissens für Primärprävention von Krebs wie folgt zusammengefaßt:

»Wir haben nun ein zufriedenstellendes Wissen über einen bedeutenden Teil der Krebskrankheiten, um energische Schritte in Richtung zur Prävention zu unternehmen. Die meisten Krebsursachen (wie Tabak, Alkohol, tierische Fette, Übergewicht, ultraviolette Strahlung) hängen mit dem Lebensstil zusammen; d.h. mit persönlichen Wahlentscheidungen [personal choices] und nicht mit der allgemeinen Umwelt. Die weitverbreitete öffentliche Wahrnehmung, der zufolge Umweltschäden eine wesentliche Krebsgefahr bedeuten, ist nicht richtig. Für hormonbedingte Krebsarten sollte die Beeinflussung von wichtigen Hormonen weiter versucht werden. Ein besseres Verständnis der Determinanten des Hormonspiegels bei Erwachsenen ist notwendig, bevor die Primärprävention der entsprechenden Krebsarten durch Veränderungen des Lebensstils praktisch durchführbar sein wird. Es ist ein Imperativ, weiterhin iatrogene Wirkungen von Arzneimitteln und Röntgenstrahlungen zu beobachten. Schließlich gibt es einige Krebsarten, bei denen Impfungen vielversprechend sind ...«<sup>40</sup>

Es liegt durchaus in dieser Logik, daß von den Finanzmitteln, die der Erforschung der Gewalt gewidmet sind, ein beachtlicher Teil in die Verhaltensforschung von Primaten und in genetische Forschung fließt. Und es muß nicht einmal Rassismus gewesen sein, der den Direktor der finanzstarken »Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration«, Goodwin, veranlaßte, der Öffentlichkeit vorzuschlagen, Aufschluß über das Gewaltverhalten von

---

39 Kühn (1987).

40 Henderson/Ross/Pike (1991).

Jugendlichen in den Innenstadtbezirken (vorwiegend Afroamerikaner) durch Verhaltensforschung an Affen zu gewinnen.<sup>41</sup>

Die relativ geringe Schwierigkeit der Herabstufung eines Gesundheitsrisikos der sozialen Ebene zu einem der individuellen Ebene verdankt sich einer weiteren wichtigen Regel, die im sozialen Raum des Gesundheitsschutzes routinisiert und selbstverständlich ist: Solange gegen die direkte Kausalität eines Faktors - vor allem wenn es sich um solche von wirtschaftlichem Interesse handelt - noch ein vom Wissenschaftsbetrieb anerkannter Zweifel vorgebracht werden kann, wird eine entsprechende Verantwortung (d.h. Schuld, Haftung, Schutzmaßnahmen) nicht zugewiesen. Im Arbeitsschutz meist noch konsequenter als im Umweltschutz bleiben im Zweifelsfall die Menschen weiterhin exponiert. Wird eine Gefahr oder ein Risiko anerkannt, so wird wiederum vorzugsweise die präventive Verhaltenslast den potentiellen Opfern auferlegt, wenn z.B. der Abkapselung der Emissionsquelle das Anlegen von Gesichtsmasken und Schutzanzügen vorgezogen wird. Das ist in den USA ebenso selbstverständlich wie in Europa. Gibt es einen begründeten Verdacht für die Schädlichkeit eines Stoffes, so bleibt in der Regel bis zur Ausschaltung aller Zweifel der Konflikt zwischen dem wirtschaftlichen und dem gesundheitlichen Interesse zugunsten des Status quo, also des wirtschaftlichen Interesses, ungelöst. Es ist - auch hier steht das Asbest-Beispiel für viele - selbstverständlich, wenn im Zweifelsfall die Gesundheit *nicht* geschützt wird. Ein sehr großer Teil der arbeits- und umweltmedizinischen Bewertungsverfahren besteht in der Produktion solcher Zweifel, deren Schärfe, die sich unter anderem in einem destruktiven Methodenrigorismus ausdrückt, niemals anzutreffen ist, wenn es um eine warenförmige »technische Lösung« des Medizinsystems geht.

### 3.3.3 Beispiel: Konservative Ätiologie der Säuglingssterblichkeit

Es wurde bereits gesagt, daß in der Regel die impliziten ätiologischen Annahmen einer gesundheitswissenschaftlichen Aussage schon aufgrund weniger Informationen über die soziale Position der Aussagenden prognostiziert werden können. Folgendes Beispiel eines »konservativ-ätiologischen« Argumentationsrasters mag das illustrieren:

---

41 Greenberg (1992c). Goodwin mußte zurücktreten und wurde kurz darauf Direktor des National Institute of Mental Health.

Der Verfasser, Eberstadt, ist ein Wissenschaftler des American Enterprise Institute. Sein Thema ist die Interpretation der Daten zur im internationalen Vergleich hohen Säuglingssterblichkeit in den USA, insbesondere des großen Unterschieds zwischen der schwarzen und weißen Bevölkerung.<sup>42</sup> Problem und Ausgangspunkt der Betrachtung ist die bei Fachleuten aus dem Public-Health-Bereich ebenso wie bei Politikern vorherrschende Auffassung, dafür seien vor allem zwei Faktoren verantwortlich: die »Verbreitung der Armut und ein damit korrespondierender Mangel an adäquater medizinischer Betreuung«<sup>43</sup>. Dieses gilt es zu widerlegen und das Problem entlang der normativen Hierarchie »abzustufen«, d.h. es in eines der genetischen Determiniertheit und des individuellen und moralischen Fehlverhaltens zu transformieren.

Dabei geht Eberstadt in der »richtigen« Reihenfolge vor. Bevor er die »ätiologische« Stufenleiter überhaupt betritt, prüft er noch, ob das Problem nicht eigentlich ein Scheinproblem sei und der Unzuverlässigkeit der Daten zugerechnet werden könnte. Bereits hier kann er einen kleinen Punkt machen: »Zweifellos würde eine verbesserte Standardisierung der Kindersterblichkeitsdaten den Rang Amerikas innerhalb der OECD-Länder verbessern.« (S. 33)<sup>44</sup> Des ersten Teils der »konventionellen Ansicht«, Armut spiele die Hauptrolle, entledigt er sich als nächstes, indem er auf die Unzulänglichkeit der statistischen Definition von »arm« verweist, schließlich umfasse sie nicht Ersparnisse, Vermögenswerte und Darlehen. Es sei zwar ein Argument, wenn die Armutsbevölkerung über solche Vermögenswerte nennenswerter Größe verfügte, aber hier diene es lediglich dazu, der unbequemen Statistik möglichst viel ihrer Glaubwürdigkeit zu nehmen. Der zweite konventionelle Faktor, der politisch veränderbar ist und darum eliminiert wird, ist die unzulängliche medizinische Versorgung bei Regierungsamtlich geschätzten 37 Millionen nicht- und weiteren 40 Millionen unterversicherten amerikanischen Bürgern.<sup>45</sup> Einige internationale Vergleiche werden dann auf einem so schlechten Niveau gemacht, das sich nur leisten kann, wer sich von Macht geschützt weiß (S. 34).<sup>46</sup> Ergebnis:

---

42 Im folgenden stelle ich nur das Muster der Argumentation dar, ohne auf deren Inhalte weiter einzugehen.

43 Eberstadt (1991).

44 Die Seitenzahlen in Klammern beziehen sich auf Eberstadt (1991).

45 Kühn (1990).

46 Karl Deutsch definierte »Macht« als »nicht lernen müssen«.

»Alles andere konstant, scheint es, daß die medizinische Versorgung von Säuglingen in den Vereinigten Staaten tatsächlich besser ist als in einigen anderen fortgeschrittenen Industrieländern.« (S. 35)

Nun wird die Ebene der biologischen Faktoren geprüft. Hier sind Eberstadt keine, nicht einmal schlechte Argumente verfügbar, aber umstritten darf man die genetische Argumentation nennen. Wenn ein Argument umstritten ist, dann gilt das freilich auch für die Gegenargumente, also kann er resümieren:

»Obwohl umstritten, kann die Theorie, der zufolge die extrem hohe Inzidenz von niedrigem Geburtsgewicht in der schwarzen Bevölkerung Amerikas auf biologische Faktoren zurückgeht, noch nicht aufgegeben werden.« (S. 35)

Da mehr auf der biologischen Ebene nicht zu machen ist, bleibt noch das Fehlverhalten:

»Welcher Anteil am niedrigen Geburtsgewicht auch immer biologischen Faktoren zuzuordnen ist, so ist es doch offensichtlich, daß Einstellung und Verhalten der Eltern die Chancen eines Kindes beeinflussen, mit niedrigem Gewicht geboren zu werden.« (S. 36)

In Korrespondenz mit höherer Sterblichkeit werden dann vorgeführt: das Rauchverhalten der Schwangeren, der Kinderwunsch bei der Empfängnis, die »Illegitimität« des Kindes aufgrund der »Entscheidung, das Kind außerhalb der Ehe auszutragen« (S. 37), die alleinlebenden Elternteile sowie das Versäumnis der Schwangeren, pränatale Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen (S. 37-44). Dies läßt Eberstadt zu folgender Schlußfolgerung kommen:

»Da der elterliche Lebensstil und die Familienmuster eine direkte und bedeutende Rolle für die Überlebenschancen eines Säuglings spielen, sind die Aussichten für die Verbesserung der Kindersterblichkeit durch staatliche Einkommens- und Gesundheitspolitik weniger stichhaltig, als dies manchmal behauptet wird.« (S. 44)

Die bisher genannten Argumente werden nun noch einmal direkt gegen die impliziten politischen Schlüsse gewendet, die durch die »widerlegte« ätiologische Ebene nahegelegt werden. Wären nämlich Armut und medizinische Unterversorgung wichtige Faktoren der Säuglingssterblichkeit, dann folgte daraus die Notwendigkeit sozialstaatlicher Einkommensumverteilung und einer umfassenden Krankenversicherung. Damit - so nun abschließend - komme man aber den ermittelten tatsächlichen Ursachen nicht bei. Das Sozialhilfeprogramm für Familien mit abhängigen Kindern (AFDC) könne die »Illegitimität« nur finanzieren (S. 42), aber kaum die Sterblichkeit senken.

Sozialpolitische Maßnahmen gehen dieser Sichtweise zufolge nicht nur an den Ursachen vorbei, sie müssen die Säuglingssterblichkeit gar noch erhöhen, da sie das zugrundeliegende unmoralische Fehlverhalten noch finanzieren: Public-Health-Programme zur medizinischen Vorsorge bei Schwan-

geren seien fragwürdig. Nicht auf die Verfügbarkeit, sondern die Inanspruchnahme solcher Dienste komme es an. Die übliche Forderung nach »Erschwinglichkeit« (affordability) der medizinischen Schwangerenvorsorge übersehe, daß bei Haushalten mit einem Einkommen von weniger als 20 000 Dollar jährlich die Einkommenselastizität der Ausgaben für »Unterhaltung, Alkohol und Tabak« bedeutend niedriger sei als für medizinische Versorgung. Nach dem »Consumer Expenditure Survey« seien die Präferenzen so gelagert, daß »die Bezieher niedriger Einkommen medizinische Versorgung als ein mögliches, aber verzichtbares Luxusgut betrachten, während sie Unterhaltung, Alkohol und Tabak als Notwendigkeiten ansehen, 'erschwinglich' auf jedem noch so niedrigen Einkommensniveau« (S. 46). Sozialhilfe, dieser Gedanke wird damit nahegelegt, finanziere bei dieser Einkommenselastizität zusätzlichen Genuß von Alkohol und Tabak, wodurch sich bekanntlich die Säuglingssterblichkeit erhöht. Fazit: Die einzige reale Möglichkeit, etwas gegen Säuglingssterblichkeit zu tun, wäre, auf dieses Ausgabengebaren der unteren Schichten einzuwirken. Aber mehr als viele andere Gesellschaften legte die amerikanische Wert auf ihre individuellen Freiheiten und Rechte. »Ob es uns gefällt oder nicht, eines dieser Rechte ist - in sehr weiten Grenzen - das Recht, pflichtvergessene Eltern zu sein.« Die Mittel des Staates »gegen Eltern, die ihre Föten und Säuglinge in böswilliger Absicht potentiellen Risiken aussetzen«, seien sehr begrenzt und zweifelhaft. Armut ist ein Recht, das den Armen nicht genommen werden soll. Damit wird die Diskursfigur der Beschuldigung der Opfer (blaming the victim) vorgeführt: Die Eltern (Mütter) sind schuld an der höheren Säuglingssterblichkeit, und die Verantwortung des Staates ist nicht sozialstaatlicher, sondern allenfalls strafrechtlicher Natur.

Die Kritik an der »konservativen Ätiologie« wendet sich keinesfalls dagegen, mit biologischen und verhaltensbedingten subjektiven Variablen Entstehung und Verlauf von Krankheiten zu erklären. In vielen Fällen vermittelt das Verhalten die objektiven Bedingungen mit der individuellen Gesundheit. Ebenso wie sich die gesellschaftlichen Bedingungen im Verhalten äußern, können sie auch »am Verhalten vorbei« nicht verändert werden. Bei den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen handelt es sich aber nicht um Konstanten einer »Natur des Menschen«. Auch wenn quantitative empirische Forschung zu gravierenden inhaltlichen Vereinfachungen zwingt, kann von ihr erwartet werden, daß sie die soziale Verteilung von Ressourcen und Restriktionen des Gesundheitsverhaltens in ihre Konzepte einbezieht. Die Gründe des Ausmaßes, in dem selbst das unterlassen wird, sind - so meine These -

nicht originär methodologischer noch überhaupt erkenntnistheoretischer Art. Sie beruhen darauf, daß die politischen, ökonomischen und institutionellen »Überlebensbedingungen« so strukturiert sind, daß sie die Realisierung dazu alternativer Theorien und Konzepte bisher meist nur um den Preis ermöglichen haben, den lediglich mutige Außenseiter oder besonders Privilegierte zu zahlen bereit sind. Der gesundheitswissenschaftliche und präventionspolitische »Mainstream« jedoch orientiert sich am Weg des geringsten sozialen Widerstandes und reproduziert damit die normative Ätiologie, weitgehend unabhängig von der tatsächlichen Effektivität der daraus resultierenden Praxis.

### 3.3.4 Multifaktorieller Nebel

Die Unzulänglichkeit des Lebensstilkonzeptes wird - sieht man auf die Praxis - erstaunlich häufig eingeräumt. Viele, die ihm praktisch folgen, bevorzugen in theoretischen Diskussionen Ansätze der multifaktoriellen Bedingtheit, z.B. von koronaren Herzerkrankungen und Krebs. Ihre Attraktivität liegt vor allem darin, daß sie keine Ebene der Krankheitsentstehung vernachlässigen. Erstaunlicherweise können multifaktorielle Theorien in der politischen und ökonomischen »Umwelt« gut überleben. Das mögen sie vor allem zwei Eigenschaften verdanken: Erstens kann mit einer Theorie, die alles berücksichtigt, jede andere Theorie de-legitimiert werden. Zweitens geht von einer solchen Theorie kein Legitimationsdruck auf entsprechende politische Umsetzung aus. Jede Art der Umsetzung kann entweder kritisiert oder legitimiert werden.

Multifaktorielle Modelle z.B. der Entstehung von Herzkrankheiten präsentieren eine »ausgewogene« Liste von möglichen Ursachen. Sie versuchen, die bekannten Risikofaktoren in ein Kategoriensystem zu bringen, das physiologische, psychologische, soziale usw. Ebenen aufweist. Solche Einordnungsschemata besagen, daß alle Ebenen wie beispielsweise in einer Kette zusammenwirken: sozialer Wandel, Mobilität, Persönlichkeit, Angst, Streß, Rauchen, Katecholaminspiegel, Arteriosklerose, Herzinfarkt. Sie können beliebig ausgeweitet werden und sind banal in dem Sinne, daß sie ohne notwendige Besonderheiten eines Gegenstandsbereiches keine Antwort auf ätiologische Fragestellungen sein können und als »Universalmodelle keine praxisrelevanten Handlungsanweisungen ergeben«<sup>47</sup>. Diese einzelnen Ursa-

---

47 Borgers (1992, S. 115).

chen unterliegen auf dem Weg zur Praxis ebenfalls den skizzierten Prozessen der Selektion und Mutation, die - soweit sie nicht bewußt gegentendenzuell mit großem Gewicht ausgestattet sind - nur von den Angepaßtesten überlebt werden.

Ein Beispiel für die Funktion, die »multifaktorielle« Modelle als Apologetik der Untätigkeit haben können, lieferte die konservative britische Regierung. Als Unterzeichnerin der WHO-Resolution »Health for all - 1992« stellte sie ihre Präventionsstrategie für das Jahr 2000 vor. »The Lancet«, eine der weltweit führenden medizinischen Zeitschriften, bemängelte in einem Kommentar, es seien keine Daten zur Armut, Obdachlosigkeit oder Arbeitslosigkeit, ebenso auch keine Zusammenhänge zwischen Armut und schlechter Ernährung, Obdachlosigkeit und Atemwegserkrankungen oder Arbeitslosigkeit und Selbstmord vorgelegt worden. Widerwillig werde lediglich eingeräumt, die körperlich Arbeitenden hätten höhere Krankheits- und Sterblichkeitsraten, aber - und das ist der Legitimationssatz des Gesundheitsministers: »Die Gründe für diese Unterschiede sind bisher keineswegs voll verstanden«, es gehe schließlich um »ein Zusammenwirken von genetischen, biologischen, sozialen, ökologischen, kulturellen und verhaltensbedingten Faktoren«. Der Kommentator merkt an: »Wie komplex das alles ist [...]. Können wir da gar nichts tun?«<sup>48</sup>

Ironischerweise begründe sich, argumentiert Tesh, die Schwäche solcher Modelle gerade in ihrem Versuch, *alle* Krankheitsgründe zu benennen. »Mehr noch ist ihr Effekt letztlich eine Verstärkung des Status quo.« Das liege in der Eigenschaft, jedem Aspekt der Verursachung die gleiche Bedeutung zuzumessen. Diese großzügige Egalität mache es sehr einfach, Präventionsressourcen in unwirksame, aber gesellschaftlich nicht störende Projekte zu stecken. Sie erlaube dem Gesundheitsministerium, vor der Luftverunreinigung als Krankheitsursache zu warnen und zugleich das Hauptgewicht auf Veränderungen des Lebensstils zu legen.<sup>49</sup>

Ein anderes, ebenfalls in die Richtung der Risikofaktoren des Lebensstils wirkendes Auslesekriterium liefert im Zusammenspiel mit multikausalen Modellen die Methodik der Epidemiologie. Sie kann zwar mit ihren Instrumenten verschiedene Effekte verschiedener Faktoren und sogar einige interagierende Wirkungen (z.B. von Rauchen und Asbest) berechnen, aber das ist nicht genug. Das Faktorengewebe sagt ja aus, daß die Krankheit durch das

---

48 Dean (1992).

49 Tesh (1988, S. 60).

Zusammenwirken *aller* Faktoren verursacht wird.<sup>50</sup> Hinzu kommen dann noch Beziehungen, die sich überhaupt nicht mit dem legitimationsfähigen Instrumentarium erfassen lassen, wie etwa »politische Macht«. Sie ist keine Sache, kein Faktor, sondern eine soziale Beziehung, die nicht irgendwelchen Faktoren zugeordnet werden kann. Als »überlebensfähig« erweisen sich die quantifizierbaren »empirischen« Faktoren wie Alter, Geschlecht, Ort, Ernährung, Ausbildungsjahre, Exposition eines Stoffes usw. Die Computertechnologie sorgt dafür, daß diese Liste in konkreten epidemiologischen Untersuchungen immer länger werden kann. Die inhaltliche Selektivität des methodischen Instrumentariums der empirischen Forschung sorgt dafür, daß soziale Herrschaftsbeziehungen nicht berücksichtigt sind. Zigarettenverbrauch, Fettkonsum, Körpergewicht, Blutdruck oder berichtete Befindlichkeitssymptome lassen sich hingegen zählen, in formale Kausalbeziehungen bringen und legen scheinbar klare präventionspolitische Schlußfolgerungen nahe.

Der Charakter der fraglichen »Zivilisations«-Krankheiten ist in offensichtlicher Weise viel mehr systemisch, als daß eine mechanistisch-reduktionistische Ursachensuche zum Erfolg führen könnte.<sup>51</sup> Aber die systemische Natur der Krankheiten hat in Gestalt des Risikofaktoren-Konzepts gerade noch nicht zu einer »wissenschaftliche Revolution« im Sinne eines Paradigmenwechsels der etablierten Medizin geführt. Das sogenannte »multifaktorielle« Verursachungsmodell ist kein neues »Paradigma«, sondern der Rettungsversuch des alten. Kausalitäten werden nämlich nicht in Begriffen zu erfassen gesucht, die tatsächlichen System-Modellen gerecht wären<sup>52</sup>, und die Bezeichnung »multifaktoriell« ist eher ein pragmatischer Allerweltsbegriff, der mehr die Verlegenheit als die Überwindung des alten »Paradigmas« kennzeichnet.<sup>53</sup> Insofern hat Arnold recht, wenn er »die psychologische Erfordernis und die praktische Notwendigkeit« der Risikofaktor-Prävention in den Vordergrund stellt und den »erkenntnismäßigen Wert dieser Theorien«

---

50 Tesh (1988, S. 60).

51 Zum Grundriß einer systemischen Theorie, die in die Lage versetzen könnte, die Kenntnisse von der Verschränkung der physiologischen, psychischen und sozialen Systeme in einen weiterführenden Zusammenhang zu bringen, vgl. von Uexküll/Wesiack (1988).

52 Von Uexküll und Wesiack (1988) versuchen, Krankheiten nicht mit mechanischen Kausalmodellen zu erklären, sondern sprechen z.B. von »Integrationsdefekten« im Verhältnis zwischen den physiologischen, psychischen und sozialen Regelkreisen.

53 Schaefer (1976).

gering schätzt.<sup>54</sup> Ein »Paradigmawandel in der Medizin« ist es eben gerade darum nicht.

### 3.3.5 Medizinsystem

Unter den gesellschaftlichen Institutionen ist natürlich das Medizinsystem (d.h. medizinische Wissenschaft, Ausbildungsbetrieb, Anbieter medizinischer Leistungen, industrielle Zulieferer, staatliche Gesundheitspolitik, Medizinpublizistik) die mit Abstand bedeutendste Agentur der Individualisierung gesundheitlicher Probleme, es kann auch nicht anders sein. Darüber und über den entsprechenden ätiologischen Reduktionismus liegt eine Vielzahl analytischer Studien vor, die hier im einzelnen nicht noch einmal vorgestellt werden müssen.<sup>55</sup> Ergänzend soll hierzu noch angemerkt werden, daß die nach wie vor dominierende Rolle des weiterhin ökonomisch expandierenden Medizinsystems natürlich nicht aus dieser ideologischen Funktion hervorgeht. Die individualmedizinische Ideologie ist vielmehr der Ausdruck ihrer gesellschaftlichen Seinsweise als Warenangebot. Dieses tendiert dazu, ausgeweitet zu werden, was von mindestens zwei sich gegenseitig fördernden Voraussetzungen abhängt: Möglichst viele Konflikte und Bedürfnisse müssen - wenigstens teilweise - als Gesundheitsprobleme gelten, und für möglichst alle dieser Probleme können individuelle Angebote gemacht (d.h. Lösungen versprochen) werden. Das fasziniert im Kleinen den Käufer ebenso sehr wie im Großen die Politiker.

Alle Anzeichen sprechen auch Anfang der neunziger Jahre dafür, daß die allgemeine Sichtweise von Gesundheit und Krankheit nahezu unangefochten von der technisch-pharmakologischen Individualmedizin geprägt wird. Die politisch relevanteste Kritik betrifft die Ausgrenzung von Millionen Amerikanern aus der medizinischen Versorgung, also nicht das »medizinische Paradigma«, sondern das Zuwenig an Medizin. Ansätze der alternativen Medizin sind - soweit sie sich halten konnten - heute kommerziell domestizierte Begleit- und Ergänzungsangebote zum etablierten Medizinbetrieb, zuweilen sind sie auch von diesem integriert worden. Eine andere potentielle Gegenkraft könnten die Public-Health-Institutionen und Akteure sein. Aber diese

---

54 Arnold (1990).

55 Abseits vom zeitweise modischen Medizinkritizismus möchte ich aus den kritisch-analytischen Beiträgen zur Debatte in den USA der siebziger Jahre zwei richtungweisende als auch zusammenfassende Beiträge nennen: Zola (1972) und Crawford (1980).

geben sich weitgehend mit eher komplementären Anstrengungen zufrieden. Der genannte Notstand der Krankenversicherung nötigt sie sogar dazu, präventivmedizinische (vor allem Blutdruckkontrolle und Schwangerenvorsorge) und primärmedizinische Versorgungsleistungen für Minderheiten und Arme zu organisieren, die für die kommerzielle Medizin uninteressant sind. In einem Klima, in dem die sich um die öffentliche Gesundheit sorgenden Akteure solche Mängel beklagen und zu ihrer Behebung Finanzmittel mobilisieren müssen, gedeiht ein kritisches Sozialbewußtsein gegenüber der Medizin verständlicherweise höchst schlecht.

Nicht zuletzt trägt die Public-Health-Bewegung selbst erheblich zur weiteren Medikalisierung der Prävention bei, indem sie die Orientierung auf den individuellen Lebensstil nach Kräften fördert. Viele Menschen sehen sich damit nämlich in den Konflikt gestellt, einerseits »einzusehen«, daß ihr eigenes Verhalten die größte Bedrohung ihrer Gesundheit ist<sup>56</sup>, und auf der anderen Seite »zu schwach« zu sein, um mit den sündhaften Angewohnheiten aufzuhören und regelmäßiges Körpertraining zu betreiben. Da muß es nicht verwundern, wenn die neuen Angebote des Medizinbetriebes zum Ersatz für mühselige Zumutungen in Form von cholesterin- und blutdrucksenkenden Medikamenten die Nachfrage von Millionen von »Risikopersonen« kräftig anregen. Ebenso ist Kritikfähigkeit des klinisch-epidemiologischen Wissenschaftsbetriebes gegenüber diesen pharmakologischen Problemlösungen offenbar dem Wunschenken anheimgefallen. Dazu im nächsten Kapitel mehr am Beispiel der Cholesterinpolitik.

### 3.3.6 Einverständnishandeln

Die »konservative Ätiologie« wirkt und reproduziert sich tendenziell auf allen Ebenen, von der Thematisierung über Wissenschaft und Forschung bis hin zur Durchsetzung, sie strukturiert die Ideologien der Gesundheit ebenso wie die spezifischen Tabus und Moden im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Die von den skizzierten und anderen Bedingungen vorgegebenen »Wege des geringsten Widerstandes« enden zumeist bei einer Präventionspraxis, deren implizites Konzept die eingangs dargestellten Risikofaktoren des »Lebensstils« zu beeinflussen sucht, entweder durch Aufklärung und Gesundheitserziehung oder medizinische Behandlung. Diese Prozesse sind unverständlich, solange sich der Betrachter nicht aus der Zwangsalter-

---

56 Vgl. Crawford (1977).

native zwischen Subjektivismus (rational choice) auf der einen und der Vorstellung subjektloser Marionetten an den Fäden objektiver Gesetzmäßigkeiten oder Machtzentralen auf der anderen Seite befreit.

Die entscheidende Funktion kommt dem Habitus zu, in dem sich die sozialen Verhältnisse, die Schichtzugehörigkeit sowie die Subjektivität ausdrücken können. In ihm vermitteln sich objektive Strukturen mit praktischem Handeln. Die Strategien, die der Habitus als strukturiertes und strukturierendes System der Praxisbewertung hervorbringt, haben nicht notwendigerweise einen expliziten Plan zur Voraussetzung. Sie zielen

»auf 'objektive Potentialitäten', die im unmittelbar Gegebenen unmittelbar gegeben sind wie die verborgenen Seiten eines Quadrats, die sich als 'zu machende', zu realisierende darstellen und die sich realisieren, ohne daß sie als mögliche, als eintretende oder nicht eintretende gesetzt werden, d.h. ohne Überlegung«<sup>57</sup>.

So scheinen die (erfolgreichen) Beteiligten an den gesundheits- und präventionspolitischen Diskursen in aller Regel einen gut entwickelten Sinn (ich spreche nicht von Bewußtsein) für die herrschaftsrelevanten Implikationen unterschiedlicher Themenbereiche, Forschungs- und Interventionsstrategien zu haben.

Ein Teil der Realität wird man dem zuschreiben können, was Max Weber »Einverständnishandeln« nannte, im Sinne einer schlichten Fügung in das Gewohnte und institutionell Vorgegebene, weil es gewohnt und vorgegeben ist. Das mag der Fall sein, wenn beispielsweise der Erfolg des Handelns an der Auflagenhöhe von Broschüren zur Gesundheitsaufklärung gemessen wird oder wenn die finanzielle Förderung eines Forschungsprojekts nach dem Kriterium seiner Nähe zum »Mainstream« erfolgt. Das gilt auch da, wo der Blick dafür durch »Versachlichung«, die Rituale der Wissenschaftlichkeit oder der bürokratischen Gleichbehandlung usw. bei den Handelnden in den Institutionen selbst getrübt ist. Die eigentliche rationale Bezogenheit kann den Betroffenen und Akteuren ebenso verborgen sein wie »dem 'Wilden' der Sinn der magischen Prozeduren seines Zauberers«<sup>58</sup>.

Es sind dies Formen, in denen sich die gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnisse ihren selbstverständlichen und alltäglichen Ausdruck gesucht haben. Die Schwierigkeit einer (notwendigen) »Psychologie der Institutionen« finge bereits bei dem Versuch an, überhaupt Subjekte dingfest zu machen. Die »Institution«, d.h. die zur »Sache« gewordenen sozialen Beziehungen, »überschatten, dirigieren, begrenzen und stimulieren das, was üblicherweise als soziales Handeln, als Austauschprozesse aller Art zwischen einzelnen Personen-

---

57 Bourdieu (1989, S. 72 f.). Zum Habitus vgl. Kapitel 2.

58 Weber (1913; 1973).

gruppen bezeichnet wird. Die Institution ist da und umstellt in ihrer Mehrzahl den Handlungsraum, ja mehr noch durchzieht denselben mit einer Fülle sichtbarer und unsichtbarer Fäden. Die Mitglieder dieser Institutionen handeln zum großen Teil und im weitesten Umfang ihres Handelns wie Fledermäuse, die sich hochsensibel in einem Gewirr von Drähten ohne anzustoßen und ohne Bewußtsein zurechtfinden. Sie fliegen oder hängen sich schlafend daran. Die Institution dominiert, und sie erscheint als das 'Objektive' selber.<sup>59</sup>

Das Sensorium der Handelnden erfährt meist recht zuverlässig, ob der soziale Inhalt eines Präventionskonzeptes, eines ätiologischen Modells, eines Forschungsantrags oder auch nur einer Fragestellung konservativer oder verändernder Natur ist. Das Gespür dafür ist klarer, als es sich die Beteiligten selbst eingestehen mögen. Die innere Ablehnung eines Konzeptes braucht nicht politisch motiviert zu sein, sie kann auch in Empfindungen wie Gelangweiltsein oder in Ideosynkrasien zum Ausdruck kommen. Moden spielen ebenfalls eine Rolle, auch in Basisvorstellungen von »Wissenschaftlichkeit« und »Ideologie« haben sich bereits Herrschaftsverhältnisse eingeschrieben, d.h. die Beteiligten werden oft durch ihre eigenen Denkkategorien manipuliert.

Es wurde bereits festgestellt, daß »banale« Multifaktoren-Modelle, solange es sich um lineare Ursache-Wirkungs- bzw. Reiz-Reaktions-Modelle handelt, keinen Paradigmenwechsel darstellen. Das allerdings kann auch mit Hilfe der Kuhnschen Theorie der »wissenschaftlichen Revolutionen« nicht gut begründet werden.<sup>60</sup> Denn der wichtigste Grund, warum trotz offenkundigen »erkenntnismäßigen« Versagens des bestehenden Paradigmas eine solche wissenschaftliche Revolution nicht eingetreten ist, liegt im wesentlichen außerhalb des sozialen Raums der »scientific community« des Gesundheitssektors. Es liegt nicht nur in bestimmten ideologischen Befangenheiten und professionellen Interessen der praktischen Medizin oder des medizinisch-industriellen Komplexes allein. Vielmehr entspricht das herrschende, durch Modelle der multifaktoriellen Ätiologie nur eklektisch angereicherte schulmedizinische Paradigma fundamentalen, im Habitus der Akteure verinnerlichten Wahrnehmungsstrukturen, d.h. »einer bestimmten Organisation des Alltagsverstandes, der Selbstverständlichkeiten, die in die wissenschaftliche Arbeit eingehen«<sup>61</sup>. In einem ganz und gar nicht-deterministischen Sinn hat Marx dafür den Begriff der »objektiven Gedankenform« geprägt. Das heißt, bestimmte Formen der Rationalität, Evidenzen, Fragestellungen in einem bestimmten »theoretischen Feld« stehen nicht nur mit Grundstrukturen des je-

---

59 Narr (1988).

60 Kuhn (1972).

61 Heinrich (1991, S. 19 f.).

weiligen sozialen Raums im Zusammenhang, sondern auch der gesellschaftlichen Grundstruktur. Damit ist vor allem gesagt, daß die Subjektivität, durch die die Objekte der Wissenschaft (ganz besonders die Fragestellungen) vermittelt sind, selbst eine gesellschaftlich produzierte Subjektivität ist, wobei auf der Grundlage eines solchen theoretischen Feldes objektiver Gedankenformen eine Pluralität verschiedener Theorien möglich ist.<sup>62</sup> Von einer »wissenschaftlichen Revolution« kann aber beim Wechsel innerhalb dieser Pluralität nicht die Rede sein. Das ist erst dann der Fall, wenn die herrschenden Wahrnehmungsstrukturen verlassen werden müssen, da sie nicht mehr an objektiv aufgenötigte Fragestellungen angepaßt werden können.

An dieser Stelle muß aber auch die Grenze der Analogie zur Darwinischen »Zuchtwahl« von Präventionskonzepten bezeichnet werden. Sie mag für echte Fledermäuse gelten und sagt einiges über die institutionelle Realität aus, in der menschliche Akteure sich fledermausartig verhalten (können). Die Geschichte zeigt jedoch, daß Menschen sich von reinen Naturwesen unter anderem durch folgendes unterscheiden können: Die Anpassung an ihre Umwelt fällt ihnen zuweilen so schwer, daß sie sich geistig von ihr distanzieren können, um sie praktisch zu verändern. Von dieser Möglichkeit kann auch - wenngleich gegen die »objektive Gedankenform« des Status quo, d.h. die Tendenz zur Anpassung - in der Präventionspolitik Gebrauch gemacht werden.

### 3.3.7 Marketing als inhaltliche Vorentscheidung

Eine Weise der Reproduktion des Lebensstilkonzepts ist die Verknüpfung der Gesundheitsförderung mit Konzepten des kommerziellen oder »social« Marketing. Wenn als Medium der Verbreitung der Markt und (oder) Methoden des Marketing gewählt werden, dann sind das implizite inhaltliche Vorentscheidungen zugunsten der Konzepte des geringsten Widerstands und zugunsten von Dienstleistungen zur Beeinflussung der subjektiven Risikofaktoren. Ich möchte das mit einer These ausdrücken.

Meine These lautet: Die kommerzielle wie nichtkommerzielle Umsetzung der Gesundheitsförderung über den Markt bzw. durch marktsimulierende Methoden (social marketing)<sup>63</sup> klammert bereits notwendigerweise die gesundheitsbezogene Aktivierung der Menschen aus und filtert auf dem Weg

---

62 Heinrich (1991, S. 17-21).

63 Wallack (1990).

von der Idee zur Praxis substantielle Elemente wie das der Aktivierung, des verändernden Tätigwerdens, der Gewinnung von Gesundheitsressourcen heraus. Marktförmigkeit ist nicht inhaltlich neutral, sondern die Bedingungen der Verkäuflichkeit wirken sich auf Inhalte und Verteilung aus.

Breslow, einer der »Väter« der Gesundheitsförderung in den USA, meint, diese sei »ganz bestimmt nicht etwas, das 'Konsumenten' von 'Anbietern' bekommen können«<sup>64</sup>. Warum ist das notwendigerweise der Fall? Wenn es der Gesundheitsförderung um die Befähigung der Menschen zum gestaltenden Tätigwerden in der Gesellschaft geht, wenn also ein Zuwachs an Gesundheitsressourcen für die Menschen von ihrer Einflußnahme auf die gesellschaftlichen Bedingungen ihrer Gesundheit abhängt, dann ist es nicht möglich, Gesundheitsförderung aus dem sozialen Kontext zu isolieren, den sie nach Gesundheitskriterien verändern soll.

Zum Beispiel sind viele alte Menschen in den Innenbezirken der amerikanischen Großstädte fehlernährt. Eine der Ursachen liegt darin, daß die Sicherheit gegen Überfälle auf den Straßen nicht gewährleistet ist, so daß sie nicht einkaufen oder in eine Gemeinschaftsküche gehen können. Ihre finanziellen Mittel reichen nicht aus, um in andere Bezirke umzuziehen. Gesundheitsförderung im Sinne von »community organizing« hilft den alten Leuten dabei, sich gegenseitig kennenzulernen, sichere Einkehrstationen zu organisieren, politischen Druck auf die Stadtverwaltung, Abgeordnete, Polizei auszuüben, um für Abhilfe zu sorgen.<sup>65</sup> Bei diesem verändernden Tätigwerden verändern die Beteiligten sich selbst und ihre Beziehungen zueinander, was wiederum weitere Ziele der Selbsthilfe erreichbar werden läßt. Es gibt hier kein Angebot, das »man unter die Leute bringen« könnte, und keine Konsumenten, keine Subjekt-Objekt-Beziehung zwischen Experten (Anbieter) und Teilnehmern, Klienten o. ä.<sup>66</sup> Die Interaktionen sind so an den konkreten Zusammenhang gebunden, daß sie nicht standardisiert und tauschbar gemacht werden könnten. Wer sollte sie auch kaufen? Das ist bei den zu »Faktoren« verdinglichten Angewohnheiten des Lebensstilkonzepts anders. Hier nutzt oder weckt das Marketing einen »Bedarf« (z.B. nach Hilfe zum Nicht-rauchen, Anleitung zu Gymnastikübungen usw.), der durch Experten mit standardisierten Methoden gedeckt wird. Der Unterschied zwischen dem kommerziellen und dem »social« Marketing liegt lediglich in der Existenz eines Marktpreises und dessen Ausschlußfunktion.

---

64 Breslow (1990).

65 Minkler (1992).

66 Vgl. die ausführliche Analyse von Grace (1991).

Eine weitere inhaltliche Eigenschaft muß Gesundheitsförderung als Dienstleistung aufweisen, wenn sie die Form einer Ware annehmen bzw. den Bedingungen des Marketing genügen soll. Eine Ware muß die Eigenschaft haben, dem Käufer die geringstmögliche Widerständigkeit bei ihrer Verwendung zu versprechen. Um zur Ware zu werden, müssen alle Eigenschaften eliminiert werden, die der Marktgängigkeit hinderlich sein können. Günther Anders nannte diesen Aspekt des Warencharakters den »fundamentalen Neutralisator«, der seine historischen Vorgänger, die politische Kontrolle und Zensur, an Geräuschlosigkeit und Effizienz weit übertreffe:

»Jede Ware tendiert, so zu sein, daß sie bei Verwendung handlich, auf Bedürfnis, Lebensstil und -standard zugeschnitten, mund- oder augengerecht ist. Ihr Qualitätsgrad ist durch den Grad dieser ihrer Angemessenheit definiert; negativ ausgedrückt: er hängt davon ab, wie gering der Widerstand ist, den sie ihrem Verwendetwerden entgegensetzt; und wie wenig unverarbeitbare Fremdreste ihr Genuß übrigläßt.«<sup>67</sup>

Damit ist nichts anderes als eine Grundvoraussetzung definiert, der beispielsweise ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung genügen muß, wenn es Chancen haben will, von einem Arbeitgeber gekauft zu werden. Der Käufer will sich sicher sein, daß es seinen Interessen dient. Der Gesundheitskonzern Johnson & Johnson wirbt z.B. für sein Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung wie folgt:

»Das erste arbeitsplatznahe System, 'Live for Life', senkt nachweisbar die Kosten für medizinische Versorgung um 34 Prozent nach drei Jahren, die Fehlzeiten reduzierten sich um 15 Prozent nach zwei Jahren. Das umfassende Gesundheitsförderungssystem verbessert ebenso nachweisbar die Moral und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. 'Live for Life' ist ein ineinandergreifendes System von Gesundheitsprofilen, Gesundheitsverbesserung, Kommunikation, Management und nachgehender Untersuchung, das seit über zehn Jahren verfeinert wird. Es ist speziell auf die Befriedigung der Bedürfnisse der Arbeitgeber zugeschnitten.«<sup>68</sup>

Die Ware Gesundheitsförderung muß ihre Käufer finden. Diese entscheiden sich für das Produkt, das ihnen am dienlichsten erscheint. Der Preis als Verteilungskriterium sorgt dafür, daß die Programme so gestaltet (customized) werden müssen, wie es den Bedürfnissen der größten und potentesten Zahler entspricht.

Eine weitere implizite Festlegung mit der Entscheidung zum Marketing ist die professionelle Dominanz. Sie ist als Dominanz unverträglich mit der Idee des Empowerment und wird durch die Warenförmigkeit der Gesundheitsförderung notwendigerweise stabilisiert. Kaum ein Käufer oder Finan-

---

67 Anders (1983, Bd. I, S. 122).

68 Johnson & Johnson Health Management (1989).

zierungsträger von Gesundheitsförderung würde Geld ausgeben, damit sich die Beschäftigten mit ihresgleichen zusammenschließen, um sich gleichberechtigt und selbstbestimmt - dies sind Kriterien des Empowerment-Ansatzes - für bessere Gesundheitsbedingungen am Arbeitsplatz einzusetzen. Nur von Experten kann erwartet werden, daß sie für die gewünschte und versprochene Qualität der gekauften Dienstleistung einstehen. Das mag einer der zentralen Gründe für die prägende Rolle sowohl der Ärzte als auch der medizinischen Denk- und Handlungsweise in der Prävention sein.

Marktgängigkeit ist also ein inhaltlicher Imperativ. Ihre Notwendigkeit läßt eine Art von »Zuchtwahl« entstehen, in der durch die »Umwelt« bestimmte Elemente, Konzepte, Ideen und Methoden nach Kriterien ihrer Angepaßtheit an diese ausgelesen und verändert werden. Bis in den wissenschaftsinternen Diskurs hinein behalten diese Kriterien ihre Bedeutung, etwa wenn von »Umsetzungsfähigkeit« oder »Praxisnähe« die Rede ist. Syme schreibt im Anschluß an einen Bericht über das Scheitern des auf individuelle Veränderung des Gesundheitsverhaltens (Diät, Rauchen, Cholesterin) angelegten MRFIT-Projekts:

»Die [primäre] Aufgabe von Public Health besteht darin, auf jene Umstände in einer Community Einfluß zu nehmen und sie zu ändern, die zur Entstehung des Problems geführt haben. Zu schwierig? Nicht umsetzbar? Ich denke nicht. Im Gegenteil, ich meine, es ist schwierig und nicht umsetzbar, Menschen - einen nach dem anderen - dazu zu bringen, ihr persönliches Verhalten zu verändern. Die Community zu verändern, erscheint dagegen vergleichsweise einfach. Wir müssen noch daran arbeiten und es zu einem zentralen Element unserer Forschung und unserer Programme machen. Aber genau das tun wir nicht. Wir ziehen statt dessen den Schluß, daß wir, weil die Welt nicht verändert werden kann, uns auf die Individuen konzentrieren sollten, in der Hoffnung, daß sie uns zuhören, um anschließend nach Hause zu eilen und hinfort ein gesundheitsbewußtes Leben zu führen.«<sup>69</sup>

Die Grundideen des in der Ottawa-Charta definierten Empowerment-Ansatzes blieben bislang - bis auf Einzelbeispiele - weitgehend unrealisiert. Anstatt konzeptionell durchdachter und realisierbarer Konkretisierungen verbleiben viele der damit sympathisierenden Public-Health-Aktivisten nicht selten in einem verbalen Radikalismus; z.B. fordern sie (mit der Ottawa-Charta), die Menschen müßten befähigt werden, die »Kontrolle über die Bedingungen ihrer Gesundheit zu übernehmen«. Möglicherweise ist man sich der Lichtjahre nicht bewußt, die die meisten Menschen in den heutigen Industriegesellschaften von einer solchen Möglichkeit trennt. Im Ergebnis aber fördert das idealistische Pathos nichts anderes als sein Gegenteil, einen kleinen

---

69 Syme (1991).

Pragmatismus, der sich selbst genügt. Man will »nur« die Welt verändern, und

»weil das so schwer ist, zu revolutionär und nicht umsetzbar, wenden wir uns dann davon ab und versuchen statt dessen, den Leuten dabei zu helfen, sich das Rauchen abzugewöhnen. Wenn wir aber einige wenige Punkte bestimmen und isolieren könnten, hätten wir zumindest einen Ansatzpunkt, um über konkrete und umsetzbare Interventionen nachzudenken.«<sup>70</sup>.

Erfolgreiche Gesundheitsförderungsprojekte zeichnen sich dadurch aus, daß sie sich die in einem konkreten sozialen Zusammenhang im positiven Fall der Aktivierung tatsächlich erreichbaren Ressourcen zum Ziel setzen.<sup>71</sup> Und von »persönlicher Verantwortung« kann nur insoweit gesprochen werden, als die Menschen ihre Welt mitgestalten können. Beispielsweise ging man in einem Projekt zur Streßreduzierung mit den Busfahrern der Stadt San Francisco nicht daran, den Busfahrern Coping-Techniken zu verkaufen, sondern erreichte gute Ergebnisse, indem sie dafür begeistert wurden, mit ihrer eigenen Kompetenz und Erfahrung die Fahrpläne ihrer Busse umzugestalten.<sup>72</sup>

Die Realität der Gesundheitsförderung bzw. Prävention wird jedoch durch das Marketing des Lebensstilkonzepts bestimmt. Milio kommt zu dem Fazit, dies habe 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 [Anbieter, HK]«<sup>73</sup>.

### 3.4 Alternativen

Wie im zweiten Kapitel sichtbar geworden ist, hat die Prävention nach dem Lebensstilkonzept auf dem pragmatischen Weg des geringsten Widerstandes ihren Preis. Wenn sie effektiv ist, wirkt sie als sozialer Tendenzverstärker und erhöht die Polarisierung der Gesundheitschancen, und ihre Moral richtet

---

70 Syme (ebenda).

71 Vgl. Whitehead/Dahlgren (1991).

72 Syme (1991).

73 Milio (1988).

sich gegen diejenigen, denen geholfen werden soll. Gegentendenzielle Alternativen müßten ihren Schwerpunkt auf die Gesundheit der sozial und politisch schwächsten Schichten mit dem höchsten Krankheitsrisiko und der geringsten Lebenserwartung legen und auf solche Verbesserungen zielen, die nicht vom individuellen Vermögen abhängen. Sie bestehen aus veränderndem Sozialverhalten statt aus individuellem Coping gegenüber einem unveränderten Status quo. Erfolgreiche Gesundheitsförderungsprojekte zeichnen sich dadurch aus, daß sie sich die Aktivierung der tatsächlich in einem konkreten sozialen Zusammenhang erreichbaren Ressourcen zum Ziel setzen.<sup>74</sup>

Aber Präventionskonzepte werden nicht auf ein weißes Blatt Papier geschrieben, sondern sind Bestandteil der widerspruchsvollen gesellschaftlichen Entwicklung.<sup>75</sup> Nicht zufällig haben sich präventive Elemente der amerikanischen Public-Health-Politik, die den unteren Schichten zugute kommen, stets in Perioden von Reformen entwickelt, die wiederum meistens das Resultat politischer Bewegungen und Konflikte waren. Die Unruhen der ersten beiden Jahrzehnte dieses Jahrhunderts, als Tuberkulose, Nahrungsmangel und Kinderverwahrlosung zu den zentralen Gesundheitsgefahren der Industriearbeiter zählten, brachten die kostenlose Vergabe von Milch, Impfungen, Kinderprogramme und ähnliche Dienste hervor. Ebenso sind Medicaid, das Sozialhilfesystem für die medizinische Versorgung, und die Neighborhood Health Centers in den Innenstadtbzirken Hinterlassenschaften der Bürgerrechtsbewegung in den sechziger Jahren.

In »herrschaftlicheren« Zeiten hingegen dominiert Belehrung, Erziehung und Kontrolle. Maßnahmen zur Arbeitssicherheit werden durch Erziehung zum Sicherheitsverhalten ersetzt. Wer Charakter und Inhalte der praktizierten Gesundheitsförderung verstehen will, muß berücksichtigen, in welche Zeit ihr Aufstieg fiel. Sie fand in einer Periode gesteigerter Marktgläubigkeit und geringer Attraktivität von Alternativen statt. Die Realisierung substantieller Ziele (Reichtum, Freiheit) sollte im Sinne der neokonservativen Lehre nicht durch soziale Reformen, sondern durch den automatisch und konfliktfrei arbeitenden Mechanismus Markt erreicht werden, den effektivsten sozialen »Trendverstärker«. Ökonomen wie der Nobelpreisträger Becker propagierten seine Anwendung auf die traditionell staatlich vorgehaltenen oder regulierten Bereiche wie Bildung, Kultur, Strafvollzug und Gesundheit. Ist

---

74 Vgl. Whitehead/Dahlgren (1991).

75 Die präventionspolitischen Erfolge bei der Bekämpfung von Aids bleiben hier ausgeklammert. Anzumerken ist lediglich, daß sie ebenfalls nach sozialer Schichtzugehörigkeit stark verschieden sind (vgl. Rosenbrock 1992).

es ein Wunder, daß Anfang der achtziger Jahre, dem Beginn eines Jahrzehnts wirtschaftsliberal-konservativer Hegemonie, auch vielen Public-Health-Aktivisten der Markt als eine verheißungsvolle Institution erschienen ist?<sup>76</sup>

Für Präventionsstrategien, die zu denen der Belehrung und Belieferung Alternativen bieten, kann man in der amerikanischen Praxis Beispiele finden. Ihr Unterschied zum Lebensstilkonzept liegt nicht in einer Gegenüberstellung von »Verhaltensprävention« versus »Verhältnisprävention«, sondern in einem Verhalten, das auf verbesserte Bedingungen für die Gesundheit ausgerichtet ist. Sie (wie auch Beispiele in den weiteren Kapiteln) bestimmen keineswegs die präventionspolitische Praxis in der amerikanischen Gesellschaft, aber sie belegen, daß politische Strategien für Veränderungen im sozialen Maßstab in anderer Weise effektiv sein können als die Anstrengungen zur Reduzierung der subjektiven Risikofaktoren.

Ein Beispiel auf der *nationalen Ebene*: In den frühen sechziger Jahren waren zahlreiche amerikanische Wissenschaftler von den Gesundheitsgefahren der großen Atomwaffenversuche dieser Zeit beunruhigt. Anstatt Verhaltensregeln und Ausrüstungen zum individuellen Schutz zu propagieren, entschloß sich eine Gruppe von Wissenschaftlern zur sozialen Prävention. Sie klärten die Öffentlichkeit über die Folgen von Strontium 90 für die Gesundheit der Kinder auf und schlugen vor, die Abgeordneten und Senatoren unter Druck zu setzen. Das trug dazu bei, daß die USA mit der UdSSR im Jahre 1963 einen Teststopp vereinbarten. Man weiß, daß sich für Strontium 90 die Belastung auf etwa ein Zehntel verringerte, und zwar für Kinder aller sozialen Schichten gleichermaßen. Eine gesundheitliche Evaluation dieser Prävention hat nie stattgefunden.<sup>77</sup>

Das klassische Muster für Public-Health-Strategien ist das Prinzip der Fluorierung des Trinkwassers. Vor einigen Jahrzehnten fand man heraus, daß kleinste Mengen natürlichen Fluors vor dem Zahnverfall besonders bei Kindern schützen. Die individuelle und lebensstilbezogene Vorgehensweise hätte darin bestanden, möglichst viele Kinder und Eltern zu erreichen, um sie von der Notwendigkeit eines veränderten Mundspül- oder Zahnputzverhaltens zu überzeugen und sich darauf zu verlassen, daß diese Einsicht dann auch zu stabilem Alltagsverhalten wird. Die Alternative war, kleinste Mengen dem Wasser beizufügen, mit dem Präventionserfolg eines sechzigprozentigen Rückgangs der Zahnkaries. Das ist der Idealtyp sozialer Prävention:

---

76 Vgl. Becker (1982).

77 Zu diesem und dem folgenden Beispiel vgl. Freudenberg (1985).

Sie ist erstens universell, d.h. erreicht jeden unabhängig von der sozialen Schicht, zweitens konzentriert sie sich auf Lebensbedingungen (hier: das System der Wasserversorgung), und drittens muß sie sich nicht auf Veränderungen des Alltagsverhaltens (hier: der Mundhygiene) verlassen.<sup>78</sup>

Ein Beispiel für Präventionspolitik auf *lokaler Ebene* ist das Gesetz über das »Recht auf Information« (Right-to-Know-Law), das die Stadt Philadelphia 1981 als erste Stadt erließ. Es gibt Arbeitnehmern und Bürgern der Stadt das einklagbare Recht, über alle toxischen Chemikalien aufgeklärt zu werden, die verarbeitet, gelagert oder an Luft oder Wasser abgegeben werden. Durchgesetzt wurde es von der »Delaware Valley Toxics Coalition« aus Umweltgruppen, Vietnam-Veteranen (wegen Agent Orange), Seniorengruppen, Gewerkschaftlern, Physiker, Epidemiologen usw. Mit vielen phantasievollen Aktionen brachten sie das Problem ins Bewußtsein der Bürger. Auf einem Hearing im Rathaus versprühte ein Gewerkschaftler den Inhalt eines Kanisters ohne Aufschrift im Saal. Als dann die Abgeordneten riefen: »Hören Sie auf, Sie vergiften uns!«, erhielten sie zur Antwort, in diesem Kanister sei nur Luft, jedoch viele Arbeitnehmer müßten täglich mit Chemikalien arbeiten, deren Eigenschaften ihnen unbekannt seien.

Ein anderes Beispiel aus der *Arbeitswelt*: Einigen Automobilarbeitern war Anfang der siebziger Jahre aufgefallen, daß mehrere Kollegen an Krebs erkrankt waren, und sie vermuteten die Ursache in den verwendeten Chemikalien. Es gelang ihnen, die Unterstützung der United Automobile Workers (UAW) und die eines Epidemiologen zu gewinnen, die ihnen halfen, eine eigene Sterblichkeitsstudie durchzuführen. Mit deren Resultat konnten Verbesserungen bei den Werkstoffen und in der Belüftung erreicht werden. Die Gewerkschaft entwickelte daraus ein »Manual für Krebs-Detektive am Arbeitsplatz«, mit dessen Hilfe Arbeiter anderer Firmen die Erfahrungen nutzen können.<sup>79</sup>

Zu den im letzten Kapitel genannten Kriterien einer zielkonformen Präventionspolitik kommen noch drei Unterschiede zum herrschenden Lebensstilkonzept hinzu: Erstens werden *alle* ätiologischen Ebenen angesprochen, ökonomische und ökologische ebenso wie das Verhalten. Zweitens sind die Strategien so vielfältig wie die konkreten Fälle, von der Nutzung der Massenmedien über die Arbeit in politischen Gremien bis zum persönlichen Gespräch. »Von eindimensionalen Strategien kann man nicht die Lösung multi-

---

78 Conrad/Kern (1986).

79 Berman (1978, S. 21-23).

faktoriell bedingter Probleme erwarten.«<sup>80</sup> Und drittens werden solche Probleme zum Gegenstand präventiver Strategien, die die Menschen auch tatsächlich beschäftigen. So mußte man die Automobilarbeiter nicht davon überzeugen, daß etwas in ihrer Arbeitsumwelt sie krank macht, aber sie brauchten Hilfe, um herauszufinden, was sie tun könnten, ohne ihre Arbeit zu verlieren.

»Indem die Probleme angesprochen werden, die die Menschen selbst identifiziert haben, verschwindet auch die [übliche] Schwierigkeit, sie zu etwas zu überreden, von dem die Gesundheitsexperten denken, daß es notwendig sei.«<sup>81</sup>

---

80 Freudenberg (1985).

81 Freudenberg (ebenda).

## 4. Medizin und Prävention: Messen statt Fragen und Pillen statt Verändern

Die Hegemonie der Medizin in der Prävention drückt sich auf zweierlei Weise aus: erstens im Umfang der medizinischen Prävention, insbesondere der Impfungen, Früherkennung, Vorsorge und medikamentösen Behandlung von Risikofaktoren. Zweitens und weitergehend äußert sie sich in der Dominanz des Denkmusters der auf individuelle Patienten bezogenen, technisch-pharmakologischen Biomedizin weit über den Bereich der medizinischen Prävention hinaus für Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt. Diese Überformung aller Lebensbereiche, die mit Gesundheit und Krankheit in Zusammenhang gebracht werden, ist in den siebziger Jahren unter anderem von Zola treffend mit dem Begriff der »Medikalisierung« bezeichnet worden.<sup>1</sup> Die Hegemonie unter den Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit kann auf die tatsächlich meßbaren gesundheitlichen Erfolge der auf individuelle Behandlung orientierten Biomedizin nicht zurückgeführt werden.<sup>2</sup> Sie ist weitgehend selbstverständlich, sogar ihre Kritiker bestätigen sie häufig gegen ihre Intention (siehe unten). Meine These ist, daß das Lebensstilkonzept (und damit auch der Mainstream der Gesundheitsförderung) und die healthistische Ideologie das individualistische Denkmuster der Biomedizin nur modifizieren, aber nicht abgelöst haben. Es hat mit der Psychologisierung der Ätiologie einen kleinen Schritt aus der Klinik heraus getan. Da die Modifikation durch das Lebensstilkonzept aber prinzipiell innerhalb des individualmedizinischen Denkmusters erfolgte, kann der Medizinbetrieb nun darangehen, die zu »Faktoren« verdinglichten Krankheitsursachen mit seinen Mitteln (z.B. durch Medikamente zur Cholesterin- oder Blutdrucksenkung etc.) zu behandeln. Falls man also geneigt ist, das Lebensstilkonzept, da es die Grenzen des Biologischen überschreitet, als der Medikalisierungstendenz entgegengerichtet anzusehen, müßte konsequenterweise bei der medizinischen Behandlung verhaltensbedingter »Risikofaktoren« von einer »Re-Medikalisierung« gesprochen werden.

---

1 Zola (1972, S. 487-504).

2 McKinley/McKinley/Beaglehole (1989).

Um auf knappem Raum die wichtigsten der praxisbestimmenden Stereotypen zur Prävention und zur Rolle der Medizin in den USA zu versammeln, möchte ich ein eher zufälliges und alltägliches Beispiel anführen: Der Präsident der American Health Foundation, der Epidemiologe und Veteran der Anti-Smoking-Politik, Wynder, hielt im Herbst 1992 in Hamburg einen Vortrag anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde. Ginge es um den neuesten Wissensstand und die fähigsten Köpfe der amerikanischen Public-Health-Politik, wäre dieser Vortrag bedeutungslos. Für eine kurze Charakterisierung des Mainstream-Verständnisses eignet er sich jedoch.<sup>3</sup>

Zunächst identifiziert Wynder durchgängig Prävention mit Präventivmedizin und Gesundheitserziehung (bei der wiederum der medizinischen Profession die Hauptbedeutung zukommt) gegen die subjektiven Risikofaktoren des Lebensstilkonzepts, ohne soziale Prävention und präventive Effekte anderer Politikbereiche (healthy public policy) auch nur zu erwähnen. Zum anderen sieht er, auch darin typisch für den Mainstream, als den entscheidenden Antrieb der künftigen Präventionspolitik das Kostenproblem, obgleich eine Senkung der Gesundheitsausgaben als generelle Folge von Prävention keinesfalls angenommen werden kann. Die starke Prägung durch das individualmedizinische Denken und der Vorrang für den Aspekt der Ernährung addierten sich für den Ehrendoktor in seiner Schwerpunktsetzung:

»Von herausragender Bedeutung für mehr Gesundheit ist [...] die Ernährungsmedizin mit dem Cholesteringehalt des Blutes im Zentrum.<sup>4</sup> 'Wenn wir alle ein Gesamtcholesterin von 130 mg/dl hätten wie die Vegetarier, dann könnten wir unsere Coronary Care Units (Intensivstationen, d. Verf.) schließen', sagte der Begründer der 'Know-your-number-Bewegung' ('Kenne deinen Wert', gemeint ist Cholesterin, d. Verf.)<sup>5</sup>. [...] Die Kardinalsünde der westlichen Industriegesellschaften sei der zu hohe Verzehr von Fetten aller Art.«

---

3 Altmann (1992).

4 Wynder, der die Tätigkeit der American Health Foundation auf Kinder und Jugendliche fokussiert, fordert, alle Kinder einem Cholesterinscreening zu unterziehen. Selbst die Befürworter der Cholesterinhypothese können hier keine Studie anführen, die das (und die daraus folgende Behandlung der Kinder mit »zu hohem Cholesterin«) rechtfertigen würde; vgl. Payer (1992, S. 185).

5 Selbst die härtesten Anhänger und Mitschöpfer der Cholesterinhypothese mußten auf einer neulich vom National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) organisierten Konferenz einräumen, daß die Kurve der Mortalität in Abhängigkeit vom Cholesterinspiegel bei der Summe aller bisher durchgeführten klinischen Großversuchen eine U-Form aufweist; das heißt, mit abnehmendem Cholesterinspiegel steigt die Nicht-KHK-Sterblichkeit stärker an, als die KHK-Sterblichkeit zurückgeht (vgl. Jacobs/Blackburn et al. 1992). Die »Kenne-deinen-Wert«-Bewegung, bei der es um den Cholesterinspiegel geht, erinnert an eine Scherzfrage danach, womit ein Amerikaner sich seiner Identität versichere, und die Antwort: mit der Creditcard-Nummer und dem Cholesterinspiegel.

Zwei weitere Merkmale, nämlich Forschungsgläubigkeit und Moralisierung, fügt er an: Er vertraue bei der Ernährungsmedizin auf die Initiierung weiterer Forschung und den »sozialen Druck«, der die Fettleibigkeit stigmatisiere. Beim Rauchen habe das auch geklappt.

Die zentrale Stellung der Medizin, das ökonomische Argument als Legitimation, die Fixierung auf Dinge, die man zu sich nimmt (Nahrung, Trinken, Rauchen), die Verselbständigung der Cholesterinfurcht, Forschungsgläubigkeit und Moralisierung des Gesundheitsverhaltens gehören in der Tat zu den wichtigsten Kennzeichen der amerikanischen Präventionspolitik. Das findet in seinen Programmpunkten für die Prävention bei Jugendlichen seinen exemplarischen Ausdruck:

- Senkung der Raucherquote und der Anzahl alkoholischer Drinks und des Marihuana-Konsums von Oberschülern<sup>6</sup>;
- Reduzierung von Geschlechtskrankheiten einschließlich Aids;
- Prävention der (kinder- und jugendspezifischen) Infektionskrankheiten (Mumps, Masern usw.);
- Senkung des Blutbleigehalts von Kindern<sup>7</sup>;
- Senkung des Serumcholesterinspiegels der Kinder
- und des Anteils »übergewichtiger« Schulkinder<sup>8</sup>;
- Fettanteil an der Kalorienaufnahme soll gesenkt werden.

#### 4.1 Medizinische Prävention im engeren Sinne

Solange in den sechziger und siebziger Jahren noch Zuversicht in den Ausbau von Reformen und den wissenschaftlich-technischen Fortschritt die öffentliche Meinung bestimmten, erfreute sich die medizinische Prävention einer selten einmütigen allgemeinen Unterstützung. Sie wurde ganz allgemein

---

6 Keine Studie konnte den Schaden, viele jedoch den Nutzen moderaten Alkoholkonsums nachweisen. Wenn aber Stoffe, die man zu sich nimmt, wie Krankheitserreger behandelt werden, die man »bekämpft«, ist für Differenzierungen kein Raum mehr.

7 Dieses ist das einzige Ziel, das auf einer höheren Stufe (physische Umwelt) der »pathogenen Verursachungshierarchie« (siehe oben) liegt. Soziale und ökonomische Faktoren oder gar Beziehungen liegen außerhalb des Horizonts.

8 Er soll von 24 auf 10 Prozent gesenkt werden. Den Beweis des gesundheitlichen Nutzens von Interventionen gegen ein Übergewichtslimit, das von 24 Prozent aller Kinder überschritten wird, sind die Epidemiologen noch schuldig. Selbst für entsprechende Erfolge in der dauerhaften Senkung dieses »Risikofaktors« durch Lebensstilprävention gibt es kein Beispiel.

begrüßt und barg große Hoffnungen in sich. Das galt vor allem für die Früherkennung von Krankheitssymptomen und »Risikofaktoren«. Auch als man zu Beginn der siebziger Jahre begann, über die wachsenden Ausgaben besorgt zu sein, kam es allenfalls über die Finanzierbarkeit, nicht aber über den gesundheitlichen Nutzen zu Meinungsverschiedenheiten.

Es trat zwar offener zutage, daß die Medizin nicht in der Lage ist, für viele der relevanten Krankheiten in der modernen Gesellschaft erfolgreiche Therapien im Sinne von Heilung zu entwickeln, besonders bei chronischen und degenerativen Erkrankungen, Herzkrankheit, Schlaganfall und den meisten Arten von Krebs. Aber nicht nur das, es häuften sich sogar die empirischen Belege dafür, daß selbst solche Glanzstücke in der selbstreferentiellen Medizingeschichtsschreibung wie das der Bewältigung der Infektionskrankheiten nicht mehr allein, nicht einmal vorwiegend von der Medizin für sich reklamiert werden können.<sup>9</sup> Aber die Medizin schien durchaus fähig zu sein, daraus die Konsequenz zu ziehen und die richtige Antwort zu finden. Es schien nur logisch, daß diese Antwort auf dem Gebiet der Prävention lag, und es schien ebenso selbstverständlich dem Medizinbetrieb überlassen, die richtigen Angebote zu entwickeln. Die Schutzimpfungen, Reihen- und Vorsorgeuntersuchungen und die Identifikation und Beeinflussung von Risikofaktoren, meist solchen des Lebensstils, waren fast unbestritten. Mit ihnen glaubte man nun, die relevanten Krankheiten verhindern, zumindest aber frühzeitig entdecken und behandeln (heilen) sowie die Kosten des Gesundheitswesens senken zu können.

Damit wird das Grundmuster medizinischen Denkens und Handelns nicht verlassen: Das Individuum ist sowohl der Ort der Entstehung von Krankheit als auch der Intervention. Medizinisches Handeln ist eine individuelle Behandlungsweise, bezogen auf einen Patienten, der einen Mangel aufweist. Die Behandlungsweise bestätigt und erneuert zugleich auch das entsprechende Krankheitsverständnis der Individuen. Dieses konzentriert sich auf das, was auch dem geschulten Patienten unmittelbar einleuchtet: auf die biologischen und physischen Manifestationen seines Körpers. Daraus ergibt sich selbstverständlich dann die Notwendigkeit der professionellen Behandlung dieses Körpers, ohne die Lebensumstände überhaupt ernsthaft in den Blick zu nehmen. Die innere Logik des medizinischen Grundmusters reduziert das Gesundheitsproblem auf das, was im vorherigen Kapitel als »konservative Ätiologie« bezeichnet worden ist, ohne daß dabei die Herrschaftsverhältnisse und der Status quo auch nur in Gedanken berührt werden müßten. Es ist

---

9 McKeown (1976b); McKinley/McKinley/Beaglehole (1989).

wichtig zu betonen, daß die aufkommenden Gesundheitsbewegungen, insbesondere die Selbsthilfe- und die Ganzheitlichkeitsbewegung, dieses individualistische Grundmuster lediglich um eine psychische Dimension erweitert und modifiziert, aber nicht aufgehoben haben. Die healthistische Ideologie kann somit die Nachfrage sowohl nach medizinischen als auch nach alternativmedizinischen Dienstleistungen verstärken. Damit ist auch klar, daß die lebensstilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung nicht in Konkurrenz zum Medizinbetrieb steht, sondern umgekehrt diesem eher Absatzhilfe leistet.<sup>10</sup>

Darum ist es auch kein Wunder, wenn sich in den achtziger Jahren herausstellte, daß weder die Expansion der Gesundheitsförderung insgesamt noch einzelne präventive Maßnahmen<sup>11</sup> per se zu Einsparungen in der medizinischen Versorgung führen. Zusätzlich drangen nun die dunklen Seiten der medizinischen Präventionsstrategien selbst ins Bewußtsein. So wurde beispielsweise offenbar, daß Schutzimpfungen, mit denen recht großzügig verfahren wurde, schwere Schädigungen mit sich bringen können. Auch die Untersuchungen auf Risikofaktoren zeigten ihre angststiftenden Seiten, denn sie können dazu genutzt werden, Lebensversicherungsprämien zu erhöhen, die Anspruchsberechtigung auf Behindertenrente anzufechten oder Stellenbewerber von der Einstellung fernzuhalten. Besonders als die steigende Arbeitslosigkeit in der Rezession 1980/82 vielen Arbeitgebern nahelegte, die kostengünstigste Prävention sei die Vermeidung von »Risikopersonen« unter der Belegschaft, wurde man auf die Zweischneidigkeit aufmerksam.<sup>12</sup>

Das hat aber am glänzenden Lack der weiterhin sehr hohen Legitimation medizinischer Dienstleistungen mit präventiver Bedeutung nur geringe Mattstellen hinterlassen. Die staatlichen Gesundheitsziele »Healthy People 2000« haben als eines von drei Oberzielen gleiche Zugangsmöglichkeiten zu allen präventiven Diensten erkoren. Das ist auffällig unsystematisch neben den beiden Oberzielen »Erhöhung des Umfangs gesunder Lebensjahre« und »Reduzierung der ethnisch und sozial ungleichen Gesundheitschancen«. Damit sind die medizinisch-präventiven Dienstleistungen die einzige Gesundheitsbedingung, die man zu einem Oberziel erhoben hat.

Es sind dies im einzelnen präventive Dienste für:

---

10 Crawford (1980). Auch innerhalb der professionellen Medizin ist diese Modifikation inzwischen nachvollzogen und den eigenen Bedingungen angepaßt worden.

11 Russel (1986); Borgers (1988, S. 50-62).

12 Stone (1986).

- Gesundheit für Mutter und Kind
- Herzkrankheiten und Schlaganfall
- Krebs
- Diabetes mellitus und andere Bedingungen für chronische Behinderungen
- HIV-Infektion
- ansteckende Geschlechtskrankheiten
- Immunisierung gegen Infektionskrankheiten
- und andere klinische Dienstleistungen.

Die Gesundheitsziele »Healthy People 2000« streben besseren Zugang sowie eine häufigere und regelmäßige Inanspruchnahme dieser medizinisch-präventiven Dienstleistungen an. Es scheint unmittelbar plausibel, daß früherkannte Krankheiten besser behandelt werden können. Obwohl als (Sekundär-)Prävention bezeichnet, ist die Früherkennungsstrategie eine Weiterentwicklung der kurativen Medizin.<sup>13</sup> Und bei der Früherkennung in der herkömmlichen Arzt-Patient-Beziehung werden im Grunde auch deren Maßstäbe nicht verlassen. Es wird hier lediglich der Vorteil genutzt, mit modernen Diagnoseverfahren Krankheiten in ihren Frühphasen zu erkennen und zu behandeln bzw. die Patienten darüber aufzuklären, daß sie ein erhöhtes Risiko für eine bestimmte Krankheit »haben«.

Früherkennungsprogramme hingegen machen sich Erfahrungen aus der Sozialmedizin bzw. Public Health zunutze. Es geht dabei um die systematische, auf Bevölkerungsgruppen bezogene Durchführung von Diagnostik an symptomlosen Personen zur Erkennung von Erkrankungen oder Vorformen von Erkrankungen sowie von »Risikofaktoren«. Selbst bei solchen Untersuchungen, deren Nutzen völlig unbestritten ist, da im Fall eines positiven Befundes auch effektive therapeutische Maßnahmen existieren wie z.B. bei der Früherkennung des Zervixkarzinoms, ist der konkrete Nutzen erst dann gegeben, wenn zumindest folgende Voraussetzungen gegeben sind: die Organisation der Früherkennung muß unter anderem sicherstellen, daß die Qualität (Zuverlässigkeit) der Untersuchung gewährleistet, die krankheitsspezifisch unterschiedlichen Screening-Intervalle in der Praxis erreicht, die Personengruppen mit dem höchsten Risiko erreicht und eine hohe Teilnehmerfrequenz und -quote erzielt werden, ohne die solche Untersuchungen häufig sinnlos sind.

Die genannten Faktoren gelten abhängig von der Organisation der medizinischen Versorgung. Beispielsweise haben die Health Maintenance Organizations (HMOs), die gegen einen Festpreis die Versorgung in einer Periode

---

13 Abholz (1988).

(ein Jahr) sicherstellen und damit einen Teil des wirtschaftlichen Krankheitsrisikos übernehmen, sowohl einen höheren wirtschaftlichen Anreiz, ihre Versicherten zu untersuchen, als auch - soweit es sich um »echte« HMOs mit größeren Organisationseinheiten und mit Allgemeinärzten als »gatekeepers« handelt<sup>14</sup> - bessere organisatorische Voraussetzungen als der einzelne Privatarzt. Tatsächlich weisen die Versicherten in dieser mit großer Geschwindigkeit expandierenden Versicherungsform eine höhere Inanspruchnahme auf. Die vorliegenden Studien scheinen darauf hinzuweisen, daß weniger der wirtschaftliche Anreiz als vielmehr die höhere Integrationsstufe der Organisation tatsächlich zu einer etwas besseren medizinischen Prävention in »echten« HMOs geführt hat.<sup>15</sup>

Über die Effektivität der Krankheitsfrüherkennung in den ersten symptomlosen Phasen, von Symptomen sowie Risikofaktoren kann auf der generellen Ebene nichts gesagt werden.<sup>16</sup> Eine umfassende wertende Übersicht über 169 bislang mögliche medizinische Präventionsleistungen hat die »U.S. Preventive Services Task Force« zusammengestellt, ein zwanzigköpfiges Expertengremium, das von den Public Health Services des Gesundheitsministeriums berufen wurde, um wissenschaftlich begründete Empfehlungen für klinische Prävention auf der Basis von Alter, Geschlecht und »anderen Risikofaktoren« zu erarbeiten.<sup>17</sup>

Unterstellt man einmal die Wirksamkeit der häufig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Prävention, zumindest aber deren Unschädlichkeit, dann weist die Verteilung und Qualität der medizinischen Prävention die gleiche soziale Struktur auf wie die der medizinischen Dienstleistungen insgesamt.<sup>18</sup> Einige Merkmale in Stichworten: Etwa 37 Millionen Amerikaner, meist Inhaber schlecht bezahlter Jobs und deren Angehörige, waren 1987 ohne einen Krankenversicherungsschutz. Diejenigen, die einen Anspruch auf die medizinische Sozialhilfe (Medicaid) haben, haben es oft

---

14 Gemson/Freudenheim et al. (1990, S. 333-338).

15 Brown/Wyn (1990): Die am schnellsten wachsenden HMOs sind sogenannte »Independent Practice Associations«, letztlich ein Versuch, die herkömmliche Form der privatärztlichen Versorgung unter Bedingungen prospektiver Finanzierung zu erhalten. Neue Formen hingegen, gleichgültig, ob gemeinnützig, oder kommerziell, organisieren auch die ärztliche Arbeit anders mit der Gemeinsamkeit, daß ein Primärarzt den gesamten Behandlungsablauf steuert.

16 Siehe unten das Beispiel der Cholesterinsenkung.

17 US Preventive Services Task Force (1989).

18 In einem zweiten Band meiner Studie über die Gesundheit in den Vereinigten Staaten, der die zentralen Tendenzen des amerikanischen Gesundheitswesens untersucht, werde ich auf diese Zusammenhänge näher eingehen (vgl. Kühn 1990).

schwer, einen Arzt zu finden, der sie für das extrem niedrige Honorar behandelt. Das macht Vorsorgeuntersuchungen eher unwahrscheinlich, wenn nicht die Public-Health-Dienste kompensierend wirken. Etwa ebenso groß wie die Zahl der Nichtversicherten dürfte die Zahl derer sein, die unterversichert sind, d.h. die bei aufwendigen Krankheiten zahlungsunfähig werden.

Zu den rein wirtschaftlichen Barrieren des Zugangs kommen weitere, die ebenfalls auf eine sozial ungleiche Verteilungsstruktur hinwirken, wie die regionale Fehlverteilung der Ärzte (Wohngebiete und Städte mit einkommensschwacher Bevölkerung werden gemieden), sprachliche und kulturelle Hindernisse (z.B. bei den Latinos), fehlende öffentliche Verkehrsmittel usw.

Die privaten Krankenversicherungen bieten nur teilweise Leistungen der Präventivmedizin an, insgesamt finanzieren aber die Versicherten selbst einen großen Teil der Untersuchungen, wenn nicht alle aus der eigenen Tasche. Ein Survey von 1988 informiert über Anspruchsberechtigte gegenüber den arbeitgebergetragenen Versicherungen (63 Prozent der Bevölkerung) in Abhängigkeit von der Versicherungsart: Diagnostische Tests sind ganz oder teilweise gedeckt für 61 Prozent in herkömmlichen Versicherungen, 72 Prozent in »Preferred Provider Organizations«<sup>19</sup>, 98 Prozent in HMOs, insgesamt für 43 Prozent der Amerikaner.<sup>20</sup>

Über die tatsächliche Inanspruchnahme liegen wenige Informationen vor. Immerhin ermittelte der National Health Interview Survey bedeutende Steigerungen zwischen 1973 und 1983 bei acht präventiven Routinemaßnahmen.<sup>21</sup> Eine Auswertung dieser Datenbasis von vier empfohlenen und unbestritten wirksamen Früherkennungsuntersuchungen (Zervixkarzinom, Bluthochdruck, Glaukom, Brustkrebs) für Frauen zwischen 45 und 64 Jahren ergab beträchtliche Unterschiede in Abhängigkeit vom sozialökonomischen Status und der Versicherung. 42 Prozent erhielten alle vier Untersuchungen in der vorgeschriebenen Häufigkeit. Bei den Armen waren es 33 Prozent, den Personen mit der geringsten Bildung 34 Prozent, und in dünnbesiedelten Gegenden waren es 38 Prozent. Der stärkste Prädiktor für unvollständige oder keine Inanspruchnahme ist der Versichertenstatus. Die Autoren heben hervor, daß es sich dabei um tatsächlich mit Erfolg behandelbare Krankheiten handelt. Die Frauen im mittleren Alter der Unterschicht haben die höchste Rate bei Zervixkarzinomen, beim Bluthochdruck und die geringsten

---

19 Rabatte oder prospektive Bezahlung bei konventionellen Anbietern.

20 Health Insurance Association of America (1989).

21 Healthy People 2000, S. 532.

Überlebensraten bei Brustkrebs.<sup>22</sup> Schwarze sind zehnmal häufiger glaukombedingt blind als Weiße, weisen aber eine weitaus geringere Rate der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung auf.<sup>23</sup> Das ärztliche Handeln gegenüber den Patienten, die die Schwellen überwunden haben, verstärkt noch die soziale Ungleichheit in der Präventivmedizin.<sup>24</sup>

Bezogen auf die in Kapitel 2 aufgezeigte Verteilung von Krankheit und Krankheitsrisiken nach dem sozialökonomischen Status gibt es keinen Zweifel an der Schlußfolgerung, daß die medizinischen Dienstleistungen der Prävention tendenziell von den Personen wahrgenommen werden, die das geringste Krankheitsrisiko haben.<sup>25</sup>

## 4.2 Hegemonie der Medizin in der Prävention

### 4.2.1 Ein Beispiel

Die Hegemonie der Individualmedizin in der Prävention beruht weitgehend auf struktureller, also stiller Macht. So undramatisch und selbstverständlich, wie wir das im Arzt-Patient-Verhältnis gewohnt sind, äußert sie sich auch im Wissenschaftsbetrieb. Beispiel sind die ungleichen Maßstäbe an methodischer Genauigkeit und Verbreitungschancen von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen zur Evaluation, je nachdem, ob sie medizinkonform sind oder nicht. Wissenschaftliche Legitimationsbeschaffung durch Nachweis des gesundheitspolitischen Nutzens findet meist auf äußerst niedrigem Niveau statt. Häufig gilt einfach die rückläufige Mortalität für die meisten relevanten Krankheiten als Beleg medizinischer Effektivität. Sobald aber mit Hilfe solcher Daten der Nutzen der pharmakologisch-technischen Medizin in Zweifel

---

22 Auch den Public-Health-Diensten, die Wert darauf legen, die sozialen Unterschichten zu erreichen, stellen sich oft unüberwindliche Bedingungen entgegen. So werden z.B. bei Frauen, die in die Public Hospitals von Los Angeles kommen, kostenlos die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen vorgenommen. Bei positivem Befund können zwischen 30 und 50 Prozent der Frauen nicht wiederbestellt werden, unter anderem deshalb, weil sie die Briefe nicht lesen können oder weil sie eine falsche Adresse angegeben haben aus Angst vor Rechnungen bzw. aufgrund ihrer illegalen Einwanderung aus Lateinamerika (Auskunft von L. Breslow, Center for Cancer Control, UCLA).

23 Woolhandle/Himmelstein (1988); vgl. auch Shea/Misra et al. (1992).

24 Gemson/Elinson/Messeri (1988).

25 Healthy People 2000, S. 528; Davis/Bialek et al. (1990).

gezogen wird, finden sich die Autoren am methodenkritischen Pranger wieder.<sup>26</sup>

Die selbstverständliche Macht der Medizin hat bislang wirklich unabhängige und mit anderen Formen der Prävention vergleichende Evaluationen ihrer Wirksamkeit im Sinne der öffentlichen Gesundheit verhindert. Es werden eher diejenigen ausgegrenzt, die das wagen, als daß es zum Dialog käme. Wo die Stille der Hegemonie des Medizinbetriebes einmal durchbrochen wird, können schlaglichtartig die Konstellationen sichtbar werden. Das mag eine kleine Episode verdeutlichen: Im Mai 1992 fand ein Aufruf zum »verlorenen Krieg gegen Krebs« für wenige Tage die Aufmerksamkeit einer gesundheitspolitischen Öffentlichkeit. Es wurde darin die Tätigkeit und Rolle des National Cancer Institute (NCI) scharf angegriffen. Professor Epstein, Arbeits- und Umweltmediziner, ein Außenseiter des Medizin-Establishments und langjähriger Opponent der NCI-Politik, hatte den Aufruf verfaßt.<sup>27</sup> Einige prominente Wissenschaftler, überwiegend aus dem Public-Health-Bereich, hatten ihn unterzeichnet, unter anderen die frühere Staatssekretärin im Arbeitsministerium unter Präsident Carter und ehemalige Direktorin der Arbeitsschutzbehörde Occupational Safety and Health Administration (OSHA)<sup>28</sup>, Eula Bingham (vgl. Kapitel 6), der ehemalige Stellvertreter des Surgeon General und Direktor des National Institute of Environmental Health Sciences, David Rall, und der Nobelpreisträger George Wald.

Das angegriffene National Cancer Institute ist ein Beispiel für die politische Bedeutung der Medizin. Es wurde nach dem 1971 von Präsident Nixon und dem Congress erklärten »Krieg gegen Krebs« direkt dem Präsidenten der Vereinigten Staaten unterstellt. Der Präsident beruft den Direktor und wird dabei von einem Gremium aus drei prominenten Krebs-Sachverständigen (dem National Cancer Advisory Panel, NCAP) beraten. Der Direktor berichtet direkt dem Präsidenten, dem NCAP, das die Prioritäten und Strategien des NCI steuert, und dem aus 23 Mitgliedern bestehenden National Cancer Advisory Board (NCAB). Der Haushalt des NCI betrug 1992 rund zwei Milliarden Dollar (3,5 Milliarden DM), mit denen Krebsforschung finanziert und gesteuert wird. Der Aufruf klagt das »Krebs-Establishment«, vor allem das NCI und dessen Gremien, die American Cancer Society sowie die über zwanzig vom NCI finanzierten Comprehensive

---

26 McKinley/McKinley/Beaglehole (1989); zur Interessenbedingtheit der methodischen Standards siehe unten die Cholesterindebatte.

27 Die Materialien zu dieser Kampagne sind veröffentlicht in: Epstein et al. (1992).

28 Zur Arbeitsschutzbehörde OSHA siehe Kapitel 6.

Cancer Centers<sup>29</sup> des Landes an, schuldig für den Fehlschlag dieses »Krieges« zu sein. Man täusche gegenüber der Öffentlichkeit und dem Parlament fälschlicherweise Fortschritte auf dem Gebiet der Krebstherapie vor, die aber nur bei einigen relativ seltenen Krebsarten (vor allem bei Kindern) tatsächlich nachweisbar seien. Dagegen werde die präventionsrelevante Forschung mit einem Ausgabenvolumen von unter 100 Millionen (5 Prozent) Dollar jährlich vernachlässigt. Und innerhalb dieses Rahmens dominierten wiederum die medizinischen Maßnahmen. Für die Erforschung von Krebsursachen in der Arbeitswelt würden von 2 000 Millionen Dollar ganze 19 ausgegeben. Das »Krebs-Establishment« spiele außerdem die Beweise für steigende Krebsraten (Inzidenz und Prävalenz) herunter. Die Krebsverursachung schriebe es nahezu ausschließlich dem Rauchen und der fetten Ernährung zu, während die ursächliche Rolle der Exposition von vermeidbaren industriellen Karzinogenen in Luft, Nahrung, Wasser und am Arbeitsplatz ignoriert und nicht weiter verfolgt werde. Nachdem mit Epstein erstmals ein radikaler Kritiker vor dem »Senior Body of Counsellors« des NCI sprechen durfte, warf er dessen Mitgliedern nichts weniger vor als »wissenschaftlichen McCarthyismus« gegenüber den Kritikern der herrschenden Sichtweise.<sup>30</sup>

Die kritisierte Praxis geht aus den wichtigsten Forderungen der Unterzeichner des Aufrufs hervor. Sie beziehen sich vor allem auf eine Umschichtung der Forschungsmittel (»zumindest ein Gleichgewicht mit der medizinischen Forschung«) von der Therapie- und der humanbiologischen »Grundlagenforschung« zugunsten eines deutlichen Schwergewichts auf dem Gebiet der Krebsursachen, Krebsepidemiologie, Prävention und öffentlichen Aufklärung. Die Forderungen können als Liste der Versäumnisse dieser ökonomisch und politisch so potenten Institution gelesen werden:

- Das Krebsforschungsprogramm des NCI solle Regierung, Parlament, Medien und Öffentlichkeit darüber aufklären, daß ein großer Teil der Krebserkrankungen ebenso wie Lebensstilfaktoren, vor allem das Rauchen, vermeidbar sei und auf die Exposition mit chemischen und physikalischen Karzinogenen in Luft, Wasser, Nahrungsmitteln und am Arbeitsplatz zurückgehe.
- Das NCI solle ein Programm zur systematischen, qualitativen und quantitativen Bestimmung aller bekannten Krebserreger schaffen, mit besonderer Herausstellung der vermeidbaren. Dieses sei eine ebenso fehlende wie notwendige Grundlage für effektive Prävention.

---

29 Insgesamt werden 57 Krebszentren vom NCI anerkannt und gefördert.

30 Greenberg (1992b).

- Das NCI solle Initiativen für die Erforschung und Entwicklung nicht-karzinogener Produkte entwickeln und fördern, um deren Einsatz anstelle der üblicherweise verwandten Karzinogene zu beschleunigen.
- Die forschungspolitische Tätigkeit des NCI solle darauf ausgerichtet werden, den Schlüssel zu einer erfolgreichen Krebsprävention in der Verhinderung und Reduzierung der Exposition anstatt in Versuchen des »risk management« zu sehen.
- Die weitere Finanzierung der »Comprehensive Cancer Centers« solle von deren Bereitschaft zur Entwicklung und Durchführung ursachenbezogener und gemeindeorientierter Präventionsprogramme abhängig gemacht werden; dabei müsse man von der »gegenwärtig fast ausschließlichen Beschäftigung mit Diagnose und Behandlung« abkommen.
- Vorgeschlagen wird eine Novellierung des Nationalen Krebs-Gesetzes, in dem die präventive Orientierung verankert werden und deren Durchführung durch das NCI vom Parlament und seinen Ausschüssen kontrolliert werden soll.

Nun ist die Auseinandersetzung zwischen den über 60 Wissenschaftlern und Epstein auf der einen sowie dem »cancer establishment« auf der anderen Seite gewiß kein Markstein der Präventionspolitik. Die relativ hohe öffentliche Beachtung dieses Vorfalls, bei dem erstmals fundamentale Kritiker überhaupt einer ernsthaften Auseinandersetzung für Wert gehalten wurden, zeigt, für wie außergewöhnlich man diese Thematik erachtet.

Das National Cancer Institute wehrte sich gegen die Behauptung, es vernachlässige die Ursachenforschung, mit der Bekanntgabe, ein Drittel des Budgets sei den Krebsursachen und der Prävention gewidmet. Einbezogen hat man dabei zum einen die großzügig finanzierte rein biomedizinische Grundlagenforschung, was von den Kritikern gerade kritisiert wird. Zum anderen ist der Löwenanteil der Forschung für die Prävention allein der klinischen Prävention gewidmet, während Epstein und die Unterzeichner beklagen, hier fehlten oft Beweise des Nutzens und man ignoriere außerdem - dargestellt am Beispiel der röntgendiagnostischen Untersuchung (Mammographie) bei prämenopausalen Frauen - Verdachtsgründe, die auf schädliche (d.h. den Nutzen übersteigende) Folgen einzelner Untersuchungen schließen lassen.<sup>31</sup> Man darf vermuten, daß Epstein weiterhin ein Außenseiter und das

31 Siehe Epsteins in der *Los Angeles Times* vom 28.1.1992 veröffentlichte Kritik an der Mammographie und der Rolle des NCI dabei, die Presseerklärungen des NCI und des American College of Radiology gegen Epstein und dessen Erwiderung, abgedruckt im *International Journal of Health Services* (S. 467-469). Es fällt dabei auf, daß NCI und ACR sehr stark damit argumentieren, diese oder jene medizinische In-

NCI weiterhin bei seiner kritisierten Praxis bleibt. Institutionelle Macht und enorme Finanzmittel sind ein Grund dafür, ein anderer (der damit zusammenhängt) ist der »common sense« des politisch relevanten Teils der amerikanischen Gesellschaft in Gesundheitsfragen, mit dem die Legitimationsbemühungen der etablierten Institutionen mühelos korrespondieren können.

#### 4.2.2 Erscheinungsformen

Es wäre also nach »außergesundheitlichen« Gründen dieser Hegemonie zu fragen. Die Medizin ist in den USA - mehr noch als in den anderen entwickelten Industrieländern - die zentrale Instanz, der die gesellschaftlichen Probleme der Gesundheit überantwortet werden. Es herrscht nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch in den Gesundheitsberufen und insbesondere bei den Ärzten die Meinung vor, die medizinische Versorgung sei wenn nicht der einzige, so doch der wichtigste und entscheidende Faktor für Gesundheit und Krankheit. Die Medizingläubigkeit ist bei der großen Mehrheit der amerikanischen Bevölkerung anfangs der neunziger Jahre weiterhin ungebrochen. 1991 veröffentlichte die gemeinnützige »Alliance for Aging Research« die Ergebnisse einer landesweit durchgeführten Untersuchung, der zufolge drei von vier Amerikanern sagen, sie würden gerne hundert Jahre leben, und eine gleichgroße Anzahl glaubt, sie werde es noch erleben, daß es der Wissenschaft gelinge, die lebensbedrohenden Krankheiten zu heilen.<sup>32</sup> Auch wenn eine Minderheit der forschenden und praktizierenden Ärzte heutzutage bescheidenere Töne anschlägt, so verteidigt das Medizin-Establishment diesen - dem technischen Rationalismus impliziten - Anspruch bis heute mit Erfolg.

Beredter Ausdruck für die prioritäre Stellung der Biomedizin in der amerikanischen Gesellschaft und Politik sind Jahresetat und Forschungsschwerpunkte des biomedizinischen »Vatikan«, der National Institutes of Health. Allein sie verfügen über jährlich mehr als neun Milliarden Dollar.<sup>33</sup> Das ent-

---

stitution oder Vereinigung stütze diese oder jene ihrer Positionen. Das ist insofern von erheblichem präventionspolitischem Interesse, weil die politischen Entscheidungen - falls sie überhaupt wissenschaftlich legitimiert werden - sich in der Regel auf die in der medizinischen Profession herrschenden Lehrmeinungen bzw. auf die Expertise hochrangiger (also in diesem Kontext erfolg- und einflußreicher) Einzelpersonen stützt und sich kaum mit vorgebrachten empirischen und inhaltlichen Argumenten auseinandersetzt.

32 Greenberg (1991b).

33 Greenberg (1992a).

spricht recht genau der Summe, die in Deutschland 1992 vom Bund insgesamt für alle Bereiche der Forschung und Entwicklung zusammen ausgegeben worden ist.<sup>34</sup> Das ist Wirkung und Faktor der Hegemonie zugleich.

Der Überhöhung der Medizin, die als die zentrale spezialisierte Lösungsinstanz für nahezu alles gilt und zu sein beansprucht, was die »Gesundheit« angeht, entsprach - freilich mit umgekehrten Vorzeichen - denn auch die harsche Medizinkritik, die, im Gefolge aufkommender Zweifel an der technisch-naturwissenschaftlichen Vernunft insgesamt, seit den sechziger und siebziger Jahren laut geworden ist. Ebenso ausschließlich und apodiktisch, wie die ärztliche Profession das Verdienst für die seit der Industrialisierung erheblich verlängerte Lebenserwartung für sich reklamiert, sprach nun Illich von einer »medizinischen Kolonialisierung«, deren iatrogene Effekte einen eventuellen Nutzen überschritten.<sup>35</sup> Ausmaß und Heftigkeit der Enttäuschung verdanken sich nicht zuletzt den Erwartungen, die durch die technisch-pharmakologische Biomedizin geweckt werden. Illich und Foucault<sup>36</sup> - um zwei der radikalsten und gebildetsten Medizinkritiker zu nennen - haben mit der Iatrogenese ebenso wie mit der Herrschaftsfunktion zwei ganz reale Seiten der Medizin (als Wissenschaft, Ideologie und Praxis) ins Bewußtsein der reflektierenden Öffentlichkeit gehoben, denen zuvor kaum Beachtung geschenkt wurde. Trotz des unzweifelhaften Realitätsgehalts ihrer Analysen und des enormen wissenschaftlichen und philosophischen Werkes, besonders von Foucault, kann ihnen (ihm) der Vorwurf nicht erspart bleiben, den Gegenstand der Kritik in gewisser Weise dämonisiert zu haben. Der Hauptgrund dafür ist ebenso einfach, wie er häufig vorkommt: Wenn man einen Sektor der Gesellschaft isoliert und nicht als Teilsystem der Gesellschaft und ihrer zentralen Entwicklungsgesetze betrachtet, dann können die Eigenarten, Tendenzen und Funktionen nur mittels solcher Faktoren erklärt und prognostiziert werden, die sich innerhalb des Rahmens der isolierten Betrachtungsweise auffinden lassen. Die Macht der medizinischen Institutionen beispielsweise sieht dann wie ein untrennbarer Bestandteil der Medizin aus. Es wird nicht erkennbar, daß und wo die Medizin Macht und Herrschaftsfunktionen ausübt, die ihr im Kontext der sozialen Herrschaftsverhältnisse und der politischen Macht zugewachsen sind. Wenn Ärzte beispielsweise definieren und entscheiden, wer arbeitsunfähig und rentenberechtigt ist, wer strafrechtlich seine Handlungen nicht zu verantworten braucht, oder wenn

---

34 Fischer Weltalmanach 1993 (1992, S. 326).

35 Illich (1975).

36 Foucault (1973/1963).

die medizinische Profession im gesellschaftlichen Maßstab festlegt, was als ein Gesundheitsrisiko anzusehen ist, dann übt sie »geliehene« Macht aus.

#### 4.2.3 Zur sozialökonomischen Struktur der Hegemonie

Auch wenn die binnensektoralen, mit Krankheit, Tod und der Arztrolle unmittelbar verknüpften Faktoren der Hegemonie - wie die vielfach asymmetrische Interaktion zwischen Arzt und Patient - durchaus real sind, wird ihre Bedeutung für die Erklärung der Dominanz überschätzt. Die verdienstvolle und einflußreiche Theorie der ärztlichen Profession von Freidson ist dafür ein Beispiel. Freidson zeichnet mit ihr ein realistisches Bild der ärztlichen Position in der amerikanischen Gesellschaft der sechziger und siebziger Jahre. Aber er isoliert die spezifische Erscheinungsweise seines Gegenstandes von der Entwicklung der Gesellschaft als ganzer und des ökonomischen Systems. So mußte ihm auch die, damals bereits unter der Oberfläche wirksame, Tendenz entgehen, der die ärztliche Profession durch ihre allmähliche Integration in das System der Akkumulation von Kapital unterworfen ist.<sup>37</sup> Dadurch ist er außerstande zu erkennen, daß seine ehemals treffsicheren Analysen der Macht der ärztlichen Profession von Jahr zu Jahr unrealistischer werden, denn ihr fehlte von Anfang an eine logische Anschlußstelle zum ökonomischen System und dessen Veränderungen.<sup>38</sup>

Vielleicht noch nicht vorrangig, aber mit der starken Tendenz zur Vorrangigkeit geht die Macht der medizinischen Profession allmählich über in die Macht der medizinischen Institutionen bzw. deren Verflechtungen zu einem medizinisch-industriellen Komplex.<sup>39</sup> Der das Arzt-Patient-Verhältnis nach wie vor dominierende und kontrollierende Arzt wird seinerseits durch Institutionen mit Systemcharakter kontrolliert, sei es durch Systeme der Kapitalverwertung wie die großen Krankenhausketten, an die er vertraglich gebunden ist, sei es, daß sich seine »Selbständigkeit« in sogenannten Managed-Care-Arrangements verflüchtigt, oder sei es, daß er gegen Stunden- und Leistungslohn als »McDoctor« ambulante Patienten in einem nahe oder innerhalb eines Einkaufszentrums gelegenen Medical Care Center behandelt.<sup>40</sup>

---

37 Salmon (1990).

38 Freidson (1970; 1989); zur Kritik vgl. McKinley/Stoeckle (1990); Coburn (1992); Kühn (1990).

39 Relman (1980; 1991).

40 Kühn (1990).

Entgegen aller staatlichen und privaten Restriktionen ist die ökonomische Bedeutung - sowohl unter dem Gesichtspunkt der Größe als auch unter dem der wirtschaftlichen Macht - des medizinischen Versorgungssystems enorm gewachsen und hat weiterhin steigende Tendenz. Über 12 Prozent des Bruttozialprodukts der USA wurden 1990 privat oder öffentlich für die kurative medizinische Versorgung ausgegeben.<sup>41</sup> Das entspricht mit rund 1,3 Billionen DM etwa der Hälfte des deutschen Bruttozialprodukts. Während noch immer der freischaffende Arzt in der Einzelpraxis mit Belegbetten im nahegelegenen Krankenhaus das Bild der praktischen Medizin bestimmt, setzt schon längst ein medizinisch-industrieller Komplex der ärztlichen Profession zunehmend die Bedingungen, grenzt ihre Autonomie ein und drängt viele Ärzte in neue und teilweise ganz direkte ökonomische Abhängigkeitsverhältnisse.<sup>42</sup> Der Medizinsektor ist mit seinen rund 10 Millionen Beschäftigten größer geworden als jede andere Industriebranche. Er hat sich mit seinen Verflechtungen und Interdependenzen von kommerziellen und gemeinnützigen Institutionen der Medizin, dem medizinischen Wissenschaftsbetrieb, den industriellen Zulieferern, dem Versicherungsgewerbe und dem Staatsapparat bislang als resistent erwiesen gegenüber allen privaten und staatlichen Steuerungs- und Kontrollversuchen zur »Kostendämpfung«. Während in der Zeit zwischen Mai 1990 und 1992 volkswirtschaftlich ein Verlust von 1,8 Millionen Arbeitsplätzen registriert wurde, sind im Gesundheitssektor 639 000 neue entstanden.<sup>43</sup> Das ist auch ein Stück institutionalisierter Healthismus.

Eine weitere gesellschaftliche Quelle für die Hegemonie der Medizin in fast allen Fragen, die mit Gesundheit und Krankheit in Verbindung gebracht werden, liegt in deren Fähigkeit, als Teilsystem der Marktgesellschaft gesellschaftliche Probleme der Gesundheit in subjektive Probleme von Individuen solcherart zu transformieren, daß für ihre Lösung vermarktungsfähige Waren nachgefragt werden, einschließlich Therapien, Chirurgie, Arzneimittel, »Gesundheitsnahrung«, Sportkleidung oder Kuraufenthalte, um nur die typischen zu nennen. Die Chance eines gesundheitsbezogenen Konzepts, realisiert zu werden, erhöht sich in einer Marktwirtschaft in dem Maße, in dem es sich in der »Sprache« dieses Systems, nämlich als Angebot von Waren, ausdrücken kann. Durch entsprechende Anreize sozialisieren Marktgesellschaften ihre Mitglieder dahingehend, Bedürfnisse gleich in einer marktkon-

---

41 Congress of the United States, Congressional Budget Office (1992).

42 Relman (1991).

43 Greenberg (1992d).

formen Weise als Kaufwunsch wahrzunehmen, der in diesem Fall durch die Medizin vermittelt wird.<sup>44</sup>

Wie bereits ausgeführt, entsprechen die Individualisierung und die Transformation von Gesundheitsproblemen den Erfordernissen nicht nur des wirtschaftlichen, sondern zugleich auch des politischen Status quo: denn die Transformation eines Bedürfnisses, beispielsweise nach Entlastung vom Arbeitsdruck in Nachfrage nach Beruhigungsmitteln oder Entspannungskursen oder des Bedürfnisses nach guter Luft und erholsamer Umwelt in Nachfrage nach Pauschalreisen, verwandelt potentiell politischen Bedarf in private Nachfrage. Und in dem Maße, in dem sich ein politisches Gestaltungsproblem in ein wirtschaftliches Versorgungsproblem verwandelt, werden erstens mögliche gesellschaftliche Konflikte (die »politischen Kosten« sozialer Veränderungen) abgebaut und in einer doppelten Weise individualisiert: Verantwortung und Verhaltenslast werden auf das Gewissen und die Schultern der Individuen gelegt. Hier ist die technisch-pharmakologische Medizin gegenüber verhaltenspräventiven Angeboten (Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung, Bewegung) im Vorteil, denn ihr implizites Nutzenversprechen ist »die Pille« bzw. die schnelle technische Lösung, die den Kunden/Patienten in der Regel auf Besserung ohne Änderung bzw. Verhaltenszumutungen hoffen läßt. Außerdem schafft die individuelle Nachfrage in der Epoche chronisch brachliegender Produktionskapazitäten und anlagesuchenden Kapitals, in der sich die reichen Industrieländer befinden, zusätzliche Absatz- und Verdienstmöglichkeiten für materielle Güter und Dienstleistungen und damit Verwertungschancen für Kapital. Dieser Antrieb erweist sich bislang den entgegengerichteten Kostendämpfungsstrategien als überlegen.

Die Hegemonie der Medizin in der Prävention verdankt sich also nicht lediglich ihrem wirtschaftlichen, politischen und ideologischen Gewicht, sondern dieses ist auch Resultat ihrer Fähigkeit, Krankheit und vorzeitige Sterblichkeit in »Probleme« zu übersetzen, die mit den spezifischen Lösungsmöglichkeiten der industrialisierten Marktgesellschaft auch lösbar sind. Dabei bezieht sich »lösbar« auf die Reproduktion dieser Gesellschaft als Klassen-, Industrie- und Marktgesellschaft mit der dazu erforderlichen Gesundheit, Moral etc. Die Interventionen der modernen Biomedizin konzentrieren sich vorwiegend auf erkrankte Organe von Individuen. Sie sind bereits von der Persönlichkeit des Kranken isoliert, erst recht von dessen gesellschaftlichem Kontext. Das Medizinsystem verspricht daher die reibungslose, unpolitische,

---

44 Zum Bedürfnisproblem vgl. unten Abschnitt 5.3.2 (f).

sachliche und professionelle, Herrschaftsinteressen nicht tangierende Lösung von Gesundheitsproblemen. Salmon schreibt daher zu Recht:

»Man würde vom medizinischen System auch nicht erwarten, daß es die sozialen, beruflichen oder ökologischen Ursachen von Krankheiten aufdeckt, daß es gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit übernimmt, Wissen und Ausbildung über die Gesundheit demokratisiert, den Einfluß lokaler demokratischer Institutionen auf die Gesundheitseinrichtungen unterstützt, die Gesellschaft zur Verbesserung der Gesundheit verändert, Strategien zur Gesundheitsförderung entwickelt, deren Klientel die am meisten durch Krankheit und soziale Benachteiligung belasteten Menschen sind.«<sup>45</sup>

Was Salmon hier als Eigenschaften des Mangels aufzählt, sind aber gerade Merkmale der Angepaßtheit, die das Medizinsystem und die medizinische Prävention im politisch-ökonomischen Evolutionsprozeß, gemäß der oben skizzierten Analogie mit dem »Darwinschen Gesetz«, entwickelt hat und denen sich seine Überlegenheit gegenüber anderen Konzepten verdankt.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Von einer funktionalen Beziehung zwischen Teil und Ganzem zu sprechen, bedeutet nicht notwendigerweise eine teleologische Erklärung ihrer Entstehung. Die Medizin ist nicht entstanden, damit sie diese oder jene Systemfunktion wahrnehme. Da sie diese Funktionen (vor allem die Transformation von Gesundheitsproblemen auf die unterste Ebene der »konservativen Ätiologie«) aber erfüllt, wird ihre Erfolgskarriere in der Weise, in der ihr das gelingt, auch begünstigt und reproduziert. Es bedürfte dazu nicht einmal eines bewußten Zusammenspiels von Subjekten in den staatlichen Institutionen, der medizinischen Profession und der Industrie. Die Affinität zwischen technisch-pharmakologisch orientierter Individualmedizin und den fundamentalen Mechanismen der Marktgesellschaft könnte man sich auch subjektlos vorstellen. Es existieren in den einzelnen Bereichen, also dem der medizinischen Wissenschaft, der ärztlichen Praxis, des »common sense« der Politiker und des Marktverhaltens der Gesundheitsindustrie und der Patientenbedürfnisse, je bestimmte Formen rationaler Handlungsmotive, die - da sie gemeinsame Nenner haben - »hinter den Rücken« der Akteure ineinander greifen.

Beispielsweise werden wissenschaftliche Karrieren kaum auf Modelle sozialer Prävention gegründet, für die Erforschung des Cholesterinmoleküls hingegen wurde der Medizin-Nobelpreis vergeben. Forschungskonzepte, deren Ergebnisse versprechen, in ein Produktionskonzept von Arzneimitteln überführt werden zu können, haben weit bessere Realisierungschancen als andere. Das ärztliche Alltagshandeln wiederum greift ganz selektiv und selbstverständlich unter allen potentiellen Handlungsalternativen diejenigen

---

45 Salmon (1989a).

heraus, die unter den gegebenen Bedingungen mit dem geringsten Widerstand realisierbar sind. Das gilt für die Arzneimittelgabe weit mehr als etwa für die gesundheitserzieherische Einflußnahme auf gesunde Personen oder Patienten. Auch der herrschenden »technological-fix«-Mentalität der Majorität unter den Patienten entspricht das Arzneimittel mehr als die Veränderung der Ernährungsweise, Körperbewegung usw., von der Veränderung sozialer Beziehungen ganz zu schweigen. Politische Mühen sind im Falle eines Marktangebotes erst gar nicht notwendig. Lösungen, die wie die medikamentöse Prävention solche Annehmlichkeiten versprechen, können wiederum in der wissenschaftlichen und journalistischen Öffentlichkeit auf Beifall rechnen, lassen sich - jedenfalls ist das ihre implizite Nutzenverheißung - in den Status quo integrieren und können auf geringe Kritik bauen usw. Auch das subjektive Interesse des kritischen Umganges mit dieser Art von Problemlösung hat meist gegen die Kraft des Wunschenkens, einer Krankheit vorbeugen zu können, ohne die Lebensführung verändern zu müssen, wenig Chance.

Die Feststellung funktionaler Beziehungen meint auch keineswegs die unrealistische Annahme einer Harmonie beispielsweise zwischen den großen, auf den Gesundheitsmärkten engagierten Kapitalgesellschaften, der mittelständischen Ärzteschaft, dem Staat und dem »Rest« der US-Wirtschaft. Dazu sind die Spannungen seit Ende der siebziger Jahre - meist thematisiert als Kostenproblem - zu offensichtlich gewachsen.<sup>46</sup> Funktionalitäten sind in der partikularistischen Gesellschaft immer auch widersprüchlich, vorwiegend als nichtintendierte Folgen jeweiligen Interessenhandelns. So hat die Funktionalität im Hinblick auf die Marktökonomie unter anderem dazu geführt, daß rund 80 Millionen Amerikaner sich die Versicherungsprämien nicht leisten können und daß die Kosten der arbeitgebergetragenen Krankenversicherung mit der höchsten Wachstumsrate aller Industrieländer wachsen. Das wiederum provoziert politische Selbstschutzbemühungen der Gesellschaft, wie sich nicht zuletzt im Wahljahr 1992 gezeigt hat.

Die - zumindest impliziten - Nutzenverheißungen des Medizinbetriebes für die Individuen und deren Zuversicht in diese sind notwendige Voraussetzungen der Hegemonie des medizinischen Denkmusters. Der zur Legitimation erforderliche Grad realer Einlösung des Nutzenversprechens »Gesundheit« muß dabei prinzipiell nicht höher sein als der anderer Sektoren, etwa in der Automobilbranche (Nutzenverheißung: »individuelle Mobilität«) oder der Streitkräfte (Nutzenverheißung: »Macht« und »Friede«) oder der Justiz

---

46 Salmon (1990).

(»Rechtssicherheit«). Das außerordentliche wirtschaftliche und politische Gewicht des heutigen Medizinsystems der USA und seine Konformität mit den Funktionsnotwendigkeiten des ökonomischen und politischen Systems bedingen sich also gegenseitig. Der Healthismus spielte zwar bisher seine Rolle, gesellschaftliche Gesundheitsprobleme moralisch und konzeptionell zu individualisieren, sehr effektiv, aber seine Ambivalenz - eben nicht nur »funktional« zu sein, sondern auch ein Gesundheitsbedürfnis auszudrücken - erhöht auf der anderen Seite auch die Legitimationskosten der Kostendämpfungs- und Rationierungsversuche des Staates und der Unternehmen.<sup>47</sup> Trotz individualistischer Ausrichtung kann er sogar die machtbedingte Ausklammerung der industriell geprägten Arbeits- und Lebensbedingungen latent bedrohen. Das kündigt sich auf dem Gebiet der Ökologie durchaus für die Zukunft an. Aber der Hinweis auf eine »Ambivalenz« ist zu billig, sie tritt nicht von selbst in Erscheinung, der Beweis ihrer Existenz kann nur praktisch, nämlich durch ihre Herbeiführung erbracht werden. Trotz solcher aufbrechenden und latenten Gegensätze ist die Affinität zwischen dem Healthismus der lebensstilorientierten Prävention, dem Medizinsystem und dem ökonomischen System als Ganzem nach wie vor groß.

#### 4.2.4 Medikalisierung

Der Begriff »Medikalisierung« steht in diesem politisch-ökonomischen Kontext. Schon bei Zola, der ihn (vermutlich) eingeführt hat, hat er zwei Bedeutungen.<sup>48</sup> Zum einen bezieht er sich auf die expansive *Verschiebung medizinisch-professioneller Handlungsgrenzen* auf ehemals davon unberührte Bereiche. Die Medikalisierung der Prävention besagt im hier vorliegenden Zusammenhang, daß diese Handlungsgrenzen in den Lebensstil gesunder und symptomloser Personen hineinverlagert werden. Wie gesagt, muß heute hinzugefügt werden, daß die sich ausweitende professionelle Macht an Autonomie verliert und ihrerseits »systemisch« in Institutionen integriert wird, die gelernt haben, damit Kapital zu verwerten und/oder Macht auszuüben.

Die zweite, eng damit zusammenhängende Bedeutung des Begriffes der Medikalisierung liegt in der *Kontrolle sozialer Abweichungen* durch die Medizin. Zahlreiche Autoren haben in den siebziger Jahren auf die Tendenz hingewiesen, abweichendes Verhalten als »krank« und normales Verhalten

---

47 Kühn (1991).

48 Zola (1972).

als »gesund« anzusehen. Damit seien viele Phänomene neu in den Zugriffsbereich nicht nur medizinischer Diagnose und Therapie, sondern auch medizinisch legitimer Regulierung gekommen, wie beispielsweise Alkoholismus, Kindesmißbrauch, Drogensucht, Fettleibigkeit, sexuelle Funktionsstörungen oder Gewalt.<sup>49</sup> Stone hat in verschiedenen Analysen herausgearbeitet, wie eng das Medizinsystem in die Zuteilung von sozialstaatlichen Leistungen, von Strafen, Privilegien und Ausschlüssen integriert ist.<sup>50</sup> Auch hinsichtlich eines anderen Aspektes des Lebens in den modernen Gesellschaften enthüllt die Risikofaktormedizin ihr Wesen indem sie in der Lage ist, Individuen, deren Lebensstil bestimmte, womöglich bereits »objektiv« meßbare Merkmale aufweist (Raucher, hoher Blutdruck, genetische Veranlagung, Cholesterin usw.), bestimmte, statistisch gewonnene Wahrscheinlichkeiten (Risiken) zuzuordnen, mit denen sie erkranken, sterben, Geld kosten oder nicht funktionieren, ist - so scheint es - eine weitere Schwelle abgebaut, die der rationalen Bewirtschaftung von Menschen, seien es Kunden, Versicherte, Arbeitnehmer oder Staatsbürger, noch Hindernisse bereiten (vgl. Abschnitt 6.3 und Kapitel 7).<sup>51</sup>

Je größer die Bedeutung ist, die die Gesellschaft der Prävention zumißt, desto mehr werden weitere Bereiche, wie Essen, Trinken, Freizeitverhalten, nach dem zum Moralkriterium gewordenen Wert »Gesundheit« legitimationspflichtig. Wie im Kapitel 5 gezeigt werden wird, wurde auch das Rauchen in diesem Sinne medikalisiert. Die Anti-Smoking-Literatur zeigt nicht nur die Tendenz, die Belästigung durch Rauchen in einen bzw. den gesundheitlichen Risikofaktor zu transformieren, sondern auch, das Krankheitsrisiko in eine Krankheit selbst zu verwandeln. Rauchen wird zur »Sucht«, diese wiederum ist eine »Krankheit«, was wiederum Anlaß ist, zu »helfen«. Mit der repressiven Ironie, die man bei Menschen antreffen kann, die sich ihrer moralischen Überlegenheit sicher sind, wird diese Art von »Hilfe« in der WHO-Charta »Gegen den Tabak« definiert: »Jeder Raucher hat das Recht auf Ermutigung und Hilfe, um seine Angewohnheit zu besiegen.«<sup>52</sup>

Das Lebensstilkonzept trägt ganz erheblich zur Medikalisierung im letztgenannten Sinne bei. Ebenso wie durch die ihm entsprechende Ideologie des Healthismus bewegt es sich innerhalb des individualmedizinischen Paradig-

---

49 Conrad/Schneider (1980).

50 Stone (1986; 1990); siehe als Beispiel Abschnitt 6.3 der vorliegenden Arbeit, in dem die Rolle der medizinischen Untersuchungen in den Betrieben untersucht wird.

51 Stone (1990).

52 Skrabanek (1992).

mas.<sup>53</sup> Es übernimmt die Reduktionismen der Medizin, erweitert um die psychische Seite der Verhaltensdimension (die allerdings auch in der Medizin zunehmend berücksichtigt wird). Ebenso wie die Medizin werden Krankheitsursachen und Intervention im Individuum lokalisiert, von dessen Gesellschaftlichkeit abstrahiert wird. Gesellschaftlichkeit gehört jedoch zum Wesen des Menschen und kann nicht einfach als »Umwelt« oder »Milieu« aufgefaßt werden.

Die Abstraktion von der Gesellschaftlichkeit der Individuen läßt auch die psychologischen Elemente des Konzepts zu Einstellung, Verhalten, Lernprozessen usw. desolat werden. Charles Chaplin lieferte in einem seiner Filme ein Beispiel: Charlie ist plötzlich gezwungen, in panischer Eile zu flüchten. Er schmeißt alle seine Kleider in einen am Boden liegenden Koffer, klappt den Deckel zu, vermag ihn aber nicht zu schließen, da Hosenbeine, Ärmel, Teile von Strümpfen usw. heraushängen. Daraufhin nimmt er eine große Schere und schneidet diese Teile ab. Die Zuschauer lachen, weil sie sofort Charlies Fehler erkennen: Er meinte, ganz pragmatisch etwas Äußeres abgeschnitten zu haben, sie aber wissen, daß damit auch das Innere gänzlich unbrauchbar geworden ist.

Anknüpfend an das »Darwinsche Gesetz« der Präventionskonzepte ist das Lebensstilkonzept unter den vielen Konzepten der Prävention dasjenige, welches das höchste Maß an Kompatibilität zum Medizinbetrieb aufweist. Dieser kann als das für die gesundheitliche Reproduktion differenzierte gesellschaftliche Teilsystem die lebensstilbezogene Prävention sowohl unter dem Aspekt der Denk- und Handlungsmuster als auch unter dem der politisch-ökonomischen Interessen assimilieren. Mehr noch: Die lebensstilbezogene Prävention verschiebt die Handlungsgrenzen der Medizin bis weit in das Freizeitverhalten symptomloser und gesunder Menschen, die bislang nur schwer und selten erreicht wurden. Dabei ist die entscheidende Gemeinsamkeit von Medizin und Lebensstilkonzept die Lokalisierung von Krankheitsursache und Intervention in einem Individuum, das um seine Gesellschaftlichkeit reduziert ist.

Das Mainstream-Modell der Gesundheitsförderung bzw. der lebensstilbezogenen Prävention mit seiner healthistischen Ideologie und die Medizin konkurrieren nicht, wie das von den entsprechenden Akteuren und Interessenten gern behauptet wird, sondern sie nähren sich wechselseitig. Die Prognosen, denen zufolge Medizinkritik, Selbsthilfebewegung, Alternativmedizin sowie Prävention und Gesundheitsförderung der Medizin das - oder zu-

---

53 Zum Paradigma der Biomedizin siehe von Uexküll/Wesiack (1988).

mindest ein wenig - Wasser abgraben würden, erweisen sich heute auch empirisch als falsch. Das Medizinsystem propagiert den Wert der individuellen Gesundheit, die im Healthismus zum Maß aller Dinge, sozusagen zum Megawert gesteigert wird. Beispiele für healthistische Gesundheitsbegriffe aus Crawfords Zitatsammlung von 1980 sind Gesundheit als »high-level wellness«, als »commitment to living in the world« oder als »a sense of happiness and purpose«<sup>54</sup>. Die solchermaßen zum Lebenssinn schlechthin gewordene persönliche Gesundheit treibt wiederum die Medikalisierung voran und dabei nicht zuletzt die Nachfrage nach Diensten und Produkten, die das Medizinsystem anzubieten hat. Bisher sind alle Versuche fehlgeschlagen, die dem Healthismus eine Richtung gegen die Medizin geben - d.h. ihn zur Kostendämpfungsideologie machen - wollten. In diesem Sinne sind Worte wie die des oben zitierten Gesundheitsministers: »jeder von uns kann mehr für seine eigene Gesundheit tun als jeder Doktor, jedes Krankenhaus, jede Maschine und jedes Arzneimittel« bislang noch immer verhallt.

## 4.3 Medikamente gegen »Risikofaktoren«

### 4.3.1 »Risikofaktoren« werden zur Krankheit

Im Gegenteil: Mit den präventiven Medikamenten, beispielsweise zur Cholesterin- und Blutdrucksenkung, bietet nun die Medizin sogar den healthistischen Menschen, die mit dem permanenten Besorgt- und Tätigsein im Dienste ihrer Gesundheit (z.B. mit der Cholesterinhysterie und den entsprechenden Ernährungsimperativen) überlastet und überfordert sind, ein praktisches, in den Alltag leichter integrierbares Substitut. Auf dem Feld, das durch die Lebensstilprävention erschlossen und beackert wird, fährt der medizinisch-industrielle Komplex die Ernte ein. Das Industrieprodukt Medikament, verbunden mit ärztlichen Dienstleistungen der Diagnostik, Beratung, Verschreibung und Beobachtung, ist der Idealfall marktgesellschaftlicher Prävention.

---

54 Crawford (1980).

(a) »Risikofaktoren«

Entscheidend für diese Tendenz ist, ob und wie es dem Medizinbetrieb gelingt, Korrelate des tatsächlich oder angeblich »ungesunden Lebensstils« körperlich zu messen und quantifizierbare Risikofaktoren für koronare Herzkrankheit, Krebs, Diabetes mellitus, Osteoporose, Schlafapnoe usw. zu bestimmen.

Die Ursprünge des Risikobegriffs sind ökonomischer Natur und kommen aus der Versicherungswirtschaft. Die Versicherung beruht auf dem Prinzip des wirtschaftlichen Risikoausgleichs. Die einzelnen Mitglieder gleichen untereinander die wirtschaftlichen Folgen bestimmter schädigender Ereignisse aus, die jeden einzelnen treffen können. Es gibt dabei interpersonelle und intertemporale Umverteilungen. Der Grad der Umverteilung hängt von der individuellen Eintrittswahrscheinlichkeit des spezifischen versicherten Risikos ab. Wenn der Versicherungsunternehmer diese Wahrscheinlichkeit unterschätzt, entstehen Verluste. Würde das individuelle Risiko jedes Versicherten genau bestimmt und die Prämie entsprechend diesem Risiko gestaltet werden können, dann wären interpersonelle Umverteilungen unter den Versicherten ausgeschaltet, bei gleichem Gewinn könnten der Gruppe mit dem niedrigsten Durchschnittsrisiko die günstigsten Prämienangebote gemacht werden. Die Risikofaktoren, die heute von der Medizin mit Hilfe der epidemiologischen Methoden bestimmt werden, entsprechen ihrer inneren Logik nach genau diesen Versicherungsrisiken. »Risikofaktoren« in diesem Sinne können alle Faktoren sein, die die Wahrscheinlichkeit, daß ein Individuum erkrankt, medizinische Hilfe benötigt oder stirbt, erhöhen. Das können Verhaltensfaktoren des Lebensstils sein (z.B. Rauchen), es kann die Exposition durch eine toxische Substanz (z.B. Asbest) oder durch andere physikalische Einwirkungen (z.B. Lärm, Erschütterung, Autounfall) sein, es können individuelle Merkmale (z.B. genetischer Art) sein, oder es können »milde Formen« der Krankheit selbst sein.<sup>55</sup> Die medizinische Untersuchung von Menschen ohne Krankheitssymptome, um die es bei der Bestimmung des Krankheitsrisikos ja geht, wurde - nicht nur »logisch«, sondern auch »historisch« - zuerst in der Versicherungswirtschaft angewandt und entwickelte sich als *Epidemiologie* erst später zu einem wichtigen präventivmedizinischen Instrument.

---

55 Borgers (1983). Dieses Konzept ist von medizinischer Seite seit langem einer ausführlichen Kritik unterzogen worden, die hier vernachlässigt werden muß (vgl. Karmaus 1979).

Es muß eingeschränkt werden, daß nur solche Faktoren eine Chance haben, als Risikofaktor berechnet zu werden, die sich quantifizieren und ermitteln lassen. Risiken sozialer Beziehungen können allenfalls in sehr vermittelter und verstümmelter Form über Indikatoren ermittelt werden. Wie gezeigt wurde, ist auch die Chance eines Risikos, bekannt und akzeptiert zu werden, davon abhängig, auf welcher ätiologischen Ebene es angesiedelt ist. Die epidemiologischen Methoden zur Berechnung von Risikofaktoren beinhalten also bereits eine Reihe von Wertungen. Wie bei anderen Berechnungsmethoden, die in den Gesundheitswissenschaften eine Rolle spielen (z.B. Kosten-Effektivitäts-Analysen), liegt die Versuchung nahe, ihre Berechnungen zur unmittelbaren Grundlage einer sogenannten rationalen Gesundheitspolitik zu machen. Die Hauptanziehungskraft dieser Berechnungsformeln scheint darin zu bestehen, daß sie den entscheidenden Subjekten die Verantwortung abnehmen. Sie brauchen ihre Entscheidungen nicht mehr selbst zu fällen und können dank dieser Formeln auch ihren Operationen moralisch fernbleiben.<sup>56</sup> Ein ideologischer Effekt der Risiken liegt also in der (technokratischen) Illusion, es sei möglich, präventionspolitische Wertentscheidungen zu vermeiden.

Die »Risikofaktormedizin« verdankt sich nicht etwa einem wissenschaftlichen Durchbruch der »Schulmedizin« auf dem Gebiet der Ätiologie der modernen Volkskrankheiten, besonders der Herz-Kreislauf-Krankheiten und der bösartigen Neubildungen. Wenn an die Stelle des mechanistischen Krankheitsmodells, das angesichts des »systemischen« und multifaktoriellen Charakters der modernen »Zivilisationskrankheiten« versagen muß, nun ein Wahrscheinlichkeitsmodell tritt, dann bedeutet das kein neues theoretisches Krankheitsmodell, sondern lediglich den Verzicht darauf.<sup>57</sup> Arnold sieht gerade in der Brüchigkeit des herkömmlichen mechanischen Krankheitsmodells der Schulmedizin den Grund dafür, daß sie nun den Weg einer »stochastischen Pathologie« eingeschlagen hat. Dem Risikofaktoransatz liegt die Vorstellung von einer Vielzahl endogener und exogener Faktoren zugrunde, die sich nach Art von Vektoren in Stärke und Richtung unterscheiden und aus deren Zusammenspiel eine Krankheit folgt. An die Stelle von Aussagen über Beziehung zwischen Ursachen und Wirkungen und deren Regelmäßigkeit treten Wahrscheinlichkeiten. Aufgrund der Vielzahl möglicher Einzelfaktoren und der unüberschaubaren Komplexität möglicher synergetischer Wirkungen

---

56 Gorz (1989, S. 177).

57 Zu einem entwickelten systemischen Krankheitsmodell siehe von Uexküll/Wesiack (1988).

kann nicht mehr im Einzelfall, sondern nur mit statistischen Methoden nach Wahrscheinlichkeiten gesucht werden, mit denen bestimmte »Risikofaktoren« und Krankheitserscheinungen zusammen auftreten.<sup>58</sup> Schon 1981 wurde ein Survey über 246 Risikofaktoren veröffentlicht, die allein mit der koronaren Herzkrankheit (KHK) in Verbindung gebracht worden sind.<sup>59</sup> In der Literatur des amerikanischen KHK-Establishments werden aber neben Rauchen und Bluthochdruck nur noch neun weitere benutzt, wie Alter, Geschlecht, Übergewicht oder Bewegungsarmut.<sup>60</sup>

Bei den »Risiken« handelt es sich also um Wahrscheinlichkeiten und nicht um nachgewiesene Ursachen, als die sie im Alltag genommen werden. Über ihren prädiktiven Wert können hier keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden. Allerdings zeigt das Beispiel der koronaren Herzkrankheit, daß dieser enorm überschätzt wird. An der koronaren Herzkrankheit sterben mehr Raucher als Nichtraucher und mehr Menschen mit hohem Blutdruck als Menschen mit niedrigem Blutdruck, darum gelten Rauchen und Hypertonie als Risiken. Aber weder stirbt jeder Hypertoniker oder Raucher an der koronaren Herzkrankheit, noch sind alle Menschen, die an der KHK sterben, Raucher oder Hypertoniker. In der Framingham-Studie sind 86 Prozent der männlichen Raucher mit Hypertonus und erhöhtem Cholesterinspiegel, also mit drei der höchstbewerteten Risikofaktoren gleichzeitig, gesund geblieben.<sup>61</sup>

Einzelne oder auch kombinierte Risikofaktoren der KHK haben aufgrund der jeweils geringen Wahrscheinlichkeiten fast keinen prädikativen Wert. Smith führt ein typisches Beispiel aus der Literatur zur KHK vor. Ein prominenter Vertreter der Cholesterinhypothese (vgl. Kapitel 2) schreibt:

»Unter den Personen, die sich einer Bypass-Operation unterzogen haben, hatten 35 Prozent keinen der bekannten Risikofaktoren außer einer erblichen Prädisposition. Jedoch bei den meisten Personen mit KHK beobachten wir mindestens einen der wichtigen Risikofaktoren.«<sup>62</sup>

Das heißt in anderen Worten, daß 35 Prozent der KHK-Patienten keinen und 65 Prozent mindestens einen wichtigen Risikofaktor aufweisen. Was bedeutet das konkret? Dazu kann man die 362 000 zufallsausgewählten Männer ohne einen KHK-Befund heranziehen, die in der MRFIT-Studie untersucht und nach drei Risikofaktoren (erhöhter Cholesterinspiegel, Raucher, Hypertonie)

---

58 Arnold (1990).

59 Hopkins/Williams (1981, S. 1).

60 Smith (1991, S. 164).

61 Arnold (1990).

62 Naito (1988), zit. nach Smith (1991, S. 164).

klassifiziert worden sind.<sup>63</sup> 79,4 Prozent dieser Männer wiesen einen oder mehrere Risikofaktoren auf. Wenn das auf 79,4 Prozent der gesunden Männer zutrifft, dann sind also Äußerungen wie die zitierte von Naito, daß 65 Prozent der Personen mit Bypass-Operationen einen oder mehr Risikofaktoren aufweisen, gänzlich belanglos. Mit anderen Worten, wenn fast jeder mindestens einen Risikofaktor aufweist, dann ist es nur logisch, daß das auch bei fast jedem KHK-Patient der Fall ist.<sup>64</sup> Hinzuzufügen ist, daß aus den 79,4 Prozent wahrscheinlich über 90 oder 95 Prozent geworden wären, wenn man alle Risikofaktoren genommen hätte, die von der herrschenden Lehre für die KHK akzeptiert werden. Wenn aber 95 Prozent der Bevölkerung einen oder mehrere Risikofaktoren für die KHK aufweisen, während nur 28 Prozent daran sterben, welchen prädiktiven Wert haben dann diese Risikofaktoren? Das Risikofaktorkonzept einschließlich dem nie fehlenden Hinweis auf die »multifaktorielle Bedingtheit« (vgl. Kapitel 3) vermittelt den Eindruck eines gewissen Standes der Erkenntnis, aber zumindest am Beispiel der Koronarkrankheit wird deutlich, daß am Ende keine sonderlich zuverlässigen Aussagen gemacht werden können, wer an ihr stirbt und wer nicht.

Die Einbeziehung der lebensstilbezogenen Risikofaktoren in die individualmedizinische Diagnose und Behandlung schreitet in dem Maße voran, wie sich biochemische oder physiologische Parameter für die Normalität definieren lassen, deren Über- oder Unterschreitung mit einer gewissen statistischen Wahrscheinlichkeit - das ist nun der eigentliche Ausdruck eines »Risiko« - zu einer »Krankheit« führt.

»Die gängige Definition von 'pathologisch' für relevante Risikofaktoren in bezug auf Herz- und Kreislaufkrankheiten führt dazu, daß gesunde Personen in der Bevölkerung kaum noch existieren. Epidemiologische Untersuchungen mit Hilfe von Bevölkerungsstichproben zeigen, daß 30 bis 50 Prozent der Bevölkerung zwischen 40 und 60 Jahren Cholesterinwerte über 240 mg Prozent (6,2 mmol/l) und ca. 20 Prozent diastolische Blutdruckwerte über 95 mm aufweisen, bei ca. 10 bis 15 Prozent der Glukosetoleranztest positiv ausfällt und bei ca. 15 Prozent der Harnsäurespiegel über 350 mmg liegt.«<sup>65</sup>

Was 1979, als diese Aussage getroffen wurde, sich als eine eher übertriebene Polemik gelesen haben mag, ist mittlerweile zum Gegenstand rationaler ökonomischer Verwertungsstrategien geworden.<sup>66</sup>

63 Martin/Hulley et al. (1986).

64 Smith (1991, S. 165).

65 Borgers (1979, S. 1407).

66 Das Konstrukt des Risikofaktors und seine Funktion für den einzelnen ist zweischneidig: Auf der einen Seite kann die Ermittlung von gehäuften Risiken den Personenkreis für präventive bzw. vorsorgetherapeutische Maßnahmen eingrenzen. Wie in Abschnitt 6.3 sowie Kapitel 7 gezeigt werden wird, kann allerdings auch in Abhän-

(b) *Logische Struktur*

Ex post läßt sich die logische Struktur der Pathologisierung von Risikofaktoren folgendermaßen skizzieren: Relevante Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen werden mit einzelnen Verhaltensweisen stochastisch assoziiert, nachdem die ökologischen und sozialstrukturellen Verursachungszusammenhänge dem »Darwinschen Gesetz« der Präventionskonzepte bereits zum Opfer gefallen sind. Wenn die statistisch ermittelten Assoziationen wiederholt bestätigt und mit physiologisch plausiblen Hypothesen begründet werden können, dann werden die Verhaltensweisen zu »Risikofaktoren«. In diesem Verdinglichungsprozeß gehen die Zusammenhänge mit Lebensweise und Lebensbedingungen verloren. Der »Faktor« ist isoliert. Aber nicht der wissenschaftliche Prozeß der Isolierung bzw. Abstraktion als solche ist das Problem, sondern die Isolierung von wesentlichem. Wie bei Chaplin werden Zusammenhänge abgeschnitten und so das Zurückgebliebene weitgehend deformiert.

Ein weiterer Abstraktionsprozeß findet statt, wenn die Risikofaktoren auf meßbare physiologische Werte reduziert werden, wie das beim Bluthochdruck und dem Cholesteringehalt des Blutes der Fall ist. Auf diese beiden Beispiele soll das folgende beschränkt bleiben, da der (Re-)Medikalisierungsprozeß hier sehr deutlich ausgeprägt ist. So wird beim Serumcholesterinspiegel die Ernährungsweise eines Menschen auf ein Maß für das Vorkommen eines Moleküls im Blut reduziert. Naiv könnte man annehmen, dies werde als ein Indikator betrachtet, wie die Ausdehnung der Quecksilbersäule ein Indikator für die Raumtemperatur ist. Aber wie schon im Kapitel 2 erwähnt und im folgenden noch ausgeführt, behandeln die Vertreter der Cholesterinhypothese das Vorkommen des Fettmoleküls Cholesterin als Risikofaktor. Im Laufe der Zeit verwandelten sich in der amerikanischen Medizin sogar die beiden Risikofaktoren Bluthochdruck und hoher Cholesterinspiegel zu Krankheiten.<sup>67</sup> Aus dem statistisch ermittelten Zusammenhang zwischen Herzinfarkt und der Höhe des Cholesterinspiegels folgt im Umkehrschluß: Die Senkung des Cholesterinspiegels vermindert das Herzinfarkttrisiko. Falls sich herausstellen sollte, daß der Cholesterinspiegel (mit Ausnahme einer erblichen Hypercholesterinkrankheit) lediglich ein Indikator für das Herzin-

---

gigkeit vom politisch-ökonomischen Kontext dasselbe Instrument eingesetzt werden, »Risikopersonen« vom Arbeitsplatz und aus der Privatversicherung auszuschließen. Denn aus einzelwirtschaftlicher Sicht kann die Externalisierung von Risiken die effizienteste Strategie der »Prävention« sein, wenn es sich um zahlenmäßig große Personengruppen (Versicherungsgemeinschaften, Beschäftigte) handelt (vgl. Stone 1986).

67 Payer (1992, S. 171) spricht vom »diseasing« of risk factors«.

farktrisiko ist - und alles deutet gegenwärtig darauf hin -, dann wird man sagen können, das Forschungsestablishment und die überwiegende Mehrheit der amerikanischen Medizin seien über Jahre und unter einem Milliardenaufwand einer Logik gefolgt, der zufolge man die Temperatur senken kann, indem man ein Stückchen Eis an die Quecksilbersäule des Thermometers hält.

Die auf physiologische Meßwerte reduzierten und verdinglichten Risikofaktoren werden also wie Krankheiten diagnostiziert und behandelt, und die pharmazeutischen Angebote zur »Heilung« stehen bereit. Entsprechend »leiden« die Patienten an zu hohem Cholesterinspiegel, obwohl dies völlig symptomlos ist (was man von den unerwünschten Wirkungen der cholesterinsenkenden Mittel nicht sagen kann).<sup>68</sup> Mehr noch: Da die vielstufigen Abstraktions- und Reduktionsprozesse, die zu den physiologischen Werten geführt haben, nicht bewußt sind und nun selbst als Krankheiten angesehen werden, gegen die es Medikamente gibt, werden sie in der Alltagspraxis der amerikanischen Medizin auf jeden Fall gesenkt. Dieser Verdinglichungsprozeß führt zu gesundheitlichen Schäden, weil die einfache Lehre vergessen wird, daß es mit dem Blutdruck oder Cholesterinspiegel wie mit vielem anderen ist: Es kommt darauf an, wer sie »hat«. Warram und Mitarbeiter fanden beispielsweise heraus, daß Diabetiker mit Bluthochdruck, der mit diuretischen Medikamenten gesenkt wird, eine höhere Sterblichkeit aufweisen, als solche, die nicht behandelt werden.<sup>69</sup> Eine andere, ebenfalls neue Studie zeigt, daß mit jeglicher medikamentöser Behandlung der Hypertonie das Risiko, zuckerkrank zu werden, größer wird.<sup>70</sup> Um herauszufinden, welche Risiken die Behandlung eines Risikofaktors hat, muß also das Karusell der medizinischen Präventionsforschung auf der Suche nach dem verlorenen Zusammenhang um eine weitere Runde gedreht werden. Innerhalb weniger Jahre

»ist um diese 'Krankheiten' eine ganze Infrastruktur entstanden aus Nationalen Komitees, Spezialisten und speziellen medizinischen Zentren - und der pharmazeutischen Industrie, die Medikamente gegen Bluthochdruck und zu hohen Cholesterinspiegel vertreibt -, alle sind daran interessiert, die Bedeutung dieser Etikettierungen hervorzuheben«<sup>71</sup>.

Sowohl in offiziellen Empfehlungen als auch in der ärztlichen Praxis sind die Grenzwerte, von denen an das »Risiko« durch »Intervention« reduziert wer-

---

68 Payer (1992) führt anschauliche Beispiele zum subjektiven Leid an, das von den zu Krankheiten gewordenen »Risikofaktoren« ausgeht.

69 Warram et al. (1991); zit. nach Payer (1992, S. 277).

70 Skarfors/Selinus/Lithell (1991, S. 755-760).

71 Payer (1992, S. 172).

den soll (bzw. wird), von Jahr zu Jahr niedriger geworden. Die Absatzzahlen der präventiven Medikamente entwickelten sich entsprechend.

(c) *Ökonomische Struktur*

Man kann nun auch eine ökonomische Struktur der Medikalisierung des Lebensstils erkennen: Das eingangs gewählte Prädikat »Idealfall« für das präventive Arzneimittel gilt nicht nur für die Anbieter von Produkten und Diensten, sondern unter gegebenen Bedingungen auch für die Nachfrager. Selbst auf vermachteten oligopolistischen Märkten muß ein Warenangebot einem Bedürfnis entsprechen, wenn das in ihm gebundene Kapital wieder zur Geldform zurückkehren und rentabel sein soll. Die Dynamik dieses Bedürfnisses verdankt sich in diesem Fall weitgehend dem Healthismus, der nun ökonomisch verwertet wird und durch die Verwertung noch einmal eine Verstärkung erfährt. Das implizite Nutzenversprechen dieser Waren läuft auf eine Entlastung von den Verhaltenszumutungen und dem moralischen Druck des Healthismus hinaus. Dieses mit dem Healthismus einhergehende Bedürfnis nach verhaltenmäßiger und moralischer Entlastung bietet für die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistung durch symptomlose Patienten ebenso wie für das effektive Marketing der Arzneimittelindustrie erst die Voraussetzung. Um eine Vorstellung von den zur Debatte stehenden Quantitäten absetzbarer Waren zu erhalten, liest man in den Gesundheitszielen Healthy People 2000: »Etwa 60 Millionen erwachsene Amerikaner haben einen so hohen Cholesterinspiegel, der medizinische Beratung und Intervention erfordert.«<sup>72</sup> Das ist der potentielle Markt für Medikamente, bei denen es um lebenslange Einnahme geht. Ähnliches gilt für die blutdrucksenkenden Mittel.

Niedergelassene Ärzte, die diesen Arzneimitteln skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen, berichten, es sei mittlerweile normal, wenn Patienten deren Verschreibung fordern. Allein schon durch den Mangel an Alternativen läuft auch die ärztliche Beratung tendenziell auf die Prävention durch permanente Meßdienstleistungen sowie durch den Konsum von Medikamenten hinaus. Das kann auch nicht anders sein: Die Kommerzialisierung des Medizinbetriebes und dessen »Corporatization«, d.h. seine Überführung aus der Domäne freischaffender Ärzte in Systeme der Kapitalverwertung, eliminiert alle Dienstleistungen, die unrentabel sind. Und wie rentabel ist die Dienstleistung »ärztliche Beratung«, wenn ihr Ergebnis die Abwendung des

---

72 Healthy People 2000, S. 391.

enttäuschten Kunden ist anstatt die Befriedigung (und zugleich Verstärkung) seines Bedürfnisses nach exakten Messungen und angemessener Verschreibung und seine dauerhafte Bindung. Erinnern wir uns noch einmal an den von Günther Anders formulierten Imperativ der Warenproduktion:

»Jede Ware tendiert, so zu sein, daß sie bei Verwendung handlich, auf Bedürfnis, Lebensstil und -standard zugeschnitten, mund- oder augengerecht ist. Ihr Qualitätsgrad ist durch den Grad dieser ihrer Angemessenheit definiert; negativ ausgedrückt: er hängt davon ab, wie gering der Widerstand ist, den sie ihrem Verwendetwerden entgegensetzt, und wie wenig unverarbeitbare Fremdreste ihr Genuß übrigläßt.«<sup>73</sup>

Das Kriterium der »Angemessenheit« wird aus der Sicht von Menschen definiert, die als Kinder der industriellen Marktgesellschaften in ihrer Mehrheit gelernt haben, auf das »magic bullet« oder den »quick fix« zu hoffen. Man muß sie nur kaufen und das Problem ist gelöst. Das Präventionsmedikament entspricht auch dem spezifischen, am Vorbild der Maschine geschulten spezifisch instrumentellen Verhältnis der heutigen Menschen zu ihrem Körper. Und wieviel einfacher und der modernen Lebensweise durchschnittlicher Arbeitnehmer insofern angemessener ist ein Kauf als die tägliche Beschäftigung mit der persönlichen Gesundheit, die das healthistische Lebensstilkonzept erfordert. Was ist die regelmäßige Einnahme einer Pille zur Blutdrucksenkung gegen die Umstellung der Ernährungsweise (die zudem noch im Falle der Cholesterinsenkung meist ineffektiv ist) oder gegen zwei bis drei Termine in der Woche für Jogging oder Gymnastik. Wie kritisch ist ein Mensch gegenüber einem Produkt, mit dem er sich von den Verhaltenszumutungen der Lebensstilprävention »loskaufen« kann?

Ebenso wie im Maßstab der Gesellschaft das Lebensstilkonzept den Status quo nicht antastet, so verspricht das Präventionsmedikament dem Individuum einen Schutz vor Herzinfarkt, Krebs oder Osteoporose ohne die Notwendigkeit, den persönlichen Lebensstil zu verändern. Die lebensstilorientierte Prävention treibt, indem sie den Healthismus befördert, dem Medizinsystem Kunden zu. Wenn aber der regelmäßige Arztbesuch und die Einnahme von Medikamenten ihre moralische Entlastungsfunktion erfüllen bzw. das Entlastungsbedürfnis befriedigen, dann tritt gerade das ein, was durch die Lebensstilprävention verhindert werden soll: Es bleibt beim alten Lebensstil; das Gewissen, dessen quälende Mitarbeit erst die Voraussetzung für die gewünschten Verhaltensänderungen schafft (wenn diese nicht durch Strukturveränderungen nahegelegt werden), ist beruhigt. Paradoxerweise macht sich die healthistische Ideologie, indem sie die Furcht vor den »Risikofaktoren«

---

73 Anders (1983, S. 122).

erzeugt und steigert und damit deren medikamentöse »Bekämpfung« erst möglich bzw. erforderlich gemacht hat, für einen Teil der Menschen selbst überflüssig. Sie nehmen eine Pille und gehen ihrer Wege. So jedenfalls hoffen sie. Je stärker der healthistische Druck auf ihnen lastet, desto stärker und unbeirrter müssen sie sich auf diese Weise entlasten. Hinzu kommen die enormen Marketinganstrengungen der Gesundheitsindustrie: Die Veränderung der Verhaltensweisen muß noch schwerer fallen angesichts der täglichen Lobpreisungen von Wissenschaft und Technik in Gestalt von Mitteln und Apparaten, durch deren Kauf man Gesundheit ohne Anstrengung erlangen kann.

In einer Gesellschaft, deren industrielle Produktivität so hoch ist, daß nicht mehr die Produktion von Waren, sondern deren Absatz zum Hauptproblem wurde, ist die verwundbarste Stelle der meisten Unternehmen die Unsicherheit des Käuferverhaltens. Selbst ein Monopolist muß normalerweise warten, bis Menschen ein Bedürfnis verspüren, das in ihren Gedanken die Form der von ihm angebotenen Ware annimmt und - verbunden mit der nötigen Kaufkraft - sich in Nachfrage äußert. In diesem Zusammenhang ist die wichtigste Erweiterung des medizinischen Handlungsfeldes darin zu sehen, daß die Risikofaktormedizin sich in den meisten Fällen an Gesunde wendet, die keinerlei Symptome verspüren. Diese neuen Adressaten werden in dem Maße zu potentiellen Patienten bzw. Kunden, in dem ihre »Risiken« pathologisiert werden. Große Kampagnen, wie z.B. das »National Cholesterol Education Program« und das »National High Blood Pressure Program«, sorgen dafür, daß sowohl die Furcht vor dem »Risiko« als auch das Vertrauen in die Fähigkeit der Medizin, es zu »managen« und die »Werte zu senken«, groß genug sind.

Normalerweise ist es am Patienten, seine Schmerzen und sein Unwohlsein einzuschätzen und über die Notwendigkeit eines Arztbesuches zu entscheiden. Bei der Risikofaktormedizin jedoch ist der medizinisch-industrielle Komplex mit seiner spezifischen Arbeitsteiligkeit zwischen medizinischer Versorgung, Medizinwissenschaft und Industrie in einer Position, von der alle anderen Branchen nur träumen können: Er bewegt sich sehr nahe am Ideal eines vollkommenen Anbietermarktes. Die Anbieter bestimmen den Bedarf und damit die Nachfrage. Auf der Ebene des individuellen Arzt-Patient-Verhältnisses geschieht das durch den Meßvorgang bzw. die Diagnose und die Aufklärung darüber, wie häufig welcher Wert zu messen sei und welcher therapeutische Bedarf bestehe. Und auf der gesellschaftlichen Ebene setzt der medizinische Wissenschaftsbetrieb die Standards für die empfohlene

Häufigkeit solcher Untersuchungen sowie die Unter- und Obergrenzen für die Applikation bestimmter Interventionen.

Die Besonderheit der ökonomischen Struktur liegt darin, daß die Sinnlichkeit der Menschen als nachfragelimitierender Faktor auf diese Weise ausgeschaltet ist. Bislang mußten Ärzte wie die anderen Warenproduzenten warten, bis die Kunden (Patienten) das Bedürfnis verspüren, von ihrem Angebot Gebrauch zu machen. Das war meist erst dann der Fall, wenn Symptome spürbar und die Besorgnis groß genug waren, um den Arzt aufzusuchen. Die Gesundheitspropaganda der Lebensstilprävention hingegen schafft bzw. verstärkt diese Besorgnis im gesellschaftlichen Maßstab und findet in der Selbsterfahrung der Individuen keine Begrenzung, da ausdrücklich gesagt wird, man könne auf die eigene Symptomwahrnehmung nicht vertrauen und müsse zu einer Messung kommen. Die Körpererfahrung der Menschen als mögliches Absatzhemmnis für medizinische Dienstleistungen und Produkte ist hier außer Kraft gesetzt. Die pharmazeutische Industrie als der andere Anbieter setzt ihr enormes politisch-ökonomisches Potential dafür ein, die diesen »selbstreferentiellen« Angebotsprozeß steuernden Ärzte (als behandelnde Individuen und als forschende Profession) ihrerseits zu steuern.

Zwischen Industrie und Profession besteht hier weitgehende Interessenkonformität. Freilich darf man auch hier den Begriff des »ökonomischen Interesses« nicht platt mit dem monetären Bereicherungsmotiv gleichsetzen (das allerdings keine geringe Rolle spielt). Es bezieht sich letztlich nicht auf Einkommen, sondern auf die ökonomischen Verhältnisse der Produktion, Verteilung und Verwendung der Einkommen.<sup>74</sup> Der amerikanische medizinisch-industrielle Komplex ist ein solches Verhältnis, in dem medizinische Profession und Industrie in einer fast symbiotischen Beziehung zueinander stehen. Die ärztliche Profession, an die die Gesellschaft den Umgang mit dem »Problem Gesundheit« delegiert hat, definiert den Bedarf und legitimiert das Medikament im gesellschaftlichen Maßstab ebenso, wie der einzelne Arzt seinem individuellen Patienten die Diagnose stellt und das Medikament verschreibt. Der Absatzmarkt für die pharmazeutische Industrie ist prinzipiell so groß, wie ihn die ärztliche Profession definiert. Beispielsweise hängt er von den Richtlinien ab, die man am National Institute of Health durch sogenannte Konsensus-Konferenzen für die Behandlung mit cholesterin- oder blutdrucksenkenden Mitteln herausgibt. Da die medikamentöse Prävention

---

74 Diese Sichtweise unterliegt dem Marktmodell der Klassiker und der Neoklassik. Zu Unrecht wird es häufig auch Marx unterstellt, und zwar sowohl von Marxisten wie von Marx-Kritikern.

mit ärztlichen Dienstleistungen gekoppelt ist, gibt es wenig Gründe für die Ärzte, hier restriktiv zu handeln. Vorrangigkeit des Medikamentes ist auch vom ökonomischen Interesse im oben angeführten »ordnungspolitischen« Sinne unverzichtbar für die Medizin. Es ist eines der ganz wenigen therapeutischen Instrumente, die der Individualmedizin zur Verfügung stehen. Die Interessenkonformität ist also struktureller und funktionaler Natur. Das bedeutet, daß es nur wenige mit Macht ausgestattete Gründe gibt, sie abzuschaffen. Die Symbiose ließe sich theoretisch sogar auch ohne das allgegenwärtige »sponsoring« der Medizin durch die pharmazeutische Industrie vorstellen. Da die Risikofaktormedizin dafür gesorgt hat, daß die Anbieter von Präventionswaren sich von der Körpererfahrung der um ihre Gesundheit besorgten Bürger emanzipiert haben, müssen diese darauf vertrauen, daß der Wissenschaftsbetrieb und die staatlichen Regulationsbehörden in ihrem Interesse prüfend und kontrollierend tätig werden. Inwieweit ein solches Vertrauen gerechtfertigt ist, soll nun am Beispiel der KHK-Prävention durch die Senkung des Cholesterinspiegels untersucht werden.

#### 4.3.2 Beispiel: Prävention durch Senkung des Cholesterinspiegels

Die Prävention der koronaren Herzkrankheit durch Senkung des Cholesterinspiegels zählt, etwa auf gleicher Höhe wie die Anti-Smoking-Politik und die Kontrolle des Blutdrucks, zu den herausragenden Strategien der Prävention und der Programme zur Gesundheitsförderung in den Vereinigten Staaten. Die Cholesterinpolitik ist für die Dominanz des Medizinsystems in ideologischer, politischer und ökonomischer Hinsicht exemplarisch. Im zweiten Kapitel wurden einige Argumentationen zurückgewiesen, in denen der gesamtgesellschaftlich rückläufige Trend der KHK-Mortalität mit bestimmten Indikatoren des amerikanischen Ernährungsverhaltens in Zusammenhang gebracht und zur Bestätigung der Cholesterinhypothese herangezogen werden. Daran soll das folgende anknüpfen.

##### *(a) Zur wissenschaftlichen Kontroverse (I): Bedingungen*

Die Prävention der koronaren Herzkrankheit (KHK) durch Senkung des Serumcholesterins mittels Diät und Medikamenten ist für die Präventivmedizin in mehrfacher Hinsicht exemplarisch: Sie ist das am dynamischsten wachsen-

de Präventionsangebot des klinischen Medizinbetriebes, und es werden beträchtliche Forschungsmittel zu ihrer Legitimation aufgewendet. Dennoch ist die Cholesterinhypothese heute fragwürdiger denn je. Sie wird weder durch oberflächliche historische Zusammenhangsbehauptungen, wie sie im Kapitel 2 skizziert wurden, noch durch die zahlreichen epidemiologischen Studien und klinischen Großversuche bestätigt, nicht einmal durch diejenigen, die in den führenden medizinischen Zeitschriften als Beweise interpretiert werden. Eine ganze Reihe neuerer Untersuchungen kommt zu dem gleichen Ergebnis, das der Autor einer 1992 im British Medical Journal erschienene Meta-Studie wie folgt zusammenfaßt:

»In den 22 kontrollierten cholesterinsenkenden Versuchen wurde weder die KHK-Sterblichkeit noch die Gesamtsterblichkeit signifikant verändert, auch nicht in irgend einer Untergruppe. [...] Schlußfolgerung: Die Senkung des Cholesterinspiegels reduziert nicht das Sterblichkeitsrisiko, und es ist unwahrscheinlich, daß es die koronare Herzerkrankung verhindert. Behauptungen des Gegenteils begründen sich auf selektive Zitierweisen untermauernde Versuchsergebnisse.«<sup>75</sup>

Wer, wie der Autor der vorliegenden Arbeit - lange ein eher oberflächlicher Beobachter dieses Gebietes war, den muß verblüffen, wie eine Position sich nun als hinfällig herausstellt, die vor allem in den Vereinigten Staaten zum Arsenal der absolut gesicherten und gewissen Grundkenntnisse moderner medizinischer Prävention gehört. Es werden dabei meist Argumente, Daten und Zweifel geäußert, die während der gesamten Karriere der Cholesterinprävention zugänglich waren. Das wirft ein Licht auf den Grad der Hegemonie, mit der das Cholesterinestablishment die öffentliche Darstellung beherrscht(e). So ist es kein Wunder, wenn ein Außenseiter, der sich an dieser Dominanz unter anderem mit vielen erfolglosen Versuchen der Veröffentlichungen wund gerieben hat, von einer »Konspiration« spricht. Obschon es unter ambitionierten deutschen Sozialwissenschaftlern als unfein gilt, an »Verschwörung« (als Ersatz für struktur- und prozestheoretische Begründungen) auch nur zu denken, soll doch vermerkt werden, daß man eine Reihe plausibler Tatsachen und Namen für die Verknüpfung zwischen dem medizinischen Forschungsbetrieb, der Nahrungsmittel- und Pharmaindustrie, großen medizinischen Einrichtungen, Presse und Politik anführen kann.<sup>76</sup> Um nur die folgenden zu nennen: Im institutionellen Zentrum der Cholesterinpolitik stehen das National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) und die American Heart Association (AHA). Während das NHLBI im Rahmen der

---

75 Ravnskov (1992, S. 15); vgl. Borgers (1993); Berger (1993, S. 67-85).

76 Smith (1991, S. 125-144 und S. 235-248).

National Institutes of Health (NIH) die einschlägige Forschungspolitik dominiert, kümmert sich die American Heart Association um die praktische Umsetzung der Cholesterinpolitik. Diese Organisation unterhält im ganzen Land insgesamt 56 Nebenstellen mit hauptamtlichen Mitarbeitern, die Zahl der freiwilligen Mitarbeiter wird auf drei Millionen beziffert. Letztere verteilen Informationsmaterialien, sammeln Geld, sorgen in der Kommunalpolitik (der die Schulen unterstehen) dafür, daß die Gesundheitsaufklärung nicht zu kurz kommt. Ein großer Erfolg ist das Kochbuch der AHA, das für 18,95 Dollar vertrieben wird. In einem Bericht von 1990 wird der Jahresetat mit 200 Millionen Dollar angegeben, in denen keine staatlichen Zuschüsse enthalten sind. Hinzu müßte man noch als Äquivalent für die ehrenamtliche Arbeit einen Geldwert addieren. Etwa ein Drittel des Etats geht in wissenschaftliche Veranstaltungen im Umsetzungsbereich und rund die Hälfte in Präventionskampagnen. Diese bestehen nicht bloß aus der Verteilung von Materialien; Fernsehwerbung gehört ebenso dazu wie die persönliche Kommunikation mit Multiplikatoren sowie die Bildungsprogramme für Gesundheitsberufe und Lehrer.<sup>77</sup>

Von vielen, vor allem den prominenten Cholesterinwissenschaftlern der »Allianz« aus NHBIL und AHA weiß man, daß sie wirtschaftlichen Nutzen aus der Besorgnis ziehen, die sie durch ihre Veröffentlichungen verbreiten - angefangen vom Vertrieb und der Diätkochbücher<sup>78</sup>, die in riesigen Auflagen erscheinen, über den »Verkauf« ihrer Namen an große Pharma- und Nahrungsmittelfirmen. So ist vom früheren Direktor der Framingham-Studie, Castelli, und dem ehemaligen Präsident der American Heart Association, Gotto bekannt, daß sie Werbung für den Nahrungskonzern Procter and Gamble machen; der ehemalige Direktor der MRFIT-Studie, Stamler, wirbt für die Frühstücksmüslis der »Quaker Oats Company«. Eine andere Art ist der Besitz von Aktien solcher Gesellschaften, die von der Cholesterinpolitik entweder aus dem Nahrungs- oder dem Arzneimittelmarkt Gewinn ziehen. Das »Wall Street Journal« äußerte 1989 die Besorgnis, durch die Kombination von Aktienbesitz und Wissenschaft könne es zu Einseitigkeiten bei Arzneimitteltests (wie der cholesterinsenkenden Mittel) kommen.<sup>79</sup> Als Beispiel diene die Präsidentin der American Heart Association von 1988, Healy, die Aktien der Firma Gentech kaufte, bevor sie die positiven Ergebnisse ihrer Studie über das Herzmittel »TPA« dieser Firma veröffentlichte.

---

77 Westhoff (1990).

78 Zum Beispiel Griffin/Castelli (1988), zit. nach Smith (1991, S. 334).

79 Chase (1989).

Aktien von Merck und Co., Produzent des viel verkauften cholesterinsenkenden Mittels »lovastin«, sind ebenfalls in ihrem Besitz. Die herausragende moralische Autorität in der amerikanischen Medizinpolitik der achtziger Jahre, Relman, lange Zeit Chefredakteur des »New England Journal of Medicine«, hat wiederholt öffentlich geäußert: »The fact is, everybody's doing it.«<sup>80</sup> Die National Institutes of Health, zu denen auch das NHLBI gehört und zu deren Präsidentin Frau Healy mittlerweile von Präsident Bush berufen worden war, kündigten 1989 an, sie beabsichtigten eine Vorschrift, die solche Interessenkonflikte künftig eliminieren werde. Im Januar 1990 meldete allerdings das »Wall Street Journal«, Gesundheitsminister Sullivan habe den vorgelegten Entwurf kassiert.<sup>81</sup> Fast ist es überflüssig, die zahlreichen direkten Verbindungen zwischen Medizin, Forschung und Wirtschaftsinteressenten zu erwähnen; so ist z.B. der Verband der Pharmazeutischen Industrie im Koordinierungsausschuß des National Cholesterol Education Programm und Medienkampagnen der American Medical Association zur Cholesterinprävention wurden von solchen Firmen finanziert.

Zur Darstellung einer wissenschaftlichen Kontroverse sollte es gehören, auf solche Hintergründe hinzuweisen. Allerdings wäre die Karriere der Cholesterinhypothese auch ohne diese Verbindungen aussichtsreich gewesen; also nicht, weil es als unfein gilt, von einer Verschwörung zu sprechen, sondern weil die bisherigen Ausführungen dieser Arbeit deutlich gemacht haben müßten, daß eine Vielzahl politischer, ideologischer und ökonomischer Anpassungs- und Selektionsmechanismen der industriellen Marktgesellschaft das Industrieprodukt Medikament, verbunden mit ärztlichen Dienstleistungen der Diagnostik, Beratung, Verschreibung und Beobachtung, zum Idealfall der Prävention erhebt. Die Cholesterinhypothese hat die denkbar besten strukturellen Voraussetzungen, Anhänger zu finden und realisiert zu werden. Baker traf den Nagel auf den Kopf, als sie in der »New York Times« schrieb: »Wenn Cholesterin nicht existiert hätte, so hätte es erfunden werden müssen. Nun sagen einige Leute, es könne sein, daß es so war.«<sup>82</sup>

Status und gesellschaftliches Prestige im politischen Raum der Gesundheitspolitik, Medienzugang, eine durch das herrschende Paradigma vorgeformte öffentliche Perception, die leichte Umsetzbarkeit über den Markt (statt über Politik und gesellschaftliche Veränderungen) sorgen dafür, daß

---

80 Seit 1991 sind die Autoren des New England Journal of Medicine verpflichtet, solche Verbindungen, die den Gegenstand ihres Themas berühren, anzugeben.

81 Bacon (1990), zit. nach Smith (1991, S. 375).

82 Zit. nach Payer (1992, S. 171).

die, freilich mit guten Argumenten gerüsteten, Kritiker am unteren Ende einer schiefen Ebene kämpfen müssen. Auf ihr waren die Gewinner bereits vor einem Austausch von Argumenten soweit oben plaziert, daß sie die kritischen Stimmen tatsächlich lange Zeit überhören konnten.

Die Cholesterinkontroverse ist ein Beispiel für die Verbreitungschancen von Forschungsergebnissen. Studien, die zur Unterstützung der Cholesterinhypothese interpretierbar sind, können hiernach mit einer sechsfach größeren Wahrscheinlichkeit damit rechnen, in wissenschaftlichen Veröffentlichungen zitiert zu werden, als jene, deren Ergebnisse eindeutig gegen den zu beweisenden Zusammenhang sprechen. Nach 1970 ist nicht eine einzige Studie, deren Ergebnisse nicht im Sinne der Hypothese interpretierbar sind, von den Verfassern der 16 seither veröffentlichten Forschungsberichte dieser Art zitiert worden. Auch insgesamt variiert die Zitierhäufigkeit in Abhängigkeit vom gewünschten Ergebnis in extremer Weise: So wurde der »Lipid Research Clinics Trial«, dessen Ergebnisse irrigerweise als bestätigend interpretiert worden sind, in den führenden Zeitschriften während der ersten vier Jahre 109-, 121-, 202- und 180mal zitiert, während die ablehnende Studie von Miettinen et al.<sup>83</sup> lediglich sechs-, fünf-, drei- und einmal zitiert wurde.<sup>84</sup>

### *(b) Zur wissenschaftlichen Kontroverse (II): Argumente*

Das für den Laien Erstaunlichste an der wissenschaftlichen Cholesterindebatte ist, daß nicht einmal die beiden Studien, die in der Literatur (und von den cholesterinpolitischen Akteuren) am häufigsten im Sinne dieser Hypothese zitiert werden, die »Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial (LRCCPPT)«<sup>85</sup> und die Helsinki-Studie<sup>86</sup>, die als Gewißheit gehandelte Cholesterinhypothese tatsächlich bestätigen können. Ein typischer Ausdruck des Mainstream und ebenso ein Beispiel für die allgemein übliche Zitier- und Interpretationsweise ist »Healthy People 2000«. Es heißt dort, der LRC-Versuch zeige für »Personen, die eine cholesterinsenkende Diät und Medikation erhielten, eine neunprozentige Reduktion des Blutspiegels verglichen mit der

---

83 Miettinen/Huttunen/Naukkarmen (1985).

84 Ravnskov (1992, S. 15-19).

85 Lipid Research Clinics Program (1984); dazu eingehend: Smith (1991, S. 88 ff. und S. 220 ff.); Kronmal (1985); Borgers (1992).

86 Frick/Elo et al. (1987).

Placebogruppe und eine 19 Prozent niedrigere Inzidenz von koronaren Herzkrankheiten«<sup>87</sup>. Hieran läßt sich im folgenden der Kern der Kontroverse, soweit sie präventionspolitisch relevant ist, erläutern:

Zunächst einmal geht es nicht um »Personen«, sondern um Männer. Es wird nicht erwähnt, daß nur Männer und nur solche Männer im mittleren Alter und einem weit überdurchschnittlich hohen Cholesterinspiegel (von 480 000 wurden 3 806 mit einem Cholesteringehalt von durchschnittlich 290 mg/dL ausgewählt) am Versuch teilnahmen. Zumindest für Frauen sowie für junge und alte Männer können keine Präventionsaussagen daraus abgeleitet werden. Zweitens wird die »Reduktion« des Cholesterinspiegels als solche als Erfolg gewertet, obwohl der Sinn der Studie gerade darin lag, den gesundheitlichen Nutzen einer Reduktion zu beweisen. Drittens ist die KHK-Inzidenz als Maß des Vergleichs zwischen Interventions- und Kontrollgruppe sehr ungenau. Auch der für den LRC-Versuch verantwortliche ehemalige Direktor des National Heart Lung and Blood Institute ist in seinen, diesem Versuch vorausgegangen Veröffentlichungen selbst dafür eingetreten, Studien, die als Endpunkte Herzkrankheiten (soft endpoints) anstatt Todesfälle haben, als subjektiv und verzerrt anzusehen.<sup>88</sup> In der Literatur wird häufig darauf hingewiesen, daß die Krankheitsdiagnose durch die Folgen der Einnahme cholesterinsenkender Medikamente zusätzlich noch an Wert verliert. Denn diese verursachen unerwünschte und für den untersuchenden Arzt sichtbare Nebenwirkungen, die tatsächliche »Blind«-Diagnosen durch die Ärzte unwahrscheinlich machen. Ravnskov meldet angesichts der von ihm aufgedeckten unredlichen Zitierweise Zweifel an:

»Die Untersucher sind auch gegen das Risiko der 'Nicht-Blindheit' nicht immun. Das beweist ihre Zitierweise: Seit zwei Jahrzehnten zitierten sie ausschließlich unterstützende [bzw. als unterstützend interpretierte, HK] klinische Versuche.«<sup>89</sup>

Wie sollte man also annehmen können, daß ausgerechnet ihre Diagnosestellung, die sie bei Probanden vornehmen, die als Mitglieder der Untersuchungsgruppe erkennbar sind, »blind« sind?

Weiter zum obigen Zitat aus Healthy People 2000: Nehmen wir dennoch die Inzidenz als real an, so ist zu fragen: Was bedeuten die »19 Prozent niedrigere Inzidenz«? Hier handelt es sich tatsächlich um das häufig bemühte »relative Risiko«. Das dient vor allem dazu, die - in der »stochastischen Pathologie« (Arnold) des Risikofaktoransatzes notwendigerweise schwachen - sta-

---

87 Healthy People 2000, S. 390.

88 Vgl. Smith (1991, S. 87).

89 Ravnskov (1992).

tistischen Zusammenhänge zwischen Krankheit und Risikofaktoren zu über-treiben. Das statistische Risiko, an einer KHK ohne Todesfolge zu erkranken, ist bei dem zitierten Großversuch von 149/1 900 (= 0,78 Prozent) auf 125/1 906 (= 0,66 Prozent), also von 78 auf 66, um 12 Tausendstel oder 1,2 Prozent gesunken; indem aber der Nenner unterschlagen und 149 auf 125 bezogen wird, kann das »relative Risiko« mit imposanten 19 Prozent angegeben werden. Selbst »harte« und »weiche Endpunkte« (Mortalität und Inzidenz) zusammengenommen, wäre die Senkung des Risikos 1,7 Prozent, während das »relative Risiko« 20,6 Prozent betrüge. Die Risikosenkung um maximal (denn die Population ist ausgesucht) 1,2 Prozent konnte in dem Versuch den Signifikanztest nicht bestehen, ist also des Zufalls hochverdächtig. Und selbst wenn die Senkung statistisch signifikant wäre, so müßte der präventionspolitische Wert dieses minimalen Ergebnisses noch durch die Tatsache relativiert werden, daß die untersuchte Population überdurchschnittlich hohe Cholesterinwerte aufwies.

Die an der Gesamtsterblichkeit als dem zuverlässigen Endpunkt gemessenen Ergebnisse ist den Lesern des »Healthy-People-2000«-Reports ebenso vorenthalten worden wie denen der meisten meinungsbildenden Veröffentlichungen. Der Grund dürfte darin liegen, daß auch dieses größte und aufwendigste Projekt seiner Art keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Cholesterinsenkung und Sterblichkeit nachweisen konnte. 68 Todesfälle in der Interventionsgruppe standen 71 Todesfällen in der Kontrollgruppe gegenüber.<sup>90</sup> Das ist nur nach einem Standard statistisch nicht zufällig (signifikant), der vor Beginn der Studie ausdrücklich als zu niedrig definiert worden war.<sup>91</sup>

Die international am zweithäufigsten zitierte, die sogenannte Helsinki-Studie operierte ausschließlich mit einem cholesterinsenkenden Medikament (Gemfibrozil) und wurde von dessen amerikanischer Herstellerfirma finanziert. Auch hier werden wieder »relative Risiken« angegeben: 19 KHK-Todesfällen in der Kontrollgruppe ( $19/2030 = 0,94$  Prozent) standen 14 KHK-Todesfälle in der Behandlungsgruppe ( $14/2051 = 0,68$  Prozent) gegenüber. Das Risiko, an einer KHK zu sterben, hätte sich hiernach also durch die fünfjährige Einnahme eines Medikamentes von 9,4 auf 6,8 Tausendstel, d.h. um 0,26 Prozent, gesenkt. Um damit zu imponieren, wird auch hier mithilfe des »relativen Risikos« der Nenner des Bruches unterschlagen: Die Reduzierung von 9,4 auf 6,8 ergibt dann stolze 27,6 Prozent.

---

90 Ravnskov (ebenda).

91 Borgers (1992).

Betrachten wir das Problem aus der Sicht derjenigen, die keinen Infarkt bekommen: Im LRC-Versuch mußten - »weiche« und »harte« Endpunkte zusammengenommen - 1 906 Personen über sieben Jahre Medikamente einnehmen, damit 1,7 Prozent (9,8 gegenüber 8,1 Prozent) weniger Herzinfarkte auftraten (Helsinki: 4,1 gegen 2,7 Prozent). Die Helsinki-Raten vereinfacht: 973 von 1 000 behandelten Patienten werden keinen Infarkt bekommen gegenüber 959, wenn sie nicht behandelt würden. Für den einzelnen ist die Chance, in fünf Jahren keinen Infarkt zu bekommen, von 96 auf etwas über 97 Prozent gestiegen (wohlgemerkt: bei weit überdurchschnittlich hohem Cholesterinspiegel und Männern mittleren Alters).<sup>92</sup> Man mag sich die Frage selbst beantworten, wie es um Teilnehmerzahlen in der Prävention stünde, wenn die Cholesterinaufklärung darüber aufklären würde.

Aber damit noch nicht genug. Meist vergessen die Verfechter der Cholesterinhypothese zu erwähnen, daß in der Helsinki-Studie - wie in den meisten anderen kontrollierten Studien - aus unbekanntem Gründen ein (meist nicht signifikanter) Rückgang bei der KHK-Mortalität in der Behandlungsgruppe wird durch den Anstieg bei anderen Todesursachen wieder ausgeglichen. Das heißt, auch wenn die Mitglieder der Interventionsgruppe etwas weniger häufig an einer KHK sterben, so sterben sie dafür durch andere Ursachen (vor allem Krebs, Unfälle und Gewalt) häufiger. Darüber wird das Publikum aber meist - wie auch bei »Healthy People 2000« - nicht aufgeklärt. In der Helsinki-Studie entfielen *insgesamt* (d.h. alle Ursachen zusammengenommen) 45 Todesfälle auf die Behandlungsgruppe und nur 42 Todesfälle auf Gruppe ohne Behandlung. Die Meta-Analyse von Ravnskov kommt zu dem zusammenfassenden Ergebnis, wonach der der medizinischen Öffentlichkeit vermittelte Eindruck erfolgreicher Versuche falsch sei. Die Anzahl der kontrollierten Cholesterinsenkungsversuche, in denen die Gesamtsterblichkeit und die KHK-Sterblichkeit reduziert wurden, sei nicht größer als die Anzahl derer, in denen sie sich in der Behandlungsgruppe erhöht haben. Auch die Begründung, dafür sei eine zu kurze Nachuntersuchungszeit verantwortlich, könne ausgeschlossen werden. Die geringe, aber signifikante Senkung nicht-tödlicher KHK von 0,32 Prozent ergebe sich aus »Verzerrungen, die durch 'Nicht-Blindheit' oder die Benutzung von Medikamenten mit spürbaren Nebenwirkungen oder durch nicht zufällige Auswahlverfahren der Probanden erklärt werden«<sup>93</sup>. Setzen wir die Betrachtung aus der Sicht aller Teilnehmer fort: Warum sollten 1 000 Menschen fünf Jahre lang Medikamente nehmen

---

92 Brett (1989).

93 Ravnskov (1992).

(für 700 bis 1 500 Dollar jährlich, 1990), wenn dadurch 14 von ihnen statt an einem Herzinfarkt an einer anderen Krankheit wie Krebs oder einem Unfall sterben? Selbst wenn jedoch die Senkung der nichttödlichen Morbidität um 0,32 Prozent tatsächlich zu erwarten wäre, dann müßten die (nicht erho-benen) Krankheiten in der Kontrollgruppen gegengerechnet werden (z.B. die Vorerkrankungen der Nicht-KHK-Todesursachen).

Da das KHK-Risiko nach Absetzen der Medikation wieder auf seinen Ausgangswert zurückkehrt, wird man über die Folgen der lebenslangen Ein-nahme von Medikamenten reden müssen, die nicht nur wirtschaftlich auf-wendig sind, sondern auch eine Reihe belastender Nebenwirkungen nach sich ziehen. Zum Problem der lebenslänglichen Einnahme legte eine finni-sche Forschergruppe 1990 folgende Ergebnisse ihrer Nachuntersuchung einer klinischen Interventionsstudie vor<sup>94</sup>: Die Studie wurde zwischen 1974 und 1980 durchgeführt, die Teilnehmer (1 222 gesunde Angestellte mit er-höhtem KHK-Risiko, Behandlungsgruppe BG 612, Kontrollgruppe KG 610) wurden 1985 nochmals untersucht und bis 1989 beobachtet. Am Ende der Studie war das Risiko für eine koronare Herzkrankheit in der Behandlungs-gruppe (BG) um 46 Prozent gegenüber der Kontrollgruppe (KG) gesenkt. Aber schon in den fünf Jahren nach Studienabschluß haben sich die Unter-schiede ausgeglichen. Was jedoch die Sterblichkeit angeht, traten zwischen 1974 und 1989 insgesamt 67 Todesfälle in der Behandlungs- gegenüber 46 in der Kontrollgruppe auf; davon hatten 34 (BG) bzw. 14 (KG) Todesfälle kardi-ale Ursachen (das 2,42fache gegenüber den Nichtbehandelten), zwei (BG) bzw. vier (KG) Todesfälle hatten andere kardiovaskuläre Krankheiten, 13 (BG) bzw. 21 (KG) starben durch Krebs und 13 (BG) bzw. 1 (KG) waren Opfer von Gewalt (Unfälle, Suizid).<sup>95</sup> Diese Ergebnisse sind insofern über-raschend, weil selbst die KHK-Sterblichkeit der Behandlungsgruppe signifi-kant höher liegt und weil Krebs - anders als z.B. beim »Multiple Risk Factor Intervention Trial« (der »MRFIT-Studie«)<sup>96</sup> - in der Kontrollgruppe häufiger auftrat. Die Unterschiede bei Gewalt und Unfällen zeigten sich auch bei an-

---

94 Die Ergebnisse der Studie siehe Miittinen/Huttunen et al. (1985, S. 2097-2102). 50 Prozent der Probanden erhielten Mittel gegen Bluthochdruck und 45 Prozent lipid-senkende Mittel.

95 Strandberg/Salomaa et al. (1991). Krebs trat in der KG häufiger als Todesursache auf, während er in anderen Studien in der BG häufiger auftritt und - zusammen mit Gewalt - bedeutendster Ausgleichsfaktor ist.

96 Vgl. zu der Studie insgesamt: Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (1982).

deren Studien, sind hier aber besonders auffallend (13 BG: 1 KG).<sup>97</sup> Das gesamte Mortalitätsrisiko hat sich also für die Mitglieder der Behandlungsgruppe signifikant erhöht.

Wer sich fragt, wie es möglich ist, daß heute fast jeder Amerikaner seinen Cholesterinspiegel kennt, der muß wissen, daß die Öffentlichkeit einschließlich praktizierender Ärzte nicht die Forschungsergebnisse liest bzw. kritisch entziffert, sondern sich aus Sekundärliteratur, Aufklärungsbroschüren (z.B. der American Heart Association), der Pharmawerbung oder der allgemeinen Presse informiert. Brett zitiert den weit verbreiteten Werbetext eines cholesterinsenkenden Mittels, in dem steht, daß es das Risiko der koronaren Herzkrankheit »bis zu 39,3 Prozent reduziere«, das bezieht sich auf das »relative Risiko« einer kleinen Subgruppe der LRC-Studie. Der »Boston Globe« als Beispiel für eine seriöse Tageszeitung berichtete über die Helsinki-Studie mit einem Artikel auf der Frontseite (was in den USA bei diesen Themen üblich ist): »37 Prozent weniger nichttödliche Herzinfarkte und 26 Prozent weniger koronare Todesfälle.« Da keine absoluten Zahlen genannt wurden, kann man das durchaus so interpretieren, als hätten alle Männer mit Placebo einen Infarkt im Vergleich mit nur 63 Prozent derjenigen, die das Medikament genommen haben.<sup>98</sup> Wenn symptomlose Patienten mit diesem Erfolg konfrontiert werden, haben sie sicher wenig Einwände gegen eine medikamentöse Prävention.

Um fair gegen die Journalisten zu sein, muß gesagt werden, daß schon die Originalveröffentlichungen der beiden Studien (landmark studies) ihnen solche Schlußfolgerungen leicht gemacht haben. Für die Versuche, den eigentlichen Mißerfolg der Studien in formal einigermaßen korrekter Weise zum großen Erfolg umzudeuten, einige Beispiele: Die Autoren der Helsinki-Studie meinten, »die höhere Zahl der Todesfälle [in der Behandlungsgruppe] lenkt lediglich die Aufmerksamkeit ab von dem prinzipiellen Studienergebnis [...] (einer niedrigeren) Inzidenz der koronaren Herzkrankheit«. Die nicht signifikante Reduzierung der KHK-Mortalität im LRC-Versuch (38 in der Kontrollgruppe gegenüber 30) wurde ohne weitere Angaben als »eine 24prozentige Reduktion des Risikos« dargestellt. Bei der Überzahl an Todesfällen durch Gewalt und Unfälle (11 in der Behandlungsgruppe gegenüber 4, immerhin  $p = 0,08$ ) hieß es:

---

97 Zur Gewalt vgl. Fowkes/Leng et al. (1992).

98 Brett (1989).

»Da kein plausibler Zusammenhang zwischen Behandlung und Tod durch Gewalt und Unfall hergestellt werden konnte, ist es schwierig, zu dem Schluß zu kommen, daß dies irgend etwas anderes sein könne als Zufall.«

Als das gleiche Ergebnis in der Helsinki-Studie erzielt wurde (zehn Fälle in der BG gegenüber vier Fällen in der Kontrollgruppe), schrieb man, das sei auch »in anderen Studien« beobachtet und dort »als Zufallsergebnis interpretiert worden«. Selbst wenn ein unvorteilhaftes Ergebnis statistisch signifikant war, wurde es gerade eben genannt, wie die Anzahl der Magen-Darm-Operationen, denen sich 81 Patienten der Gemofibril-Gruppe gegenüber 53 in der Placebogruppe unterziehen mußten. Brett faßt zusammen:

»Die Tendenz ist hier ganz offensichtlich. Die Sprache, in der die Resultate mit unsicherer Signifikanz formuliert werden, ist davon bestimmt, ob diese Resultate die Hypothese stützen oder abträglich sind.«<sup>99</sup>

Wie gesagt: Es sind nicht irgendwelche Forschungsergebnisse, sondern es sind die beiden Studien, aus denen fast die gesamte wissenschaftsförmige Legitimation der Cholesterinprävention abgeleitet wird, einschließlich der des National Cholesterol Education Program.

In den letzten Jahren wird von den bekanntesten Verfechtern der Cholesterinhypothese ins Spiel gebracht, es gäbe nun einen noch stärkeren (more powerful) Risikofaktor für die KHK als das Cholesterin. Gemeint ist LDL (Low Density Lipoprotein), das in der Aufklärung nun als das »schlechte Cholesterin« bezeichnet wird, und dem »guten« HDL (High Density Lipoprotein)-Teil.<sup>100</sup> Die Aussagen dazu sind widersprüchlich; nicht nur Smith beispielweise weist darauf hin, dies sei der von denselben Wissenschaftlern empfohlenen Diät (prudent diet) konträr.<sup>101</sup> Politisch betrachtet, scheint es sich um eine Reaktion auf die zahlreichen fehlgeschlagenen Cholesterinversuche zu handeln, die auf die Dauer nicht als Erfolge und »Durchbrüche« (landmark studies) gefeiert werden können.

Ein erheblich weitergehendes Rückzugsgefecht des Cholesterinestabliments ist neueren Datums und betrifft den ganz fundamentalen statistischen Zusammenhang zwischen KHK-Mortalität und Gesamtmortalität, also die rein beschreibende Statistik bezüglich des Cholesterinspiegels als Indikator der KHK-Mortalität.<sup>102</sup> Hier lautete das Dogma lange Zeit: je niedriger der Cholesterinspiegel, desto geringer das Herzinfarktrisiko (so auch der eingangs zitierte Wynder). Als Ergebnis einer großen internationalen Konferenz

99 Brett (1989).

100 Griffin/Castelli (1988).

101 Smith (1991, S. 123).

102 Das ist jenseits der Frage, ob der Cholesterinspiegel nur ein Indikator oder auch ein Risikofaktor sei, betrifft den statistischen Zusammenhang.

des NHLBI 1990 wurde zwei Jahre später als »Konsens« anerkannt, daß nach der Auswertung und Diskussion von 19 Kohortenstudien es eine eindeutige Assoziation zwischen niedrigem Serumcholesterin und der nicht-kardiovaskulären Sterblichkeit bei Männern und Frauen gibt<sup>103</sup>; d.h. daß die grenzenlose Senkung nach dem über viele Jahre doktrinär verkündeten: »je weniger, desto besser« lebensgefährlich sein kann. Aufgrund der sekundären Auswertung von Daten von über 125 000 Frauen gab man zu, hier läge eine »flache Beziehung« vor - eine Umschreibung für den Befund, daß es für Frauen keine (bzw. nicht einmal eine) statistische Assoziation zwischen Gesamtcholesterin und KHK-Sterblichkeit gibt. Entsprechend der vom NHLBI lange Jahre durchgehaltenen Logik bedeutet das nichts anderes, als daß damit für die Frauen die weitreichenden Empfehlungen des National Cholesterol Education Programs ein Gesundheitsrisiko darstellt. Immerhin sind bereits 1988 schätzungsweise allein eine Million Patienten mit cholesterinsenkenden Arzneimitteln behandelt worden, von den oftmals extremen Diätversuchen abgesehen.<sup>104</sup>

Wohlgemerkt: Es lagen keine neuen Untersuchungen vor. Angehörige des Cholesterinestablishments hatten in früheren Veröffentlichungen entweder die verwirrende »U-Form« der Kurve der Gesamtsterblichkeit vermieden<sup>105</sup> oder sie nicht kommentiert.<sup>106</sup> Nur darum hatte die Kurve vorher keine »U-Form«. Das heißt: Lediglich zur Feststellung eines schon lange vorliegenden Sachverhaltes mußte 1990 die erwähnte »Synode« der führenden Cholesterin- und KHK-Forscher aus den USA, Skandinavien, Japan und Großbritannien einberufen werden. Die Formulierung des Resultats dauerte weitere zwei Jahre und lautet:

»Die Konferenz konzentrierte sich auf die offenbare<sup>107</sup> Existenz und Natur dieser Assoziationen und auf die Notwendigkeit, ihre Ursachen zu verstehen, und nicht auf irgendeine Relevanz der Befunde für die Public-Health-Politik. Weitere Forschung wird empfohlen ...«<sup>108</sup>

---

103 Jacobs/Blackburn et al. (1992).

104 Wysowski/Kennedy (1988).

105 Stamler/Wentworth/Neaton (1986). Die »U-Form« der Kurve bedeutet, daß die KHK nicht nur bei steigendem, sondern auch bei fallendem Serumcholesterin zunimmt.

106 Kannel/Neaton et al. (1986).

107 »Apparent« kann auch »scheinbar« heißen.

108 Jacobs/Blackburn et al. (1992). Steigende Gesamtmortalität bei niedrigem Cholesterinspiegel weist auch das Honolulu Heart Program nach, vgl. Frank/Reed et al. (1991).

Autoren einer Studie, die ebenfalls den Anstieg der Sterblichkeit bei niedrigem Cholesterinspiegel ausweist, hatten formuliert: »Die beobachtete Assoziation zwischen niedrigem Cholesterin und Sterblichkeit sollten die Public-Health-Programme zur Cholesterinsenkung nicht entmutigen.«<sup>109</sup> Britische Forscher, sicher nicht zuletzt aufgrund größerer Distanz zum NHBLI, kommen nach Abwägung der Forschungsergebnisse zu der entgegengesetzten Schlußfolgerung:

»Angesichts dessen, daß eine Verminderung der Sterblichkeit durch cholesterinsenkende Medikamente nicht aufgezeigt werden konnte, muß deren gegenwärtig weitverbreitete Förderung und Anwendung überraschen.«

Die Forschung gebe Anlaß, zwischen der Höhe des Cholesterinspiegels und der Art seiner Senkung zu unterscheiden. Jedoch seien vorteilhaftere Ergebnisse einzelner Diät-Studien methodisch nicht so abgesichert, als daß sich darauf positive Schlußfolgerungen ableiten ließen. Die Gefährlichkeit der medikamentösen Senkung sei vielfach nachgewiesen; Versuche mit variierten Medikamenten seien »nicht die angemessene Antwort auf unwillkommene Forschungsergebnisse«. Schließlich:

»Angesichts der Unsicherheit über Nutzen und Risiken der Medikamente für die Primärprävention schlagen wir vor, die generelle Anwendung, mit Ausnahme bei schwerer familiärer Hyperlipidämie, bis zu den Ergebnissen der laufenden Versuche zu unterlassen.«<sup>110</sup>

Der gegenwärtigen Stand, mit britischer Kürze zusammengefaßt:

»Diejenigen, die ihren Cholestereinspiegel unakzeptabel hoch finden, haben eine wenig beneidenswerte Auswahl zwischen einer ineffektiven Diät, einer effektiven, aber ungenießbaren Diät oder der Arzneimitteltherapie, die sich als unsicher erwiesen hat. Darüber hinaus trägt die Kenntnis über das Serumcholesterin sehr wenig dazu bei, das KHK-Risiko zu bestimmen.«<sup>111</sup>

---

109 Harris/Feldman et al. (1991).

110 Smith/Pekkanen (1992); zu ähnlichen Ergebnissen kommen Muldon/Manuck/Matthews (1990); Oliver (1991). Oliver stellt eine Fragestellung als eine Entscheidende heraus, die meines Erachtens von den meisten Befürwortern der Behandlung übersehen wurde: »Die Frage, die sich aus den Studien der letzten 25 Jahre ergibt, ist, ob das Absenken eines zuvor hohen Cholesterinspiegels immer unschädlich ist - und nicht, ob es immer unschädlich ist, einen niedrigen Spiegel zu haben.«

111 Ramsay/Yeo/Jackson (1993). Unterschlagen habe ich die zweite Hälfte des letzten Satzes: ... »noch motiviert sie die Menschen, ihre Diät oder andere Risikofaktoren wie das Rauchen zu verändern«. Das trifft für eine große Minderheit in den Vereinigten Staaten so sicher nicht zu. Da es in dieser Arbeit nicht um die medizinische Wissenschaft, sondern um die Illustration von Prozessen der Pathologisierung und Verwertung von Risikofaktoren geht, können nicht annähernd alle Argumente und Fakten genannt werden, die von Kritikern speziell gegen die Cholesterinprävention begründet vorgebracht werden, unter anderem zahlreiche Nachweise völlig unzureichender Meßgenauigkeiten bei Cholesterin und Berichte über die Schädlichkeit der einzelnen Medikamente, die allein ein Extra-Kapitel erfordern würden.

Ein Beispiel soll noch angefügt werden, obwohl es sich um die »Sekundärprävention« des Herzinfarktes durch Cholesterinsenkung handelt, auf die sonst nicht eingegangen werden soll. Das Beispiel steht für die Auseinandersetzung um die Legitimation der Cholesterinpolitik:

Die »New York Times« berichtet im Oktober 1990 in einem sechsspaltigen Artikel: »Eine Studie legt ersten Beweis vor, daß die Senkung des Cholesterinspiegels Leben rettet.«<sup>112</sup> Dies müßte eigentlich die Leser verwundert haben, da fast jedermann in den USA (einschließlich der meisten Ärzte) davon überzeugt ist, das sei schon längst bewiesen. Durch Großbuchstaben und in einem Extra-Kästchen hebt die Zeitung die Aussage eines früheren Präsidenten der American Heart Association, Gotto, hervor: »This is the smoking pistol. I think this is really a landmark study.«<sup>113</sup> Im Text kommt der Direktor des National Heart, Lung and Blood Institute, Lefant, zu Wort: »Diese Studie versetzt den Kritikern der Cholesterinhypothese den K.-o.-Schlag.« Das Vokabular, von der rauchenden Pistole bis zum K.-o.-Schlag, der die Kritiker zur Ruhe bringen soll, ist in der Alltagssprache der amerikanischen Medizin, die sich selbst in einem permanenten Kriegszustand gegen Krankheit sieht, durchaus normal. Worum geht es in der Studie?<sup>114</sup>

Ziel des »Program on the Surgical Control of the Hyperlipidemias (POSCH)« war, herauszufinden, ob eine Darm-Bypass-Operation »die Gesamtsterblichkeit und die Mortalität und Morbidität durch die koronare Herzkrankung vorteilhaft beeinflußt«. Zu diesem Zweck wurden insgesamt 838 Patienten, die einen Infarkt überlebt hatten (90 Prozent Männer, Durchschnittsalter 51), per Zufallsauswahl in eine Operationsgruppe (SG) aus 421 Personen und eine Kontrollgruppe (CG) aus 417 Personen aufgeteilt. Beide Gruppen erhielten Diätberatung. Die Resultate von 1990 enthalten einen Follow-up-Zeitraum von zwischen 7 und 14,8 (Durchschnitt 9,7) Jahren. Die Darm-Bypass-Operation gilt als eine große chirurgische Operation.

Die Gesamtsterblichkeit (62:49,  $p = 0,164$ ) und die KHK-Sterblichkeit (44:32,  $p = 0,113$ ) waren in der Operationsgruppe (OG) niedriger, allerdings beides nicht signifikant. Man hat dann aus denjenigen Patienten Untergruppen gebildet, deren Herz nach dem Infarkt ungeschädigt geblieben war (OG: 281 und KG: 292). Auch hier ergab sich zwar eine Senkung, aber kein

---

112 »Study offers first evidence that cutting cholesterol levels saves lifes« (*New York Times* vom 4.10.1990, B 21).

113 Gotto hatte bereits 1977, also lange vor der LRC- und Helsinki-Studie, gegenüber einem Komitee des Senats die Cholesterinhypothese als bewiesene Basis für die drastischen Ernährungsempfehlungen der AHA dargestellt; vgl. Smith (1991).

114 Buchwald/Varco et al. (1990).

signifikanter Unterschied bei der Gesamtsterblichkeit, d.h. die operierten Patienten leben nicht länger. Schließlich hat man wieder die »harten« und die »weichen« Endpunkte zusammengezählt, und tatsächlich ergab sich, daß die Operationsgruppe ein signifikant niedrigeres Herzinfarkttrisiko (mit und ohne Todesfolge) aufweist. Das Ergebnis wird zusammengefaßt: »Der Darm-Bypass erzeugt eine dauerhafte Verbesserung der Blutfettwerte von Patienten, die einen Myokardinfarkt hatten, und reduziert ihre anschließende KHK-Morbidität.«

Die präventionspolitische Überlegung geht dahin, den Nutzen, den eine Maßnahme für den statistisch ermittelten Teil der Patienten hat, gegen Risiko, Belastung und Schaden derjenigen Patienten abzuwägen, die der Maßnahme ohne Nutzen ausgesetzt sind. Der Unterschied zur Primärprävention liegt nur darin, daß es dort Bevölkerungsgruppen ohne Symptome und hier Patienten mit überlebtem Herzinfarkt sind. Die Darm-Bypass-Operation ist ein schwerwiegender Eingriff. Von den 421 Patienten, die zur Operation zufallsausgewählt wurden, haben 22 abgelehnt, bei insgesamt 21 der operierten Patienten mußte der Bypass wieder rückverlegt werden, ein ebenso schwerer Eingriff.

Lassen wir die Zufallswahrscheinlichkeit außer acht: Von 399 Patienten, die operiert wurden, darunter 21 zweimal, hatten sechs dadurch keinen tödlichen Herzinfarkt, und insgesamt 13 Menschen starben weniger (beides nicht signifikant). Für 386 überlebende und verstorbene Patienten hat sich nichts geändert. Die Überlebenden jedoch leiden unter unerwünschten Wirkungen, unter anderem haben alle operierten Patienten durch die Kürzung des Darms nun durchschnittlich (lebenslang) dreimal täglich Stuhlgang, davon 6 bis 8 Prozent wässrig; die jährliche Inzidenz von Nierensteinen erhöht sich von 0,7 auf 4 Prozent (16 pro Jahr); 54 Patienten der OG, die zu Beginn keine Gallensteine hatten, bekommen sie nun, bei 14 wird die Gallenblase operativ entfernt (KG 14: 4).

Da die Mortalitätsunterschiede nicht signifikant sind, bleibt folgender, gegen Zufall statistisch gesicherte Erfolg:

»Die Darm-Bypass-Operation produziert eine anhaltende Verbesserung der Blutfettwerte von Patienten mit Herzinfarkt und vermindert ihre anschließende Koronarkrankheit [im Sinne von langsamerem Fortschreiten, HK]. Die Rolle dieses Vorgehens beim Management der Hypercholesterämie bleibt noch zu bestimmen. Diese Ergebnisse geben den strengen Beweis der Nützlichkeit von Lipidmodifikation bei der Reduzierung der Progression der Koronararteriosklerose.«

Der Direktor der von sechs Universitätskliniken durchgeführten Studie sagte der »New York Times«: »Die Beweislage ist so stark, daß sie jeden zur Ruhe

bringt außer die ewiggestrigen [die-hard] Kritiker, die niemand zufriedenstellen kann.«

Der prominente Cholesterinforscher Grundy würdigte die Studienergebnisse:

»Das ist die beste Cholesterinsenkung, die jemals erzielt worden ist. Viele von uns haben haben gedacht, wenn wir gute Behandlungsmodalitäten bekämen, die wirklich funktionieren und Cholesterin senken, dann sehen wir einen realen Nutzen. Und hier ist nun ein Beispiel.«<sup>115</sup>

Der Preis dafür steht im Kleingedruckten: 399 schwere Darm-Bypass-Operationen, 21 Bypass-Rückverlegungen, 10 Gallenblasenoperationen, 12 Patienten jährlich mit Nierensteinen und alle Patienten dauerhafte Einbußen der Lebensqualität.

Es ist auch ein Beispiel, wie sehr das Mensch-Natur-Verhältnis der Industriegesellschaften sich im Verhältnis der Biomedizin zur »inneren Natur« des Menschen wiederholt.

### (c) *Das National Cholesterol Education Program (NCEP)*

Aus Platzgründen kann die Entwicklung der Cholesterinpolitik während der achtziger Jahre nur angedeutet werden: 1984 richtete das National Heart Lung and Blood Institute eine Konsensus-Konferenz aus zur Frage der Prävention der koronaren Herzkrankheit durch Senkung des Cholesterinspiegels im Blut. Die eingeladenen Experten erzielten darin Übereinstimmung, daß die Mortalität durch Herzinfarkt mittels Cholesterinreduzierung entscheidend vermindert werden kann.<sup>116</sup> Die herausragende Rolle bei diesem Konsens kam dem gerade abgeschlossenen »Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial (LRC-LPCCPPT)« zu. Um die Veröffentlichung wurde eine umfangreiche Kampagne in allen Medien aufgezogen. Eine ganz typische Schlagzeile lieferte die »Los Angeles Times«: »Cholesterol Decisively Linked to Heart Attacks.«<sup>117</sup> Diese Studie wird seither als die entscheidende (conclu-

---

115 *New York Times* vom 4.10.1990, B 21. Die durchschnittliche Senkung des Cholesterinspiegels betrug 23 Prozent, während in klinischen Studien (also Idealbedingungen) mit Medikamenten um die 10 Prozent erzielt wurden. Zur Problematik der Umsetzung solcher in Versuchen erzielten Werte in bevölkerungsweite Präventionsstrategien siehe Borgers (1992).

116 Lowering Blood Cholesterol ... (1985).

117 Cole (1984), nach Payer (1992, S. 177). Trotz der geäußerten unumstößlichen Gewißheit förderte das NHLBI auch danach immer weitere aufwendige Großprojekte zur Bestätigung, unter anderem das internationale MONICA-Projekt.

sive) Studie dargestellt und in Tausenden von Veröffentlichungen entsprechend zitiert, gefolgt von der »Helsinki-Studie«<sup>118</sup>.

1985 organisierte das NHLBI dann das »National Cholesterol Education Program«, mit dem Ziel, eine landesweite Strategie der Cholesterinsenkung zu entwickeln. Eine Expertengruppe, das »Adult Treatment Panel (ATP)« wurde berufen, um einen Konsens für entsprechende Empfehlungen zu erarbeiten. Das betraf zunächst ein umfassendes Screening-Programm, an dem möglichst alle erwachsenen Amerikaner teilnehmen sollten, und dann die anschließende Behandlung jener Personengruppen, die einen als erhöht definierten Cholesterinspiegel aufweisen. Bemerkenswert ist, daß im Jahre 1985, als die Kosten des Gesundheitswesens das zentrale und fast ausschließliche gesundheitspolitische Thema waren, das NHLBI die ATP-Gruppe ausdrücklich angewiesen hat, die (wirtschaftlichen) Kosten, die mit ihrem Vorschlägen verbunden sein würden, *nicht* zu berücksichtigen. Entsprechend wurden auch die Experten ausgewählt.<sup>119</sup> Die Richtlinien<sup>120</sup> sehen das Screening für alle Erwachsenen über 20 Jahre und für beide Geschlechter vor.

Als erstrebenswert wird ein Cholesterinspiegel von unter 200 mg/dL vorgegeben. Werte zwischen 200 und 240 mg/dL gelten als »borderline high« und über 240 mg/dL als »high«. Welche Risikosteigerungen sind mit diesen empfohlenen Schwellenwerten der ärztlichen Intervention verbunden? Dazu kann man auf die wahrscheinlich umfangreichsten und vom Cholesterinestablishment selbst erstellten Datenquellen zurückgreifen. Die empirische Assoziation von Cholesterin und KHK aus der vom NHLBI geförderten Framingham-Studie, der berühmtesten mit der längsten Beobachtungszeit, liefert deren früherer Direktor Kannel.<sup>121</sup> Wir finden allerdings nur »koronare Ereignisse« (tödliche und nichttödliche KHK). Die »Ereignis-Rate« der Werte zwischen 84 mg/dL und 264 mg/dL für Männer und Frauen steigt über diese ganze Spanne um etwa ein »Ereignis« pro 1 000, also um 0,1 Prozent. Die andere Quelle sind die Werte von 325 000 Männern der MRFIT-Studie.<sup>122</sup> Hier ist die KHK-Mortalität angegeben, und man findet auf der gesamten Skala nur einen Unterschied zwischen 0,5 und 1,8 pro 1 000 Sterbefälle. Alle Annahmen der Cholesterinhypothese als gültig vorausgesetzt, vermindert nach diesen empirisch ermittelten Werten die Senkung des Wer-

---

118 Frick/Elo et al. (1987).

119 Garber/Wagner (1991).

120 Es ginge zu weit, sie hier darzustellen; vgl. The Expert Panel (1988).

121 Kannel (1987).

122 Stamler/Wentworth/Neaton (1986); Kannel/Neaton et al. (1986).

tes eines normal sich ernährenden Mannes von 220 mg/dL auf 170 mg/dL eines Vegetariers (eine Senkung, die unter Alltagsbedingungen nicht erreichbar ist) das Risiko, an der koronaren Herzkrankheit zu sterben, um 3/1 000 oder 0,03, und überhaupt zu sterben, um 0,15 Prozent.<sup>123</sup>

Wird ein Cholesterinwert von mehr als 200 mg/dL gemessen, soll er nach den NCEP wiederholt werden; ist er dann »erhöht«, werden weitere speziellere Tests empfohlen. Zunächst sollen die Ärzte Diät empfehlen, erst dann Medikamente verschreiben. Da die Cholesterinsenkung durch alltagsverträgliche Diät wenig effizient ist, bedeutet das meist die medikamentöse Behandlung, die ab 285 mg/dL bei Vorliegen von zwei weiteren Risikofaktoren eingeleitet werden soll.<sup>124</sup> Als sensationell wurde empfunden, daß keine Altersbegrenzungen gegeben und auch Frauen ohne Einschränkung aufgenommen wurden, obgleich selbst das Cholesterinestablishment die Behauptung, es gäbe hier wissenschaftliche Evidenz, explizit nicht aufstellt.

Seit den siebziger Jahren sind solche Konsensus-Konferenzen zu einem wichtigen medizinpolitischen Instrument der National Institutes of Health geworden. Sie sollen dem Ziel dienen, angesichts unterschiedlicher Auffassungen die Anwendung ineffektiver Methoden zu reduzieren und bessere zu fördern. Das jeweils angestrebte Ergebnis sind Kriterien und Richtlinien. Diese haben bei den Ärzten in den Vereinigten Staaten durchaus Gewicht, wenn man nur bedenkt, daß im Falle von (sehr häufigen) Kunstfehlerprozessen die Richter solche Kriterien für die »richtige« Behandlung oder Diagnose übernehmen können. Die Autorität solcher Konsensus-Konferenzen für Ärzte wird bereits in großem Stil von Interessenten wie Pharma-, Geräte-, oder Nahrungsmittelfirmen genutzt. Eine britische Studie über Einflüsse auf das ärztliche Verschreibungsverhalten hat herausgefunden, daß Seminare, Konferenzen und Vorträge, die von Arzneimittelfirmen organisiert werden, einflußreicher sind als Anzeigen, Werbematerialien oder direkte Briefsendungen. Und viele Ärzte interpretieren solche wissenschaftlichen Bildungsveranstaltungen nicht als Produktförderung.<sup>125</sup> Sheldon und Smith berichten, daß die neueste Form diesbezüglicher Promotionsstrategien die Veranstaltung von Konsensus-Konferenzen sind. Während andere Formen der Werbung für Medikamente in den USA gewissen staatlichen Bestimmungen unterliegen,

---

123 Smith (1991, S. 40).

124 Smith/Pekkanen (1992) resümieren, daß die Diät-Studien in der Größe, der Länge der Beobachtungszeit und im Design schwach sind; Risiken wie bei der Behandlung durch Medikamente seien allerdings nicht beobachtet worden; vgl. auch Borgers (1992).

125 Pitt/Nel (1988), nach Sheldon/Smith (1993).

sind solche Konferenzen gänzlich unreguliert.<sup>126</sup> Eine Offenlegung von wirtschaftlichen Interessen muß also nicht erfolgen.

»Da Konsensus-Konferenzen einiges Ansehen als Quelle objektiver Informationen über medizinische Technologiefolgen-Abschätzung bekommen haben, wird es nun von den Pharmagesellschaften als Promotionsinstrument eingesetzt. Ärzte glauben mit größerer Wahrscheinlichkeit den Informationen, die in einem scheinbar objektiven Rahmen gegeben werden, als solchen, die ganz offensichtlich Werbung sind.«<sup>127</sup>

Die NIH haben zwischen 1977 und 1990 fast 100 Konsensus-Konferenzen durchgeführt. Bedeutend für die Cholesterinstrategie war die Konferenz, die 1985 im Anschluß an die LRC-Studie mit großer Öffentlichkeit abgehalten wurde.<sup>128</sup> Skrabanek nahm sich im »Lancet« speziell eine unmittelbare Folge dieser Konferenz vor, den Bericht des »National Cholesterol Education Program über die Aufdeckung, Evaluation und Behandlung von hohem Serumcholesterol bei Erwachsenen«<sup>129</sup>, um diese Konferenzen in einer vielbeachteten Polemik zu kritisieren: Die Teilnehmer würden »sorgfältig ausgewählt« einschließlich jeweiliger »Schein-Dissidenten«. Jedoch gäbe es in der Wissenschaft keinerlei Notwendigkeit, einen Konsens zu schmieden, und schon gar nicht, indem man Teilnehmer versammele, deren dogmatische Sichtweise überall wohlbekannt sei. Wie in der Theologie meine man, Unsicherheit nicht tolerieren zu können, anstatt aber daraus die wissenschaftliche Konsequenz zu ziehen und sich ins Labor zu begeben, würden solche Konferenzen wie Bischofssynoden einberufen.

»Unter seinen vielen Empfehlungen unterstützt dieser Report eine Diät, für deren Fähigkeit, die KHK-Mortalität zu senken, es nicht die Spur eines Beweises gibt, im Gegenteil: Es gibt ausreichende Beweise dafür, daß dies nicht der Fall ist. Die Übereinstimmung über die Diätbehandlung und die Bedeutung von 'hohem' Cholesterin wurde nach einer alten chinesischen Konsensus-Methode erzielt, die man anwendete, als die Frage nach der Länge der Nase des Kaisers beantwortet werden mußte. Da es niemandem erlaubt war, des Kaisers Gesicht zu sehen, also die direkte Messung ausgeschlossen war, wurde Konsens erzielt, indem man überall im Reich die Experten befragte, was sie über die Länge der kaiserlichen Nase dächten. Von allen Antworten hat man den Durchschnitt ermittelt, und weil die Zahl der Nasenexperten groß war, war die durchschnittliche Standardabweichung sehr niedrig und die Genauigkeit der Schätzung also gut.«<sup>130</sup>

---

126 Kessler/Pines (1990).

127 Sheldon/Smith (1993); dieser Artikel enthält die Beschreibung einer Konsensus-Konferenz über cholesterinsenkende Medikamente, die von Parke-Davis, dem Hersteller von Gemofibrozil, finanziert wurde.

128 Consensus Conference (1985).

129 The Expert Panel (1988).

130 Skrabanek (1990).

Eine Analyse der Daten des zweiten »National Health and Nutrition Examination Survey«, kommt zu dem für die amerikanische Präventionspolitik handlungsleitenden Ergebnis, daß 41 Prozent der erwachsenen US-Bürger zwischen 20 und 74 Jahren einer zusätzlichen Lipoprotein-Untersuchung bedürfen und 88 Prozent von ihnen dann medizinische Beratung und Behandlung benötigen; das sind 36 Prozent aller erwachsenen Amerikaner bzw. 60 Millionen Menschen.<sup>131</sup>

(d) *Zur Verwertung des Healthismus*

Der Arzneimittelmarkt ist nur einer der Verwertungsmöglichkeiten, die der Healthismus schafft oder erweitert. Die »ökonomische Struktur« der Risikofaktor-Prävention hat sich beim Cholesterin in allen relevanten Bereichen hergestellt, von der Rolle der großen Medizinforschungsinstitutionen wie dem National Heart, Lung and Blood Institute, der Industrie, der American Heart Association, den Massenmedien, der praktizierenden Medizin bis hin zu einer gläubigen und manipulierten Öffentlichkeit, in deren healthistischer Ideologie das Einverständnis bereits präformiert ist. Gemäß dem nationalen Cholesterinerziehungsprogramm werden gesunde und symptomlose, als »Risikopersonen« definierte Bürger dazu motiviert, sich einschneidenden Ernährungsänderungen, ärztlicher Beratung sowie medikamentöser Behandlung zu unterziehen. Sie werden nicht darüber aufgeklärt, daß nach dem bisherigen Stand der Wissenschaft im Falle des Risikofaktors Cholesterin ihre Lebenserwartung (mit speziellen Ausnahmen) dadurch zumindest nicht verlängert wird.<sup>132</sup>

Nach den mittlerweile veröffentlichten Erkenntnissen, die hier nicht einmal aufgezählt werden können, muß man noch weiter gehen: Während in den Vereinigten Staaten 80 Millionen Menschen entweder nicht- oder unterversichert sind, während die »Rationierung« wirksamer medizinischer Leistungen (z.B. im Sozialhilfeprogramm Medicaid des Staates Oregon) aus Kostengründen eingeführt wird<sup>133</sup>, werden allein für die Cholesterinsenkung (als nur einem von mehreren medizinisch behandelbaren Risikofaktoren) Milliarden ausgegeben. Während seit den achtziger Jahren wieder Arme im Land hungern, leiden viele Menschen unter der täglich erneuerten Angst vor

---

131 Manson/Tosteson et al. (1992).

132 Zu ähnlichen Bestrebungen in Deutschland siehe Berger (1993).

133 Kühn (1991).

dem Essen und unter den Wirkungen der Arzneimittel, deren cholesterinsenkende Effekte für bestimmte Personengruppen möglicherweise lebensgefährlich sind. Man muß sich vor Augen halten: Die »Aufklärung« zur Ernährung und zum Cholesterin ist Gegenstand fast aller Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention; fast täglich wird in den Zeitungen und TV-Programmen darauf Bezug genommen; bei jedem Einkauf im Supermarkt bringt sie sich in Erinnerung, wenn beispielweise auf Nahrungsmitteln grell vermerkt wird, sie seien »cholesterol free«; die medizinischen Institutionen bieten ihre Dienste zur Bestimmung des »Wertes« an; es gibt eine »Know-your-number«-Bewegung. Kurzum: In den Köpfen der Menschen aus den Mittel- und Oberschichten der amerikanischen Gesellschaft ist Cholesterin allgegenwärtig, und es trifft dort - wie im ersten Kapitel erwähnt - auf eine verbreitete Vorstellung, die »Krankheit« als etwas auffaßt, das durch von »außen« kommende schädliche Erreger verursacht wird, die vermieden, erfaßt und bekämpft werden müssen, zusammen mit einer Public-Health-Propaganda, die sich selbst als Teil eines »Kreuzzuges« (Sullivan) begreift. Das Ergebnis kann durchaus als eine Cholesterinhysterie bezeichnet werden, die auch von vielen Befürwortern der Cholesterinsenkung als KHK-Prävention mit Sorge betrachtet wird.

Ein solcher ist der Surgeon General Koop, der es jedoch für unverantwortlich hält, sie auf alte Menschen anzuwenden. Er wird zitiert mit dem Satz:

»Ich meine, das Schlimmste an den Cholesterinanstrengungen in diesem Land ist, daß sie 30 Millionen alte Menschen verängstigt, die um keinen Preis verängstigt sein müßten.«<sup>134</sup>

T. James, früherer Präsident der American Heart Association, eines der Bollwerke der Cholesterinprävention, sagt:

»Am traurigsten ist es, Patienten in ihren siebziger und achtziger Lebensjahren zu sehen, die verängstigt sind von dem, was sie essen. Eines der ersten Dinge, das sie wissen wollen, ist die Höhe ihres Cholesterinpiegels. Ihre Besessenheit [obsession] mit Diät und Cholesterin ist eine nationale Tragödie.«

Er fügt hinzu, es gäbe viele Fälle von Fehlernährung bei alten Menschen, die befürchteten, ihr normales Essen werde ihr Cholesterin erhöhen.<sup>135</sup>

Payer zitiert aus dem Werbetext für ein cholesterinsenkendes Medikament: »Dieser Mann ist ernsthaft krank - und er weiß es nicht.« Die weibliche Werbestimme für Mazola-Öl sagt: »Ich dachte immer, mein Mann sei gesund, bis dann sein Doktor sagte, sein Cholesterin sei [dramatische

---

134 Dean (1989), nach Smith (1991).

135 Kolata (1989).

Stimmfärbung] 218!«<sup>136</sup> Im Leserbrief eines Arztes an das New England Journal heißt es:

»Viele gesunde junge Männer sind verängstigt, frustriert und unglücklich, essen Haferkleie und Reiskleie, befolgen Diäten ohne Eier, Milch und Butter oder rotes Fleisch und schlängen Fisch hinunter oder die neueste cholesterinsenkende Modenahrung, weil sie, ihre Familie oder gar ihre Ärzte überzeugt davon sind, daß die Unsterblichkeit nur durch einen unrealistisch niedrigen Cholesterinspiegel gesichert ist.«<sup>137</sup>

Eine neuere Schätzung des potentiellen Marktes für die Therapie der Hypercholesterinämie durch die pharmazeutische Industrie bis zum Jahr 2000 beläuft sich allein für die USA auf 11 Milliarden Dollar. Der Schätzung wird hinzugefügt, die Zukunft dieses Marktes hänge allerdings davon ab, ob die Ärzte akzeptieren, daß die Senkung des Cholesterins bei Personen ohne Symptome kosteneffektiv sei.<sup>138</sup>

Natürlich sind sich die Förderer der KHK-Prävention durch Senkung des Cholesterins darüber im klaren, daß den Ärzten die Schlüsselposition dabei zukommt. Bei den vielfältigen struktur-, ausbildungs- und ideologiebedingten Faktoren, die ohnehin dem Arzt die Verschreibung von Pharmazeutika nahelegen, wollte man es nicht bewenden lassen. Beispiel dafür ist eine darauf zielende Medienkampagne, die sich um die Veröffentlichung, nicht der Ergebnisse des LRC-Versuchs, sondern deren Interpretationen und die im Anschluß daran veranstaltete Konsensus-Konferenz des National Heart Lung and Blood Institute rankte. Der in einer Studie des Arztverhaltens gemessene Effekt dieser Kampagne ist durchschlagend: Bedenkt man, wie langwierig in der Regel soziale Verhaltensänderungen sind, wenn sie nicht auf eine dafür geeignete normative Struktur treffen, dann kann man darauf schließen, daß die »Aufklärung« auf fruchtbaren Boden fiel. Die Sozial- und Marktforscher konnten die Ergebnisse ihrer Arztinterviews von 1986 (»nachher«) mit denen von 1983 (»vorher«) vergleichen.<sup>139</sup> Während 1983 39 Prozent der praktizierenden Ärzte meinten, die Reduzierung des Cholesterinspiegels habe »eine große Wirkung« auf die koronare Herzkrankheit, waren es drei Jahre danach 64 Prozent. Zum Vergleich: An eine Ursächlichkeit des »Typ A Verhaltens« glaubten noch 11 (1983: 18) Prozent und an »Streß« noch 18 (1983: 26) Prozent. Der Prozentsatz der Ärzte, die Cholesterinmessung als Teil eines ersten »Check-ups« anordnen, stieg von 79 Prozent 1983 (als nur 39 Prozent

---

136 Payer (1992, S. 3).

137 Richardson (1991).

138 Anon. Scrip reports (1991), nach Sheldon/Smith (1993).

139 Schuck/Wittes et al. (1987).

an eine Wirkung glaubten!) auf 87 Prozent. Als ein Beleg für die effektive Öffentlichkeitsarbeit sowie für den Trend dieser Öffentlichkeit, speziell eine solche Botschaft vernehmen zu wollen, kann gelten, daß 1986 bereits 87 Prozent der amerikanischen Ärzte meinten, daß die von der Konsensus-Konferenz empfohlenen Cholesterinwerte für die Initiierung einer Behandlung durch die wissenschaftliche Evidenz gerechtfertigt sei.

Über die Cholesterinwerte, ab denen praktisch interveniert wird, gibt noch eine weitere Befragung derselben Autoren von 1990 Auskunft.<sup>140</sup> Dabei ist zu beachten, daß es sich um Mittelwerte handelt, die im Einzelfall beträchtlich über- und unterschritten werden. Die Interventionsschwellen haben sich zwischen 1983 und 1990 geradezu dramatisch gesenkt: Der durchschnittliche Bereich des Cholesterinspiegels, von dem an Diät empfohlen wird, sank von 260 bis 279 mg/dL 1983 über 240 bis 259 mg/dL 1986 auf 200 bis 219 mg/dL 1990. Ein Medikament verschreiben die Ärzte im Durchschnitt ab 340 bis 359 mg/dL 1983 (das sind Extremwerte, die nur ein sehr kleiner Teil der Bevölkerung aufweist), ab 300 bis 319 mg/dL 1986 und bereits ab 240 bis 259 mg/dL 1990. Dabei greifen die Kardiologen als die spezialisiertesten Ärzte deutlich früher zum Rezeptblock als die Internisten und Allgemeinmediziner.

Aus allem bisher Gesagten dürfte verständlich geworden sein, daß *nicht* behauptet wird, das vorherrschende subjektive Motiv der Forscher für die Propagierung und das Zustandekommen der Cholesterinprävention sei ein wirtschaftliches. Aber die ökonomische Struktur der Risikofaktorprävention legt nahe, daß die subjektiven Motivationen von hohem ökonomischen Interesse sind. Nach einigen Jahren ist neben dem ökonomischen auch viel wissenschaftliches, professionelles und politisches Kapital auf das Cholesterin gesetzt worden. Wenn innerhalb des medizinisch-industriellen Komplexes ein Forschungsfeld von so großer wirtschaftlicher, professioneller usw. Relevanz für nahezu alle Teile besteht, so gibt es einen Prozeß der Überformung als Ergebnis vielfältiger, direkter und indirekter Anreiz- und Sanktionsmechanismen, vom subkutanen Opportunismus bis hin zur ganz bewußten Steuerung. In Kapitel 3 wurde begründet, warum ein Molekül als Risikofaktor die besten Chancen hat, sich in den politischen, ökonomischen und ideologischen Auslese- und Mutationsprozessen, denen Präventionskonzepte unterworfen sind, durchzusetzen, als seien sie von einer »invisible hand« gesteuert. Es handelt sich zunächst um systematische (d.h. unter den Bedingungen des Systems zustandekommende) kollektive Effekte der separaten eigen-

---

140 Schucker et al. (1991), nach Payer (1992, S. 184).

interessierten Bestrebungen ganz unterschiedlicher Akteure, die sich mehr oder weniger »hinter deren Rücken« herstellen. Allerdings ist das anders, wenn sich ein Feld erst einmal nach deutlich erkennbaren Interessen strukturiert und institutionalisiert hat und z.B. konkrete Verwertungschancen wirtschaftlichen, wissenschaftlichen oder professionellen Kapitals auf dem Spiel stehen. Darum dürfte, was das auf dem Feld der Cholesterinprävention engagierte ökonomische Kapital der pharmazeutischen Industrie und der großen Nahrungsmittelkonzerne angeht, mittlerweile die Einschätzung von Smith nicht weit daneben liegen:

»Die Industrie hat das Feuer nicht angezündet, aber sie schüttet jetzt Öl in die Flammen. Es ist keine Frage, daß die treibende Kraft nun das Geld und nicht die Prävention der koronaren Herzkrankheit ist.«<sup>141</sup>

Das ökonomische Interesse setzt sich in der Kontroverse um die Cholesterinhypothese auch vermittels nichtökonomischer Motive durch, und umgekehrt wird das hier engagierte wissenschaftliche Kapital durch die Macht großer Wirtschaftsinteressen gestützt.<sup>142</sup> Wie bereit sind beispielweise etablierte Wissenschaftler, die der Cholesterinforschung ihr Renommee verdanken, nach zwanzig Jahren, in denen ihre Hypothese als sichere Wahrheit galt und zur Grundlage von Ernährungs- und Medikationsempfehlungen in der gesamten industrialisierten Welt wurde, entgegengerichtete Forschungsergebnisse objektiv zu interpretieren? Wie bereit sind sie, mit Widerlegungen sich argumentierend auseinanderzusetzen, wenn sie den Einfluß haben, die entsprechenden Forscher an den Rand zu drängen und auszugrenzen? Der zweimalige Präsident des American College of Cardiology, Cordy, sagte 1987 der »New York Times«:

»Warum blasen die ein so gewaltiges Program [das National Cholesterol Education Program, HK] auf, daß sie das Cholesterin kontrollieren könnten und die Sterblichkeitsrate verringern? Wir wissen nicht, was wir da tun, das ist völlig lächerlich.«

1991 bestätigte Corday, Medizinprofessor an der University of California in Los Angeles, er sei sehr richtig zitiert worden und immer noch dieser Meinung, er mache jedoch die Beobachtung, daß seine Anträge auf Forschungsmittel seither abgelehnt würden.<sup>143</sup>

Solange die Senkung des Cholesterinspiegels im Blut als wirkungsvolle Prävention der koronaren Herzkrankheit gilt, ist dadurch ein breites ärztliches und pharmakologisches Betätigungsfeld in der Primär- und Sekundär-

---

141 Smith (1991).

142 Man kann das analog auffassen zu Bourdieu (1987).

143 Payer (1992).

prävention der koronaren Herzkrankheit und damit die ökonomische Struktur legitimiert. Jederzeit kann dabei ein Risikofaktor, der ins Gerede gekommen ist, durch einen anderen abgelöst werden. Der riesige Forschungsbetrieb der amerikanischen Medizin ist unablässig auf der Suche.

Die getätigten industriellen Investitionen und die Größe der potentiellen Märkte, die mit der Cholesterinhypothese stehen oder fallen, lassen keine andere Schlußfolgerung zu, als daß die »wissenschaftliche Kontroverse« vor allem eine Kontroverse um die Legitimationsbeschaffung durch Wissenschaft geworden ist. Für die riesigen medizinischen Institutionen des Landes, sowohl die Verwertungssysteme des kapitalisierten »For-Profit-Sektors« als auch der Sektor gemeinnütziger Institutionen, bedeutet die Furcht vor dem Cholesterin eine kontinuierliche Einnahmequelle. Die führenden Personen im Wissenschaftsbetrieb haben das Cholesterinthema so extrem »durchgezogen«, daß auch für sie mit der Cholesterinhypothese viel auf dem Spiel steht. Die Verflechtungen zwischen dem Establishment der medizinischen Cholesterinforschung und der Gesundheitsindustrie entwickelt sich in der Infrastruktur des medizinisch-industriellen Komplexes. Die Pharmafirmen, die cholesterinsenkende Medikamente verkaufen, die Hersteller von Geräten zur Diagnose einschließlich der Heimdiagnosen, die Konzerne der Nahrungsmittelindustrie, die in den Aufbau immenser Märkte mit cholesterinarmen Nahrungsmitteln investiert haben, werden sich nicht so leicht vom Cholesterin als Risikofaktor abbringen lassen.

Zu deutlich sind die Einseitigkeiten, zu manipulativ die Sprache, zu offensichtlich weichen die Texte von dem ab, was - zumindest seit Mitte der achtziger Jahre - klar und deutlich in den Zeitschriften mit den besten Adressen nachzulesen ist, als daß hier noch von einem offenen wissenschaftlichen Diskurs die Rede sein könnte. Von »Konspiration« zu sprechen wäre allerdings eher eine Verharmlosung. Die meisten der diese Realität stiftenden Denk- und Handlungsformen sind bereits zu Strukturen und Institutionen geworden, man muß sich zu ihrer Erreichung nicht verschwören.

Um so erstaunlicher muß dann die Tatsache erscheinen, daß, ausgehend meist von britischen Wissenschaftlern, um die Jahrzehntenwende zu den neunziger Jahren immerhin Kritiker an hervorragender Stelle in etablierten Zeitschriften wie dem »New England Journal of Medicine« oder dem »Journal of the American Medical Association« zu Wort kommen konnten. Ein subjektiver Grund liegt im individuellen Mut moralischer Persönlichkeiten im sozialen Raum der amerikanischen Präventions- und Medizinpolitik und in der angelsächsischen Medizinpublizistik. Hinzu mag in diesem speziellen

Fall noch ein objektiver innerer Widerspruch der Risikofaktorforschung kommen: Die wissenschaftlichen Grundlagen sind in erster Linie statistische Berechnungen von Wahrscheinlichkeiten. Da die Zusammenhänge zwischen Faktor und Krankheit zu gering sind, um an Individuen gemessen werden zu können, bedarf es aufwendigster epidemiologischer Untersuchungen an einer großen Zahl von Probanden. Der hierzu erforderliche methodische Aufwand wurde mit den Mißerfolgen und der (immer noch geringen) kritischen Öffentlichkeit immer größer, bis er schließlich bei den erwähnten prospektiven kontrollierten Langzeitversuchen angelangt war. Diese können nur in Kooperation einer solchen Vielzahl von Institutionen und Individuen unternommen werden, da der Spielraum für Manipulationen der Forschungsergebnisse zumindest sehr gering, wenn nicht ausgeschlossen ist. Die Manipulationen, die durch das Ausmaß dessen, was für einzelne auf dem Spiel steht, fast unvermeidbar sind, mußten sich also vor allem auf die Beherrschung des Feldes der Interpretation beschränken, d.h. der Zeitschriften<sup>144</sup>, der »Zitierkartelle«<sup>145</sup>, der Kongresse, Konsensus-Konferenzen, Forschungsförderung, der (meist von der Industrie finanzierten) Weiterbildungskongresse für Ärzte, der institutionellen Autorität, der populären Veröffentlichungen und - nicht zuletzt - bei der Durchsetzung und Propagierung des nationalen Cholesterinprogrammes. Auf diesem Feld der Interpretation und Umsetzung hat die von Smith so bezeichnete »Allianz« geschaltet und gewaltet, bis es überhaupt erst zu einer öffentlich wahrnehmbaren Cholesterinkontroverse kommen konnte.

Man könnte den Erfolg, daß es nun zumindest auf der wissenschaftlichen Ebene eine offene Auseinandersetzung gibt, aus der Kritiker nicht mehr einfach abgedrängt werden können, als das Ergebnis einer selbstregulierenden Kraft ansehen und sich zurücklehnen. Dagegen drei Einwände: Erstens sind die Opportunitätskosten, ausgedrückt in materiellen Ressourcen und verllorener Zeit, unwiederbringlich verloren, die den Kranken und Leidenden, deren Leben ja nach einem solchen »Irrtum« nicht wiederholbar sind, vorenthalten worden sind und werden. Zweitens sind es meist nichtkonformistische, mutige und dem wissenschaftlichen Ethos verpflichtete Menschen, die mit Kränkungen, Ausgrenzungen, Karriereverzicht oder -verlust und nicht selten ihrem guten Ruf für diese »Selbst«-Regulierung der Wissenschaft bezahlen. Drittens schließlich sind nicht die Manipulationen der entscheidende Punkt,

---

144 Hier sind die Zeitschriften, die von praktizierenden Ärzten gelesen werden, weit bedeutender als die wissenschaftlichen.

145 Was hier Ravnskov (1992) zutage förderte, ist das über viele Jahre nahezu perfekte Nichtzitieren unerwünschter Forschungsergebnisse. Das wirft auch ein Licht auf die sogenannte »Peer Review« als Qualitätsmerkmal wissenschaftlicher Zeitschriften.

sondern es sind die Sichtweisen, Denk-, Frage- und Anpassungsformen, die Selbstverständlichkeiten der riesigen, in einen medizinisch-industriellen Komplex integrierten Branche, die man als »Medical Science« bezeichnet, deren Unangemessenheit um so deutlicher wird, je konsequenter und kostspieliger man sie in den Materialschlachten des Healthismus auf die Spitze treibt. Noch einmal möchte ich eine Formulierung Skrabaneks zitieren:

»Medizinische Moden kommen und gehen, aber aus der Welt ist ein globales Dorf geworden, darum können gleich Massenopfer die Folge sein. Die Menschen haben heute eine Haßliebe zur Medizin entwickelt: Sie träumen von 'Alternativen', aber sie bezahlen teuer für 'Gesundheitschecks'. Die finanzielle Ausbeutung der Besorgt-Gesunden und der Kranken, die nicht geheilt werden können, wird heute von den Führern der ärztlichen Profession nicht einmal mehr verbal verurteilt, sie ist an der Tagesordnung. Man macht es den 'Konsumenten' leichter, für den Kauf von 'Gesundheit' zu optieren, das 'Produkt' ist ansprechend verpackt, es wird dafür mit Slogans geworben, die den Stempel der Wissenschaft tragen: Computer-Diagnose, automatische Cholesterinmessung, der neueste pharmakologische Durchbruch und andere schnelle technischen Lösungen für die Übel und Leiden der Menschen. Die Risiken der neuen Technologien sind nicht evaluiert, und solange kein Beweis für Risiken vorliegt, wird das als Beweis der Risikolosigkeit genommen. Wenn schließlich die Risiken nicht mehr länger ignoriert werden können und den Nutzen bei weitem übertreffen, kommt eine neue Mode. So brauchte man zehn Jahre zur Beantwortung der Frage, warum über 10 000 vorzeitig geborene Säuglinge in Inkubatoren erblindet sind. Die Ursache der Erblindung war eine retrolentale Fibroplasie, die beim Routinegebrauch von Sauerstoff entsteht. Die Möglichkeit, daß etwas so Gutes und Natürliches wie Sauerstoff zur häufigsten Ursache für die Kinder-Erblindung werden könnte, kam lange Zeit keinem in den Sinn. Hinterher sind wir alle schlauer. Aber wie ist es mit der 'vernünftigen' Diät, empfohlen von Experten, die behaupten, ihre tägliche Beachtung werde den 'number one killer' koronare Herzkrankheit besiegen? Ganz sicher kann sie nichts schaden, oder doch?«<sup>146</sup>

Während allmählich die ersten Rückzugsgefechte in der Cholesterinkontrolle beginnen und die LDL-Bestandteile offenbar nicht so recht in Konzepte umsetzbar sind, schaut man sich nach neuen Risikofaktoren um. Vielleicht die »zu hohen« Triglyzeride? Es ist zu lesen, das »American Journal of Cardiology« habe schon einen Supplement-Band dazu veröffentlicht.<sup>147</sup>

---

146 Skrabanek (1990).

147 Payer (1992).

## 5. Die Umwertung des Rauchens: Anti-Tabakpolitik

### 5.1 Bedeutung des Tabakthemas

In keinem der Industrieländer mit Ausnahme Australiens und Kanadas dürfte das Rauchen als ein so hoch- oder gar höchstrangiges gesundheitspolitisches Problem angesehen werden wie in den Vereinigten Staaten. Im Vorwort zu dem amtlichen Bericht über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens 1982 nannte der Surgeon General Koop das Rauchen »die wichtigste einzelne vermeidbare Todesursache in unserer Gesellschaft und das bedeutendste Thema der öffentlichen Gesundheit unserer Tage«<sup>1</sup>. Das Thema Rauchen hat sich in den achtziger Jahren emotional aufgeladen. Begriffe wie »Holocaust«, »Cancer Club«, »Murderer«, »Retailers of Disease« and »Merchants of Death« dienen in Presse und Literatur ganz selbstverständlich zur Kennzeichnung des Rauchens, Herstellens und Vertreibens von Zigaretten.<sup>2</sup> Der Direktor des National Institute of Drug Abuse nannte vor zehn Jahren Tabak »eine schwere Suchtdroge, tödlicher als irgendeine andere, achtmal mehr süchtig machend und viermal tödlicher als exzessiver Alkoholgenuß und viel schwerer zu behandeln als Heroinsüchtigkeit«<sup>3</sup>. Joseph Califano, Vorstandsmitglied des Chrysler-Konzerns, beschuldigte Zeitschriften und Zeitungen wie »Newsweek«, »Time« und »New York Times« wegen ihrer Zigarettenwerbung des dollarhungrigen Zynismus. Zeitungen, die sich einst gegen den Vietnam-Krieg wandten »wegen des sinnlosen Tötens [...], sollten über die weitaus größere Zahl von Amerikanern nachdenken, die in jedem Jahr an den Zigaretten sterben, für die sie werben«<sup>4</sup>.

Es ist nicht übertrieben zu sagen, daß die Anti-Tabakpolitik im Zentrum der Prävention und Gesundheitsförderung in den Vereinigten Staaten steht. Sie zieht öffentliche Aufmerksamkeit, Forschungsinteresse und -gelder sowie politische Durchsetzungsenergie auf sich und stellt andere Themen in den Schatten. In der Anti-Tabakpolitik hat die amerikanische Public-Health-Bewegung ihr derzeit größtes und - bei aller Heterogenität - auch gemeinsames

---

1 Department of Health and Human Services (1982).

2 Leichter (1991, S. 97).

3 Zit. nach Califano (1986a, S. 194).

4 Califano (1986a, S. 194).

Thema gefunden.<sup>5</sup> Schon 1984 rief der Surgeon General Koop dazu auf, alle Anstrengungen zu unternehmen, um für das Jahr 2000 eine »smoke-free society« zu erreichen.

### 5.1.1 Besonderheit des Tabakthemas

Neben dem großen gesundheitlichen Potential, das man in der Bekämpfung dieses einen Faktors sieht, zeichnet sich die Anti-Smoking-Politik<sup>6</sup> durch einige Besonderheiten im Vergleich zu anderen Schwerpunkten der Präventionspolitik aus:

Zuerst ist die vergleichsweise einfache Botschaft zu nennen. Eine gesundheitsschädliche Angewohnheit soll eliminiert werden. Vom Konsum anderer als schädlich betrachteter Mittel wie z.B. Alkohol unterscheidet sich das Tabakrauchen dadurch, daß es in jeder Menge schädlich ist, es also keine umstrittenen Höchstmengen, kritischen Werte usw. gibt, von denen an von Mißbrauch oder ähnlichem gesprochen werden könnte. Tabak wird als das einzige legal frei erwerbliche Konsumgut angesehen, das die Gesundheit des Verbrauchers bereits dann schädigt, wenn es in der vorgesehenen oder üblichen Weise verbraucht wird.<sup>7</sup> Seit den ersten Fall-Kontroll-Studien in den vierziger und den ersten Langzeitstudien in den fünfziger Jahren gibt es über die Nützlichkeit des Nichtrauchens keine ernsthaften medizinischen Zweifel mehr. Dieser wissenschaftliche Konsens ist eine weitere - im Vergleich zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten - begünstigende Voraussetzung für Anti-Tabakstrategien.<sup>8</sup>

Damit ist auch die Legitimation für einen dritten Vorteil gegeben: Im Unterschied zu ernährungs- oder bewegungsbezogenen Präventions- oder Gesundheitsförderungspolitiken liefert der medizinische und epidemiologische Wissenschaftsbetrieb die Legitimation, um über die üblichen aufklärerischen und erzieherischen Bemühungen hinauszugehen und Restriktionen,

---

5 Es ist unmöglich, die Breite und Vielfalt der Anti-Smoking-Bewegung und der Aktivitäten und Strategien staatlicher und privater Akteure auch nur aufzuzählen. Eine Zusammenstellung bis 1989 gibt der Bericht des Surgeon General (1989).

6 Begriffe wie »Anti-smoking-movement« bzw. »-policy« lassen sich nicht mit »Anti-Rauchen-Bewegung« übersetzen, daher »Anti-Smoking-Bewegung«.

7 Stebbins (1991).

8 Selbst die Wissenschaftler, die ihren Namen in den Dienst der »Forschungsförderung« bzw. die Public Relation der Tabakkonzerne stellen, sind als Individuen von der hochgradigen Pathogenität des Rauchens überzeugt; vgl. Warner (1991).

also staatlichen Zwang, durchzusetzen. Diese Legitimation wurde seit dem ersten Bericht des Surgeon General über den Zusammenhang zwischen Rauchen und Gesundheit 1964 durch regelmäßige amtliche Berichte verstärkt und autorisiert.<sup>9</sup>

Zudem kommt ein Merkmal der amerikanischen Gesundheitskultur der Thematisierung des Rauchens als Gesundheitsproblem eine alltagsätiologische Vorstellung entgegen, nämlich die, daß für Krankheiten meist ein äußeres Agens, das in den Körper eindringt, verantwortlich gemacht wird.<sup>10</sup>

Eine weitere Besonderheit, die politisch begünstigend ist, liegt darin, daß die Anti-Smoking-Politik sich nicht, wie das Prinzip der Gesundheitsförderung es will, am Ideal des gesunden Individuums orientiert, sondern das rauchende Individuum stigmatisiert und der öffentlichen Kontrolle anheimstellt.<sup>11</sup> Der Schwerpunkt der Intervention ist also individuelles »Fehlverhalten« und findet somit auf der durchsetzungspolitisch günstigsten Stufe der oben dargestellten impliziten »ätiologischen Hierarchie« statt.

Eine nachteilige Besonderheit der Anti-Smoking-Politik im Vergleich zur Förderung »gesunden Ernährungsverhaltens« oder »körperlicher Bewegung« scheint darin zu bestehen, daß ihr Ziel einer »tabakfreien amerikanischen Gesellschaft« unmittelbar die Existenz einer vor allem in den Vereinigten Staaten heimischen großen, hochkonzentrierten, multinationalen und politisch einflußreichen Industriebranche bedroht und einer großen Anzahl anderer Wirtschaftsunternehmen, von den Farmern bis zu den Werbefirmen, Zeitschriften und Zeitungen, zumindest potentiell erheblichen wirtschaftlichen Schaden zufügen kann. Wir werden aber sehen, daß die großen Tabakkonzerne mit staatlicher Hilfe für etwaige Verluste entschädigt worden sind. Was die Tabakfarmer angeht, so ist ihre Lage nicht sehr von Landwirten mit anderen Produktionsschwerpunkten verschieden, die entweder Nachfragesenkungen, einem Preisverfall oder der Industrialisierung der Landwirtschaft zum Opfer gefallen sind.

### 5.1.2 Gesundheitliche Bedeutung und bisherige Erfolge

Dem Rauchen wird von den amerikanischen Epidemiologen eine ähnliche gesundheitliche Bedeutung zugeschrieben wie den großen Infektionskrank-

---

9 Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service (1964).

10 Vgl. Payer (1988, S. 143 ff.).

11 Goldstein (1992, S. 94).

heiten im 19. Jahrhundert.<sup>12</sup> Es wird angenommen, daß Rauchen für mehr vorzeitige Todesfälle verantwortlich ist als Aids, Kokain, Heroin, Alkohol, Feuersbrunst, Autounfälle, Morde und Selbstmorde zusammengenommen.<sup>13</sup> Einen großen Teil des Lungen- und Bronchialkrebses und einige andere Krebserkrankungen schreibt man dem Tabakgenuß zu, auch die chronischen Bronchial- und Lungenkrankheiten (Emphyseme und chronische Bronchitis), und Herzkrankheiten sieht man übereinstimmend in einem kausalen Zusammenhang mit dem Rauchen. Nach Ansicht des »Healthy People 2000«-Reports ist das »Zigarettenrauchen [...] verantwortlich für etwa 390 000 Todesfälle jährlich, das sind 21 Prozent der Mortalität durch Herzkrankheiten, 87 Prozent der Lungenkrebsmortalität und 30 Prozent der gesamten Krebsmortalität«<sup>14</sup>. Die Beweise für einen erheblichen Beitrag des Rauchens zur Krebsmortalität liegen in einer überwältigenden Anzahl vor. Dennoch kritisiert Skrabanek zu Recht die übliche Darstellungsweise der Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens als »statistischen Overkill«<sup>15</sup>. Die Zahlen, zu wieviel Prozent das Rauchen an der Mortalität beispielsweise durch Lungenkrebs oder die koronare Herzkrankheit beteiligt ist, sind meiner Einschätzung nach übertrieben. Vermutlich gibt es einen »Übertreibungsfaktor«, der sich entsprechend den Verursachungsebenen der »normativen Ätiologie« (vgl. Kapitel 3) erhöht, wenn es sich um individualisierbare Kausalannahmen handelt. Die Manipulationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse der Cholesterinforschung festzustellen sind, müssen mißtrauisch machen.

Die Karzinogenität des Rauchens insgesamt kann jedoch nicht in Zweifel gezogen werden, auch wenn der Anteil dieses Risikofaktors umstritten ist. In den USA, wo im Jahr 1900 die Todesursache Lungenkrebs noch unbekannt war, hat sie mit dem Zigarettenkonsum kontinuierlich zugenommen: 1930 zählte man 2 Todesfälle durch Lungenkrebs auf 100 000 Einwohner, 1950 waren es 12, 1964 bereits 21, 1982 48 und 1984 49 Todesfälle. Wie in Kapitel 2 gezeigt, ist Lungenkrebs heute die häufigste Krebstodesursache. Im Unterschied zu den Trends einer Reihe anderer relevanter Krankheiten ist die

---

12 Die statistischen Daten über die Schädlichkeit des Rauchens habe ich nach Gesichtspunkten ihrer Repräsentativität in der amerikanischen Literatur, insbesondere aus den Berichten des Surgeon General und des Healthy People 2000 sowie den Veröffentlichungen einiger führender Autoren, ausgewählt. Sie sollten die Bedeutung ermes sen lassen, die man dem Rauchen zurechnet.

13 Warner (1987). Ich zitiere diese Angabe, weil sie geläufig ist, konnte sie allerdings in den mir zugänglichen Statistiken nicht überprüfen.

14 Healthy People 2000, S. 140.

15 Skrabanek (1992).

Mortalität bei Lungenkrebs seit den siebziger Jahren kontinuierlich um mehr als 2 Prozent im Jahr angestiegen.<sup>16</sup> Im Jahre 1986 war die altersstandardisierte Mortalitätsrate für Lungenkrebs bei Frauen identisch mit derjenigen bei Männern im Jahre 1954. Ebenso wie sich daran ein dramatischer Anstieg anschloß, wird es nun bei den Frauen zu erwarten sein. Man rechnet damit, daß der Lungenkrebs die Brustkrebsmortalität noch übertreffen wird.<sup>17</sup> Warner zufolge zeigen Daten aus Studien der American Cancer Society, daß zwischen 1960 und 1985 die »nicht tabakbedingte Lungenkrebsmortalität« bei Frauen mit 12/100 000 gleich geblieben ist, während diese Rate bei den Raucherinnen von 23,9/100 000 auf 130,4/100 000 angestiegen sei.<sup>18</sup>

Es wird angenommen, ohne Tabakkonsum würde die allgemeine Krebsmortalität bereits sinken, da auch eine Reihe anderer Krebskrankheiten vom Rauchen mitbeeinflusst wird. Das ist in den letzten Jahren umstritten.<sup>19</sup> Dem Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft werden zwischen 20 und 30 Prozent aller Säuglinge mit Untergewicht zugeschrieben, 14 Prozent der Frühgeburten und 10 Prozent der Säuglingssterblichkeit. Weil viele tabakbedingte Sterbefälle in jüngeren Altersgruppen auftreten, tragen sie stark zum Verlust potentieller Lebensjahre bei. Auch der Beitrag zu chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist bedeutend. Ferner heißt es im »Healthy People 2000«-Bericht:

»Passives und unfreiwilliges Rauchen verursacht ebenfalls Krankheiten einschließlich Lungenkrebs bei gesunden Nichtraucherinnen und schwerer Atemwegsprobleme bei kleinen Kindern und Säuglingen. Mittelohrinfection, die Kinderkrankheit, die am häufigsten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Kinder führt, tritt unter Kindern, deren Eltern rauchen, beträchtlich häufiger auf.«

Jedenfalls sieht man im Tabakkonsum »den bedeutendsten einzelnen prävenierbaren Faktor für Tod und Krankheit in der amerikanischen Gesellschaft«<sup>20</sup>. Entsprechend wird in der Reduzierung des Rauchens ein enormes gesundheitspolitisches Potential gesehen.

Was die Erfolge der Anti-Smoking-Politik angeht, so findet sich in Hunderten von Veröffentlichungen etwa der gleiche Text: In den letzten 25 Jahren ist Zigarettenkonsum sowohl insgesamt als auch pro Kopf stetig gesunken. Die Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen ist von 40 Prozent 1965

---

16 Annual Cancer Statistic Review, zit. nach Warner (1987).

17 American Cancer Society (1988).

18 Warner (1989).

19 Epstein bestreitet dies (vgl. Epstein 1990), Doll hingegen hält dafür (vgl. Doll 1991).

20 Healthy People 2000, S. 140.

auf 29 Prozent 1987 zurückgegangen. Bei den Männern ist die Rate von über 50 Prozent auf etwas über 30 Prozent im gleichen Zeitraum gesunken.<sup>21</sup>

»Annähernd die Hälfte aller lebenden Erwachsenen, die jemals rauchten, haben es aufgegeben. Als Resultat der Entscheidung, entweder aufzuhören oder gar nicht erst anzufangen, sind zwischen 1964 und 1985 fast 800 000 rauchbedingte Todesfälle vermieden oder hinausgeschoben worden. Der durchschnittliche Gewinn in der Lebenserwartung für alle vermiedenen und verschobenen Todesfälle war 21 Jahre. [...] Dieses Ergebnis hat wenige Parallelen in der Geschichte der öffentlichen Gesundheit und wurde erreicht, obwohl der Tabakkonsum Suchtcharakter hat<sup>22</sup> und obgleich mächtige Wirtschaftskräfte ihn fördern. Heute ist es dank dieses bemerkenswerten Fortschritts der letzten 25 Jahre möglich, eine rauchfreie Gesellschaft ins Auge zu fassen. Aber allein die gegenwärtige Fortschrittsrate über das nächste Jahrzehnt aufrechtzuerhalten wird eine Herausforderung sein.«<sup>23</sup>

Die in den achtziger Jahren vermutete leichte Stagnation der Inzidenz von Lungenkrebs bei weißen Männern wird mit der seit den sechziger Jahren zurückgegangenen Raucherquote bei dieser Gruppe erklärt, die eine Abnahme von Lungenkrebserkrankungen schon zu Beginn der neunziger Jahre erwarten lasse.<sup>24</sup> Auch der Rückgang der altersstandardisierten Herzerkrankungen seit 1970 und der Schlaganfallquote um mehr als die Hälfte wird teilweise der Abnahme des Rauchens zugeschrieben.<sup>25</sup> Schlechter sieht es allerdings bei den Frauen, den ethnischen Minderheiten und in den unteren sozialökonomischen Schichten aus.<sup>26</sup> Da sich das Rauchen unter den Frauen erst in den letzten Jahrzehnten verbreitet hat, steigt demzufolge auch die damit verbundene Morbidität. Im Zeitraum von einer Dekade zwischen 1975 und 1984 stieg die altersstandardisierte Lungenkrebsrate bei Frauen um 64 Prozent, während die Rate der anderen Krebserkrankungen insgesamt sogar um 1,6

---

21. Warner (1989).

22. Daß es der Anti-Tabakpolitik in den USA frühzeitig gelungen ist, den Tabakgenuß als »Sucht« darzustellen, wird von Goldstein als ein entscheidender Durchbruch angesehen. »Sucht«, so zeigt er, gilt in der amerikanischen Kultur als Zeichen mangelnder Selbstkontrolle und unmoralisch (Goldstein 1992, S. 116 f.).

23. Healthy People 2000, S. 140; siehe Department of Health and Human Services (1989). Der oftmalige Hinweis auf »25 Jahre« bezieht sich auf das Jahr 1964, in dem erstmals ein amtlicher Bericht über die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens veröffentlicht worden ist; vgl. das Editorial »Smoking and Health: A 25-Year Perspective« in *American Journal of Public Health*, Vol. 79, No. 2, S. 141 ff. Eine umfassende Darstellung und Analyse aus der Sicht der Abteilung für Öffentliche Gesundheit des Gesundheitsministeriums liegt ebenfalls vor (vgl. Department of Health and Human Services 1989).

24. Brown/Kessler (1988).

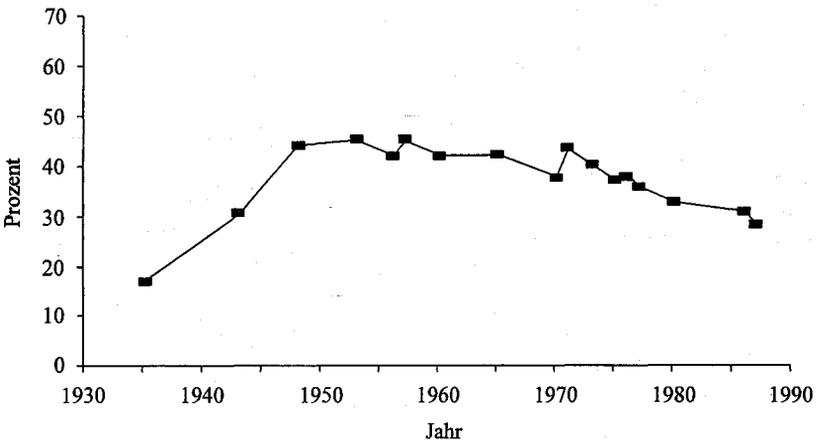
25. Warner (1987, S. 2081).

26. Healthy People 2000, S. 144 ff.; Brownson/Jackson-Thomson et al. (1992); Fiore/Novotny et al. (1989).

Prozent zurückgegangen ist.<sup>27</sup> Wie bereits gezeigt, haben die unteren sozialen Schichten am Rückgang der Raucherinzidenz praktisch nicht teilgenommen.

Als Früchte einer erfolgreichen Anti-Smoking-Politik verspricht man sich neben dem Rückgang der altersstandardisierten Mortalität durch Krebs- und Herzkrankheiten noch weitere Verbesserungen wie gesündere Neugeborene und Rückgang der spontanen Aborte, einen beträchtlichen Rückgang der Opfer von Feuerunglücken (in weiten Teilen der USA sind die Wohnhäuser aus Holz gebaut), Rückgang der Morbidität, die durch das unfreiwillige Passivrauchen verursacht ist, bessere Entwicklung von Kindern, Rückgang der Impotenz bei Männern und Verbesserung der Fruchtbarkeit von Frauen.<sup>28</sup>

*Abbildung 5.1: Zigarettenraucher in Prozent der erwachsenen Bevölkerung, USA 1935 bis 1987.*



Quelle: Warner (1987).

27 Annual Cancer Statistic Review, zit. nach Warner (1987).

28 Warner (1987).

## 5.2 Anti-Smoking-Bewegung

Seit 1964, dem Jahr, in dem erstmals in den Vereinigten Staaten ein amtlicher Bericht des Surgeon General zum Thema Rauchen und Gesundheit veröffentlicht worden ist, ist bis 1987 die Raucherquote von 43 Prozent auf 29 Prozent zurückgegangen.<sup>29</sup> Aber noch immer fangen täglich 3 000 Amerikanerinnen und Amerikaner an zu rauchen, und noch immer geht die Reduzierung des Tabakkonsums an den Frauen, den Angehörigen der meisten ethnischen Minderheiten und der Bevölkerungsgruppe ohne High School-Abschluß vorbei.<sup>30</sup> Sowohl der rückläufige Anteil der Raucher an der Bevölkerung als auch die sozial ungleiche Verteilung dieses Rückgangs und die Gegendendenzen müssen als Bestandteil sehr komplexer sozialer, wirtschaftlicher, politischer und kultureller Konflikte angesehen werden. Die Schwerpunkte, Inhalte und Methoden der Anti-Smoking-Bewegung<sup>31</sup> werden vor allem durch vier interdependente Bestimmungsgründe geprägt: die Besonderheiten des Gegenstandes »Rauchen« selbst; die sozialen Kräfte, die in der Bewegung dominieren; die Macht, die hinter ihren politischen Forderungen steht; und das Gewicht und die Konstellation der politisch-ökonomischen Interessen, die sich um die Frage des Rauchens gruppieren.

### 5.2.1 Akteure und Konstellationen

Anstoß, Breite und Richtung der amerikanischen Anti-Smoking-Politik rühren aus dem nicht-staatlichen Bereich. Die Legislative und die Exekutive haben sich erst recht zögerlich und selektiv auf politischen Druck der Anti-Smoking-Bewegung angeschlossen. Die Erfolge und die Konfliktlinien, die sich seit Mitte der siebziger Jahre herausgebildet haben, sind aber auch nicht

---

29 Soweit im folgenden nicht anders gekennzeichnet, stützen sich die historischen Fakten auf White (1988); Sapolsky (1980); Leichter (1991); Department of Health and Human Services (1989); Goldstein (1992).

30 Siehe Abschnitt 2.3.

31 Der Begriff »Bewegung« ist hier nicht im Sinne eines organisierten und koordinierten Vorgehens zu verstehen, sondern im retrospektiven Sinne als begriffliche Zusammenfassung der vielen und heterogenen Kräfte, die gegen den Tabakkonsum in den USA gerichtet sind bzw. waren. Der Anspruch dieses Begriffs ist zurückhaltender als der Goldsteins, der von einer »Gesundheits-Bewegung« spricht, als von einer sozialen Bewegung im Sinne eines »kollektiven Handelns mit einiger Kontinuität, das die gesellschaftliche Veränderung entweder fördert oder ihr Widerstand entgegensetzt« (Goldstein 1992, S. ix).

ohne die Beteiligungen der parlamentarischen Institutionen und Behörden aller drei Ebenen des staatlichen Systems der USA denkbar. Es ist eine dialektische Entwicklung, wobei aber die »Bewegung« der noch heute dominierende Teil ist. Sie übt den öffentlichen Druck aus, und sie zerstört das soziale und moralische Milieu, in dem Rauchen zu einem normalen Bestandteil des Lebens geworden ist.

Im Jahre 1989 veröffentlichte der Surgeon General im Auftrag des Gesundheitsministeriums einen umfassenden Bericht anlässlich des 25. Jahrestages des ersten amtlichen Papiers von 1964. Der Untertitel der Mitteilung lautete: »25 Jahre des Fortschritts«. Da regierungsamtliche Veröffentlichungen im Politik-Marketing nicht gerade zurückhaltend zu sein pflegen, wenn es darum geht, der staatlichen Tätigkeit selbst alle nur erdenklichen Erfolge zuzuschreiben, kommt folgender Aussage des Berichts Gewicht zu:

»Einzelne Bürger und organisierte Gruppen haben in der Entwicklung der Politik gegen das Rauchen und die Zigarette eine aktive Rolle gespielt. Ihre Aktivitäten reichen von der öffentlichen Information über die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens bis zur politischen Meinungsbildung [advocacy] und der gezielten Beeinflussung staatlicher Akteure bzw. politischer Repräsentanten [lobbying] zur Durchsetzung von Maßnahmen, mit denen das Rauchen verhindert oder reduziert werden kann.«<sup>32</sup>

Nachdem 1964 der damalige Surgeon General Luther Terry seinen aufsehen-erregenden Bericht<sup>33</sup> veröffentlicht hatte, wurde ein »National Interagency Council on Smoking and Health« ins Leben gerufen, dem Mitglieder der frei-gemeinnützigen Gesundheitsorganisationen angehörten (American Cancer Society [ACS], American Heart Association [AHA] und American Lung Association [ALA], Organisationen wie der National Congress of Parents and Teachers, Organisationen der medizinischen Professionen, die Abteilung für öffentliche Gesundheit des Gesundheitsministeriums). Diese Kommission hat sich im Laufe der Zeit vielfach erweitert und umbenannt, auch sind Entsprechungen auf den Ebenen der Einzelstaaten und Gemeinden entstanden. Außerhalb dieser etablierten und teilweise reichlich bürokratischen Institutionen hat sich - zum Teil aus Protest und Frustration gegen diese - eine Vielzahl privater politischer Gruppen gebildet. Hier gab es viele Anknüpfungspunkte, Überschneidungen, Gemeinsamkeiten und personelle Verflechtungen mit anderen sozialen Bewegungen wie der amerikanischen Konsumentenbewegung von Ralf Nader, der Frauen- und Ökologiebewegung usw. Beispiele sind die »Action on Smoking and Health« (ASH) und die Ärzteorganisation

---

32 Department of Health and Human Services (1989).

33 Department of Health, Education and Welfare (1964).

»Doctors Ought to Care«, die aus Protest gegen die industriefreundliche American Medical Association in den sechziger Jahren gegründet wurden, oder die »American Nonsmoker's Rights Foundation«. Viele Initiativen, meist gegründet durch Menschen aus Gesundheitsberufen, die auf der kommunalen Ebene aktiv sind, prägen das Bild der Anti-Smoking-Bewegung, ohne daß sie im Zusammenhang mit einer nationalen Organisation genannt werden könnten.

Eine verbreitete Einschätzung ist die, daß die etablierten staatlichen und frei-gemeinnützigen Institutionen wie die National Institutes of Health (vor allem National Cancer Institute, National Heart, Lung and Blood Institute und das Office on Smoking and Health in den Centers of Disease Control) in den sechziger Jahren den Ton angegeben haben. Das erkläre den zunächst unpolitischen Charakter der Anti-Smoking-Politik, d.h. deren Beschränkung auf individuenbezogene Aufklärung und Raucherentwöhnung sowie auf die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Rauchen und Gesundheit. Diese Meinung ist aber nur teilweise richtig. Denn selbst diese Aktivitäten wären wahrscheinlich nicht sonderlich weit gediehen, wenn es nicht einen zunehmenden öffentlichen politischen Druck gegeben hätte. Gerade die großen »National Institutes« mit ihren für europäische Verhältnisse riesenhaften Forschungsetats waren zu sehr auf die Denkweise der Individualmedizin eingeschworen und reduziert, als daß sie von sich aus zu Initiativen für eine wirksame soziale Prävention in der Lage gewesen wären. Das trifft ebenso für die einflußreichen gemeinnützigen Organisationen wie für die American Cancer Society und American Heart Association zu. Schon die Umschichtung der Budgets zur Finanzierung der Forschung, Gesundheitserziehung und Raucherentwöhnung, um von sozialwissenschaftlicher Forschung und sozialer Prävention gar nicht erst zu reden, wäre ohne öffentlichen Druck nicht gelungen. Die etablierten Institutionen haben erst gegen Ende der siebziger Jahre angefangen, ihre präventionspolitische Beschränktheit aufzugeben und in den politischen Konflikten um das Tabakthema Partei zu ergreifen.

Selbst das vergleichsweise einfache Gesundheitsziel wie die Einschränkung und Abschaffung des Tabakrauchens weist eine enorme Komplexität auf. Das läßt die Aufzählung von Unter- und Teilzielen der Anti-Smoking-Bewegung ahnen, die im Rückblick auf 25 Jahre zusammengestellt worden ist:

- breitere und wirksamere Verbreitung von Informationen über die Gefahren des Rauchens;

- Ermutung der Raucher, das Rauchen einzuschränken oder aufzugeben;
- Verhinderung der Rauchinhalation durch Kinder und Jugendliche;
- Schaffung öffentlicher Unterstützung für Politik zur Einschränkung und Verhinderung des Rauchens;
- Schutz der Nichtraucher vor der Exposition durch Tabakrauch in ihrer Umwelt;
- Regulierung von Bestandteilen und Emission der Zigarette;
- Regulierung der Vermarktung, Werbungs- und Promotionaktivitäten für Tabakprodukte;
- Beschränkung des Zugangs durch Restriktion des Verkaufs und der Verteilung von Zigaretten (z.B. durch Automaten und Probemuster);
- Preiserhöhung durch Tabaksteuern; und nicht zuletzt die
- Mobilisierung und Stimulierung öffentlicher Forderungen für politische Maßnahmen im Hinblick auf bestimmte Strategien oder Einzelthemen.<sup>34</sup>

Wie für die amerikanische Gesundheitsbewegung insgesamt, so trifft auch auf die Anti-Smoking-Bewegung zu, daß sie ihre Anhänger und Wortführer überwiegend aus der oberen Mittelklasse rekrutiert, die über weit mehr dispo- nible Zeit, finanzielle Ressourcen, Bildung und Energie verfügen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Goldstein weist auch darauf hin, daß die Anhän- ger der Gesundheitsbewegung - ganz anders als die der Schwarzen-, der Frauen- oder der Schwulenbewegung -, abgesehen von wenigen Ausnahmen, keine Angehörigen stigmatisierter Gruppen waren und sind, die in bitteren und manchmal auch gewalttätigen Auseinandersetzungen um ihre Anerken- nung kämpfen müssen.<sup>35</sup> Dieser sozialen Zusammensetzung dürfte zunächst einmal der individuelle Bezug zu verdanken gewesen sein. Auch der sehr idealistische Gestus der Aufklärung, aus dem heraus dann auch wiederum die Konzentration auf die Tabakwerbung (verstanden als Anti-Aufklärung) zu erklären ist, hat hier seine subjektiven Wurzeln.

Für eine Gesellschaft wie die amerikanische ist es keine Selbstverständ- lichkeit, daß eine Gesundheitsbewegung entsteht, aus der heraus politische Forderungen an den Staat gerichtet und auch durchgesetzt werden. Es gibt zwar kein politisches Selbstverständnis und noch weniger ein politisches Konzept der gesamten Anti-Smoking-Bewegung. Aber eine zwar minoritäre, jedoch einflußreiche Strategie, die versucht, strategische Ziele zu definieren,

34 Department of Health and Human Services (1989, S. 435).

35 Goldstein (1992, S. xii). In mancher Hinsicht werden die Kämpfe der Gesundheits- bewegung in der sanften Tonart ausgetragen, in der die Angehörigen der gebildeten und akademischen Schichten miteinander verkehren. Das symbolisiert der überall lesbare Satz: »Thank you for not smoking.«

in denen individuenorientierte Maßnahmen, soziale Prävention und politische Bewegung zu verbinden sind, ist besonders aus dem Bereich von Intellektuellen aus den Schools of Public Health immer hörbar gewesen. Sie findet sich recht gut zusammengefaßt bei Syme und Alcala (1982):

- »1. Fahren wir fort, die *Öffentlichkeit* über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens zu *unterrichten*. Die Summe der Jahre, in denen die Menschen der Rauch-Animation ausgesetzt waren, hat ein soziales Milieu geschaffen, in dem Rauchen ein normaler Bestandteil des Lebens geworden ist. Obwohl die Ergebnisse der individuellen Gesundheitserziehung nicht gerade effektiv waren, die Leute vom Rauchen abzuhalten, bleiben Gesundheitswarnungen an Jugendliche und Erwachsene weiterhin notwendig.
2. Schaffen wir eine Atmosphäre, in der das *Rauchen nicht mehr das normale Verhalten* darstellt. Die wachsende Zahl von Hindernissen für das Rauchverhalten (z.B. Extraräume für Raucher in öffentlichen Gebäuden, wachsende Bedeutung der Rechte von Nichtraucherern) baut spezifische Barrieren gegen das Rauchen auf und dient als durchdringende Erinnerung an die Gefahren des Rauchens.
3. Beeinflussen wir die *öffentliche Politik*. Diese Empfehlung richtet sich vor allem auf die Unterrichtung der Regierung, der Politiker, der Gesundheitsorganisationen, auf die Entwicklung von strategischen Zielen und auf die Kritik der Tabakindustrie.
4. Verstärken wir die *Anti-Smoking-Werbung*. Obwohl es frustrierend ist, der enormen Flut der Zigarettenwerbung mit sehr beschränkten Ressourcen entgegenzuarbeiten, ist es nötig, die Anti-Smoking-Werbung weiterzuführen. Sie sollte auch ein positives Bild des Nichtrauchers und den Erfolg von Nichtraucherprogrammen darstellen. Besonders wertvoll ist die häufige Erinnerung daran, daß die Mehrheit der Teenager und Erwachsenen Nichtraucher ist.«<sup>36</sup>

Dieses - in der Praxis mehr oder weniger modifiziert anzutreffende - Konzept drückt zwar nur die Haltung einer Minderheit in der Anti-Smoking-Bewegung aus, die es jedoch vermochte, die Einsicht zu verbreiten, daß die Prävention des Rauchens insgesamt scheitern muß, wenn es nicht gelingt, politische und staatliche Maßnahmen durchzusetzen und die staatliche Politik zu ändern. Tatsächlich läßt sich beobachten, wie auf diese Weise Basisbewegungen und Politik zur Beeinflussung der Staatsebenen synergistische Wirkungen zeitigen konnten.

### 5.2.2 Der Staat als Adressat

Die Möglichkeiten des Staates, die Menschen vom Rauchen abzuhalten, sind vielfältig: Die Nachfrage nach Tabakprodukten kann direkt reduziert werden durch Verbote und Einschränkungen des Rauchens, durch Vorschriften an

---

36 Syme/Alcala (1982).

die Arbeitgeber, dies in ihrem Bereich zu tun, durch das Recht der Nichtraucher, eine Einschränkung zu verlangen. Indirekt kann sie gesenkt werden durch Erhöhungen der Tabaksteuer, durch ökonomische Anreize der Krankenversicherung (nach Meinung der Lehrbuch-Ökonomen), durch das Recht der Arbeitgeber, Raucher nicht einzustellen (was tatsächlich praktiziert wird). Die Nachfrage kann auch durch Überzeugen gesenkt werden, durch Einführung in den Unterricht, durch entsprechend dafür erstellte Fonds, durch öffentliche Hearings, Regierungsberichte des Surgeon General oder Finanzierung von einschlägiger Forschung.

Auch die Entwicklung der staatlichen Politik gegenüber dem Rauchen, Breite und Tiefe der Intervention sowie die Verbindlichkeit der Maßnahmen entwickeln sich nach dem »Prinzip des geringsten Widerstands«. Leichter unterscheidet zwischen Maßnahmen der ersten und der zweiten Generation.<sup>37</sup> Erstere haben eine geringere Interventionsbreite und -tiefe und standen auch historisch in den ersten Jahrzehnten, in denen die Bewegung wenig Macht gewinnen konnte, im Vordergrund. Und so ist es auch nicht verwunderlich, daß für lange Zeit Maßnahmen der Gesundheitserziehung und der Raucherentwöhnung (der sich sehr bald kommerzielle Anbieter angenommen haben) die Anti-Smoking-Aktivitäten bestimmten. Unter den politischen Maßnahmen der beiden ersten Jahrzehnte dominierten relativ wirkungslose Einschränkungen bei der Fernseh- und Radiowerbung und die auch in der Bundesrepublik bekannte Kennzeichnungspflicht des Gesundheitsrisikos auf der Zigarettenpackung weitgehend das Bild.

Erst der Machtzuwachs der Gesundheitsbewegung führte dazu, daß es in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre zu politischen Entscheidungen kam. Maßnahmen der »zweiten Generation« sind vor allem Rauch- und Vertriebsverbote, aber auch solche komplexen Gesetzesinitiativen wie die »Proposition 99« in Kalifornien, die ein ganzes Bündel von aufeinander abgestimmten Maßnahmen per Volksabstimmung durchgesetzt hat. Es vollzieht sich in dieser historischen Linie eine allmähliche Entwicklung, in der nicht mehr allein die Beeinflussung des individuellen Verhaltens, sondern das Setzen allgemeiner Bedingungen in den Aktionsradius der Bewegung rückt. Der strategische Punkt, an dem sich weitgehend entscheiden wird, ob und wann von der ersten zur zweiten Generation übergegangen werden kann, dürfte vor allem anderen die Frage des »unfreiwilligen Rauchens« (Passivrauchen) bzw. des Schutzes der Nichtraucher vor den Folgen des Rauchens sein.

---

37 Leichter (1991).

Bevor die einzelnen Maßnahmen- und Interventionsarten untersucht werden, sollen die wichtigsten politisch-ökonomischen Veränderungen und Widersprüche skizziert werden, die zu dem Anfang eines qualitativen Fortschritts seit der zweiten Hälfte der achtziger Jahre geführt haben.

### 5.2.3 Zur politischen Ökonomie des Konflikts

Die Veränderungen des sozialen Verhaltens der Amerikaner gegenüber dem Zigarettenrauchen weisen eine Reihe gemeinsamer Merkmale mit den Verhaltensänderungen auf, die Elias als typisch für Prozesse in der Zivilisationsentwicklung herausgearbeitet hat, wie das Spucken, Furzen und Rülpsen.<sup>38</sup> Zu nennen sind die Rücknahme eines Verhaltens, das andere als belästigend und aggressiv empfinden können, die Durchsetzung des Nichtrauchens von »oben« nach »unten« in der sozialen Hierarchie, seine Entwicklung zum Mittel der sozialen Distinktion, die Stigmatisierung der Raucher und nicht zuletzt auch das Gesundheitsargument. Besonders die Tatsache spricht für einen solchen sozialen Prozeß, daß der historische Punkt der Trendwende im Raucherverhalten, als sowohl die Raucherquote als auch der Pro-Kopf-Verbrauch von Tabak nicht mehr angestiegen sind, sondern zu sinken begann, vor der Entwicklung einer relevanten Anti-Smoking-Bewegung und auch vor den ersten halbwegs wirksamen Maßnahmen gegen das Rauchen liegt. Das wirft eine Reihe von Fragen auf wie die, ob eine wirksame Präventionspolitik erst dann erfolgreich sein kann, *nachdem* die kulturell und politisch hegemonialen Schichten eine entsprechende Umwertung vorgenommen haben.

Allerdings ist auch auf ein Merkmal hinzuweisen, das zwar den Umständen des modernen Tabakgenusses anhaftet, nicht aber den heute geächteten und ehemals weit verbreiteten und auch an den europäischen Höfen geachteten Verhaltensweisen wie das öffentliche Rülpsen und Furzen oder das Spucken, an denen Elias seine Theorie des Zivilisationsprozesses exemplarisierte: Es gab keine Rülps- oder Spuckindustrie, die es der amerikanischen Tabakindustrie mit noch immer insgesamt 710 000 Beschäftigten und einem Jahresumsatz von 55 Milliarden Dollar 1988 hätte an ökonomischer Macht gleich tun können. Und es spielten auch keine Zeitungen, Illustrierten, Sportverbände und Werbeagenturen eine Rolle, die ein jährliches Werbe- und

---

38 Elias (1976, Bd. I).

Promotionbudget der Tabakindustrie von 3,27 Milliarden Dollar (1988) hätten unter sich verteilen können.<sup>39</sup>

Die beiden größten multinationalen Tabakkonzerne auf dem amerikanischen Markt sind RJR Nabisco (vorher R.J. Reynolds) und Philip Morris. Ihnen gehören 70 Prozent Marktanteil, was sie zu den größten amerikanischen Konzernen überhaupt macht. Philip Morris lag 1989 mit 39 Milliarden Dollar Umsatz (Inland) auf dem siebten Rang der »American Fortune 500«, RJR Nabisco mit über 15 Milliarden auf dem 22., American Brands mit über 7 Milliarden auf dem 64. Rang und British-American Tobacco, B.A.T. der größte private Tabakkonzern der Welt (14 Milliarden Jahresumsatz in USA), lag an 65. Stelle der »Fortune's International 500«. <sup>40</sup> Die Konzerne haben im letzten Jahrzehnt stark diversifiziert. Das Tabakgeschäft mit seinen hohen Gewinnen bleibt aber nach wie vor ihre bedeutendste Einnahmequelle. Ihre Stellung auf anderen Märkten, besonders für Lebensmittel, gibt ihnen, z.B. als Werbekunden von Zeitungen, noch ein größeres politisches Gewicht. Philip Morris hat sich stark nach Europa und Asien ausgedehnt und belieferte beispielsweise 1992 51 Prozent des deutschen Kaffeemarktes. Sein Weltjahresumsatz 1991 betrug 56 Milliarden Dollar, wobei die Hälfte aus dem Tabakmarkt stammt. <sup>41</sup> Noch in den sechziger Jahren waren vom wirtschaftlichen Erfolg der Zigarettenkonzerne 750 000 amerikanische Farmerfamilien und mehrere Millionen Arbeitnehmer abhängig. Heute schätzt man noch 250 000 Tabakfarmer und 1,6 Millionen Erwerbstätige, die ihren Lebensunterhalt mit der Herstellung, dem Verkauf oder der Werbung für Tabakprodukte verdienen. Die Abhängigkeiten gehen jedoch noch viel weiter, wenn man nur daran denkt, daß der Rückgang des Tabakanbaus zum Anbau anderer Landwirtschaftsprodukte und damit zur Vergrößerung der enormen Agrarüberschüsse führt. Allein das Tobacco Institute in Washington, D.C., das vom Verband der Tabakindustrie betrieben wird, hat 1988 mehr an offiziellen Vortragshonoraren an insgesamt 85 Abgeordnete und Senatoren gezahlt als jede andere Lobby-Institution. <sup>42</sup>

Um Macht und Prestige der mit dem Tabak zusammenhängenden Industrie realistisch einzuschätzen, muß man sich außerdem vor Augen führen, daß es sich hier um die erste große Industrie Nordamerikas überhaupt handelt. 1776 wurden aus den nordamerikanischen Kolonien bereits über 100

---

39 Daten der Federal Trade Commission, zit. nach Barry (1991).

40 Leichter (1991, S. 110).

41 *Der Tagesspiegel* vom 12.11.1992.

42 Leichter (1991, S. 112).

Millionen Pfund Tabak nach England exportiert. Und im Süden war das Leben vollkommen von den wirtschaftlichen und sozialen Erfordernissen der Tabakplantagen bestimmt.<sup>43</sup> Um Mißverständnissen, die in der folgenden Darstellung entstehen könnten, vorzubeugen: Trotz der Proklamation eines »rauchfreien Amerikas« im Jahr 2000 nehmen Wirtschaftsfachleute mit guten Gründen an, daß die den Weltmarkt beherrschende US-Zigarettenindustrie auch bis in das nächste Jahrhundert eine äußerst rentable Kapitalanlage bleiben wird.

Was die politisch-ökonomische Seite des Konflikts um die Anti-Smoking-Politik angeht, so fällt die zeitliche Koinzidenz des Aufschwungs der Anti-Smoking-Bewegung mit der Präsidentschaft Reagans auf. Das muß zunächst verwundern, denn Reagan war eindeutig ein Präsident des »big business«, der eine auf die (kurzfristigen) Interessen der großen Kapitalgesellschaften zugeschnittene marktliberale und antietatistische Ideologie vertrat. Man könnte also erwarten, daß die Tabus des freien Unternehmertums und damit auch die wirtschaftliche Freiheit der Tabakindustrie unangetastet geblieben wären. Dazu einige Anmerkungen:

Bis in die siebziger Jahre sahen die großen amerikanischen Kapitalgesellschaften bei Konflikten wie dem um den Tabak vornehmlich ihr ordnungspolitisches Interesse der unternehmerischen Freiheit.<sup>44</sup> Die mächtige Tabakindustrie hatte hier starken ideologischen und politischen Schutz. Heute befinden sich viele Konzerne in bezug auf die Anti-Smoking-Politik in einem Interessenkonflikt. Sie definieren ihre Haltung zum Raucherproblem stärker aus dem Blickwinkel der steigenden Gesundheitsausgaben als Teil der Arbeitskosten.<sup>45</sup> Im Vordergrund stehen besonders die Unternehmenskrankensversicherungen, die Arbeitsproduktivität, Fehlzeiten usw. Immer wieder wurden in den achtziger Jahren Schätzungen der zigarettenbedingten Mehrkosten der Arbeitgeber veröffentlicht. So heißt es für 1985, 1,45 Dollar an Mehraufwand entstünden den Arbeitgebern durch eine statistische Zigarettenpackung in Form von Krankenversicherungsausgaben und Produktivitätsverlusten.<sup>46</sup> Califano kalkulierte 1986 allein die durch das Rauchen verursachten medizinischen Kosten auf 24 Milliarden Dollar. Rauchverbote am Arbeitsplatz, so schlug er vor, dienten gleichermaßen der Gesundheit wie

---

43 Goldstein (1992, S. 95).

44 Vogel (1983).

45 Die großen Unternehmen schließen für ihre Beschäftigten Krankenversicherungen ab oder versichern diese in eigener Regie und tragen so mit an den rasant zunehmenden Ausgaben für das medizinische System.

46 Iglehart (1986).

dem Geschäft, denn Raucher seien bedeutend weniger produktiv und weit mehr krankheits- und unfallgefährdet als Nichtraucher. Alles, was die Menschen ermutige, überhaupt nicht zu rauchen, helfe, die Gesundheitskosten zu reduzieren.<sup>47</sup> Der Boeing-Konzern propagierte 1984 als einer der ersten einen »rauch-freien Arbeitsplatz« und fand damit schnell viele Unternehmen als Nachahmer. Sie versprechen sich von der lebensstilbezogenen Prävention im allgemeinen und der Anti-Smoking-Politik im besonderen einen ökonomischen Nutzen.

Dieser Wandel ist bemerkenswert. Der marktliberalen Theorie zufolge sollen nämlich die Nutzenaspekte der Ware dem Marktmechanismus überantwortet bleiben. Nur der Markt sei in der Lage, die Präferenzen der individuellen Nachfrager in Imperative für die Anbieter zu transformieren. Politik habe sich auf die »Rahmenbedingungen« zu beschränken, jede Einflußnahme auf die Natur der Waren (mit einigen Ausnahmen, die von der FDO reguliert werden können) müsse die vom individuellen Käufer ausgehenden Impulse verfälschen und sei daher als bürokratische Bevormundung anzusehen. Als marktkonform werden Verbraucherberatung und Werbung angesehen, da sie die systemnotwendige Konsumentensouveränität zu verbessern in der Lage seien. Damit ist das allgemeine ordnungspolitische Interesse der Kapitaleigner und des Managements formuliert. Anti-Smoking-Politik, die über das Angebot individuell verzehrbare Güter und Dienstleistungen und über die allgemeine Aufklärung (im Sinne einer Gegenwerbung) hinausgeht, befindet sich mit diesem Interesse in Konflikt, da sie das Tabu der Nichteinmischung in die freie Käuferentscheidung und deren Beeinflussung durch die Anbieter verletzt.<sup>48</sup> Je mehr sich die großen Konzerne und Unternehmerverbände der Anti-Smoking-Politik anschließen, desto mehr geben sie diese Position in einem Einzelfall auf und geraten daher in Konflikt mit der unmittelbar betroffenen Tabakbranche. In größere Schwierigkeiten, so könnte man vermuten, müßte aber ein Präsident wie Reagan kommen, dessen Basisideologie des »free enterprise« und der sozialdarwinistisch ausgelegten Individualrechte durchaus im Widerspruch zu einigen Grundaspekten der nun in den achtziger Jahren politisierten Anti-Smoking-Bewegung steht. Das trifft tatsächlich aber nur in ideologischer Hinsicht zu. Was die praktische Wahrung der Interessen von Philip Morris, B.A.T. oder R.J. Reynolds angeht,

---

47 Califano (1986a, S. 190 ff.).

48 Das betrifft hier die Entscheidungen über die Art des Angebots. Beim weiter unten behandelten Arbeitsschutz geht es um die Bedingungen der Produktion dieses Angebots.

so sorgte die Reagan-Administration mit ihrer Handelspolitik dafür, daß ihnen bislang geschützte ausländische Märkte geöffnet werden mußten. Auch war der Zentralstaat sehr zurückhaltend mit seiner Steuerpolitik, besonders wenn man bedenkt, daß das Gesundheitsministerium seit 1984 offiziell ein »rauchfreies Amerika« im Jahr 2000 anstrebt.

Bezeichnend für die Sympathien, die der Anti-Smoking-Politik von den meisten großen Arbeitgebern entgegengebracht werden, ist die Art und Weise, mit welcher der schon mehrfach erwähnte J.A. Califano, der als Gesundheitsminister den weichenstellenden Healthy People-Report von 1979 verantwortet hatte, allmählich in die Rolle des sichtbarsten gesundheitspolitischen Sprechers des großen Kapitals kam.

»Die zur Debatte stehende Frage« - so schrieb er 1986 - »ist nicht das Recht der Raucher. Vielmehr geht es darum, ob wir beabsichtigen, die Nichtraucher vor dem unfreiwilligen Einatmen des Tabakrauches zu schützen, ob wir uns genug um unsere Mitmenschen kümmern, die rauchen und die wir davor bewahren sollten, sich selbst umzubringen, und ob wir die Milliarden Dollars an medizinischen Kosten ernst nehmen, die das Rauchen verursacht.«<sup>49</sup>

Die neue Sichtweise in vielen Unternehmen hat nicht unwesentlich dazu beigetragen, daß es der mächtigen Tabaklobby nicht mehr so selbstverständlich gelingt, auf Bundes-, Staaten- oder Gemeindeebene blockierende Koalitionen gegen Vorstöße der Tabakgegner herzustellen. Eine seither steigende Zahl von Arbeitgebern führte Anti-Smoking-Regimes ein.<sup>50</sup>

Als die Anti-Tabak-Bewegung nach den eher flauen siebziger Jahren wieder in sichtbarem Ausmaß in der Washingtoner Arena in Erscheinung trat, war die Reagan-Administration von gesundheitspolitischen Problemen geplagt, die man wie folgt zusammenfassen kann: Die ökonomische Verselbständigung des enorm wachsenden Gesundheitssektors belastete sowohl den Staatshaushalt<sup>51</sup> - den einzuschränken Reagans heiligstes Versprechen war - als auch die Konzernfinanzen - die zu mehrern Reagans bedeutendster Auftrag war - extensiv und erforderte kostensenkende und effektive Maßnahmen. Aber der wirtschaftsliberale Auftrag (ausgedrückt in der »monetaristischen« bzw. angebotsorientierten Wirtschaftspolitik) verbot jeden Gedanken, in die privatwirtschaftliche Entscheidungshoheit zu intervenieren.

Für die Unterstützung der Anti-Smoking-Politik hätten sich aus der Reaganschen und Bushschen Perspektive folgende Gründe ergeben: Rauchen ist

---

49 Califano (1986a, S. 192).

50 Vgl. die Fallstudie von Rigotti/Bourne et al. (1992); Department of Health and Human Services (1989).

51 Es sind dies vor allem Ausgaben für das Krankenversicherungsprogramm Medicare und das Sozialhilfeprogramm Medicaid (vgl. Kühn 1990).

ein integrales Element der gesamten Idee der individuellen Verantwortung für die Gesundheit mit all ihren moralischen und ideologischen Konnotationen. Man kann sich schlicht eine »Gesundheitsrevolution« im neokonservativen Sinne, also eine Individualisierung und Moralisierung gesellschaftlicher Gesundheitsprobleme, nicht vorstellen, bei der das Rauchen ausgeklammert sein könnte. Auch war das Bewußtsein in der Ober- und Mittelklasse der USA, ganz besonders unter den republikanischen Konservativen, bereits zu weit vorgedrungen, als daß dies hätte glücken können. Das zeigt sich unter anderem daran, daß nicht mehr nur die bekannten »liberalen« kritischen Senatoren wie die Demokraten Waxman und Robert Kennedy Initiativen gegen die Tabakindustrie unterstützten, sondern auch der moderate republikanische Senator Packwood und selbst der konservative republikanische Senator Orrin Hatch aus Utah, die sich dann auch beim »Comprehensive Smoking Prevention Act« von 1984 (der die obligatorischen Gesundheitswarnungen verstärkte und ausdehnte) gegen den Widerstand der Reagan-Administration durchsetzten.<sup>52</sup>

Vergleicht man die kleinen Niederlagen Reagans in seiner marktliberalen Rolle, die er gegen Anti-Smoking-Vorstöße im Kongreß wie den von 1984 hinnehmen mußte, mit seinen geradezu sagenhaften Erfolgen gegen Senat und Repräsentantenhaus in anderen Fragen, dann darf man annehmen, daß die Dominanz, die der Präsident im Parlament trotz Mehrheit der Demokraten damals in fast allen Fragen erzielen konnte, in dieser Frage nicht voll ausgespielt wurde. Auch zu Beginn der neunziger Jahre reichte die Macht, die von den Tabakinteressen mobilisierbar war, noch immer aus, um weitere Einschränkungen zu verhindern bzw. um für politikbedingte Verluste auch mit staatlicher Hilfe kompensiert zu werden. Aber die Bundesstaaten und unteren Gebietskörperschaften lösen die inneren politisch-ökonomischen Widersprüche der Anti-Smoking-Politik graduell und tendenziell öfter und deutlicher zugunsten des - allerdings ökonomistisch legitimierten - Gesundheitszieles der »smoke free society«.<sup>53</sup> Die Tabakgegner haben im Laufe der achtziger Jahre spürbar an Einfluß gewonnen, ohne daß ihnen jedoch ein wirklich entscheidender Durchbruch - z.B. beim Werbeverbot - gegen die Tabakindustrie gelungen ist. Dabei liegt ganz überwiegend der Schwerpunkt auf den marktkonformen Instrumenten der individuellen Gesundheitserziehung und der allgemeinen Verbraucheraufklärung, denen - mässe man sie an ihrer

---

52 Leichter (1991, S. 118 f.).

53 Califano (1986a, S. 192 f.).

gesundheitsbezogenen Effektivität - eigentlich eine eher zweitrangige Bedeutung zukäme.

Der Druck, den die politisch und sozialwissenschaftlich argumentierenden Fraktionen der Anti-Smoking-Bewegung ausüben, zielt hingegen auf eine Veränderung der staatlichen Politik in Richtung auf unter anderem

- Erhöhungen der Tabaksteuer,
- generelles Werbeverbot,
- Etablierung eines zivilrechtlichen Schadensersatzanspruchs gegenüber der Zigarettenindustrie bei rauchbedingten Krankheiten,
- Schutz der Nichtraucher vor dem Einatmen von Tabakrauch.

Auf diesen Gebieten der politischen Maßnahmen zur Prävention ist man vorgekommen, so daß Anfang der neunziger Jahre Präventionsmaßnahmen im individuellen und im sozialen Maßstab anzutreffen sind, die im folgenden etwas näher beleuchtet werden.

### 5.3 Soziale und individuelle Prävention des Rauchens

Wie in der Präventionspolitik insgesamt, so wird das Profil der Maßnahmen und Interventionen zum Risikofaktor Rauchen primär nicht von der Effektivität, sondern von den spezifischen Machtbedingungen geprägt. Darum verwundert es nicht, daß die individuellen Maßnahmen im Vergleich zu den politischen und sozialen Maßnahmen mehr im Vordergrund stehen, als es ihnen nach ihrer Wirksamkeit zukäme, und daß dies vor der Mitte der achtziger Jahre noch stärker der Fall war, da die politisch-ökonomischen Konstellationen der Anti-Smoking-Bewegung noch engere Grenzen auferlegten, als dies seither der Fall ist.

Diese verallgemeinerbare Erscheinungsform der Machtbedingtheit von Präventionspolitik erfährt ihre Entsprechung noch einmal innerhalb des Bereichs der Intervention in das ökonomische System von Herstellung, Verteilung und Marketing der Tabakprodukte. Ökonomisch gesehen ist das Rauchen nichts anderes als der Konsum einer industriell gefertigten Ware. Interventionen in das ökonomische System erweisen sich - ebenso wie präventive Interventionen insgesamt - als in sich hierarchisiert. Die Abstufung stellt sich in der Regel auch hier entsprechend der Logik der Machtverteilung bzw. des geringsten Widerstandes her: Daher erfahren die nachfragenden Individuen die weitaus größte Aufmerksamkeit. Soweit überhaupt in die Angebotsseite

eingegriffen wird, geschieht dies vorwiegend auf der Ebene der Warenzirkulation (Verkaufsverbot beim Handel für Kinder und Jugendliche, Kennzeichnung der Verpackung, Werbeeinschränkungen usw.), während die Sphäre der Produktion weitgehend unberührt bleibt. Der weitaus größte Teil der Anti-Smoking-Politik ließe sich durchaus als eine spezielle und verschärfte Art der Verbraucherberatung kennzeichnen und ist daher durchaus marktkonform. Das mag dazu beigetragen haben, daß die oberen sozialökonomischen Schichten die Bewegung in starkem Maße bestimmen.

### 5.3.1 Individuelle Instrumente

#### (a) *Gesundheitsaufklärung und -erziehung*

Die erste Phase der heutigen Anti-Smoking-Politik, deren Beginn man für Mitte der sechziger Jahre datieren kann, gehörte ganz überwiegend zu den Aktivitäten der Rauchprävention. Man stellte ganz darauf ab, die Öffentlichkeit über die Gesundheitsgefahren des Tabakkonsums zu unterrichten. Dem lag die Annahme zugrunde, informierte Bürger würden das Rauchen aufgeben. Folgt man den Evaluationen dieses Maßnahmetyps, so wird man ihm Anteile am Rückgang der Raucherquote nicht versagen können.<sup>54</sup> Von Anfang an dominierten Programme zur Gesundheitserziehung insbesondere für Jugendliche.

Es haben sich im Laufe von drei Jahrzehnten Methoden und Aktivitäten der Rauchprävention in einer solchen Vielzahl entwickelt, daß hier nur ein Überblick über unterschiedliche Kategorien gegeben werden kann. Es lassen sich unterscheiden

1. mediengestützte Präventionsprogramme;
2. Rauchprävention als Bestandteil umfassenderer Curricula zur Gesundheitserziehung in den Schulen;
3. Rauchprävention mittels sozialpsychologischer Methoden zur sozialen Beeinflussung und im Rahmen von Curricula zu den »generic life skills« und
4. eine Vielzahl anderer Aktivitäten wie Vorträge von Ärzten in Schulen, Broschüren, Gemeindegkampagnen, die von frei-gemeinnützigen oder pro-

---

<sup>54</sup> Hamilton (1972); Warner/Ernster et al. (1986).

fessionellen Organisationen oder von Gemeindeinitiativen getragen werden.<sup>55</sup>

Zu den mediengestützten Programmen sollte gesagt werden, daß sie zu den ersten Maßnahmen überhaupt zählen, die insbesondere von staatlicher Seite initiiert und von den frei-gemeinnützigen Institutionen wie der American Cancer Society inhaltlich gefüllt worden sind. Evaluationen dieser Aktivitäten haben ergeben, daß sie für sich genommen nicht wirksam sind. Geht man aber umfassender an die Bewertung heran, so findet man durchaus einen Beitrag zum öffentlichen Bewußtsein und zur sozialen Akzeptanz des Rauchens.<sup>56</sup>

Der in den siebziger Jahren entwickelte und verbreitete sozialpsychologische Ansatz zum »sozialen Einfluß« veränderte die Prioritäten. Weniger die Entwicklung und Verbreitung von Gesundheitserziehungsinformationen, sondern Fragen nach dem psychosozialen Einfluß des Rauchens, dem Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind, rückten nun in den Mittelpunkt. Wenn solche Erkenntnisse in die Schulcurricula integriert wurden, haben sie meist zu positiven Ergebnissen geführt. Insbesondere widmete man sich den Gruppen des sozialen Umfeldes der Kinder und Jugendlichen, die den größten sozialen Einfluß ausüben, also den Eltern, Lehrern, jeweils älteren Jugendlichen usw. Evaluationen veranschlagen, daß mit der Methode des »sozialen Einflusses« und deren Integration in Curricula die Quote der Jugendlichen, die zu rauchen anfangen, um bis zu 50 Prozent gesenkt werden kann.<sup>57</sup> Das Untersuchungsergebnis wäre sicher weniger positiv ausgefallen, wenn der sozialökonomische Status der Eltern erfaßt worden wäre, deren Kinder erfolgreich vom Rauchen abgehalten worden sind. Denn der Erfolg der hier gewählten Interventionsweisen stützt sich zu großen Teilen auf die Kommunikationsfähigkeit und den sozialen Einfluß der Eltern.<sup>58</sup>

Von den sechziger Jahren bis heute gibt es eine große Anzahl aufwendiger Kampagnen zur Raucherprävention, die sich vor allem auf Jugendliche konzentrierten, wobei die Tendenz in Richtung auf Kinder der Grund- und Vorschulen geht. Beispiele sind das Projekt BIOSEP, ein »Biofeedback Smoking Education Program« für Schüler zwischen sieben und dreizehn Jahren.

---

55 Soweit im folgenden keine anderen Angaben gemacht werden, vgl. Department of Health and Human Services (1989). In dieser Veröffentlichung werden die wichtigsten Aktivitäten aufgezählt und knapp bewertet. Aus Platzgründen ist es nicht möglich, in der Arbeit mehr als nur einzelne Beispiele herauszugreifen.

56 Flay (1987).

57 Flay (1985).

58 Worden/Flynn et al. (1987).

Das von der American Lung Association entwickelte Programm »Smoking Deserves a Smart Answer« für neun- bis dreizehnjährige Schüler setzt auf den direkten Einfluß der Peer-Gruppen. Verteilt wird ein Baukasten mit Postern, Stickers, einem Leitfaden für Lehrer, Beispiele für Rollenspiele usw. In ähnlicher Weise wurden auch die American Heart Association (»Save a Sweet Heart«, »Let's Talk About Smoking«) und die American Cancer Society (»An Early Start to Good Health«, »ACS Health Network«, »Health Myself«) auf diesem Feld aktiv. 1987 haben die großen gemeinnützigen Organisationen eine Kampagne mit dem Titel »Tobacco-Free America« begonnen, deren Elemente unter anderem in Kampagnen für tabakfreie Schulen, Anzeigen in Massenmedien und auch in gesetzgeberischen Initiativen bestehen. Man unterstellt, daß Raucher zuerst von der Gefährlichkeit ihrer Angewohnheit überzeugt werden müßten, bevor Entwöhnungskurse erfolgreich sein könnten.

#### (b) *Entwöhnung*

Während der siebziger Jahre verlagerte sich der Schwerpunkt auf Methoden, die den Rauchern nicht nur bei der Entwöhnung, sondern auch gegen die daran anschließende Rückfallgefahr helfen sollen.<sup>59</sup> Eine Zusammenfassung von 416 wissenschaftlichen Rauchentwöhnungsversuchen, aufgeschlüsselt nach 22 verschiedenen Interventionsmethoden, erbrachte nach einjähriger Nachuntersuchung Erfolgsraten zwischen durchschnittlich 6 Prozent bei allgemeiner ärztlicher Beratung, über 30 Prozent mit Hilfe von »Schnellrauchen« und ähnlichen Konditionierungsmethoden und bis zu durchschnittlich 43 Prozent aufgrund von ärztlicher Intervention bei herzkranken Patienten.<sup>60</sup> Andere Meta-Studien zum Erfolg der Entwöhnung sprechen von 70 bis 80 Prozent bei einigen Methoden, die sich aber auf längere Sicht zu Quoten von 20 bis 30 Prozent vermindern.<sup>61</sup> Die Masse der Publikationen kann bereits selbst von darauf spezialisierten Wissenschaftlern kaum mehr übersehen werden.

Wenn man über die drei Jahrzehnte hinweg Tendenzen feststellen kann, dann ist es auf der methodischen Seite die Entwicklung von an kognitivem Wissen orientierten Aufklärungs- und Erziehungsbemühungen zu mehr ver-

---

59 Schwartz (1987).

60 Department of Health and Human Services (1989, S. 409 ff.).

61 Benfari/Ockene/McIntyre (1982).

haltensorientierten Ansätzen. Obwohl die Zahl und die Verfeinerung der Entwöhnungsprogramme während der letzten Jahrzehnte permanent gewachsen sind, hatte dies nur einen begrenzten Einfluß auf die gesellschaftliche Raucherquote. Zur gleichen Zeit entwickelte sich jedoch ein zweiter Trend: Es setzte sich nämlich die Erkenntnis durch, daß Rauchen eine sozial vermittelte Verhaltensweise ist, die durch Veränderungen der »sozialen Umwelt« beeinflussbar ist.<sup>62</sup>

Die Beziehung zwischen individuellen Hilfen und der Verbesserung der Gesundheit im gesellschaftlichen Maßstab, also Public Health, erfordert noch eine ergänzende Bemerkung: In der Diskussion über Wert und Unwert einzelner Strategien und Maßnahmen werden diese häufiger gegeneinander ausgespielt. Nehmen wir das Beispiel der Raucherentwöhnung: Gesellschaftspolitisch und sozialpsychologisch denkende Kritiker haben durch stichhaltige Argumente und Evaluationsstudien die in der Praxis noch immer starke Position derer widerlegt, die das Rauchen als Problem einer »rationalen Auswahl« individueller Lebensstilelemente aufgrund von kognitivem Wissen ansehen. Wäre letzteres der Fall, dann ließe es sich - entsprechend dem medizinischen Therapieparadigma - durch individuelle Hilfe zur Entwöhnung und durch allgemeine Aufklärung lösen. Die Kritiker können auf buchstäblich Tausende von Untersuchungen verweisen, in denen Medienkampagnen, Einzelberatungen, Unterweisungstechniken, Gruppenmethoden wie Rollenspiele, Desensibilisierung, Konditionierung durch Abneigung, Ekel, Schmerz usw. evaluierend unter die Lupe genommen wurden.

### (c) *Kommerzielle Angebote*

Die Raucherentwöhnung dürfte das am besten evaluierte Element der Anti-Smoking-Politik sein. Bei unbestrittenem Nutzen für einzelne Raucher ist der Effekt für die öffentliche Gesundheit nachgewiesenermaßen minimal. Das Mißverhältnis zwischen der relativen Bedeutung, die der Entwöhnungshilfe eingeräumt wird, und dem relativen Effekt dürfte also zumindest in den Vereinigten Staaten mit ihren enormen Gesundheitsforschungskapazitäten kaum auf gesundheitspolitischer Fehlinformation beruhen. Wie ist aber das Gewicht zu erklären?

Das Instrument »Raucherentwöhnung« ist ein solches, das von seiner Beschaffenheit her prinzipiell dem spontanen Problemlösungsmechanismus der

---

62 Iglehart (1986).

Marktgemeinschaft überlassen werden kann. Es läßt sich ein individueller Bedarf nach Waren - entweder in Form von Gütern (z.B. Entwöhnungsmedikamente) oder von Dienstleistungen (z.B. Hypnose, Akupunktur) - wecken, mittels derer das Bedürfnis nach Entwöhnung in standardisierter und für Individuen teilbarer Weise gelöst werden kann. Diese Eigenschaften kommen nicht nur dem ökonomischen System entgegen, sondern auch dem politischen System, das sich damit von Verantwortung und Kosten entlasten kann.

Keine Frage, daß ein weiterer befördernder Faktor die große Kompatibilität mit dem medizinischen System ist, das auf die gleiche Weise arbeitet. Diese Vereinbarkeit beruht nicht nur strukturell auf der potentiellen Warenförmigkeit der Waren und Dienste, sondern auch »historisch« darauf, daß das gesamte System des medizinischen Fortschritts auf solche Leistungen hin orientiert und trainiert ist, die sich in persönliche Dienste und Gesundheitsprodukte transformieren lassen. Der dem ökonomischen System immanente Part der Gesundheitspolitik besteht lediglich darin, erstens die Nachfrage nach Entwöhnungswaren durch »Aufklärung« zu wecken, zweitens (durch die Food and Drug Administration, FDA) bestimmte Standards oder Kontrollen festzulegen, um die fehlende Konsumentensouveränität auszugleichen, und allenfalls - drittens - in politisch erwünschten Fällen eine Finanzierung der Nachfrage zu sichern, die von der Einkommensverteilung her nicht gewährleistet ist.

Es ist also kein Wunder, daß mit wachsendem Einfluß der Anti-Smoking-Politik »automatisch« eine enorme Nachfrage nach Waren zur Raucherentwöhnung geschaffen worden ist. Die besondere Attraktivität der als materielle Hilfsmittel daherkommenden Warenangebote liegt darin, daß sie suggerieren, man müsse sie zur Problemlösung nur kaufen und konsumieren. Die Empfehlung, den Lebensstil zu ändern, ja ihn sich im Hinblick auf die eigene Gesundheit bewußt zu machen, kann dagegen in der Regel damit nicht konkurrieren. Heute finden sich in jeder amerikanischen Stadt kommerzielle Non-Smoking-Angebote.

Je attraktiver das implizite Nutzen-Versprechen einer Ware ist, desto weniger davon muß sie real halten. Das trifft für pharmazeutische Entwöhnungshilfen, die schon seit Beginn des massenhaften Rauchens angeboten werden, in besonders deutlicher Weise zu. Die FDA hat 1982 die gängigsten Produkte geprüft und befunden, daß meistens eine Effektivität nicht nachgewiesen werden konnte. Zu einem ähnlichen Resultat gelangte die FDA auch hinsichtlich der meisten Spezialkaugummis, Mundsprays sowie der silberacetathaltigen Medikamente. Den nikotinhaltigen Kaugummis kann man

zwar eine positive Wirkung als Entwöhnungshilfe zuschreiben, jedoch haben verschiedene Studien teilweise über beträchtliche Nebenwirkungen berichtet. Diese und ähnliche Befunde konnten den im Windschatten der Anti-Smoking-Bewegung expandierenden Warenangeboten nichts von ihrer Anziehungskraft nehmen. Über folgendes Beispiel wird berichtet: Kontrollierte Studien haben die Wirksamkeit des »nicotine polacrilex gum« nachgewiesen. Die FDA billigte daraufhin 1984 nikotinhaltige Kaugummis als verschreibungspflichtige Medikamente. Das Produkt kam im März 1984 zum Preis von 18 Dollar pro 96 Stück auf den Markt. Nach vier Monaten hatte die Firma Merrell Dow vier Millionen Dollar für die Promotion des Produkts investiert. Über 80 Prozent dieser Investitionen gab man für persönliche Ansprache von Ärzten aus, unter anderem wurden Proben an 77 000 Ärzte verschickt. Das Resultat dieser Kampagne war das am schnellsten verkaufte Verschreibungsmedikament, das je den amerikanischen Pharmamarkt erblickt hat. Bereits im Einführungsjahr 1984 erreichte man einen Umsatz von 42 Millionen Dollar, der sich bis 1986 auf 60 Millionen Dollar steigerte, obwohl inzwischen ähnliche Produkte von vielen anderen Firmen ebenfalls erfolgreich vertrieben wurden. Parallel dazu ist ein Markt für nichtpharmazeutische Entwöhnungshilfen entstanden wie »rauchlose Zigaretten«, Selbsthilfebücher, Tonbandkassetten, Videos bis hin zu einem computergestützten Entwöhnungsprogramm namens »LifeSign«. <sup>63</sup>

Unter den kommerziellen Dienstleistungsangeboten rangierte in den achtziger Jahren die Hypnose mit geschätzten 31 Prozent an erster Stelle. Es geht dabei meist darum, bei den Klienten einen Zusammenhang zwischen Rauchen und negativen Erfahrungen herzustellen. Darum sind die Unterschiede zu behavioristischen Konditionierungen fließend. Schwartz stellte die Ergebnisse von 31 wissenschaftlichen Versuchen zusammen und kam zu dem Schluß, daß Hypnosen nur dann effektiv sind, wenn sie als die einzige Entwöhnungsmethode genutzt werden. <sup>64</sup> Zunehmend häufiger werden auch Akupunkturmethoden angeboten.

Einer der ältesten und erfolgreichsten kommerziellen Anbieter von Entwöhnungsprogrammen sind die »Smok-Enders«, die 1969 ins Leben gerufen wurden. Sie verkaufen ihr Programm, das aus sechs zweistündigen Sitzungen in sechs Wochen besteht, in fast allen Städten der USA. Die Durchführung liegt in den Händen zentral geschulter ehemaliger Raucher, die Methoden sind verhaltensorientiert. Die Kosten betragen Mitte der achtziger Jahre

---

63 Department of Health and Human Services (1989, S. 426 f.).

64 Schwartz (1987).

pro Person zwischen 225 und 300 Dollar, ungefähr 600 000 Raucher hatten bis dahin teilgenommen.<sup>65</sup> Rein behavioristisch orientiert ist das »Schick Stop Smoking Program«, das schon 1971 mit Konditionierungstechniken angefangen hat. Nach einer Vorbereitungsphase werden zur negativen Konditionierung vor allem Schnellrauchen und milde Elektroschocks angewandt, die in einer abschließenden Stabilisierungsphase bei Bedarf wiederholt werden. Die Teilnahme kostete in den achtziger Jahren 595 Dollar.<sup>66</sup>

Zu einem rasch expandierenden Absatzmarkt für kommerzielle Entwöhnungsdienstleistungen hat sich die Privatwirtschaft entwickelt. Seit mehr und mehr Unternehmen dazu übergehen, das Rauchen am Arbeitsplatz einzuschränken oder zu verbieten, werden von den Arbeitgebern auch zunehmend Entwöhnungsdienstleistungen angeboten. Meist sind sie integriert in »Worksite-Health-Promotion«- oder »Worksite-Wellness«-Programme, die im Kapitel 6 dieser Arbeit vorgestellt werden. Die bekanntesten Anbieter sind die Control Data Corporation mit ihrem auf Arbeitgeber zugeschnittenen »Stay-Well«-Gesundheitsförderungsprogramm. Dieses hat eine Anti-Smoking-Komponente »How to quit Smoking«, die auf Nikotinentzug und behavioristische Konditionierung setzt. Johnson & Johnson, einer der weltgrößten Konzerne für Gesundheitswaren, hat in seinem Gesundheitsförderungspaket »Live for Life« ebenfalls ein Raucherentwöhnungsprogramm. Dessen Elemente sind unter anderem Gruppenunterstützung, Entspannungstraining und Konditionierung. Einer Veröffentlichung zufolge soll die Erfolgsquote nach zwei Jahren zwischen 21 und 32 Prozent gelegen haben.<sup>67</sup> Viele Arbeitgeber versuchen, durch monetäre Anreize für die Beschäftigten das Raucherverhalten zu beeinflussen und die Entwöhnung zu unterstützen, z.B. durch einen monatlichen Bonus bei Nichtrauchen am Arbeitsplatz.

#### (d) *Zur Effektivität individueller Raucher-Prävention*

Es hat sich auch inzwischen in der Public-Health-Bewegung herumgesprochen, daß zwischen 90 und 95 Prozent der 35 Millionen Amerikaner, die zwischen 1964 und 1988 das Rauchen aufgegeben haben, dies ohne Entwöh-

---

65 Department of Health and Human Services (1989, S. 429).

66 Department of Health and Human Services (1989, S. 430).

67 Shipley/Orleans et al. (1988). In der Regel sind solche Veröffentlichungen zu kommerziellen Programmen mit Vorsicht zu betrachten, da die Wissenschaftler nicht selten in Vertragsbeziehungen mit den Anbietern stehen.

nungskurse gelungen ist.<sup>68</sup> Das entspricht auch einer Auswertung des »Adult Use of Tobacco Survey«:

»Ungefähr 90 Prozent der erfolgreichen und 80 Prozent der erfolglosen Aufhörer haben individuelle Methoden benutzt anstatt organisierte Programme. Unter den Rauchern, die in den davorliegenden zehn Jahren versucht haben, aufzuhören, waren 47,5 Prozent derjenigen, die es selbst versuchten, erfolgreich, aber nur 23,6 Prozent der Teilnehmer von Entwöhnungskursen.«

Fiore und Mitarbeiter kommen zu dem Fazit:

»Entwöhnungsprogramme dienen einer kleinen, aber bedeutenden Gruppe von Rauchern, unter denen sich starke Raucher befinden, die das höchste Risiko haben, an einer mit dem Tabakgenuß verbundenen Krankheit zu sterben.«<sup>69</sup>

Auch die meisten Personen, die vorhaben, sich das Rauchen abzugewöhnen, wollen von Entwöhnungskursen keinen Gebrauch machen. Syme berichtet über die Erfahrung bei der MRFIT-Studie: Mit sorgfältig ausgewählten Probanden wurde eine Aufhörquote von 42 Prozent erzielt,

»wahrscheinlich das beste, was man in individuenbezogenen Interventionsprogrammen überhaupt erreichen kann [...] Aber selbst wenn wir [...] zu 100 Prozent erfolgreich gewesen wären, hätten wir an der Verteilung der Krankheiten in der Bevölkerung nichts geändert. Denn ein auf Individuen bezogenes Programm hat keinen Einfluß auf die gesellschaftlichen Umstände, die dazu führen, daß sich immer wieder neue Personen diesen Risikofaktoren aussetzen. Selbst wenn wir vom Risiko betroffenen Menschen helfen, nehmen andere sofort ihren Platz ein.«<sup>70</sup>

In der Tat hat man ja auch ausgerechnet, daß selbst bei einer Raucherquote von nur noch 29 Prozent noch immer täglich 3 000 Amerikaner anfangen zu rauchen. Ohne Zweifel kommt es also primär auf die soziale Atmosphäre an, von der die Entscheidungen für oder gegen das Rauchen in starkem Maße abhängig sind. Deren Veränderung kann aber nicht in der ideologisch-moralischen Sphäre allein stattfinden, sondern muß auch reale Anreize, Sanktionen und Kosten zugunsten des Nichtrauchens beinhalten. Dies wiederum ist - so lehrt die amerikanische Erfahrung - ohne eine politische und soziale Bewegung gegen das Rauchen unmöglich. Auch der Erfolg von individuellen Entwöhnungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit für einzelne nicht bestritten wird, ist davon abhängig. Nur einen Punkt übersehen die meisten Kritiker: Auch die Wirkung von Entwöhnungskursen geht über deren nicht sonderlich beeindruckenden Erfolgsquoten nicht hinaus. Wenn es nämlich ein öffentlich

---

68 Fiore/Novotny et al. (1989). Es ist dies eine Folge mehrerer Artikel mit gleichen Autoren, die in unterschiedlicher Reihenfolge angeführt werden.

69 Fiore/Novotny et al. (1990).

70 Syme (1991).

gut wahrnehmbares Angebot an diesen Hilfen<sup>71</sup> für einzelne Raucher gibt, so trägt auch das dazu bei, daß Rauchen im öffentlichen Bewußtsein als eine Verhaltensweise angesehen wird, die Suchtcharakter hat und deren Pathogenität eben für viele Menschen eine Entwöhnung notwendig macht. Erst durch dieses Zusammenspiel zwischen den traditionellen Präventions- und Entwöhnungsaktivitäten und den politischen Kämpfen um Werbeverbote, Warnungstexte, Besteuerung bis hin zu den Rauchverboten ist das gesellschaftliche Klima entstanden, das nicht mehr den Nichtrauchern, sondern den Rauchern die Begründungspflicht auferlegt.

### 5.3.2 Politische Instrumente

#### (a) *Kennzeichnungspflicht und Werbebeschränkungen*

Das Streben, die Bürger über die Gefahren aufzuklären und die Propagierung dieser Gefahren zu verhindern, steht am Beginn sehr vieler sozialer Bewegungen der unterschiedlichsten Art. So auch in der Anti-Smoking-Politik: Nachdem 1964 durch den Surgeon General nachdrücklich auf die gesundheitsgefährdenden Eigenschaften des Rauchens hingewiesen worden war, verabschiedete der Kongreß 1965 den »Cigarette Labeling and Advertising Act«. Das wurde von den Gesundheitspolitikern durchaus nicht als Erfolg empfunden, da nämlich das Gesetz einer weitergehenden und restriktiveren Initiative der Federal Trade Commission (FTC) zuvorgekommen war. Die Warnung, deren festgelegter Wortlaut von den Tabakgesellschaften als Erfolg gewertet wurde, lautete: »Achtung: Zigaretten können [may be] gefährlich für Ihre Gesundheit sein«. Sie sollte ferner nur auf den Packungen und nicht auch bei der Werbung obligatorisch sein, und das Gesetz untersagte es der FTC ebenso wie den Staaten und Kommunen bis 1969, von sich aus auf dem Gebiet der Warnungen und der Zigarettenwerbung tätig zu werden. Die Macht der mit dem Tabak verbundenen Geschäftswelt, die in Washington über eine gut organisierte und hochrangige Lobby verfügt, hatte sich durchgesetzt.

In den Folgejahren stellte sich heraus, daß den Zigarettenherstellern durch das Gesetz von 1965 sogar eine erhebliche Sorge genommen wurde:

---

71 Die Bezeichnung »Hilfen« muß insofern eingeschränkt werden, als vor allem einige der auf der behavioristischen Psychologie basierende Methoden der Konditionierung auch als unwürdig und demütigend empfunden werden können.

Bis zu einem Urteilsspruch des Obersten Gerichtshofs im Juni 1992 konnten sie nämlich sämtliche Schadensersatzprozesse, die von krebskranken Rauchern oder deren Hinterbliebenen gegen sie angestrengt worden sind, in den wesentlichen Punkten mit dem Hinweis ablehnen, der Aufdruck auf der Packung informiere den Konsumenten über mögliche Schäden.<sup>72</sup> Erst 27 Jahre später, im sogenannten Cipollone-Fall, wurden nach neunjährigem Gang durch die Instanzen der Familie der 1984 an Lungenkrebs verstorbenen Rose Cipollone 400 000 Dollar Schadensersatz zugesprochen. Experten erwarten nun, daß solche Klagen gegen Firmen, die mit »leichten« Zigaretten (niedriger Teer- und Nikotingehalt) suggerieren, diese seien ungefährlich, künftig in größerem Ausmaß möglich sind.<sup>73</sup> Laut Bericht des »Economist« war im Anschluß an dieses Urteil »der Aktienmarkt verwirrt, die Tabakaktien stürzten zunächst, kamen dann wieder in Gang«<sup>74</sup>.

Überhaupt hielt die Wirkung des Surgeon General Reports und seiner Verbreitung durch die Medien nicht lange an. Innerhalb eines Jahres waren die Verkaufszahlen für Zigaretten wieder zum Ausgangspunkt zurückgekehrt, und nur ein Fünftel derjenigen Raucher, die unter dem unmittelbaren Eindruck der Information über die Pathogenität des Tabakrauchens aufgehört hatten, war immer noch abstinent geblieben. Ein halbes Jahr später wurden so viele Zigaretten verkauft wie niemals zuvor.<sup>75</sup> Die Industrie verbreitete - mit Hilfe einzelner Wissenschaftler und wissenschaftlicher Institute sowie (bis Mitte der sechziger Jahre) auch der American Medical Association - die Ansicht, ein wissenschaftlicher Nachweis eines Kausalzusammenhanges zwischen Zigaretten und Krebs sei nicht erbracht worden. Dann kam 1967 Hilfe von unvermuteter Seite: Die Federal Communication Commission (FCC) ging gerichtlich gegen die Rundfunk- und Fernsehsender vor, indem sie die sogenannte »Fairness Doctrine« auf die Tabakwerbung anwandte. Dieser Doktrin zufolge war der Äther öffentliches Eigentum und die Sender hatten die Pflicht, zu »öffentlichen Auseinandersetzungen« unterschiedliche Positionen zu senden. Da die Behauptungen der Tabakindustrie kontrovers seien, könnten die Sender gezwungen werden, auch die andere Seite zu Wort kommen zu lassen. In dem folgenden Gerichtsverfahren wurde die Forderung nach gleichlanger Sendezeit zurückgewiesen, jedoch die Sender dazu verurteilt, »eine signifikante Zeitspanne« für die Sendung von Anti-Smoking-Auf-

---

72 Annas (1992).

73 Brahams (1992).

74 *The Economist* vom 27.6.1992.

75 Goldstein (1992, S. 101).

klärung zur Verfügung zu stellen. Vor allem die nichtstaatlichen Organisationen hatten nun in der Erarbeitung von Anti-Smoking-Informationen ein neues Betätigungsfeld.

1969 unternahm die Federal Trade Commission wiederum einen Versuch, die Warnungen wenigstens auf die Werbung auszudehnen. Auch diesmal wollte zunächst die Mehrheit des Hauses mit einem Gesetz kontern, das sogar vorsah, das Regulationsverbot für Staaten und Kommunen um weitere sechs Jahre zu verlängern. Jedoch schien die Tabaklobby überzogen zu haben, indem sie noch immer jeden Zusammenhang zwischen Rauchen und Krankheit durch angemietete Wissenschaftler offensiv bestreiten ließ. Das mußte bereits bei jenem Teil der amerikanischen Öffentlichkeit, der politisches Gewicht hat, als unglaubwürdig angesehen werden. Der Senat von Kalifornien hatte kurz zuvor die Zigarettenreklame in Zeitungen, Zeitschriften, Radio und Fernsehen verboten, die »New York Times« hatte gar freiwillig auf die Einnahmen aus jener Zigarettenwerbung verzichtet, die keine Gesundheitswarnungen beinhalteten. Schließlich kam 1970 ein etwas strengeres Gesetz, der »Public Health Cigarette Smoking Act«, zustande. Die obligatorischen Gesundheitswarnungen auf den Packungen und das Verbot der Werbung in Radio und Fernsehen waren vorgeschrieben, aber zugleich hatte man wiederum der Federal Trade Commission und den Gebietskörperschaften weitergehende Regulierung bis Juli 1971 verboten.<sup>76</sup>

Nach diesem Gesetz verschwand das Thema für ein Jahrzehnt weitgehend von der politischen Agenda in Washington. Es wurde aber von der Exekutive aufgenommen, insbesondere von der Federal Trade Commission, die 1972 ein Abkommen erreichte, das Angaben des Teer- und Nikotingehalts bei den Warnungen vorschrieb. Der Kongreß befaßte sich erst Anfang der achtziger Jahre wieder mit dem Thema, nachdem die FTC durch eine Untersuchung herausgefunden hatte, 47 Prozent der Frauen wußten nicht, daß Rauchen während der Schwangerschaft ein Risiko für Fehl- und Mißgeburten darstellt. 41 Prozent der interviewten Männer wußten nichts von der lebensverkürzenden Wirkung, die das Rauchen auf 30jährige hat. Gegen den Widerstand des Präsidenten Reagan wurde dann 1984 der »Comprehensive Smoking Prevention Education Act« verabschiedet, der strengere und eingehendere Warnungen vorschreibt. Als Kompensation für die Tabakfarmer hatten die Anti-Smoking-Politiker für Restriktionen bei der Tabakeinfuhr gestimmt.<sup>77</sup>

---

76 Leichter (1991, S. 117).

77 Leichter (1991, S. 118 f.).

Auf dem Gebiet der Restriktionen bei der Zigarettenwerbung war für lange Zeit das 1970 erteilte Verbot für Radio und Fernsehen das letzte Wort des Gesetzgebers. Bis heute sind Zigaretten das Produkt, für dessen Werbung und Promotion in den USA das meiste Geld ausgegeben wird. Es traten dann in den achtziger Jahren in einer vorher nicht gekannten Intensität Gesundheitsorganisationen auf den Plan. 1985 hatte das Nationale Beratungskomitee für Drogenmißbrauch öffentlich das totale Verbot der Werbung gefordert, und zwar über Radio und Television hinaus auch bei den Printmedien und auf Werbetafeln, ebenso wie das Verbot der Promotion bei Konzerten und Sportveranstaltungen. Diese Forderung wurde seither von allen bekannten Akteuren und Organisationen der Anti-Smoking-Bewegung aufgenommen. Das umfassende Werbe- und Promotionverbot ist ein bestimmendes Thema bis in die neunziger Jahre hinein.

1986 wurden zwei Gesetzesentwürfe eingebracht. Einer sollte die steuerliche Abzugsfähigkeit von Kosten für Tabakwerbung beenden. Der andere forderte ein komplettes Werbeverbot. Wieder hatte die Industrie schon im Vorfeld für die völlige Chancenlosigkeit gesorgt, dennoch erregte die Debatte großes öffentliches Interesse. Bemerkenswert ist, daß sich die Tabakindustrie erst jetzt zu einer neuen Argumentationsstrategie genötigt sah. Sie ging nun völlig davon ab, die Frage der Kanzerogenität als eine »offene Debatte« hinstellen zu lassen, und argumentierte mit den Grundrechten der Verfassung und deren bisherigen Auslegungen durch die Verfassungsrichter.<sup>78</sup> Unter anderem wird seither betont, Werbung sei eine Meinungsäußerung und Werbeverbot also die Einschränkung der Meinungsfreiheit (freedom of commercial speech). Ebenso werden für das Rauchen selbst Grundrechte in Anspruch genommen. Diese neue Ebene der Argumentation erwies sich als schlagkräftig und provozierte ihrerseits wiederum die Anti-Smoking-Bewegung, das Passivrauchen bzw. das unfreiwillige Rauchen und seine gesundheitsschädlichen Wirkungen in den Vordergrund zu stellen.

Kommen wir zu den gesundheitlichen Wirkungen der Tabakwerbung. Es wird häufig die Frage gestellt, ob denn die Wirkungen von Warnungen, Werbeeinschränkungen und -verboten so gut seien, daß es sich lohne, diese jahrzehntelangen Auseinandersetzungen zu führen. Dem ist noch eine Bemerkung vorzuschicken: Diese Konflikte werden nicht allein deshalb geführt, weil man von ihrer Effektivität überzeugt ist, sondern weil die Machtverhältnisse nicht viel mehr zulassen. Die Tabakinteressen sind ja nicht allein Tabakinteressen, sondern auch Interessen der großen Kapitalgesellschaft-

---

78 Ile/Kroll (1990).

ten insgesamt. Als solche sind sie in eine feste juristische, ideologische, politische und ökonomische Herrschaftsstruktur der amerikanischen Gesellschaft integriert, die in vielen Jahrzehnten der Hegemonie des »Corporate America« gewachsen ist. Selbst wenn eine Mehrzahl der »Corporations« mittlerweile feststellte (was möglicherweise sogar der Fall ist), daß der Tabak ihre Ausgaben für die Krankenversicherung in die Höhe treibt, ließe ihr ordnungspolitisches Interesse keine sonderlich weitergehenden Schritte zu.

Die Wirkungen von Werberestriktionen sind sehr wesentlich durch die Gegenstrategien der Industrie bestimmt, die darum mitbedacht werden müssen. Die Wirkungen der Werbung auf die Nachfrage und den Genuß von Tabakprodukten ist seit jeher umstritten. Die Befürworter von Restriktionen nehmen an, die Werbung ermutige die Raucher weiterzurauchen, ermuntere die Nichtraucher anzufangen und schwäche den Willen derer, die aufgehört haben.<sup>79</sup> Auf der anderen Seite verneinen die Tabakkonzerne eine Wirkung auf die Raucherquote und behaupten, die Werbung wirke sich lediglich dahingehend aus, daß die Konsumenten ihre Gunst einer anderen Marke zuwenden würden. Um diese Frage besser beantwortbar zu machen, ist es ratsam, zwischen direkten Wirkungen und indirekten Effekten zu unterscheiden.

Warner und Mitarbeiter geben einen Überblick über die zahlreichen empirischen Studien, die über die Frage der *direkten Effekte* auf den Zigarettenkonsum vorliegen. Aus den zahlreichen Regressionsanalysen können die Anhänger beider Meinungen Nutzen ziehen, und die durchgeführten ökonometrischen Studien sind aufgrund ihrer ungelösten Methodenprobleme nicht sehr aussagekräftig. Die einzige Schlußfolgerung, die man aus den Regressionsanalysen ziehen kann, ist die, daß marginale Veränderungen auf seiten der Werbung keine signifikanten Veränderungen des Zigarettenkonsums bewirken. Allerdings ist keine der vorliegenden Untersuchungen in der Lage gewesen, den Wirkungen eines völligen Verbots der Werbung nachzugehen.<sup>80</sup> Unter den Forschungsprojekten, die nach den direkten Wirkungen des Gesetzes von 1971 gefragt haben, haben Schneider, Klein und Murphy herausgefunden, daß das Werbeverbot für Fernseh- und Rundfunksender einen - wenn auch milden - reduzierenden Effekt gehabt habe. Wenn man aber alle Effekte zusammennehme, so könne man sogar von einer konsumsteigernden Wirkung sprechen, da ein nichtintendierter Nebeneffekt des Verbotes in der Kostensenkung liege, was eine Preissenkung ermöglicht habe, die wiederum

---

79 Zusammenfassend vgl. Tye/Warner/Glantz (1987).

80 Warner/Ernster et al. (1986, S. 370).

eine zusätzliche Nachfrage induziert haben soll.<sup>81</sup> Insgesamt sind die empirischen Studien nicht allzu ernst zu nehmen, weil sie rigide Annahmen machen, die viele mögliche und plausible Faktoren ausklammern, und weil sie keine längerfristigen Effekte feststellen.

Das gleiche trifft auch für die Studien zu, die sich dem gesundheitspolitisch möglicherweise noch relevanteren Thema der Schwerpunktwerbung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, gewidmet haben. Bei Jugendlichen ist die Industrie besonders aktiv, da hier die Weichen für eine lebenslange Gewohnheit gestellt werden. Man weiß bisher nur, daß es sowohl bei Jugendlichen als auch bei Frauen und Schwarzen eine Koinzidenz zwischen den Werbeschwerpunkten und dem Mehrkonsum gibt.<sup>82</sup> Eine empirische Studie legt die Annahme nahe, daß Kinder und Jugendliche - im Unterschied zur verbreiteten Meinung - sich sehr wohl durch die gesundheitsbezogene Anti-Smoking-Gegenwerbung ansprechbar zeigten, die vor dem Verbot durch die Federal Commission Communication Doctrine gesendet werden mußte.<sup>83</sup>

Die bedeutendsten unter den *indirekten Effekten* der Zigarettenwerbung bestehen in dem Einfluß, den die Tabakindustrie als größter Werbekunde auf die redaktionellen Teile der Medien ausüben kann, und in der finanziellen Abhängigkeit vieler Träger und Veranstalter in Sport und Kultur. Empirische Auswertungen von Zeitungs- und Zeitschrifteninhalten im Verhältnis zu den Werbeeinnahmen sind mehrfach durchgeführt worden und haben diesen Zusammenhang nachgewiesen.<sup>84</sup> Viele Einzelfälle von Zensur im Sinne der Werbekunden sind bekanntgeworden. Beispielsweise wollte die Akademie der praktischen Ärzte ein Supplement über »Strategien für ein gesünderes, glücklicheres und längeres Leben« in »Time« veröffentlichen. Das Wochenmagazin strich daraus alle Ausführungen zur Schädlichkeit des Tabakrauchens, mit Ausnahme des Hinweises, Rauchen im Bett sei gefährlich.<sup>85</sup>

Einbußen bei der Werbung können für viele Zeitungen zum wirtschaftlichen Ruin führen. Die entsprechende ökonomische Potenz der großen Tabakkonzerne wird mit dem Blick auf die Werbemilliarden noch unterschätzt. Denn sie verfolgen die Strategie der vertikalen Konzentration, d.h. sie er-

---

81 Warner/Ernster et al. (1986, S. 372).

82 Mündliche Mitteilung von R. Roemer (1991), School of Public Health, UC Los Angeles (1991).

83 Lewit (1981).

84 Warner/Goldenhar/McLaughlin (1992).

85 Califano (1986a, S. 194).

weitern sich um Unternehmen anderer Branchen, wie R.J. Reynolds um General Food. Das bedeutet, daß auch deren gewichtige Werbebudgets in die Waagschale geworfen werden können. Es gibt hinreichende Belege dafür, daß die Werbung zu verminderter Information über den Zusammenhang von Rauchen und Gesundheit führt. Das noch Anfang der achtziger Jahre schlechte Niveau der Aufgeklärtheit über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens mag einen wichtigen Grund hierin haben.

Warner und Mitarbeiter resümieren ihren Übersichtsartikel, alles zusammengekommen spreche vieles dafür, daß die Tabakwerbung und andere Formen der Promotion dazu dienen, den Tabakgenuß in unserer Gesellschaft aufrechtzuerhalten. Obwohl die Menschen die Botschaften über Rauchen und Gesundheit viel weniger hören, so seien sie doch immerhin ausreichend gewesen, um den Trend des unverminderten Anstiegs umzukehren. Aber animierende Botschaften, die täglich von so gut wie jedem Amerikaner gesehen werden, verlangsamten diese Umkehr und zögerten den Zeitpunkt hinaus, zu dem die Amerikaner, »einst der Welt stärkste Raucher, zu einer Nichtraucher-gesellschaft werden«<sup>86</sup>.

Man kann zwei Arten von Wirkung unterscheiden: zum einen die unmittelbar auf den Konsum zielende und zum anderen die längerfristig und kaum nachvollziehbar zur allgemeinen rationalen, legalen, moralischen und ästhetischen Umwertung beitragende. Die unmittelbaren Verluste durch Werbeeinschränkungen (falls diese überhaupt vorliegen) sind durch die Gegenstrategien der Industrie sicher bei weitem kompensiert. Aber der Beitrag, den diese jahrzehntelangen Auseinandersetzungen zur allmählichen Zerrüttung der Bewertung des Tabakgenusses geleistet hat, mag dennoch groß sein. Das im folgenden diskutierte Strategieelement der Besteuerung läßt sich hingegen recht gut auf seine unmittelbaren Wirkungen hin untersuchen.

### *(b) Besteuerung des Tabakverbrauchs*

Drei Thesen zur Tabakbesteuerung als Instrument der Anti-Smoking-Politik werden im folgenden begründet:

---

86 Warner/Ernster et al. (1986, S. 377). Daß die Amerikaner einst der Welt stärkste Raucher waren, ist unwahrscheinlich, jedenfalls scheinen sie der Welt stärkste Liebhaber von Superlativen zu sein.

1. Die Tabaksteuer ist keine so relevante Einnahmequelle des Staates mehr, als daß damit die Zurückhaltung der Regierungen gegenüber der Tabakindustrie erklärt werden könnte.
2. Erhöhungen der Tabaksteuer führen - über den Preis - zur Senkung des Tabakverbrauchs.
3. Verglichen mit der hohen Priorität des Tabakthemas in der amerikanischen Öffentlichkeit nutzte der Staat dieses wirksame Instrument in erstaunlich geringem Maße.

zu (1): Je größer der Staatsanteil am Sozialprodukt wurde, desto weniger bedeutend wurden für den Staat, sowohl auf Bundes- als auch auf Staatsebene, die Einnahmen aus der Tabaksteuer. Auf der Bundesebene hat sich der Anteil der Tabaksteuern an den Gesamteinnahmen von 19 Prozent 1915 auf 0,4 Prozent 1987 verringert.<sup>87</sup> Das gilt trotz der Anhebung der Tabaksteuer durch die Reagan-Administration 1983 erstmals seit dreißig Jahren von bislang 8 auf 16 Cent pro Packung. Der Grund dieser Maßnahme war nicht präventions-, sondern einnahmepolitischer Natur. Anfang 1991 wurde die Steuer auf 20 Cent pro Packung erhöht und soll 1993 abermals um weitere 4 Cent steigen.<sup>88</sup> Die von den Bundesstaaten erhobene Tabaksteuer variiert je nach Interessenlage. So erhoben 1989 die Tabakstaaten North Carolina, Virginia und South Carolina 2, 2,5 und 7 Cent pro Packung im Vergleich zu den wohlhabenden Staaten Kalifornien, Minnesota und Connecticut, die 35, 38 und 40 Cent kassieren.<sup>89</sup>

Für die Finanzen der Einzelstaaten war die Tabaksteuer länger eine wichtige Einnahmequelle. Trotz der 248 Erhöhungen in den 50 Staaten zwischen 1955 und 1988 ist ihr Anteil an den Gesamteinnahmen aber im Durchschnitt auch stark zurückgegangen, und zwar von 2,8 Prozent 1960 auf 0,9 Prozent 1985.<sup>90</sup> Die nominalen Einnahmen des Zentralstaates aus Tabaksteuer sanken von 4,7 Milliarden Dollar 1983 auf 4,3 Milliarden Dollar 1990.<sup>91</sup> Das Argument der Abhängigkeit der Regierung von den Tabaksteuern läßt sich auch deshalb nicht aufrechterhalten, weil es keinen Grund gibt anzunehmen, bei deren Ausfall könne nicht eine andere, vergleichbar ergiebige Einnahmequelle zum Ausgleich gefunden werden. Die relativ abneh-

---

87 Leichter (1991, S. 129); Peterson/Zeegeer et al. (1992).

88 *The Economist* vom 28.9.1991.

89 Statistical Abstract of the United States (1991).

90 Leichter (1991, S. 129); Peterson/Zeegeer et al. (1992).

91 *The Economist* vom 28.9.1991.

mende Bedeutung für die Staatsfinanzen könnte allenfalls dazu beigetragen haben, den staatlichen Widerstand gegen Anti-Tabakmaßnahmen etwas abzuschwächen. Auch das halte ich für unwahrscheinlich.

zu (2): Über die Wirkung von Verbrauchssteuererhöhungen für Tabakprodukte auf die Nachfrage gibt es eine breite empirische Literatur, die recht eindeutig eine negative, in ihrer Höhe nach Zeitraum und Population unterschiedliche Abhängigkeit (Elastizität) zwischen Preis und Nachfrage bei Zigaretten ermittelt hat. Je höher der Preis, desto niedriger die Nachfrage, wobei sich die Verbrauchssteuererhöhungen auf den Preis auswirken.<sup>92</sup> Alle Studien haben eine Dosis-Response-Beziehung gefunden: Je stärker die Steuer erhöht wird, um so stärker ist auch der Rückgang des Zigarettenverbrauchs. Peterson und Mitarbeiter fanden in den vorliegenden empirischen Studien Elastizitäten zwischen -0,14 und -1,44 je nach Methode, untersuchter Population und Untersuchungszeitraum. Der Report des Surgeon General von 1989 schätzte die Preis-Nachfrage-Elastizität für die Gesamtbevölkerung auf -0,47.<sup>93</sup>

Eine neuere Untersuchung der Effekte aller Erhöhungen der 50 Staaten zwischen 1955 und 1988 errechnete eine durchschnittliche Elastizität von -0,49 und machte eine interessante Entdeckung: Unterscheidet man zwischen drei Perioden, 1955 bis 1964 (erster Report des Surgeon General), 1965 bis 1978 (Höhepunkt des Verbrauchs) und 1979 bis 1988, dann findet man eine abnehmende Abhängigkeit des Konsums von Steuern (Rückgang von 0,85, 0,78 und 0,48 Packungen pro Cent Steuererhöhung).<sup>94</sup> Auch ein regionaler Vergleich zwischen Kalifornien, dem Staat mit der geringsten Raucherquote, und dem nationalen Durchschnitt ergab für Kalifornien eine geringere Elastizität.<sup>95</sup> Das könnte auf eine Entwicklung hindeuten, in der sich die Gruppe der Raucher auf einen »harten Kern« verkleinert, der gegenüber dem ökonomischen Hebel unempfindlicher wird. Gegen diese Perspektive spricht, daß die unteren Einkommensklassen überproportional stärker in dieser Gruppe vertreten sind. Allerdings: Selbst eine Elastizität zwischen 0,25 und 0,35 (Kalifornien) hat ein Steuerungspotential, das von keinem anderen einzelnen Strategieelement auch nur annähernd erreicht wird.

---

92 Vgl. Warner (1986b); Lewit/Coate (1982).

93 Erhöht sich der Preis um 1 Prozent, dann sinkt die Nachfrage um 0,47 Prozent.

94 Peterson/Zeegeer et al. (1992).

95 Flewelling/Kenney et al. (1992).

zu (3): Erstaunlicherweise - verglichen mit der gesundheitspolitischen Rhetorik - haben die Regierungen der Vereinigten Staaten nur einen geringen bzw. keinen Gebrauch von diesem erwiesenermaßen effektiven Instrument gemacht. Trotz absolut höhere Steuern hat der Steueranteil an den Einzelhandelsverkaufspreisen für Zigaretten ständig abgenommen. 1951 kostete die Packung Zigaretten unter 20 Cent, und die Bundessteuer lag bei 8 Cent, das sind fast 75 Prozent des Preises vor Steuern. Diese 8 Cent wurden nicht erhöht, bis sie 1982 auf 16 Cent verdoppelt wurden. Aber der Anteil am Preis ist heute mit ungefähr 30 Prozent weniger als die Hälfte des Anteils in den fünfziger Jahren.<sup>96</sup> Der Verzicht auf den Einsatz der Steuerpolitik zeigt, wie sehr die Schwerpunkte der Anti-Smoking-Politik auf einzelstaatlicher und kommunaler Ebene sowie auf der Moralpolitik liegen. Er wirkt sich nachteilig auf das erklärte Ziel der »tabakfreien Gesellschaft« aus. Das wird deutlich anhand einer neuen vergleichenden Studie zum Rückgang des Tabakkonsums in den USA und in Kanada:

Preise und Mengen des Tabakverbrauchs in den USA und Kanada wurden zwischen 1980 und 1989 untersucht. 1980 war der Pro-Kopf-Verbrauch pro erwachsenem Einwohner in Kanada mit 3,52 Kilogramm höher als in den USA (3,21 Kilogramm). Nachdem die kanadische Regierung erst Mitte der achtziger Jahre damit begonnen hatte, die Steuerpolitik gezielt als Teil einer umfassenden Gesamtstrategie gegen das Rauchen einzusetzen, verbrauchten nur wenige Jahre später die Kanadier gleich viel wie ihre südlichen Nachbarn. Es gibt keinen Zweifel daran, daß die schnellere Abnahme der Steuererhöhung zu verdanken ist. Der Preisindex (1980 = 100) nahm noch - wie auch die Konsumkurve - bis 1984 den gleichen Verlauf (Kanada: 123,6; USA: 124,2), aber bis 1989 hatte sich der Preis in Kanada verdoppelt (199,3), während er in den USA nur um 55,1 Prozent angestiegen war. Entsprechend stärker fiel der Konsum. In Kanada erweist sich deutlich ein weiter unten am kalifornischen Beispiel sichtbarer Zusammenhang: Die Legitimation von Steuererhöhungen ergibt sich aus ihrer Integration in eine umfassende Gesamtstrategie gegen das Rauchen, zu deren Erfolg sie dann sehr wesentlich beitragen kann. Kanada hatte im untersuchten Zeitraum auch die Führungsrolle bei anderen Maßnahmen wie den Werberestriktionen, der Kennzeichnungspflicht und Rauchverböten übernommen.<sup>97</sup>

Dem ist noch nachzutragen, daß die Aussagen zur Nachfragewirkung der Steuererhöhung gut gegen die Vermutung abgesichert sind, der Rückgang

---

96 Iglehart (1990, S. 115); White (1988, S. 195).

97 Kaiserman/Rogers (1991).

könne der allgemeinen Gesundheitserziehung, den Rauch- und den Werbe-  
verboten geschuldet sein. Besonders augenscheinlich ist hier die hohe Preis-  
Nachfrage-Elastizität in der Periode zwischen 1955 bis 1964, in der es keine  
Anti-Smoking-Strategie und folglich auch keine dieser Maßnahmen gab.<sup>98</sup>

(c) *Rauchverbote durch Gesetz und Arbeitgeber*

Rauchverbote sind bislang die radikalste realisierte Maßnahme. Ein logisch  
noch tiefergehendes Instrument wären Restriktionen und Verbote der Her-  
stellung selbst. Dies wird aber nicht einmal in ablehnender Weise in Erwä-  
gung gezogen, so undenkbar scheint dieser Eingriff in die Gewerbefreiheit  
zu sein. Allerdings verlöre der den Atem stockenmachende Gedanke an ein  
solches Verbot ein wenig von seiner Ungeheuerlichkeit, wenn bekannter  
wäre, daß im Mutterland des »free enterprise« bereits zwischen 1895 und  
1907 die Staaten Tennessee, New Hampshire und Illinois sowie eine große  
Anzahl von Gemeinden Herstellung, Vertrieb und Besitz von Zigaretten ver-  
boten hatten.<sup>99</sup> Freilich können auch pragmatische Nützlichkeitsabwägungen  
gegen Herstellungs- und Vertriebsverbote ins Feld geführt werden, wie das  
in der Drogendebatte getan wird. Zudem erinnert man sich der fast traumati-  
schen Erfahrungen, die man in den USA in der Zwischenkriegszeit mit dem  
totalen Alkoholverbot gemacht hatte, das einen enormen Machtgewinn für  
die amerikanische Mafia erbracht hatte. Somit kommt es auf der Angebots-  
seite nur zu den auch in Europa üblichen Einschränkungen des Vertriebs von  
Zigaretten wie Verkaufsverboten an Jugendliche und den Aufstellverboten  
von Zigarettenautomaten an bestimmten Orten.

Rauchverbote haben eine andere Qualität, vor allem darum, weil die  
ökonomische Ebene der Konsumentenberatung und -beeinflussung verlassen  
wird. Es liegt nun nicht mehr am realen oder potentiellen Kunden der Ziga-  
rettenindustrie, kritisch gegenüber den Werbeversprechungen zu sein, ein  
Bewußtsein für die längerfristige Schädlichkeit des Konsums zu entwickeln  
und daraus seine subjektive Entscheidung abzuleiten. Wo Rauchverbote be-  
stehen und durchgesetzt werden, hört die Souveränität des Konsumenten auf.  
Vereinzelt vor, aber im großen Stil erst nach der Mitte der achtziger Jahre  
dehnten sich private und gesetzliche Rauchverbote über Institutionen, Regio-  
nen und Verkehrsmittel der Vereinigten Staaten aus. Sie sind mittlerweile in

---

98 Peterson/Zeeger et al. (1992).

99 Goldstein (1992, S. 96).

öffentlichen Gebäuden, Arbeitsstätten und in öffentlichen Verkehrsmitteln wie bei Inlandsflügen üblich.

Wie schon angeführt, war der Boeing-Flugzeugkonzern 1984 einer der Pioniere, der tabakfreie Arbeitsplätze propagierte und durchsetzte. 1987 war bereits in 54 Prozent der mittleren und großen Unternehmen das Rauchen entweder verboten oder stark eingeschränkt. 1988 hatten schon 31 Staaten das Rauchen an öffentlichen Arbeitsplätzen untersagt.<sup>100</sup> Im Zusammenhang mit der fast von allen großen Unternehmen angebotenen betrieblichen Gesundheitsförderung wird Anti-Smoking-Politik nahezu überall gefördert. Die Rechtsprechung hat Rauchverbote in Werkshallen und Büros weitgehend legitimiert und teilweise sogar provoziert, indem Gerichte einigen Schadensersatzklagen krebserkrankter und nichtrauchender Arbeitnehmer stattgegeben hatten. Diese hatten ins Feld geführt, sie seien viele Jahre lang gezwungen gewesen, unfreiwillig den Rauch von Kollegen einzuatmen, und konnten sich dabei auf die mittlerweile dominierende Wissenschaftsmeinung über die Pathogenität des Passivrauchens berufen. Wie Befragungen zeigen, neigt die Mehrheit der Beschäftigten (einschließlich der Raucher), vor die Wahl gestellt, ob Entwöhnungskurse angeboten oder Rauchverbote erlassen werden sollen, zu letzteren.<sup>101</sup> Weit verbreitet ist es, daß Arbeitgeber die Einstellung von Rauchern grundsätzlich verweigern. Da es eine Reihe von Gründen gibt, dagegen die Anti-Diskriminierungsgesetze heranzuziehen, werden die Absagen entweder anders begründet, oder es werden Nachweise über mehr Fehlzeiten und eine geringere Arbeitsproduktivität der Raucher geführt. Die Versicherungsgesellschaft »Northern Life Insurance« beispielsweise belegte ihre »Raucher-nein-danke-Politik« mit einer detaillierten Produktivitätsstatistik.<sup>102</sup> Verschiedene große Firmen haben auch die Rauchverbote auf die Freizeit ihrer Angestellten ausgedehnt, indem sie in die Arbeitsverträge einfügten, auch außerdienstliches Rauchen sei ein Entlassungsgrund.

Wie schon deutlich wurde, konnte die Anti-Smoking-Bewegung auf bundesstaatlicher Ebene bis in die achtziger Jahre hinein nur sehr bescheidene Erfolge verbuchen. Von Präsident Reagan, der die Deregulation auf seine Fahnen geschrieben hatte, konnten die Aktivisten schwerlich erwarten, er werde der staatlichen Strangulierung eines ganzen Industriezweiges die Hand reichen. Dem Surgeon General Koop, der 1984 das Ziel der »smoke free society« für das Jahr 2000 ausgerufen hatte, wurde das Unbehagen des Wei-

---

100 Healthy People 2000, S. 152 f.

101 Brown (1988); Iglehart (1990, S. 115).

102 *Der Tagesspiegel* vom 1.4.1992.

ßen Hauses zur Kenntnis gegeben.<sup>103</sup> Darum war vielleicht von den politischen Gründen für den weiteren Fortschritt der wichtigste, daß die Anti-Smoking-Bewegung die Arena wechselte von der zentralstaatlichen, wo die Tabaklobby nach wie vor über eine große Macht verfügt, auf die einzelstaatliche und kommunale Ebene, auf der - außerhalb der wichtigen Tabakstaaten wie North Carolina, Kentucky, Virginia oder Tennessee - diese Lobby weniger gut organisiert ist.

Ein erster spektakulärer Durchbruch bei den Rauchverböten war aber schon vorher der »Minnesota Clean Indoor Air Act« von 1975, mit dem das Rauchen in allen öffentlichen Gebäuden mit Ausnahme besonders gekennzeichnete Räume verboten wurde. Es folgten in den achtziger Jahren zahlreiche Bundesstaaten und Gemeinden diesem Beispiel. Der Geltungsbereich reicht von Aufzügen über die Nahverkehrsmittel, Gebäuden der medizinischen Versorgung hin zu allen öffentlichen Gebäuden, in denen seit 1990 wohl bundesweit kein Raucher mehr geduldet sein dürfte; selbst Virginia, die Wiege des amerikanischen Tabakanbaus, hat sich im wesentlichen angeschlossen. 1990 war in den Staaten Utah, Minnesota, Montana und Nebraska das Rauchen außer im Freien und in Privatwohnungen praktisch überall verboten.<sup>104</sup> In Washington rührte sich erst wieder 1987 und 1989 etwas in Sachen Rauchverbot, als der Kongreß das Rauchen in Flugzeugen, zuerst bei Flügen unter zwei Stunden, dann bei allen Inlandflügen untersagte. In der Zwischenzeit hatte sich auf Bundesebene lediglich das Verteidigungsministerium auf die Seite der Anti-Tabak-Bewegung gestellt, als 1986 in der Armee das »Nichtrauchen zur Norm« gemacht wurde.

Das Tobacco Institute brachte erfolgreich die Formulierung ins Gespräch, es handele sich nun um einen »Kreuzzug gegen die Raucher«. Damit stellt sich für die Gegenseite die Frage, welchen gesundheitlichen Nutzen man sich von den Rauchverböten verspricht. Hier scheint den Initiatoren in erster Linie an der symbolischen Wirkung gelegen zu sein. Rauchverböte und das Aufsehen, das sie im Alltag erregen, tragen dazu bei, daß das Zigarettenrauchen als ein sozial inakzeptables Verhalten angesehen wird. Denn gerade die moralische Stigmatisierung des Rauchens und der Raucher wird zunehmend als *das* Instrument angesehen, Jugendliche vom Rauchen fernzuhalten und Raucher zur Aufgabe zu bewegen. Das Steuerungsmedium Moral wird bewußt genutzt.

---

103 Leichter (1991, S. 137).

104 Leichter (1991, S. 136).

Den größten unmittelbaren Gesundheitsvorteil aus den Rauchverböten dürften die Raucher selbst ziehen.<sup>105</sup> Die Schädlichkeit des Rauchens ist dosisabhängig, darum kann bei geringerem Konsum auch mit einem verminderten Risiko gerechnet werden. Lange Zeit glaubte man, Rauchverbote würden bei den Rauchern nur dazu führen, daß diese dann zu anderer Zeit an anderer Stelle um so mehr rauchen. Empirische Studien sagen jedoch, die Zahl der »kompensatorisch« gerauchten Zigaretten sei weit niedriger als die Zahl der durch das Verbot eingesparten Zigaretten z.B. am Arbeitsplatz.<sup>106</sup> Eine Studie verfolgte prospektiv die Wirkung des Rauchverbotes in australischen öffentlichen Dienstgebäuden, dem größten Arbeitsplatz des Landes. Eine Auswertung nach sechs Monaten ergab, daß die Raucher in 24 Stunden durchschnittlich 5,18, die starken Raucher sogar 7,9 Zigaretten weniger konsumierten, wobei die stark gefährdeten letzteren lediglich 1,8 Zigaretten kompensierten.<sup>107</sup> Eine Untersuchung aus Baltimore berichtet, daß ein Jahr, nachdem die medizinischen Einrichtungen der John Hopkins Universität zum »rauchfreien Arbeitsplatz« erklärt worden waren, 25 Prozent aller vormaligen Raucher aufgehört und diejenigen, die weiterrauchten, ihren Konsum um 20 Prozent gesenkt hatten. Insgesamt wurden nach einem Jahr von den 9 000 Beschäftigten etwa 41 Prozent weniger Zigaretten gekauft, das sind 250 000 Packungen im Wert von einer halben Million Dollar.<sup>108</sup>

Weitaus häufiger als dies, meist sogar ausschließlich, wird der Schutz der Nichtraucher als Sinn und Nutzen der Rauchverbote genannt. Der Schutz vor dem »Passivrauchen«, für das sich in den USA die Begriffe »unfreiwilliges Rauchen« und »Verunreinigung der Raum-Luft« (indoor air pollution) eingebürgert haben, hat mit Beginn der neunziger Jahre eine Schlüsselstellung im Konflikt um das Rauchen gewonnen. Schon die veränderte Begrifflichkeit deutet auf ihre Funktion hin, als juristische »Waffe« im »Kampf gegen das Rauchen« eingesetzt zu werden.<sup>109</sup> Zuvor jedoch ein Blick auf Kalifornien, wo man alle einzelnen Maßnahmen zu einer Gesamtstrategie zusammengefaßt hat.

---

105 Chapman/Borland et al. (1990).

106 Petersen et al. (1988).

107 Borland et al. (1990); zit. nach Chapman/Borland/Hill et al. (1990).

108 Stillman/Becker et al. (1990).

109 Roemer (1990).

(d) *Integrierte Strategie: Kalifornien*

Kalifornien ist in Fragen des modernen amerikanischen Lebensstils der einflußreichste Staat der USA. Darum ist es nicht verwunderlich, daß der Pro-Kopf-Konsum von Zigaretten in Kalifornien schon 1980 etwa 12 Prozent unter dem amerikanischen Durchschnitt gelegen hat.<sup>110</sup> Bei fast allen bereits angeführten Restriktionen spielten entweder der Staat Kalifornien oder kalifornische Städte wie San Francisco oder Berkeley eine Vorreiterrolle. 1988 wurde mit einem Referendum anläßlich der Präsidentschaftswahlen mit der »Proposition 99« ein neues Kapitel in der Anti-Smoking-Politik aufgeschlagen. Das ist ein weiterer Beleg für die These, daß veränderte Einstellungen nicht einfach als Resultat, sondern auch als Voraussetzung effektiver Strategien der Präventionspolitik anzusehen sind. Weil sich das Gesundheitsbewußtsein in bezug auf das Rauchen bereits - und besonders stark in den kulturell einflußreichen Bevölkerungsgruppen - relativ weit entwickelt hatte, konnte Ende der achtziger Jahre eine wohl einmalige und richtungsweisende Anti-Smoking-Politik plebiszitär durchgesetzt werden, die wiederum trendverstärkend zur weiteren Verringerung des Rauchens beitragen wird. Das Bündnis, das hinter dem Referendum stand, hatte sich ganz offen als eine »soziale Bewegung gegen das Rauchen« dargestellt.<sup>111</sup> Ohne die Bewußtmachung der politischen Dimension wäre es bei Entwöhnungskursen und Warnungen auf den Zigarettenpackungen geblieben.

Das Ziel der »Proposition 99«, die im November 1988 die Mehrheit der Wähler fand, ist es, bis zum Jahre 1999 den Tabakkonsum um 75 Prozent zu senken. Zunächst ging es darum, die kalifornische Tabaksteuer von 10 Cents auf 35 Cents pro Packung zu erhöhen. Bei den zu erwartenden negativen Nachfrageeffekten der Preiserhöhung sollte es aber nicht bleiben. Vielmehr legte der »Tobacco Tax and Health Promotion Act« von 1988, mit dem die angenommene »Proposition 99« von der Legislative umgesetzt wurde, auch recht genau und unmißverständlich die Verwendungen fest, denen die staatlichen Mehreinnahmen durch den (gegen das Referendum opponierenden) Gouverneur zugeführt werden müssen: 20 Prozent gehen in die Gesundheits-erziehung gegen den Tabakgenuß, 35 Prozent in die Krankenhausbehandlung für Bedürftige, die sich dies nicht leisten können bzw. unversichert sind, weitere 10 Prozent sind für ambulante ärztliche Behandlung von Bedürftigen, 5 Prozent sollen für die Forschung auf dem Gebiet tabakbedingter Krankhei-

---

110 Flewelling/Kenney et al. (1992).

111 Goldstein (1992).

ten ausgegeben werden, weitere 5 Prozent für die Erhaltung des Reichtums der kalifornischen Natur investiert werden; die letzten 25 Prozent schließlich können von der Legislative nach eigenem Ermessen auf die angeführten Verwendungsarten sowie auf die Feuerprävention verteilt werden.<sup>112</sup>

Jahre vor dem Referendum hatten präventionsorientierte Gruppen und Individuen mit verschiedenen Initiativen mehrfach, aber ohne Erfolg versucht, die Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung von Anti-Smoking-Aktionen durchzusetzen. Schließlich kam man auf die Möglichkeit des Referendums. Ein Referendum gegen den Gouverneur und gegen die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Tabakindustrie zu gewinnen erfordert eine sehr breite Koalition. Um diese zu bauen, hat man die Finanzierung nicht nur von Tabakprävention, sondern auch von medizinischer Behandlung der Bedürftigen und den Naturschutz ins Programm aufgenommen.

Der Gouverneur und die Tabakindustrie haben zunächst die »Proposition 99« mit allen nur erdenklichen Mitteln bekämpft und versuchen seither, die Implementation zu verwässern und die Mittel anders zu verwenden. Allein für die ersten beiden Jahre ging es um Einnahmen von 1,47 Milliarden Dollar. Das wahrscheinlich größte Public-Health-Interventionsprojekt der Welt<sup>113</sup> sah sich von Anfang an erheblichen Widerständen ausgesetzt: Gouverneur Pete Wilson machte immer neue populäre Ausgabenarten ausfindig, in die das Tabaksteuergeld umgeleitet werden sollte, um andere Haushaltsmittel und die Tabakindustrie zu schonen. Das waren Anfang 1991 beispielsweise 72 Millionen Dollar für die Schwangerenvorsorge, die dann gerichtlich im Sinne des Tabaksteuergesetzes korrigiert wurden.<sup>114</sup> Ähnliche Prozesse hat der Gouverneur seither ebenfalls verloren.<sup>115</sup> Auch die Tabakindustrie setzt der Anti-Smoking-Initiative einiges entgegen; ihre Werbeausgaben in Kalifornien erhöhten sich von 790 000 Dollar 1986 auf 5,4 Millionen Dollar 1990. 1991 gab man offiziell 2,7 Millionen Dollar für politische Aktivitäten in diesem Staat aus. Da auch bekannt geworden war, daß Gouverneur Wilson für seinen Antrittsempfang aus diesen Geldern Zuwendungen empfangen hat, sieht man seine Versuche der Mittelumlenkung in diesem Licht.<sup>116</sup>

---

112 Bal/Kizer et al. (1990).

113 Bal/Kizer et al. (1990, S. 1572).

114 Roan (1991).

115 Nelson (1992).

116 Ebenda.

Überhaupt scheint die Strategie der Tabaklobby mehr auf die stille Wirkung persönlicher Beeinflussung zu setzen als auf breite Gegenpropaganda. Bal, Kizer und Mitarbeiter führen einige Beispiele an: Es gab 1989 einen Gesetzesentwurf, der von den Ärzten, die einen Totenschein ausstellen, verlangt hätte, daß diese angeben, ob zu dem Tod tabak-, alkohol- oder ernährungsbedingte Krankheiten beigetragen haben. Unerwartet fiel dieser Entwurf in den Ausschüssen aufgrund mangelnder Unterstützung durch. Eine Zeitung der Landeshauptstadt berichtete, daß die Anzahl der Industrie-Lobbyisten, die gegen diesen Entwurf eingesetzt wurden, von ursprünglich sechs auf 14 erhöht worden sei.<sup>117</sup>

1992 wurde die Dispositionsmasse von 25 Prozent der Einnahmen in einer ebenfalls einseitigen Weise für die medizinische Behandlung Bedürftiger, die ansonsten vom Staat hätten finanziert werden müssen, ausgegeben, so daß die Organisatoren der »Proposition 99« erneut vor Gericht gegangen sind und wahrscheinlich auch wieder gewinnen werden. Alle Beteiligten scheinen die kalifornische Kampagne so einzuschätzen, wie es der Vorsitzende der »Smoke-free Business Services« von San Francisco in der unverwechselbar amerikanischen Rhetorik ausdrückt:

»Die Hauptschlacht im Krieg gegen das Rauchen wird in Kalifornien geschlagen. Es ist verdammt schwer, so etwas auf der amerikanischen Bundesebene zu tun. Das wäre so, als ob man mit dem Kopf gegen eine Mauer rennt, da die Tabakindustrie sehr viel Macht mobilisieren kann.«<sup>118</sup>

Äußerlich am sichtbarsten sind das Gesundheitserziehungsprogramm, an dem Hunderte von privaten und öffentlichen Trägern mitwirken, und die Medienkampagne. Die Strategie des »California Department of Health Services« (CDHS), das sich gegen den eigenen Gouverneur durchsetzen muß, stützt sich auf die Empfehlungen für eine umfassende Raucherprävention, die 1989 unter der Regie des National Cancer Institute erstellt und veröffentlicht wurden.<sup>119</sup> Als wichtigste Erkenntnis aus den amerikanischen Erfahrungen wird darin gesagt, das Gesundheitsverhalten sei am besten dann zu beeinflussen, wenn die Anstrengungen dazu auf vielen sozialen Ebenen zugleich und einander ergänzend stattfinden. Man war sich darüber klar, daß allein eine Anzeigenkampagne nutzlos sei, wenn nicht in Schulen, Gesundheitseinrichtungen, Minderheitenorganisationen usw. die persönliche Kommunikation hinzukommt. Auf der Grundlage von sozial- und medienwissenschaftlichen

---

117 Bal/Kizer et al. (1990, S. 1573).

118 Zit. nach Roan (1991).

119 Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute (1990b).

Forschungen nutzt man bezahlte Medienanzeigen, Schulunterricht, private Ärzte und Basisorganisationen in den Stadtteilen oder für ethnische Minderheiten als Vermittler der Anti-Smoking-Botschaften. Die Materialien sind auf bestimmte Schlüsselgruppen ausgerichtet, bei denen das Rauchverhalten gegen den Trend noch zunimmt und auf die sich auch die Tabakreklame konzentriert: vor allem auf Jugendliche, Schwarze, Latinos und junge, insbesondere schwangere Frauen. Das Schwergewicht liegt ganz auf der Prävention, es werden aber auch Entwöhnungsprogramme finanziert, obwohl man weiß, daß sie als nicht besonders effektiv anzusehen sind.

Anfang 1990 wurde die mit 28,6 Millionen Dollar ausgestaffierte staatliche Medienkampagne begonnen. Sie hatte sich zur Aufgabe gestellt, das positive Image des Rauchens, das die Tabakindustrie in Jahrzehnten geschaffen hat, zu zerstören. Auch hier konzentrierte man sich auf die Minderheiten und die Jugend. Über Fernsehen, Radio, Zeitungen und Werbetafeln wandte man sich an die folgenden Gruppen in absteigender Priorität: Kinder von 11 und 14, Kindern von 6 bis 10 Jahren, Jugendliche und junge Erwachsene von 15 bis 21, erwachsene Raucher, schwangere Frauen, die rauchen, und einzelne, die es mit rauchlosem Tabak versuchen. In den Schulen und anderen Institutionen werden die Werbemaßnahmen evaluiert und durch spezielle Kampagnen vertieft. Es versteht sich, daß die Spots für Fernsehen und Radio in den Sprachen der Minderheiten und entsprechend ihrer Kultur hergestellt werden.

Es wird nicht nur für ein positives Gesundheitsverhalten, sondern auch gegen die Werbestrategien der Tabakkonzerne geworben.<sup>120</sup> Der Korrespondent der »Frankfurter Rundschau« berichtete im April 1990 über die Fernsehwerbung:

»Im Konferenzraum hängen Rauchschwaden. Dazwischen tauchen die Gesichter von Managern auf, die, wenn sie nicht gerade an einer Zigarette saugen, darüber diskutieren, wie man bei der herrschenden Gesundheitshysterie und dem Panikerede über Krebs, Herzschlag und Gefäßerkrankungen am schlausten weiter Zigaretten verkauft. 'Schließlich', sagt einer von ihnen, und sein breiter Mund öffnet sich zu einem Lachen, das an Jack Nicolson in Batman erinnert, 'machen wir das ja nicht für die Gesundheit'. Die Szene ist eine von zahlreichen Fernsehwerbespots, die ab sofort über die Mattscheiben kalifornischer Fernsehgeräte flimmern. Aber sie werden nicht von irgendwelchen Gesundheitsinitiativen oder Bürgerbewegungen finanziert, sondern von den Rauchern selbst. Die Regierung Kaliforniens nutzt die Steuereinnahmen aus Tabakprodukten, um die äußerst aggressiven Anzeigen zu bezahlen. 50 Millionen Mark in den nächsten 18 Monaten. Die Kalifornier haben dem selbst zugestimmt. [...] Also werden nun abends während der besten Sendezeiten Kleinkinder in verräucherten Buden

---

120 Bal/Kizer et al. (1990, S. 1572 f.).

husten, wo ihre Väter Karten kloppen, Frauen in Zugabteilen Hustenanfälle bekommen und die Manager einer erlaubten Industrie die Buhmänner spielen. Auf dem Musikkanal MTV werden schwarze Männer ein Stakkato von 'Zigarettenrauchen tötet mehr Schwarze als Weiße' runterhämmern, und auf Zeitungsseiten wird dem Leser 'Warnung: Die Tabakindustrie ist nicht Dein Freund' ins Auge springen. 'Heuchlerisch' nennt Thomas Laurie, ein Sprecher des 'Tobacco Institute' in Washington, die neue Kampagne, einen 'Versuch, Rauchen überhaupt zu verbieten, statt dem Konsumenten eine Wahlchance zu lassen'. Kenneth Kizer, Direktor des kalifornischen Gesundheitsministeriums, erwidert darauf: 'Unser Ziel ist, das Image, das die Tabakindustrie von Rauchern als sexy, jugendlich und welterfahren geprägt hat, zu verändern in dumm, schmutzig und gefährlich.'<sup>121</sup>

1991 veröffentlichte das California Department of Health Services einen Bericht, dem zufolge 87 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Schulalter und 78 Prozent der rauchenden Erwachsenen von der Kampagne erreicht worden seien.<sup>122</sup> Wie steht es aber um die Auswirkungen auf das Rauchverhalten? Hierzu lagen 1991 zwei Evaluationen über das erste und zweite Jahr vor.

Zur Abschätzung der Wirkung der Steuererhöhung für Zigaretten nach einem Jahr sind die Bewegungen der kalifornischen und der nationalen Verkaufszahlen zwischen 1980 und 1990 analysiert worden. Man errechnete für Kalifornien eine Preis-Nachfrage-Elastizität zwischen -0,25 und -0,35, die etwas niedriger ist als die bislang gemessene. Das läßt vermuten, daß man sich so etwas wie einem harten Kern von Rauchern nähert, der sich gegenüber Preiserhöhungen und sozialer Ablehnung resistenter als erwartet zeigt. Dennoch gingen die Tabakumsätze von 1988 auf 1989 um 9,3 Prozent zurück, wobei die Zeitreihenregression darauf hinweist, daß man etwas über 5 Prozent der Steuererhöhung zurechnen kann.<sup>123</sup>

1990 machte der Raucheranteil an der erwachsenen Bevölkerung Kaliforniens noch 21,2 Prozent aus (Männer 23,8 und Frauen 18,8 Prozent), Heranwachsende zwischen 12 und 17 Jahren rauchten zu 10,4 Prozent (beide Geschlechter etwa gleich). Die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten und ethnischen Minoritäten werden nach wie vor berichtet. Etwa die Hälfte aller Raucher hatte im Jahr davor (dem ersten des »Comprehensive Tobacco Control Program«) versucht, das Rauchen aufzugeben, im Vergleich zu einem Drittel im amerikanischen Durchschnitt. Aber nur 11,7 Prozent der Versuche erwiesen sich nach einem Jahr noch als erfolgreich. Unter den kalifornischen Rauchern bestätigten 84 Prozent, daß das Rauchen ihrer

---

121 *Frankfurter Rundschau* vom 17.4.1990.

122 Roan (1991).

123 Flewelling/Kenney et al. (1992).

eigenen Gesundheit schade. Zum amerikanischen Tabuthema Steuererhöhungen: 49,5 Prozent der Erwachsenen sind dafür, die Tabaksteuer sogar noch weiter zu erhöhen, und nur 15,9 Prozent möchten sie reduzieren.<sup>124</sup>

Bereits diese Resultate bestätigen das Potential integrierter Anti-Smoking-Strategien, die ihren Schwerpunkt auf Interventionen im sozialen Maßstab legen. Man erwartet auch für die gesamten USA eine Ausstrahlung des kalifornischen Experiments. Insbesondere die großzügig finanzierten wissenschaftlichen Begleitforschungen bereiten ein Erfahrungswissen auf, das bislang seinesgleichen sucht, und der »kalifornische Lebensstil«, zu dessen Merkmalen man - neben cholesterinärmer Ernährung und koffeinfreiem Espresso - nun eine Art aktiven Nichtraucherens zählen kann, wird seine Wirkung auf den »Rest der Welt« ebenfalls nicht verfehlen.

### (e) *Strategien der Tabakindustrie*

Aus dem Jahre 1978 wird der Präsident von R.J. Reynolds, William Hobs, zitiert, der in einem Interview gesagt hatte:

»Wenn sie es fertigbringen, daß jeder Zigarettenraucher nur eine einzige Zigarette am Tag weniger raucht, dann würde das für unsere Gesellschaft einen Verlust von jährlich 92 Millionen Dollar Umsatzrückgang [1978, HK] bedeuten. Ich versichere Ihnen, daß wir nicht vorhaben, das ohne Kampf geschehen zu lassen.«<sup>125</sup>

Man kann sagen, daß die Tabakindustrie diesem Versprechen bis heute treu geblieben ist. Unter den vielfältigen wirtschaftlichen, psychologischen, wissenschaftlichen und politischen Strategieelementen, die multinationalen Konzernen zur Verfügung stehen, können hier nur einige exemplarisch angeführt werden.

1. *Werbung*: Der »Public Health Cigarette Smoking Act« von 1970 mit dem Werbeverbot im Fernsehen und Radio ist zum einen durch die Schwerpunktverlagerung der Werbung vor allem auf die Druckmedien und Werbetafeln umgangen worden, zum anderen wird er durch das »Sponsoring«, d.h. finanzielle Förderung von Sportereignissen, Musikkonzerten und anderen Kulturveranstaltungen, unterlaufen, und zwar vorwiegend, wenn diese vom Fernsehen übertragen werden. Trotz aller Werberestriktionen ist die Zigarette bis heute in den USA dasjenige Produkt, für dessen Verbreitung das größte

124 California Department of Health Services and UC San Diego (1990).

125 *Financial Times* (UK) vom 27.9.1978, zit. nach Chapman et al. (1990).

Werbudget zur Verfügung steht. Es betrug 1988 3,27 Milliarden Dollar und hat sich in den zwei Jahrzehnten seit dem Gesetz verdreifacht.<sup>126</sup> Bereits 1980 kauften die Zigarettenhersteller 15 Prozent der Werbefläche der Zeitungen und 10 Prozent der Illustrierten sowie ungefähr ein Drittel aller Werbung unter offenem Himmel. Einschließlich ihrer Firmentöchter, die auf anderen Gebieten tätig sind, rangierten 1983 vier der sechs amerikanischen Tabakkonzerne unter den ersten zehn der Illustrierten- und der Zeitungswerber, mit R.J. Reynolds und Philip Morris standen sie an erster und zweiter Stelle.<sup>127</sup>

Neben dieser herkömmlichen Werbung haben sich die Tabakkonzerne darauf verlegt, Sport- und Kulturveranstaltungen zu finanzieren, ihre Produkte frei verteilen zu lassen und Anzeigenkampagnen zu »sozialen Themen« durchzuführen, die das Image des Produkts verbessern sollen. Für das Sponsoring von Veranstaltungen wird heute der größte Posten in den Werbeeats ausgegeben. Den raschen Strategiewechsel erkennt man zwischen 1980 und 1983, als die herkömmlichen Werbeausgaben um 30 Prozent, die Ausgaben für Promotion aber um 120 Prozent zugenommen haben. Zwischen 1975 und 1988 ist der Anteil der Ausgaben für das Sponsoring von etwa 25 Prozent auf 66 Prozent aller Werbeaufwendungen gestiegen.<sup>128</sup> Der zweite Grund liegt darin, daß mit diesen Methoden das Verbot von Fernsehwerbung unterlaufen wird. Das »New England Journal of Medicine« veröffentlichte 1991 eine Fallstudie zur Finanzierung aller Arten von Autorennen bis hin zum »monster truck racing«, die mit wachsender Häufigkeit fast täglich von Fernsehsendern übertragen werden, durch R.J. Reynolds (Camel, Winston) und Philip Morris (Marlboro). Die genaue Auswertung einer einzigen Rennübertragung des Marlboro Grand Prix von 1989 ergab, daß während einer Übertragungszeit von 93 Minuten 46 Minuten lang entweder ein Marlboro Logo zu sehen war (z.B. auf einem Auto, auf Anzeigentafeln, auf der Rennkleidung interviewter Fahrer oder Monteure, einem Mützenschirm usw.) oder der Name der Marke genannt wurde. Würde das Gesetz gegen die Fernsehwerbung für Zigaretten angewandt, das eine Geldstrafe von 10 000 Dollar für jede einzelne Verletzung vorsieht, dann hätte Philip Morris für diese Sendung mit 5 933 Verletzungen eine Strafe von fast 60 Millionen Dollar zu bezahlen. Allein das Gesetz wird vom Staat nicht durchgesetzt.

---

126 Blum (1991).

127 Warner (1986a).

128 Warner (1986a, S. 369); Blum (1991).

2. *Diversifikation*: Anpassungen der Produktionspalette an die veränderte Situation gibt es seit den fünfziger Jahren. In den fünfziger Jahren kreierte man die Filterzigarette zur Lösung des mit dem Rauchen zusammenhängenden Gesundheitsproblems. Eine technische Lösung zur Erhaltung des Status quo kommt so vielen objektiven und subjektiven Interessen entgegen, daß Zweifler allgemein als lästig empfunden werden. Die Wirkung war lang anhaltend und kann vielleicht mit der des Katalysators für das Automobilgewerbe angesichts der Umweltschäden in den achtziger Jahren verglichen werden. Ungewiß ist noch, ob eine neue Kreation, nämlich die der »rauchlosen Zigarette«, wie sie 1988 von R.J. Reynolds vorgestellt wurde, der Tabakindustrie ähnlich wirksam aus der Klemme helfen wird. Die Aufregung auf der Seite der Anti-Smoking-Bewegung ist recht groß, man ruft nach der FDA, und es gibt bereits wissenschaftliche Arbeiten, die zeigen, daß davon die »Sucht« (wie das Rauchen neuerdings genannt wird) bei vielen »Süchtigen« verlängert wird und die rauchlose Zigarette außerdem ein Instrument sei, mittels dessen die Droge Crack Cocaine besser konsumiert werden könne.<sup>129</sup> Für Kautabak hat man bereits in den siebziger Jahren geworben und besonders bei Jugendlichen einen beträchtlichen Markt geschaffen.<sup>130</sup> Die Diversifikation der Anlagebereiche, wie die spektakulären Käufe der Nahrungsmittelunternehmen General Food durch Philip Morris sowie Nabisco durch R.J. Reynolds, wurde bereits genannt.

3. *Weltmarkt-Expansion mit staatlicher Förderung*: Wie bereits erwähnt, werden die multinationalen Tabakkonzerne, besonders British American Tobacco (B.A.T.), Philip Morris und R.J. Reynolds, die den Weltmarkt beherrschen, auch gegen die Bemühungen um ein »rauchfreies Amerika im Jahr 2000« noch über das Jahr 2000 hinaus das Vertrauen der Kapitalanleger mit hohen Renditen belohnen - nicht zuletzt mit der Unterstützung durch dieselben Regierungen, deren Public Health Service den Kampf gegen die »größte vermeidbare einzelne Gesundheitsgefahr« Rauchen auf seine Fahne geschrieben hat. Über das Maß hinaus, mit dem sie auf dem amerikanischen Inlandsmarkt unter Druck geraten sind, konnten sie in den achtziger Jahren auf ausländischen Märkten, vor allem in den asiatischen Industrieländern Japan, Korea, Hongkong und in der Dritten Welt mit Brasilien, Indien, China, Nigeria und anderen bevölkerungsreichen Ländern an der Spitze, Millionen

---

129 Cone/Henningfield (1989), zit. nach Editorial (1989).

130 Beispielsweise werden tabakkauende Baseballspieler im TV als Vorbilder für Jugendliche genutzt.

neuer Kunden hinzugewinnen. In der zweiten Hälfte der achtziger Jahre ist der weltweite Zigarettenverbrauch um 10 Prozent angewachsen. Die in den meisten westlichen Industrieländern verzeichneten Absatzrückgänge werden durch jährliche Wachstumsraten in den Ländern Asiens und der Dritten Welt von 2 bis 3 (nach Vorhersagen der Weltbank sogar um 4) Prozent überkompensiert.<sup>131</sup>

Nur ein kleinerer Teil dieses zusätzlichen Tabak- und Zigarettenabsatzes stammt direkt aus der amerikanischen Produktion. 40 Prozent des in den USA gepflanzten Rohtabaks und 23 Prozent der Zigaretten wurden 1990 exportiert. Hier stehen Japan und Belgien an der Spitze der Abnehmer.<sup>132</sup> Viel wesentlicher aber sind Anbau und Verarbeitung des Tabaks im multinationalen Maßstab der Weltkonzerne selbst. B.A.T, der größte unter ihnen, unterhielt 1982 in 51 Ländern Produktionsanlagen. Der zweitgrößte, Philip Morris, verkauft 160 Zigarettenmarken in 170 Ländern der Erde.<sup>133</sup>

Das Handelsministerium der Regierungen Reagan und Bush hat diese Expansion aktiv und nach Kräften gefördert. Hervorzuheben sind zwei auf Regierungsunterstützung zielende Strategien der Tabakindustrie: Die wichtigste besteht darin, auswärtige, besonders asiatische Märkte dadurch zu öffnen, daß den entsprechenden Ländern gemäß dem amerikanischen Handelsgesetz von 1974 von der Regierung Sanktionen für den Fall von »unfairen und diskriminierenden« Restriktionen gegen amerikanische Tabakprodukte angedroht werden. Solche Drohungen sind in den beiden letzten Regierungsjahren von Reagan gegen Japan, Taiwan und Südkorea ausgesprochen worden mit dem Resultat, daß den amerikanischen Firmen die Werbung und der Verkauf - im Gegensatz zum Inland - ohne Begrenzungen gestattet worden sind.<sup>134</sup>

Die Entwicklung in Japan als Beispiel: In den zwei Jahren nach der Öffnung ist der Export um 75 Prozent angestiegen, und die Tabakwerbung im japanischen Fernsehen verzehnfachte sich.<sup>135</sup> Kawane berichtet, daß 1990 60,5 Prozent der japanischen Männer und 14,3 Prozent der Frauen geraucht haben. Der Marktanteil der US-Konzerne erhöhte sich in kurzer Zeit von 1,5 auf 15 Prozent. Die ungewohnte, auf die Zielgruppen der Jugendlichen und

---

131 Stebbins (1991).

132 *The Economist* vom 28.9.1991. Das betrifft die in den USA hergestellten Produkte, nicht die Verkäufe der amerikanischen Tabakkonzerne und ihrer ausländischen Töchter.

133 Stebbins (1991).

134 Stebbins (1991).

135 Barry (1991).

der Frauen gerichtete unlimitierte Werbung hat in wenigen Jahren zu außerordentlichen Steigerungen mit den entsprechenden Zukunftsproblemen geführt. Amerikanische Zigaretten, die in Japan verkauft werden, tragen folgenden Warnungsaufdruck: »Rauchen wir nicht zuviel, da sonst eine Gefahr für die Gesundheit entstände.«<sup>136</sup>

Eine andere Art der staatlichen Förderung des Tabak- und Zigarettenexports besteht aus finanziellen Zuschüssen, die das Landwirtschaftsministerium den Tabakbauern zur Absatzförderung im Ausland zur Verfügung stellt. In diesem Fall geht es darum, die staatlichen Zigarettenmonopole im Ausland zur Beimischung amerikanischer Tabake zu bewegen und dies auch technisch zu ermöglichen. Wie es in einer AP-Meldung vom 10. Februar 1992 heißt, verweist der Präsident der Tobacco Association auf Erfolge in der Türkei, in Südkorea und Taiwan. Bulgariens staatlicher Tabakkonzern hat um technische Unterstützung gebeten. Rußland soll ebenfalls geholfen werden. Die Türkei, in der es 1987 noch keine amerikanischen Zigaretten gab, ist heute bereits der viertbeste Tabakkunde der USA mit einem Jahresumsatz von über 100 Millionen Dollar.<sup>137</sup>

Stark wachsende Absatzmärkte erschließen die Tabakkonzerne in den armen Länder der Welt, in denen zugleich auch Schwerpunkte des Anbaus und der Fabrikation liegen. Der amerikanische Staat fördert das seit über 25 Jahren unter anderem dadurch, daß Tabak in das Entwicklungshilfeprogramm »Food for Peace« (Nahrungsmittel für den Frieden) aufgenommen und subventioniert wird. Staaten der Dritten Welt, die ihren Zigarettenmarkt abgeschottet und durch staatliche Tabakmonopole bedient und kontrolliert haben, wurden ebenfalls mit Sanktionsdrohungen gezwungen, ihre Grenzen für amerikanische Tabakfirmen und deren aggressives Marketing zu öffnen. Ein Beispiel eines Zukunftsmarktes ist Brasilien mit seinem hohen Anteil junger Menschen (40 Prozent unter 15 Jahren), die vorwiegend in Städten leben; Fernseh- und Radioreklame können dort 80 Prozent der Bevölkerung erreichen.<sup>138</sup>

Es ist nachgewiesen worden, daß zwar dieselben Zigarettenmarken wie in den USA in der Dritten Welt angeboten werden, aber dort einen höheren Teer- und Nikotingehalt aufweisen. Auf den Philippinen wurden 50 Prozent mehr Teer und der doppelte Nikotingehalt gefunden. Das Gesundheitsrisiko des Rauchens potenziert sich in Kombination mit Unterernährung. Es gibt

---

136 Kawane (1991).

137 *Der Tagesspiegel* vom 11.2.1992.

138 Stebbins (1991).

Studien, die synergetische Effekte zwischen in diesen Ländern typischen Infektionskrankheiten und den Schädigungen durch Tabakgenuß (z.B. Lungenkrebs, chronische Bronchitis und Tuberkulose) nachweisen. Die Sterblichkeit an Lungen- und Bronchialkrebs steigt in Ländern wie Pakistan, Bangladesch, Indien und Ägypten als Folge des Tabakkonsums mit größeren Raten an, als das in Industrieländern der Fall war.<sup>139</sup>

Gesundheitseffekte hat auch die Verlagerung des Tabakanbaus in die Armutsländer, die nun schon 72 Prozent der Weltanbaufläche haben, die zu 85 Prozent von den multinationalen Konzernen kontrolliert werden. Unter anderem will man damit die Importzölle vermeiden. Sowohl die Food and Agriculture Organization (FAO) der UNO als auch die Weltbank unterstützen den Tabakanbau mit der Begründung, durch ihn könnten sich die Länder Devisen verschaffen. Nicht nur, daß auf diesen Flächen keine Nahrungsmittel angebaut werden können: Der Tabakanbau führt zu enormen ökologischen Schäden, da eine Waldfläche von der gleichen Größe abgeholzt werden muß, um den Tabak durch Räuchern haltbar zu machen. In Malawi wurde zu diesem Zweck bereits ein Drittel des Waldbestandes vernichtet, in Tansania 12 Prozent. Die Tabakpflanzungen bedürfen zudem großer Mengen von Kunstdünger, Herbiziden und Pestiziden, die in den meisten armen Ländern völlig unkontrolliert verwendet werden.<sup>140</sup>

Indem die amerikanische Regierung den Tabakkonzernen auf diese Weise bei der Kompensation inländischer Verluste behilflich ist, externalisiert und vervielfacht sie die Gesundheitsschädigungen, die der eigenen Bevölkerung erspart werden sollen.

4. *Legitimationswissenschaft(ler)*: Bis heute gelingt es der Industrie, vor allem über das von ihr finanzierte Tobacco Institute in Washington, Wissenschaftler von Rang zu gewinnen, um die Anti-Smoking-Politik in ihrem Interesse zu delegitimieren. Legt man heutige Maßstäbe der Wissenschaftlichkeit an, so ist in den Vereinigten Staaten schon 1938 eine wissenschaftliche Arbeit veröffentlicht worden, die an dem Zusammenhang zwischen Rauchen und Krankheit kaum mehr Zweifel ließ. Damals reagierte die Tabakindustrie, indem sie ihre Werbung konsequent auf positive Gesundheitsversprechen einstellte und beim Bundesgericht durchsetzte, daß Zigaretten nicht unter den »Pure Food and Drug Act« fallen. Dadurch handelte es sich nicht um einen Stoff, den die FDA regulieren (d.h. unter anderem auf Schädlich-

---

139 Barry (1991).

140 Barry (1991).

keit prüfen) darf.<sup>141</sup> Nachdem epidemiologische Arbeiten und Laborversuche mit Tieren weitere Belege geliefert hatten, starteten Forscher der American Cancer Society 1952 eine longitudinale Studie zur Rauchgewohnheit von 187 783 Männern im Alter von 50 bis 69 Jahren. Bereits nach eineinhalb Jahren zeigten die vorläufigen Daten, daß auf 39,2 Prozent der Rauchergruppe 61,6 Prozent der Sterbefälle kamen. Der rauchbedingte »Überschuß« von 2 265 Todesfällen verteilte sich zur Hälfte auf koronare Herzkrankheiten, zu 14 Prozent auf Lungenkrebs, der Rest auf Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs sowie auf Magengeschwüre und Erkrankungen der Atemwege.<sup>142</sup>

Auf dem ersten Hearing des Kongresses zu diesem Sachverhalt konnte die Tabakindustrie eine Anzahl bedeutender Ärzte und Wissenschaftler auftreten lassen, die einen Kausalzusammenhang zwischen Rauchen und Krankheit in Frage stellten.<sup>143</sup> Auch die American Medical Association (AMA) schloß sich erst Ende der sechziger Jahre, dem politischen Druck vieler Mitglieder nachgebend, der Anti-Smoking-Politik an. Noch eineinhalb Jahre nach dem Report des Surgeon General weigerte sie sich, dessen Einschätzung des Gesundheitsrisikos vom Zigarettenrauchen zu akzeptieren. Entsprechend der Linie der Tabakindustrie, die Frage nach der Gesundheitsschädlichkeit als eine »offene Debatte« zu deklarieren, um dadurch politische Konsequenzen zu verhindern, äußerte die AMA die Meinung, bevor sie Stellung nehmen könne, sei weitere Forschung vonnöten. Zu diesem Zweck akzeptierte sie 10 Millionen Dollar von der Tabakindustrie. Noch 1968 veröffentlichte das »Journal of the American Medical Association« Artikel, in denen eine Kausalverbindung von Rauchen und koronaren Herzkrankheiten bestritten wurde. Der Herausgeber dieser Zeitschrift weigerte sich damals beharrlich, seine Tabakaktien zu verkaufen, und tat dies erst 1981.<sup>144</sup>

Eine Taktik besteht in der direkten Finanzierung biomedizinischer Forschung, um damit der Behauptung Glaubwürdigkeit zu verleihen, die Tabakindustrie - so das Tobacco Institute - »bleibe dem Ziel verpflichtet, die wissenschaftliche Erforschung der bestehenden Wissenslücken in der Rauch-Kontroverse zu schließen«. Seit 1954 existiert ein »Tobacco Industry Research Committee« (CTR). 1986 schrieb das Tobacco Institute dazu:

»Die Industrie unterstützt die unabhängige Forschung mit über 130 Millionen Dollar. Nahezu 2 600 wissenschaftliche Publikationen entstanden in diesem Zusammenhang. Bedeutende Wissenschaftler sind der Meinung, daß viele Fragen

---

141 Goldstein (1992, S. 97).

142 Hammond/Horn (1954).

143 Goldstein (1992, S. 99).

144 Goldstein (1992, S. 107).

des Zusammenhangs von Rauchen und Gesundheit ungelöst sind, und die Tabakindustrie verpflichtet sich auch weiterhin, auf solche Fragen Antworten zu suchen.«

Tatsächlich zielen diese Forschungsvorhaben aber nicht auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens, sondern sind allgemeinerer Natur. Ihr Hauptzweck liegt darin, in die Public-Relation-Strategie eingebettet zu sein. Sie ermöglichen es der Tabakindustrie, ihren Hinweisen auf die Offenheit der »Kontroverse« durch Verweis auf eigene Forschungsförderung und reputierliche Namen der daran beteiligten Wissenschaftler Glaubwürdigkeit zu verleihen. Eine Befragung der dreizehn Mitglieder des Forschungskomitees (CTR) ergab, daß diese Wissenschaftler individuell sehr genau um den Zusammenhang zwischen Rauchen, Krankheit und Sterblichkeit wissen.<sup>145</sup>

Heute wird die Pathogenität des Zigarettenrauchens auch von den der Tabakindustrie verpflichteten Wissenschaftlern nicht mehr direkt bestritten. Man hat sich auf eine Strategie verlegt, die man als »Abstreiten, ohne direkt zu lügen«, bezeichnen kann. Warner zitiert den Vizepräsidenten des Tobacco Institute, der es 1988 als eine »brillant erdachte und ausgeführte« Strategie ansah, wie man »Zweifel an der Gesundheitsschädlichkeit wecken kann, ohne sie tatsächlich zu bestreiten«<sup>146</sup>. Wie die Federal Trade Commission ermittelte, reicht die Taktik von der Beeinflussung des öffentlichen Diskurses, z.B. durch sehr häufige Hinweise auf eine in Wirklichkeit nicht mehr existente »wissenschaftliche Debatte« der »Kontroverse« zur Pathogenität des Rauchens, bis hin zur Verzerrung einschlägiger Forschungsergebnisse mit Hilfe zum Teil namhafter Vertreter des Wissenschaftsbetriebes. Der Federal Trade Commission, die sich des Tabakproblems im Rahmen ihrer Zuständigkeit oft angenommen hatte, lag 1969 ein Dokument von Brown & Williamson Tobacco vor, in dem diese außerwissenschaftlich motivierte Methode der Produktion von Zweifel propagiert wird:

»Zweifel ist unser Produkt, denn es ist das beste Instrument gegen die 'wissenschaftlichen Erkenntnisse', die heute im Bewußtsein der allgemeinen Öffentlichkeit existieren. Es ist auch ein Instrument zur Etablierung einer 'Kontroverse'. Wenn wir [Brown & Williamson, HK] es schaffen, eine öffentlich sichtbare Kontroverse ins Leben zu rufen, dann haben wir die Chance, die Fakten über Rauchen und Gesundheit in unserem Sinne verständlich zu machen.«<sup>147</sup>

---

145 Tobacco Institute (1986), zit. nach Warner (1991, S. 839).

146 Warner (1991).

147 Myers/Iscove et al. (1981/2), zit. nach Glantz (1992). Die Wirksamkeit dieser in infamer Absicht produzierten »Zweifel« wird allerdings beträchtlich erhöht durch die ganz offensichtliche Abwesenheit jeglicher Zweifel (im Sinne des Erkenntnisfortschritts), die nicht wenige Mitglieder des weitgehend zur Anti-Smoking-Bewegung übergegangenen wissenschaftlichen Establishments an den Tag legen.

Man hat die Methode, eine laufende Debatte vorzutäuschen, in den achtziger Jahren allmählich für die Frage der Kanzerogenität aufgeben müssen und verlegte sich offensichtlich erfolgreich mehr auf die moralische Argumentation, der zufolge Rauchverbote die Freiheitsrechte beeinträchtigen.

(f) *Strategische Schlüsselposition: Passivrauchen*

1. *Exkurs zu den Begriffen »Freiheit« und »falsche Bedürfnisse«:* Immerhin hat die Tabakindustrie, indem sie das »Recht der Raucher« verteidigt, es fertiggebracht, daß sich eine Gegenbewegung in der Bevölkerung gebildet hat. Freilich gelang ihr das nur mithilfe der übereifrig sendungsbewußten Anti-Smoking-Strategen, die in der Bevölkerung Ängste hervorrufen (»Wo soll das einmal enden?«). In Stadt- und Staatsparlamenten werden heute »Gesetze zum Schutz der Raucher« debattiert. Das wahrscheinlich erste dieser Art ist im Staat Washington verabschiedet worden. Unter anderem wird Arbeitgebern mit Haft gedroht, die Raucher bei der Einstellung diskriminieren. Ein Abgeordneter nennt die wahrscheinlich repräsentative Begründung seines Motivs dazu: »Und selbst wenn Rauchen krank machen sollte, muß jeder die Freiheit haben, sich selbst zu ruinieren.«<sup>148</sup>

Man könnte sich eine solche Gegenbewegung sicher auch ohne Tabakindustrie denken. Aber diese facht die entstandene Glut mit ihren Mitteln an: Sie politisiert die Auseinandersetzung, indem sie sich auf die »Freiheit der Entscheidung« (freedom of choice) und die »Bill of Rights« kapriziert. Vorgeführt wurde das 1989 bei einer Aktion: Die Botschaft hieß: »Rauchen ist Freiheit, Rauchen ist amerikanisch.« So plazierte Philip Morris am 7. Dezember, dem Jahrestag des japanischen Überfalls auf Pearl Harbor, ein ganzseitiges Foto des Präsidenten Franklin D. Roosevelt (der bekannterweise ein Raucher war), der die Amerikaner davor warnt, nicht die vielen Männer zu vergessen, die dafür gestorben sind, um das Recht der Amerikaner auf die »freie Wahl« zu erkämpfen.<sup>149</sup>

Es ist nicht so, als habe das keine Wirkung erzielt. Durch die Forcierung der Rauchverbote ist die Anti-Smoking-Bewegung Ende der achtziger Jahre in arge Bedrängnis gekommen, nachdem »Freiheit« dagegengesetzt wurde. Die Tabakkonzerne haben die Behauptung, die Gesundheitsschädlichkeit sei eine »offene Frage«, weitgehend aufgegeben. 1988 startete das Tobacco In-

---

148 *Der Tagesspiegel* vom 1.4.1992.

149 Goldstein (1992, S. 112).

stitute eine landesweite Kampagne »Genug ist genug« und meinte damit sechs »Genugs« für die Situation der unterdrückten Raucher: genug Steuern, Zensur, Anti-Smoking-Gesetze, Schikanen, Kontrolle und Diskriminierung. Im Oktober 1988 verloren die Tabakgegner des Staates Oregon ein Referendum, dessen Erfolgsfall praktisch ein Rauchverbot in allen Innenräumen des Landes bedeutet hätte, obwohl es vorher günstige Meinungsumfragen gegeben hatte. Kommentatoren schrieben diese Niederlage eindeutig der Betonung der persönlichen Freiheit zu.<sup>150</sup>

Das verlangt einen kleinen Exkurs zum impliziten Freiheitsbegriff in diesem Diskurs. Da sich ideologisch die meisten Anhänger der Anti-Smoking-Bewegung bezüglich ihres Begriffes von Freiheit nicht oder kaum von der Gegenbewegung unterscheiden, geriet diese mehr und mehr in eine argumentative Sackgasse: Es kommt zu einer Kollision zwischen der herrschenden Ideologie und der Anti-Smoking-Politik. Der Rauchgenuß ist nicht einfach eine schädliche Angewohnheit, es ist der Konsum einer Ware. Auf der Basis Markt-Freiheit sind Ansprüche an den Gebrauchswert einer Ware lediglich vom individuellen Käufer zu bewerten, nicht vom Staat oder einer nichtstaatlichen Form der Öffentlichkeit. Allein der Käufer entscheidet, ob das subjekte Bedürfnis, bezogen auf den Gebrauchswert der Ware, höher eingeschätzt wird als das Ausmaß des Verzichts, das durch den Preis der Ware bestimmt wird. Ein Produkt kommt ja deshalb auf den Markt, weil eine ausreichende Zahl von Individuen es so wünscht. Mit dem Kauf stimmen die Menschen ab. Der Dollarschein ist der Stimmzettel in der liberalen Theorie. Ein bekannter Werbeslogan der deutschen Zigarettenindustrie (die denselben Konzernen gehört) lautet darum: »Ich rauche gern« mit der Konnotation: »da hat keiner hineinzureden«. Marktkonform ist eine gesundheitspolitische Intervention daher nur, wenn sie darauf aus ist, den »souveränen« Konsumenten umzustimmen, ihn zu überzeugen, daß es für ihn besser ist, die Prioritäten zu ändern. Das ist etwas anderes als Verbote.

In der liberalen Markttheorie ist es prinzipiell unmöglich, etwas anderes als den subjektiven Nutzen und dessen Umsetzung in effektive Nachfrage als reales Kriterium für die Produktion und den Vertrieb einer Ware anzuerkennen. Nur dadurch ist die Autonomie der privaten Unternehmen überhaupt legitimierbar: Sie müssen die Freiheit haben, den vom Konsumenten ausgestrahlten Marktsignalen zu folgen. Die Entscheidungen über Inhalt und Umfang der Produktion sollen - so schreibt es die Theorie vor - nur von den individuellen Käufern vorgegeben werden, die täglich durch ihr bedürfnisge-

---

150 Leichter (1991, S. 137).

steuertes Verhalten auf dem Markt zum Ausdruck bringen, ob und zu welchem Preis sie die Produktionsentscheidungen akzeptieren. Staatliche Interventionen in die Produktion und den Vertrieb sind in der herrschenden Markttheorie also zugleich Einschränkungen der Eigentumsrechte der Unternehmen *und* Einschränkungen jenes Aspekts der individuellen Freiheit, der in den marktkonformen Morallehren mit der Freiheit überhaupt identifiziert wird: der freien Wahlmöglichkeit (free choice).

Gemäß diesem formalen Freiheitsbegriff der freien Auswahlmöglichkeit sind alle Waren, welche Käufer finden, die damit zum Ausdruck bringen, daß ihre subjektiven Bedürfnisse damit gedeckt werden, durch eben diesen Umstand auch legitimiert. Obwohl »Bedürfnisse« hier reduziert sind auf solche, die warenförmig befriedigt werden können, und obwohl die Realität nicht die Bedingungen kennt, die ein solches Modell zur Voraussetzung haben müßte, könnte so das marktliberale Alltagsverständnis skizziert werden. Ihm folgen auch die meisten soziologischen Vorstellungen. Sie lehnen die Möglichkeit ab, unter Freiheitsbedingungen von objektiv falschen Bedürfnissen zu sprechen. Karl Otto Hondrich beispielsweise entlehnt seine Vorstellung von der »Objektivität« der Bedürfnisse der Phänomenologie von A. Schütz und versteht darunter das, was in der Bedürfniswelt eines Individuums durch »kulturelle Regelmäßigkeit bestimmt«, also von »Angehörigen der gleichen Kultur« intersubjektiv geteilt wird.<sup>151</sup> Damit ist aber eine Art durchschnittliche Subjektivität gemeint, also das, was den marktliberalen Vorstellungen zufolge in der (bedürfnisinduzierten) gekauften Warenfülle zum Ausdruck kommt, zu der auch die Tabakprodukte gehören. Gleichsam in Projektion dieser subjektiven Auffassung auf die Gegenposition kann Hondrich dann Herbert Marcuse (stellvertretend für die Kritische Theorie) unterstellen, sein Begriff vom »falschen Bedürfnis«<sup>152</sup> sei davon bestimmt, daß es ihm »mißfalle«. Offenbar schließt er die Möglichkeit aus, Bedürfnisse nach ihren objektiven, d.h. von Intentionen unabhängigen, stofflichen, zeitlichen und räumlichen Rückwirkungen auf die Menschen (auch künftiger Generationen) zu unterscheiden. Durch die Ausklammerung des Objektiven und die Setzung von Freiheit als Auswahlfreiheit, in der sich die subjektiv verstande-

---

151 Hondrich (1983).

152 Marcuse (1967). Marcuse unterscheidet hier »wahre und falsche Bedürfnisse«. Die Befriedigung der letzteren möge für das Individuum höchst erfreulich sein, aber dieses Glück diene dazu, die Fähigkeit (seine eigene und die anderer) zu hemmen, die Krankheit des Ganzen zu erkennen und die Chancen zu ergreifen, diese zu heilen. Das Ergebnis sei dann »Euphorie im Unglück« (S. 25).

nen Bedürfnisse ausdrücken können, sieht die Gegenposition schlecht aus: Sie verbietet, was ihr »mißfällt«.

Der interventionistische Staat in den westlichen Marktgesellschaften hat immer schon Gründe der Rechtfertigung gefunden und riskiert dabei stets, als freiheitsbedrohend zu gelten und seine Legitimation zu verspielen. Die Delegitimierung staatlicher Intervention war den (marktliberalen) amerikanischen Neokonservativen Ende der siebziger Jahre gelungen. Sie konnten dabei an einen *common sense* anknüpfen, dem ebenso die überwiegende Mehrheit der Anti-Smoking-Aktivisten anhängen dürfte. Darum hat die Anti-Smoking-Politik nur sehr beschränkte und in sich widersprüchliche Möglichkeiten, ihr Handeln gegen das Freiheitsargument wirksam zu begründen: Möglich ist das, wo der Konsument nicht souverän genannt werden kann, wie es beim Rauchverbot für Kinder und Jugendliche der Fall ist. Eine in den letzten Jahren auffällige Häufung von Veröffentlichungen, in denen vom Rauchen als einer »Sucht« gesprochen wird, mag ebenfalls in diese Richtung zielen. Eine andere Ausnahme ist vorstellbar, wenn der Konsum der Ware Zigarette externe Effekte hat, durch die Dritte geschädigt werden. Das wird angenommen, wenn schwangere Frauen rauchen und damit die Gesundheit des Fötus aufs Spiel setzen. Allerdings beschränkt man sich auf Aufklärung, Gesundheitswarnungen bei Werbung und auf Packungen sowie nicht zuletzt auf die moralische Verurteilung rauchender Schwangerer. Ein weiterer »externer Effekt« des Rauchens wird in den höheren Versicherungsprämien durch die von Rauchern verursachten Gesundheitskosten gesehen. Dem wird aber - immanent-ökonomisch - entgegengehalten, den zusätzlichen Kosten durch höhere Morbidität müßten die Ersparnisse gegenübergestellt werden, die der Gesellschaft durch die reduzierte Lebenserwartung zuwachsen. Andere immanent ökonomische Gegenargumente weisen darauf hin, daß mit den von Rauchern aufgebrachtten indirekten Steuern auf Tabakprodukte die Schäden der Gesellschaft kompensiert würden. Wieder andere Argumente machen plausibel, daß direkte ökonomische Sanktionen gegen individuelle Raucher einen umfassenden Überwachungsapparat erforderten, der sowohl aus wirtschaftlichen Gründen als auch aus Gründen der Individualrechte unangemessen sei.

2. *Unfreiwilliges Rauchen*: Aus diesen Gründen konnte es nicht ausbleiben, daß die Anti-Smoking-Bewegung in Bedrängnis geriet, nachdem die Tabakindustrie die Rechte der Raucher und nicht wenige Liberale die Freiheit, unvernünftig zu sein (*free to be foolish*), gegen sie gesetzt hatten. Da aber

selbst das Freiheits-Argument im gesundheitsbewußten Amerika dann nicht mehr zieht, wenn es bei anderen (zu denen man selbst gehören könnte) Krebs, Bronchitis oder Herzkrankheiten hervorruft, hat man eine zweite Front eröffnet und versucht seither, das Passivrauchen bzw. die »Innenraum-Luftverunreinigung« ins Zentrum der Auseinandersetzungen zu stellen.

Schon in einem Gutachten für das Tobacco Institute aus dem Jahr 1978 heißt es zusammenfassend:

»Der Bericht des Surgeon General [von 1964, HK], die ersten Warnvorschriften auf den Zigarettenpackungen, das Werbeverbot im Fernsehen und die Gesundheitswarnungen in der Werbung waren alles 'Stürme' für die Tabakindustrie. Aber es waren Stürme, gegen die die Zigarettenindustrie erfolgreich bestehen konnte, denn sie waren alle gegen die Raucher selbst gerichtet [...] und haben nicht dazu geführt, daß viele von ihnen das Rauchen aufgegeben haben. Der neueste Angriff der Anti-Smoking-Kräfte jedoch - das Problem des Passivrauchens - ist davon zu unterscheiden. *Was die Raucher sich selbst antun, das kann als ihre eigene Angelegenheit aufgefaßt werden, aber was die Raucher den Nichtrauchern tun, ist eine ganz andere Sache [...].* Das sehen wir als die bislang gefährlichste Entwicklung für die Lebensfähigkeit der Tabakindustrie an.«<sup>153</sup>

Man kann nun in den neunziger Jahren sogar so weit gehen und behaupten: Weitere gesetzliche Rauchverbote sind nur dann nicht hinfällig, wenn die Schädlichkeit des Passivrauchens auch in Zukunft solche Maßnahmen trägt. Schon 1986 ermittelte eine landesweite Umfrage, die Gesundheitsschädlichkeit der Raumluftverschmutzung durch Tabakrauch sei 81 Prozent der Amerikaner bekannt.<sup>154</sup> Würde sich das wissenschaftlich bestätigen, dann wäre Rauchen nicht mehr länger eine persönliche Frage. Der amerikanischen Öffentlichkeit scheint es nicht zu genügen, daß man sich durch den Rauch belästigt findet. Das Recht, sich nicht belästigt fühlen zu dürfen, kann nur auf der Gesundheitsgefährdung beruhen. Damit aber ist die Frage nach der Gesundheitsschädlichkeit des Passivrauchens der Punkt, an dem sich das Schicksal der künftigen Anti-Smoking-Politik und der inländischen Gewinne der Tabakkonzerne entscheiden wird. Nach den Erfahrungen mit der Glaubwürdigkeit der Präventionsforschung in Sachen Cholesterin ist hinzuzufügen: Die Schlüsselstellung dieses Themas läßt es angeraten sein, mit großer Zurückhaltung die Forschungsergebnisse zu betrachten, sowohl diejenigen, die die Vermutung der Pathogenität des Passivrauchens stützen, als auch bei de-

---

153 The Roper Organization (1978), zit. nach Glantz et al. (1992 [Hervorhebung HK]).

154 Brownson/Jackson-Thomson et al. (1992).

ren methodisch-sezierenden Kritikern, die, wie die Vergangenheit gezeigt hat, nicht selten im Dienste des Tobacco Institute stehen.<sup>155</sup>

Das Passivrauchen wurde erstmals 1972 im Report des Surgeon General in einem relevanten Kontext angesprochen.<sup>156</sup> 1979, im Bericht über »Rauchen und Krebs«, ist dem Thema bereits ein eigenes Kapitel gewidmet.<sup>157</sup> Der Bericht über chronische Lungenkrankheiten 1984 argumentierte schon auf Basis einer ganzen Anzahl von Studien, aus denen gefolgert wurde, daß Nichtraucher, deren Ehepartner Raucher seien, ein höheres Lungenkrebsrisiko haben.<sup>158</sup> 1986 erschienen dann sowohl vom Surgeon General als auch von der amerikanischen Akademie der Wissenschaften zwei Berichte, die ausschließlich dem Passivrauchen gewidmet waren.<sup>159</sup> Der bis dahin erreichte Forschungsstand findet sich hier in einer transparenten Form.

In der Literatur fällt auf, daß der Anti-Smoking-Bewegung ein neuer Akteur zugewachsen ist. Durch die Auffassung, es handele sich um eine Verunreinigung der Raum-Umwelt, ist die Umweltschutzbehörde (EPA) nun mit zuständig und betreibt eigene Untersuchungen. In dem Bericht von 1989 kommt man auf der Grundlage vorliegender Studien zu der Auffassung, man könne jährlich 3 800 Sterbefälle an Lungenkrebs von Nichtrauchern dem Passivrauchen zurechnen.<sup>160</sup> Fielding gelangt in einem Statusbericht 1988 bei vorsichtiger Auswertung des Standes zu folgenden Ergebnissen: Eine Reihe von prospektiven und Fall-Kontrollstudien wies auf die Wahrscheinlichkeit eines Kausaleffekts des unfreiwilligen Einatmens von Tabakrauch auf Lungenkrebs hin. Über die Wirkung auf andere Krankheiten der Atem-

---

155 In Deutschland beherrschen die gleichen Konzerne den Tabakmarkt wie in den USA. Diese agieren auf Basis der Erfahrungen mit der amerikanischen Entwicklung. Das bedenkend hätte es der Zeitschrift »Das öffentliche Gesundheitswesen« gut angestanden, dem Leser mitzuteilen, was oder wer sie dazu bewogen hat, 1991 ein Sonderheft zum Thema »Passivrauchen« herauszubringen. Das Heft beinhaltete nicht eine einzige wissenschaftliche Abhandlung, sondern enthielt 21 Interviews mit Vertretern sozial- und arbeitsmedizinischer Fachrichtungen, die alle die Meinung vertraten, ein Nachweis der Pathogenität sei nicht erbracht worden und es handele sich nicht um eine Gefahr. Im Interesse auch der Zeitschrift und ihrer Herausgeber möchte man sich wünschen, was die größte Medizin-Zeitschrift der Welt, das »New England Journal of Medicine«, eingeführt hat, daß nämlich alle Autoren sich verpflichten anzugeben, ob sie ein vertragliches Verhältnis mit den Vertretern der Interessen haben, die durch die Veröffentlichung tangiert werden.

156 Department of Health, Education and Welfare (1972).

157 Department of Health, Education and Welfare (1979a).

158 Department of Health, Education and Welfare (1984).

159 Department of Health, Education and Welfare (1986).

160 Department of Health and Human Services (1989).

wege bei Erwachsenen sei nicht genug bekannt. Vier prospektive und neun Fall-Kontrollstudien belegten, daß die Kinder rauchender Eltern häufiger und schwerer an Infektionen der Atemwege erkranken und eine schlechtere Lungenfunktion haben.<sup>161</sup> Das scheint von allen Erkenntnissen zum Thema Passivrauchen die gesichertste zu sein. Neuerdings haben dann Glantz und Parmley den Zusammenhang zu den Herzkrankheiten unter epidemiologischen, physiologischen und biochemischen Aspekten untersucht und rechnen jährlich 35 000 Todesfälle von Nichtrauchern an Herzkrankheiten dem Passivrauchen zu, woraus sie schließen, daß dieses nun als die »drittgrößte vermeidbare Todesursache« anzusehen sei.<sup>162</sup> Eine Meta-Studie der Umweltbehörde stufte 1992 den »Umwelt-Tabakrauch« als krebserregend für Kinder und Erwachsene ein. Bei 150 000 bis 300 000 Menschen verursache und vermehre er Asthmaanfälle. Das Risiko von Kindern, an Bronchitis oder Lungenentzündung zu erkranken, erhöhe sich ebenfalls. Die »Frankfurter Allgemeine Zeitung« berichtete, daß nach Veröffentlichung dieser Studie die Börsenkurse der Tabakindustrie vorübergehend gefallen seien.<sup>163</sup>

Es wird abzuwarten sein, ob diese Ergebnisse durch die weitere Forschung bestätigt werden.

## 5.4 Gesellschaftliche »Rücksicht« oder gesundheitliche Einsicht?

### 5.4.1 Soziale Tendenz zum Nichtrauchen

Nicht nur die Individuen, sondern auch Menschengruppen und -bewegungen neigen dazu, sich in die Rolle von Subjekten des Geschehens zu interpretieren. Warum sollte das im sozialen Raum der Präventionspolitik anders sein? Nur so ist es zu erklären, warum die wissenschaftliche Literatur zur Anti-Tabakpolitik keinen Zweifel daran erkennen läßt, daß die rückläufige Quote der Raucher und der sinkende Pro-Kopf-Verbrauch von Tabak das Werk eben dieser Anti-Tabakpolitik seien. Im Kapitel über die Entwicklung des Krankheitsgeschehens wurde schon skizziert, daß die Todesursache Krebs nicht auf dem Rückzug ist und schon gar nicht der Lungenkrebs. Bei der Todesursache Herzkrankheiten hingegen, für die Rauchen ebenfalls als Risiko-

---

161 Fielding/Phenow (1988).

162 Glantz/Parmley (1991a).

163 *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 22.1.1993.

faktor gilt, war der steigende Trend schon gebrochen, bevor 1964 die (ohnehin noch vorsichtig formulierten und nicht sehr beachteten) ersten Diätempfehlungen gegeben wurden, und erst recht vor dem Bluthochdruckprogramm (1973). Die vielgescholtenen Fast-Food-Ketten existierten zur Zeit der Trendumkehr noch nicht, und die Umsätze der Tabakindustrie stiegen noch jährlich.

Gleiches lehrt der Blick auf die verschwindend geringen meßbaren Effekte der Anti-Smoking-Maßnahmen der ersten Generation (formelle Restriktion der Fernsehwerbung, Warnung auf Packungen) in den sechziger und siebziger Jahren. Setzt man sie auf die Zeitachse der Tabak- und Raucherstatistik, so könnte man eher annehmen, daß sie ihre Existenz der in den oberen sozialen Schichten bereits einsetzenden Einstellungs- und Verhaltensänderung verdanken, als daß man sich umgekehrt vorstellen könnte, durch sie sei eine Trendumkehr des Rauchverhaltens in Gang gesetzt worden. Sollte der menschliche Wunsch, wenn schon nicht sich selbst, so doch wenigstens andere als Subjekte der Entwicklung ausfindig zu machen, so stark sein, daß die Augen vor so einfachen Daten unwillkürlich verschlossen bleiben? Wer sie jedenfalls zur Kenntnis nimmt, muß fragen, ob nicht jenseits des Politischen soziale Prozesse »autonom« Art als Ursache des sich verändernden Verhaltens gegenüber dem Tabakrauchen angenommen werden müssen.

Es kann an dieser Stelle keine soziologische Erklärung der rückläufigen Raucherquoten präsentiert werden. Aber festzuhalten sind zunächst einmal einige Merkmale dieser Rückläufigkeit:

1. Sie beginnt zeitlich vor den ersten Anti-Smoking-Maßnahmen und noch länger vor den ersten, die als unmittelbar wirksam einzuschätzen sind.
2. Sie findet - wenn auch mit unterschiedlicher Geschwindigkeit - in fast allen westlichen Industrieländern statt.<sup>164</sup>
3. Das abstinente und ablehnende Verhalten setzt sich in der sozialökonomischen Schichtung von oben nach unten durch.

Dieses Muster läßt vermuten, daß das Nichtrauchen<sup>165</sup> Teil eines historisch gerichteten Wandlungsprozesses sozialer Verhaltensmuster ist, wie sie als

---

164 Unter anderen Großbritannien, Kanada, Niederlande, Norwegen, Schweden; vgl. Stebbins (1991). Auch für West-Deutschland deuten die Daten des Mikrozensus' auf eine Rückläufigkeit hin, vgl. Baumann (1991). Ausnahmen waren in den achtziger Jahren Japan und Spanien.

165 »Nichtrauchen« in Gesellschaften, in denen die Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung raucht oder geraucht hat, ist nicht einfach ein Zustand des Nichtvorhandenseins, sondern hat ein aktives und bewußtes Moment und kann als »Verhalten« angesehen werden.

»Zivilisationsprozesse« von Norbert Elias beschrieben und analysiert worden sind.<sup>166</sup> Vom Blickwinkel eines politischen Akteurs aus könnte man einen solchen Prozeß als autonom ansehen, weil er durch Anti-Tabakpolitik zwar verstärkt oder verlangsamt werden kann, aber auch ohne sie vorstellbar ist. Mehr noch: Autonom könnte er auch sein im Hinblick auf deren formalen Rationalitätsbezug Gesundheit. Dafür läßt sich eine Reihe von Gründen nennen: Die langfristigen Veränderungen der Verhaltensstandards waren niemals in der Geschichte Resultate der Umsetzung einer vorher festgelegten rationalen Idee, sondern in erster Linie eine Funktion der »endogenen Dynamik« der sozialen Beziehungen, in denen die Menschen miteinander leben. Wie von Norbert Elias zu lernen ist, haben gesundheitliche, besser gesagt: »hygienische« Begründungen in der Vergangenheit häufig eine Rolle gespielt (z.B. beim öffentlichen Spucken, Urinieren, In-der-Nase-Bohren, Aus-einem-Topf-Essen usw.), jedoch haben sie sich nach näherer Durchleuchtung der Prozesse meist als nachträgliche rationale Begründungen erwiesen.

Welche Wesensmerkmale des zwar stockend und mit barbarischen Unterbrechungen, jedoch in der langen Perspektive als gerichtet erkennbaren Wandels des Habitus, der Verhaltensstandards, die Norbert Elias »Zivilisationsprozeß« genannt hat, könnten das Nichtrauchen nahelegen? Zu nennen ist hier die immer größere äußere Zurückhaltung, die sich die Menschen im Umgang miteinander auferlegen (müssen). Das gilt gleichermaßen für die Intensität und Heftigkeit des körperlichen wie des emotionalen Kontakts. Wer je, besonders als Nichtraucher, unfreiwillig einem verrauchten Versammlungslokal oder Zugabteil ausgesetzt war, wird leicht begreifen, daß Nichtrauchen nicht nur in der Beziehung des Menschen zu sich selbst, sondern auch in der zum anderen eine Form der »Zurückhaltung«, des »Sich-Zurücknehmens« ist. An dieser Stelle muß an die eingangs vorgebrachte Kritik des gängigen lebensstilorientierten Konzepts angeknüpft werden, des Versuchs, einzelne Elemente eines in sich kohärenten Habitus zu isolieren und verändern zu wollen. Der gesamte Habitus der Menschen wandelt sich entsprechend der klassen- und schichtspezifischen Veränderungen, und nur wenn im Wandel der Verhaltensstandards das Nichtrauchen angelegt ist bzw. nahegelegt wird, kann auch die lebensstilbezogene Prävention eine Chance haben. Die erzielten Erfolge beruhen auf diesem Eingebettetsein.

»Die Motivierung aus gesellschaftlicher Rücksicht ist lange vor der Motivierung durch naturwissenschaftliche Einsicht da«, schreibt Elias und macht immer wieder darauf aufmerksam, daß »Rücksicht« stets primär eine Funk-

---

166 Elias (1976, Bd. I).

tion von Herrschaft und Macht war und auch, aber erst in zweiter Instanz, eine soziale Regelungsfunktion. In jedem Falle sind die Kräfte, welche die Veränderung des Habitus erzwingen, angstbewehrt. In den von ihm untersuchten »Zivilisationskurven«, fährt er fort, verbinde sich die Mahnung »So etwas tut man nicht!«, mit der man Zurückhaltung, Angst, Scham und schließlich Peinlichkeit erzeuge, erst spät im Zuge einer gewissen Demokratisierung mit einem rationalen Begründungszusammenhang, der unabhängig von Rang und Stand des einzelnen für alle Menschen gleichermaßen gelte.<sup>167</sup> Stets gehe es bei den Veränderungen der Art, in der die Menschen miteinander leben, darum, aus dem gewünschten Verhalten einen Selbstzwang zu machen, der im Bewußtsein des einzelnen als gewolltes Verhalten, beispielsweise um der eigenen Gesundheit willen, erscheine.<sup>168</sup> Goudsblom hebt in einer Untersuchung der Rolle der Hygiene im europäischen Zivilisationsprozeß hervor, daß es darin zu bemerkenswerten Übereinstimmungen zwischen der Hygiene und den Argumenten der Moral komme, die sich zur Unterstützung des Verhaltensstandards entwickeln.<sup>169</sup> Um wieviel näher beieinander und um wieviel zeitgleicher und verwechselbarer müssen Moral und Gesundheit (im Sinne einer für alle gleichermaßen geltende, egalitäre Rationalität) miteinander verbunden sein in der ältesten Demokratie der modernen Welt mit ihrem - bei aller sozialökonomischen Polarisierung - egalitären Alltagsbewußtsein!

Wohlgermerkt: Es geht hier nicht um die Behauptung, das medizinische Argument werde zum Zwecke der Durchsetzung von Verhaltensnormen instrumentalisiert. Das Gesundheitsmotiv ist mit dem (uneingestandenem) Motiv des sozialregulativen Verlangens nach Zurückhaltung (Nichtrauchen), in das wiederum das Interesse an der Verwertung und Beherrschung von Arbeitskraft eingeflochten ist, aufs allerengste verwoben. Das zeigt der Konflikt um das Passivrauchen sehr deutlich. Allein das »demokratische« Gesundheitsargument zählt, offenbar kann man sich nicht gegen eine »Belästigung« schützen, wenn diese nicht als Krankheits- oder Sterberisiko (Lungenkrebs) ausgewiesen ist. Und Rauchverbote lassen sich nicht legitimieren, wenn es sich nur um Verbote der Selbstschädigung handelt. Aber mit Ausnahme bei Kleinkindern bewegen sich die epidemiologisch berechneten Risiken in winzigen Größenordnungen. Nicht einmal wissenschaftlich redliche Anti-Smoking-Wissenschaftler sind von ihnen überzeugt. So vergleichen

---

167 Elias (1976, Bd. I, S. 216 f.).

168 Elias (1976, Bd. I, S. 204).

169 Goudsblom (1982); vgl. auch Frevert (1984); Labisch (1989).

Fielding und Phenow die gemessenen Effekte des Passivrauchens mit denen des Genusses von weniger als einer Zigarette pro Tag.<sup>170</sup> Und dabei handelt es sich um jahrezehntelange Exposition und nicht um den gelegentlichen Aufenthalt in einem Rathaus, in dem geraucht werden darf. Eine neuere Studie, die offensichtlich zur Bestätigung des Krebsrisikos angelegt war, kommt zu dem Ergebnis, daß das Ausgesetztsein von »weniger als 25 Raucher-Jahren während Kindheit und Jugend das Lungenkrebsrisiko nicht erhöht«<sup>171</sup>.

Die Verlegenheit über die bisherigen Forschungsergebnisse läßt sich ablesen an der Waghalsigkeit der Schlußfolgerungen, die aus geringfügig geänderten Meßergebnissen gezogen werden<sup>172</sup>, am häufigen Gebrauch des »relativen Risikos«, einem Maß, das 100 Prozent ausmacht, wenn ein Risiko sich von einem auf zwei Hunderttausendstel erhöht, und an einem häufigen Verweis auf Autoritätszitate gegenüber Skeptikern und Kritikern, wo einzig Fakten gefragt wären.<sup>173</sup> Der akademisch gebildete Aktivist, dem die Anti-Smoking-Politik eine Herzenssache ist, muß die Gesundheit der »unfreiwilligen Raucher« beschwören, wo er gegen Belästigung nicht sein darf (will). Darum ist die Anti-Tabak-Bewegung nun dazu verurteilt, das Krebsrisiko des »unfreiwilligen Rauchens« nachzuweisen, weil im moralischen Bewußtsein vieler Amerikaner die »Freiheit, sich zu schädigen«, offensichtlich so fest verankert ist, daß es den organisierten Tabakinteressen zunächst einmal gelang, auf dieser Basis der politisch-moralischen Isolierung zu entgehen.

#### 5.4.2 Das Doppelgesicht der Anti-Smoking-Bewegung - oder: Die Herzlosigkeit der besseren Menschen

Wollte man ein Fazit aus den Erfahrungen der Anti-Tabakpolitik ziehen, die man ohne Übertreibung als eines der gegenwärtig größten Präventionsprojekte der industriellen Welt ansehen muß, dann muß wohl ihrer moralpolitischen Seite der größte Anteil am bisherigen Erfolg zugesprochen werden.

---

170 Fielding/Phenow (1988).

171 Janerich/Thompson et al. (1990).

172 Beispielsweise schreiben Janerich/Thompson et al. (1990), *trotz* ihrer (nicht gerade eindrucksvollen) Befunde könnten 17 Prozent der Lungenkrebsmortalität von Nichtrauchern dem Passivrauchen im Haushalt während Kindheit und Adoleszenz zugeordnet werden.

173 So bei Glantz/Parmley (1991b); es wird hier immer wieder auf die Berichte des Surgeon General verwiesen, in denen jedoch auch nur die vorhandenen Studien dargestellt und interpretiert werden.

Dabei ist einschränkend hinzuzufügen, daß es sich bei der allmählichen Durchsetzung des Nichtrauchens wahrscheinlich um einen relativ autonomen sozialen Prozeß handelt, der durch Politik verstärkt und in seiner Geschwindigkeit bestimmt wird. Für eine überwiegende und wachsende Mehrheit der Nordamerikaner ist Rauchen zu einer sozial unakzeptablen Angewohnheit geworden.

Die Umwertung des Rauchens und der Raucher erfolgt auf allen Ebenen der Wertung: Sie gilt als irrational, da krebserzeugend und daher tödlich, als unmoralisch, weil die Allgemeinheit schädigend, und als unästhetisch, weil häßlich und stinkend. Wo das verinnerlicht ist, nimmt man sich zurück, setzt andere und sich dem Anblick, der Zumutung und dem Eingeständnis des Rauchens nicht aus, schämt sich dieser Angewohnheit, empfindet sie als peinlich, unterläßt sie oder übt sie nicht ein. Der Prozeß der Umwertung des Rauchens vom ehemaligen Symbol des erfolgreichen, attraktiven, unabhängigen und dynamischen modernen Menschen zum Symbol für eine unsoziale, selbstschädigende und verantwortungslose Haltung erfolgt von oben nach unten in der sozialen Klassengesellschaft. Die unteren Schichten und die ethnischen Minoritäten weisen die höchsten Raucher- und die niedrigsten Aufhörquoten sowie die höchsten Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei den Krankheiten auf, die mit dem Genuß von Tabak in Zusammenhang gebracht werden.

Damit wird aber die moralische auch zu einer sozialen Diskriminierung, die sich hinter dem egalitären Gesundheitsargument verbirgt. Es kommt hier das Doppelgesicht der Anti-Smoking-Politik zutage: Will sie erfolgreich sein, dann muß sie für eine das Nichtrauchen begünstigende, also »tabakfeindliche« soziale und moralische Umwelt kämpfen. Bei einer solchen Veränderung gibt es zahlreiche, zum Teil sehr mächtige Verlierer, darum muß effektive Anti-Tabakpolitik zwangsläufig die Gestalt des politischen Konflikts annehmen.<sup>174</sup> Als politische Bewegung, die sie sein muß, trägt sie aber zwangsläufig die soziale Handschrift der Schichten, aus denen sie sich rekrutiert. Das Nichtrauchen wird wie eine aktive Verhaltensweise »demonstriert«, und so zählt es heute zu den Symbolen, derer sich die Schichten der Mittelklasse zur sozialen Distinktion bedienen. Elias hat das an anderen Erscheinungsformen »gesellschaftlicher Rücksicht« beobachtet. Die neuen Verhaltensweisen erfordern zumindest in der Phase ihres Aufkommens einerseits eine gewisse Versagung und (darum) einen gewissen Zwang (was im Fall der Zigarette durch den suchttähnlichen Charakter und die Werbeverführung

---

174 Das heißt Mobilisierung, Solidarität, gemeinsames Feindbild, Symbole usw.

unterstrichen wird), aber auf der anderen Seite - wie zum Ausgleich - »erhalten sie sofort immer auch den Sinn einer sozialen Waffe gegen die jeweils Niedrigerstehenden, den Sinn eines Distinktionsmittels«<sup>175</sup>.

Im Anti-Smoking-Verhalten ebenso wie in der Literatur läßt sich eine gewisse »Herzlosigkeit der besseren Menschen«<sup>176</sup> beobachten, eine auftrumpfende Härte des Moralisierens, von der ich annehme, sie geht nicht zuletzt darauf zurück, daß der Tabakgenuß mehr und mehr zu einer Angewohnheit der unteren Schichten geworden ist. Es handelt sich womöglich um ein Koppelprodukt von lebensstilbezogenen Erziehungspolitiken überhaupt. Darum sei zum Schluß noch auf den wirklich unanfechtbaren Stand der Wissenschaft verwiesen, der keine »relativen Risiken«, keine Mega-Statistiken<sup>177</sup> und keine Einschüchterungszitate nötig hat: Rauchen - so ist sicher - ist eine ernsthafte Gefährdung der Gesundheit, aber die weitaus meisten Raucher erkranken aufgrund dessen nicht und sterben auch nicht früher.

»The Lancet« veröffentlichte kürzlich einen Kommentar von Skrabanek zum »statistischen Overkill«, wie er von Epidemiologen und Anti-Tabakaktivisten betrieben werde.<sup>178</sup> Es heißt dann weiter, die Epidemiologen könnten sich nicht einmal darüber einig werden, ob gegenwärtig die Krebsmortalität steige oder falle.<sup>179</sup> Was wirklich benötigt werde, seien zuverlässige und praktische Informationen über die Gefährdungen der einzelnen und nicht »Megastatistiken, die durch Multiplikation erzielt werden«. Sätze wie »eine halbe Milliarde der lebenden Weltbevölkerung wird durch Tabak umgebracht« seien dazu bestimmt, Angst zu machen, sagten aber nichts aus darüber, welchen Rat man beispielsweise einer 65jährigen Witwe mit rheumatischer Arthritis geben könne, die täglich 15 Zigaretten rauche, solche Informationen seien nirgends erhältlich. »Für viele Menschen, ob Soldaten, Häft-

---

175 Elias (1976, Bd. I, S. 206); das trifft für das neue »ökologische Verhalten«, die »neue Ernährungsweise« usw. ebenfalls zu.

176 Charlier (1989).

177 Beispiele für die übliche Methode der Übertreibungen gibt Skrabanek (1992).

178 Skrabanek zitiert unter anderem die zum Establishment der angelsächsischen Epidemiologie gehörenden Doll und Peto, die 1985 geschrieben hatten: »Etwa ein Viertel aller regelmäßigen Zigarettenraucher wird von seiner Angewohnheit vor der Zeit umgebracht (will be killed).« In einer Presseerklärung der WHO wird Petos Adresse an die »Weltkonferenz über Tabak und Gesundheit« 1990 zitiert: »Zahlen aus den USA von 1985 zeigten, daß ein Drittel aller Todesfälle der Personen zwischen 35 und 69 Jahren (Raucher und Nichtraucher zusammengekommen) dem Tabak geschuldet ist.« Skrabanek kommentiert: »Wenn ein Drittel raucht, dann ist jeder Todesfall eines Rauchers verursacht durch 'die Angewohnheit'.«

179 Siehe Kapitel 2 (Editorial 1992).

linge, Alleinstehende, Hinterbliebene, die Alten oder die Nichtgeliebten ist möglicherweise eine Zigarette der letzte Trost.« Manche rauchten, weil sie sich langweilen, andere, weil ihre Kreativität davon angereizt werde. Wenn der amerikanische Surgeon General Koop 1984 zur »rauchfreien Gesellschaft im Jahre 2000« aufgerufen habe, dann

»mag das eine lobenswerte Zielsetzung sein für einen Public-Health-Beamten oder einen Sozial-Ingenieur, aber eine rauchfreie Gesellschaft muß nicht notwendigerweise auch eine gesündere und glücklichere sein. Die WHO-Charta 'Gegen den Tabak' zählt sechs 'Rechte' auf, fünf davon sind Rechte von Nicht-rauchern, und eines gesteht man den Rauchern zu, nämlich: 'Jeder Raucher hat das Recht auf Ermutigung und Hilfe, um seine Angewohnheit zu besiegen.' Die WHO regt hier eine gefährliche Polarisierung der Gesellschaft an, in der 'verantwortungsbewußte' Bürger alle Rechte und die Parias kein einziges haben. Die Mehrheit der heutigen Raucher befindet sich unter den Armen und Unterprivilegierten, und wir sollten ihr ohnehin schon hartes Los nicht noch schwerer machen. Eine solche Polarisierung kann unseren Abstieg in eine intolerante, seelenlose und enthumanisierte Gesellschaft nur beschleunigen.«<sup>180</sup>

Dem ist nichts hinzuzufügen.

---

180 Skrabanek (1992).

## 6. Arbeit und Gesundheit (I): Prävention im Zeichen entwerteter Industriearbeit

### 6.1 Umbruch der betrieblichen und politischen Bedingungen

Von der Arbeitswelt heißt es zu Recht, sie sei ein Mikrokosmos der gesellschaftlichen Konfliktbeziehungen.<sup>1</sup> Daher kann es nicht verwundern, daß sich die Tendenzen des Healthismus hier ebenso zeigen wie an irgendeiner anderen Stelle der amerikanischen Gesellschaft. Vor allem ein Grundzug springt ins Auge: Mit dem Wandel der Gesundheitsprobleme und der Art der Interventionen verändert sich auch der soziale Personenkreis, der von diesen Interventionen profitiert bzw. durch den Wechsel relativ benachteiligt ist. Grob gesehen verschiebt sich die Aufmerksamkeit vom traditionellen Industriearbeiter und seinen - im engsten Sinne - berufsbedingten Risiken auf den Angestellten mittlerer und höherer Bildungsabschlüsse und dessen lebensstilbedingte, d.h. »selbstverschuldete« Gesundheitsrisiken. Aktivitäten zur Raucherentwöhnung, zur cholesterinarmen Ernährung, Angebote zur Fitness und Entspannung (»Streßreduzierung«) sollen zu einem gesunden Lebensstil führen. Seit Anfang der achtziger Jahre bieten in rasch ansteigender Zahl mittlere und große Unternehmen Formen von Gesundheitsförderungsprogrammen an, während zugleich dazu in der ersten Amtsperiode Präsident Reagans, also zwischen 1981 und 1984, staatliche Deregulierung und betriebliche Strategien den Verbindlichkeitsgrad der Arbeitsschutznormen lockerten, die Beweislast bzw. Legitimation für Maßnahmen erhöhten, die Infrastruktur (z.B. Schulungseinrichtungen) verdünnten und die staatliche Aufsicht (Inspektionen) behinderten.

Die Gründe dieser Umorientierung gehen auf die Probleme der amerikanischen Gesellschaft zurück, wie sie sich aus der Perspektive der großen multinationalen Kapitalgesellschaften darstellen. Sie sehen ihre Konkurrenzfähigkeit von der »Angebotsseite« her bedroht. Gemeint sind damit vor allem die Arbeitsproduktivität (einschließlich Arbeitsintensität und Fehlzeiten) und die Arbeitskosten. Die Gesundheit wirkt auf beide dieser Schlüsselgrößen ein: Die Produktivität der Beschäftigten ist teilweise gesundheitsbedingt. Das

---

1 Ashford (1976, S. 39).

ergibt sich schon aus der Bedeutung solcher Voraussetzungen wie Konzentrationskraft, körperliche und psychische Belastbarkeit und Motivation. Ist hier die Gesundheit ein Produktivitätsfaktor, so ist sie auf der anderen Seite der Krankenversorgung ein bedeutender Kostenfaktor geworden. Die Kosten der arbeitgebergetragenen Krankenversicherung steigen seit den siebziger Jahren fast in jedem Jahr mit zweistelligen Wachstumsraten, verursacht vor allem durch die drei Faktoren Krankenstand, mangelnde Effizienz und (Macht-)Preisbildung im Gesundheitswesen.

Die großen Arbeitgeber sehen sich bei den Versuchen, diese Faktoren ihrer betrieblichen Kosten zu beeinflussen, erheblich behindert: Für die Steigerung der betrieblichen Produktivität und Intensität der Arbeit sorgte im »klassischen« Industriekapitalismus eine spontan sich herstellende überbetriebliche Bedingung: die zyklische Vergrößerung einer Reservearmee von überflüssigen Arbeitskräften. Der Arbeitsmarkt wird damit zu einem Markt der Nachfrager, die damit auch die Bedingungen diktieren können. Diese Voraussetzung bestand Anfang der achtziger Jahre. Der von ihr ausgehende Druck auf die Arbeiter und Angestellten wurde sogar noch durch den Abstieg der Gewerkschaftsbewegung gesteigert, die in dramatischer Weise an Mitgliedern, moralischem Ansehen und politischer Kraft verloren hatte.

Aber die somit gegebenen Voraussetzungen für repressive betriebliche Strategien können in vielen Bereichen nur begrenzt genutzt werden. Das liegt einmal daran, daß viele Teilarbeitsmärkte für qualifizierte Arbeitskräfte nicht viel hergeben, und zum anderen gebietet der veränderte Charakter der Arbeit in weit höherem Maße integrative und motivierende Strategien betrieblicher Herrschaft, als dies früher der Fall war. Stichworte sind: Trend zur Dienstleistungsarbeit, Bedeutungsverlust der Handarbeiter (blue-collar workers), Verwissenschaftlichung und Informatisierung der Produktion, Krise des technisch-bürokratischen Managements, Betonung von Werten wie Selbstverantwortlichkeit, Kreativität, individuelle Initiative usw.<sup>2</sup> Eine vorwiegend auf Druck und Disziplinierung setzende betriebliche Arbeitspolitik ist ökonomisch nur noch rational gegenüber gering qualifizierten und leicht austauschbaren Arbeitskräften. Diese arbeiten überproportional bei den im Niedergang befindlichen traditionellen Industrien oder haben schlecht bezahlte Jobs beim Einzelhandel, in Restaurants und kleinen Dienstleistungsbetrieben. Ihre Arbeitgeber haben keine Krankenversicherung für sie abgeschlossen, und es wird ihnen auch kein Gesundheitsförderungsprogramm angeboten.

---

2 Edwards (1981).

Komplizierter ist es bei den Arbeitern in den traditionellen Industrien (z.B. Eisen und Stahl, Automobilherstellung). Auch der Wert ihres Arbeitsvermögens ist gefallen. Sie werden aber teilweise noch durch Tarifverträge geschützt, die ihre Väter und Großväter in den sechziger Jahren und während der Roosevelt-Ära erkämpfen konnten. Das sind die betriebliche Krankenversicherung und der Arbeitsschutz. In der Vergangenheit waren gerade die Industriearbeiter auf den betrieblichen Arbeitsschutz angewiesen, während die qualifizierten Angestellten damit wenig in Berührung kommen. Die betriebliche Prävention von Unfällen und Berufskrankheiten wurde hier durch die Gewerkschaften am weitesten ausgebaut und teilweise auch staatlich im Arbeitsschutzgesetz (*Occupational Safety and Health Act*, OSHA) von 1971 normiert. Dieses Gesetz war ein für amerikanische Verhältnisse noch nicht dagewesener normativer Eingriff in die bis dahin unangefochtenen Entscheidungsprärogative der Unternehmen. Am Beispiel der Implementierung dieses Gesetzes und der Deregulierungspolitik der Reagan-Administration gegenüber der staatlichen Arbeitsschutzbehörde (*Occupational Safety and Health Administration*, OSHA) wird deutlich, wie auf der politischen Ebene der Bedeutungs- und Gewichtsverlust der »alten Arbeiterklasse« und ihrer Gewerkschaften zur Einschränkung des Arbeitsschutzes genutzt wurde. Damit wurde die betriebliche Prävention von Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen, deren Nutznießer vor allem die »blue-collar worker« sind, Anfang der achtziger Jahre den neuen Kräfteverhältnissen angepaßt.

Anders war dies bei der Krankenversicherung, die ebenfalls in den großen Konzernen der alten Industrien besonders gut ausgebaut ist. Deren Kosten expandierten in einer Weise, die selbst bei profitablen Riesenkonzernen zu Buche schlug. Man erhofft sich von der Gesundheitsförderung eine geringere Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen und damit eine Reduzierung (zumindest der Steigerungsraten) der vom Arbeitgeber zu zahlenden Versicherungsprämien.<sup>3</sup> Die Leistungen der Krankenversicherung waren tariflich längerfristig festgeschrieben. Die arbeitgebergetragene Krankenversicherung spielt in den USA außerdem eine bedeutende Rolle als Instrument, die Beschäftigten an das Unternehmen zu binden. Weil es außer »Medicare« keine soziale Krankenversicherung gibt, bedeutet den amerikanischen Arbeitnehmern die betriebliche Versicherung subjektiv sehr viel. Oft ist sie der entscheidende Grund ihrer Betriebszugehörigkeit. Das hat sogar in einigen bekannt gewordenen Fällen dazu geführt, daß selbst solche Belegschaften, die sich mit Lohnkürzungen einverstanden erklärt hatten, gegen Abstriche

---

3 Vgl. Kühn (1990).

bei der Krankenversicherung gestreikt haben. So lehnte z.B. im Rezessionsjahr 1981 die Automobilarbeitergewerkschaft UAW einen Tarifvertrag mit Chrysler ab, in dem sie zwar enorme Zugeständnisse bei den Löhnen machte, sich aber weigerte, Kürzungen bei der Krankenversicherung in Betracht zu ziehen.<sup>4</sup> Aus der Flugzeug- und Stahlindustrie sind ähnliche Fälle bekannt.<sup>5</sup> 1989 berichtete die Presse von einem langen und harten Streik, mit dem die Beschäftigten der New England Telephone-Gesellschaft um den Erhalt ihrer betrieblichen Krankenversicherung kämpften.

Je deutlicher die Konzerne bei Kürzungen des Versicherungsumfangs erhebliche Widerstände spürten, desto dringlicher stellte sich ihnen das Problem, die inflationäre Entwicklung im Gesundheitswesen unter Kontrolle zu bringen. Denn die Ausgaben für die medizinische Versorgung wuchsen fast jedes Jahr mit zweistelligen Steigerungsraten. Für 1984 berichtete der Chrysler-Konzern, der Käufer eines Neuwagens zahle 530 Dollar pro Auto allein für die Krankenversicherung der Beschäftigten. Das waren zu der Zeit etwa 10 Prozent des Preises des billigsten Autos. Um die Krankenversicherung zu bezahlen, müsse Chrysler 70 000 PKWs verkaufen.<sup>6</sup> Jedoch verfügten die großen Kapitalgesellschaften zunächst über wenig Mittel, auf den mächtigen »medizinisch-industriellen Komplex« kostensenkend einzuwirken.<sup>7</sup> Nicht nur hatten die Anbieter medizinischer Güter und Dienste ein hohes Maß an machtgestützter und normativ gesicherter Autonomie, die sie für drastische Preissteigerungen und immer neue Innovationen diagnostischer und therapeutischer Leistungen ausgiebig nutzten<sup>8</sup>; es tat sich noch ein weiteres Dilemma auf: Gerade *weil* die Gesundheitsmärkte und die Preissetzungsspielräume dynamisch expandierten, entwickelten sich in den achtziger Jahren diese Märkte zu einer der lukrativsten und gesuchtesten Anlagesphären für viele große Konzerne selbst. Das wurde insbesondere Anfang der achtziger Jahre verstärkt sichtbar, als im Gefolge der Rezession expandierende Märkte mit positiven Absatzperspektiven Seltenheitswert hatten. Für die nicht in den Gesundheitsmärkten engagierten Unternehmensgruppen lagen

---

4 Hoffman (1985, S. 19-20); in den darauffolgenden Jahren wurden dann Kompromisse ausgehandelt. Die Gewerkschaften willigten in die medizinische Versorgung durch »Health Maintenance Organizations (HMOs)« und »Managed Care« ein. Vgl. dazu auch das ideologisch einflußreiche Buch von: Califano (1986a), besonders Kapitel 2 »The Chrysler Story«.

5 Staples (1989).

6 Califano (1986a, S. 30).

7 Vgl. Kühn (1990).

8 Califano (1986b).

zunächst noch Hoffnungen auf der staatlichen Kostendämpfungspolitik indirekter finanzieller Globalsteuerung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Aber diese Politik, die in der Regierungszeit des Präsidenten Carter energisch vorangebracht worden war, wies keine bemerkenswerten Erfolge auf. Die Faktoren Effizienz und Preisbildung im Gesundheitswesen konnten auch in den achtziger Jahren trotz einer Vielzahl staatlicher Regulierungsversuche zur Kostendämpfung nicht nachhaltig beeinflusst werden.<sup>9</sup>

Je hilfloser die politischen Akteure dieser Expansion der Versicherungsprämien gegenüberstehen, desto mehr sind die Kapitalgesellschaften auf betriebliche Strategien verwiesen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Faktoren Krankenstand und Förderung der gesundheitlichen Voraussetzungen für Arbeitsproduktivität. Auf diesem Feld versprechen seit Beginn der achtziger Jahre die Anhänger und Anbieter betrieblicher und außerbetrieblicher Programme zur Gesundheitsförderung, für Abhilfe zu sorgen.

Das Motiv für die Schwerpunktverlagerung betrieblicher Gesundheitsstrategien scheint durch komplexere als »rein« ökonomische Sachverhalte begründet zu sein. Ökonomisches Interesse reduziert sich eben nicht auf das Motiv, Geldeinkommen zu maximieren. Es bezieht sich letztlich nicht auf Geld oder Profit, sondern auf die ökonomischen Verhältnisse. Es trägt außerdem einer Wirklichkeit Rechnung, in der alle ökonomischen Verhältnisse zugleich auch soziale Verhältnisse sind, sei es Arbeit, Kapital, Lohn, Preis oder Zins. Im Kapitalunternehmen wird eingesetztes Kapital zu Waren verarbeitet, deren Erlös die Investition möglichst in einem Verhältnis überschreiten soll, das über der Durchschnittsrendite liegt. Das Kapital-Arbeit-Verhältnis konstituiert komplexe Sozialbeziehungen, die auf dieses Ziel orientiert sind und damit notwendigerweise Herrschaftscharakter haben. Prävention und Gesundheitsförderung müssen im Kontext betrieblicher Herrschaft gesehen werden. Ihre Funktionsweise hat natürlich wiederum ökonomische Konsequenzen. In rentablen Unternehmen gehen davon Rückkopplungswirkungen auf die betrieblichen Herrschaftsbeziehungen aus: Stehen sie in Konflikt zur Rentabilität, geraten sie unter Veränderungsdruck. Ebenso kann aber auch die repressive Verfolgung des Rentabilitätszieles über ihre sozialen Auswirkungen auf längere Sicht dysfunktional sein. Produktionssteigerung durch Technikeinsatz, Arbeitsintensität etc. und Kostensenkung durch Verringerung des Arbeitskräfteeinsatzes der Arbeitskosten oder neue Materialien können aus der Sicht des Managements nur Erfolg haben, wenn

---

9 Vgl. Davis et al. (1990).

es die Kontrolle über die Produktion hat.<sup>10</sup> Das wiederum provoziert auf betrieblicher und staatlicher Ebene Gegenwehr. Es ist also naheliegend, das in den achtziger Jahren sich drastisch verändernde Bild betrieblicher Gesundheitsstrategien im Zusammenhang mit Veränderungen dieser Herrschaftsbeziehung bzw. der sie formenden Managementkonzepte zu sehen.

Dabei springt zunächst ins Auge, daß nicht nur der Personenkreis, den die Gesundheitsförderungsprojekte ansprechen, sich von dem unterscheidet, dem sich der traditionelle Arbeitsschutz zuwendet. Auch Art und Reichweite der Intervention sowie die Gesundheitsprobleme, die durch die sich rapide verbreitenden Formen der betrieblichen Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung und Screening-Untersuchungen angesprochen werden, sind verschieden. Der wichtigste Unterschied ist die Überschreitung der vordem durch Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz klar definierten Grenzlinie zwischen Gesundheitsproblemen am Arbeitsplatz und jenen, die als dem »Privatleben« zugehörig angesehen werden.<sup>11</sup> Diese neue Gesundheitsstrategie ist im Grunde eine interessensspezifische Adoption dessen, was eingangs für die gesamte Gesellschaft skizziert worden ist. Die Umorientierung besteht darin, die Prävention der arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken im Zuge der Deregulierungspolitik zu schwächen, während zur gleichen Zeit die privaten Verhaltensgewohnheiten der Beschäftigten wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung, Ernährung ebenso wie individuelle medizinische Daten (Blutdruck, Körpergewicht, Cholesterinspiegel, genetische Anlagen usw.) in die Reichweite und unter Kontrolle der Arbeitgeber geraten. Die Schwächung der Prävention und der rasche Aufschwung betrieblicher Gesundheitsberatung (für Alkoholiker, Drogenabhängige usw.), Gesundheitsförderung und die Ausdehnung medizinischer Untersuchungen sind Elemente dieses Wandels.

## 6.2 Das Arbeitsschutzsystem: Prävention am Arbeitsplatz

Etwa 110 Millionen Amerikaner verbringen einen bedeutenden Teil ihres Lebens am Arbeitsplatz. Dennoch befaßt sich der Arbeitsschutz fast ausschließlich nur mit den Verletzungen und Krankheiten, deren (Mono-)Kausa-

---

10 Dieses Interesse nimmt durch die ordnungspolitische und ideologische Bedeutung der uneingeschränkten Eigentümerrechte in der amerikanischen Gesellschaft den Rang eines unumstößlichen Dogmas ein, ohne das die spezifischen Auseinandersetzungen um die Gesundheit in der Arbeit unverstündlich bleiben müssen.

11 Conrad/Chapman (1992).

lität zur Berufsarbeit nachgewiesen werden kann. Der arbeitsbedingte Anteil der am weitesten verbreiteten Krankheiten, die für verlorene potentielle Lebensjahre, Mortalität und chronische Beeinträchtigungen der Lebensqualität stehen, ist ausgeklammert. Aber selbst die Berufsunfälle und -krankheiten allein stellen ein beträchtliches Gesundheitsproblem dar. Während die in der Arbeitsstatistik ausgewiesenen tödlichen Verletzungen gegen Ende der achtziger Jahre leicht rückläufig waren, stiegen die nichttödlichen Verletzungen und Berufskrankheiten an. Allein 1987 zogen sich 1,8 Millionen Menschen Behinderungen zu, davon werden etwa 70 000 ihr Leben lang behindert bleiben. Verletzungen und Berufskrankheiten zusammengenommen nahmen in der Industrie um 12,5 Prozent zu.<sup>12</sup>

Aufgrund der geringen sozialstaatlichen Absicherungen ist der Grad der Lohnabhängigkeit der amerikanischen Arbeiter besonders groß. Die Arbeiter können es sich am wenigsten leisten, aus Gründen der Gesundheit ihrer Arbeit fernzubleiben. Sie sind darauf angewiesen, daß sie davor geschützt werden. Wie im Kapitel 2 gezeigt wurde, haben Arbeiter - nach dem pauperisierten Teil der Bevölkerung - die geringste Lebenserwartung und die meisten chronischen Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Ihre Arbeitskraft ist am wenigsten wert, wobei in den achtziger Jahren die relative Entwertung der körperlichen Arbeit besonders rasch vonstatten ging. Mangelhafte Bildung, sinkender sozialer Status und relativ geringer Knappheitsgrad auf den Arbeitsmärkten begünstigten den Niedergang der Gewerkschaften und verschärften seine negativen sozialen Folgen.

Unter den am Wirtschaftsleben teilnehmenden Amerikanern handelt es sich bei den Arbeitern fraglos um diejenigen, die dem höchsten Gesundheitsrisiko sowohl unmittelbar in der Arbeit als auch in ihren - davon abhängigen - sonstigen Lebensbezügen ausgesetzt sind. Entsprechend ihrer restriktiven Arbeits- und Lebensbedingungen verfügen sie über die vergleichsweise geringsten Gesundheitsressourcen, begannen bei den Gestaltungsmöglichkeiten ihres Lebensstils, über die Selbsthilfemöglichkeiten, den Krankenversicherungsschutz bis zu den medizinischen Versorgungschancen. Die Gestaltungsmöglichkeiten in der Arbeit sind für die Arbeiterschaft - subjektiv und objektiv - so gering, daß sie kaum Verantwortung über die mit der Arbeit und dem Arbeitsplatz zusammenhängenden Gesundheitsgefahren und Risiken übernehmen können. Die Arbeiter sind auf das angewiesen, was die Unternehmen freiwillig tun und - da dies nicht ausreicht - was der Staat vor-

---

12 Bureau of Labor Statistics (1988).

schreibt, kontrolliert und durchsetzt. Hier also muß sich die Gesundheitsorientierung der amerikanischen Gesellschaft zeigen.

### 6.2.1 Grundelemente

In den kapitalistischen Marktwirtschaften liegt die Entscheidung über Investitionen, Organisation der Produktion, Arbeitsbedingungen, Werkstoffe, Produkte usw. in der Hand der Kapitaleigner, die sie meist an ein Management delegieren. Staatliche Regulierung und kollektive Verhandlungen zwischen Unternehmen und Gewerkschaften modifizieren und limitieren diese Entscheidungsfreiheit nach verschiedenen Gesichtspunkten, wie z.B. der Einhaltung von Menschenrechten (Anti-Diskriminierungsgesetze), des Umweltschutzes, der Armutsbekämpfung (Mindestlohn) und nicht zuletzt der Gesundheit. In unserem Zusammenhang interessieren nicht die Regelungen der arbeitgebergetragenen Krankenversicherung, sondern der *Arbeitsschutz*, also die *Prävention am Arbeitsplatz*.

#### (a) Staatliche Regulierungsformen

Die staatliche Regulierung der Arbeit in bezug auf die Gesundheit der Beschäftigten stützt sich auf drei elementare Interventionsformen:

1. die Möglichkeit *privatrechtlicher Schadensersatzklagen* (legal liability),
2. *Versicherung für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten* (Worker's Compensation) sowie
3. *arbeitsrechtliche Normierung* (factory legislation).<sup>13</sup> Das ist in anderen entwickelten Industrieländern nicht anders, die Besonderheit liegt allerdings in der jeweiligen Gewichtung.

zu (1): Anders als im deutschen System spielt die *privatrechtliche Haftung* des Unternehmens bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten noch eine wichtige Rolle. Geschädigte Arbeiter können individuell gegen ein Unternehmen auf Schadensersatz in oft beträchtlicher Höhe klagen. Bei diesen privaten Schadensersatzklagen geht es oft um Summen, die unvorstellbar sind, wenn man die »Preislisten« zum Vergleich heranzieht, mit denen beispielsweise deutsche Berufsgenossenschaften oder Haftpflichtversicherungen ver-

---

13 Vgl. Noble (1986, S. 28 ff.).

letzte oder amputierte Körperteile abgelten. Diese individualrechtliche Möglichkeit wird von den Unternehmen als bedrohlich antizipiert und hat - bei allen Einschränkungen, die zu machen sind - zu Fortschritten im Arbeitsschutz geführt. Aus westeuropäischer Sicht kann man sagen, daß Arbeitsschutznormen, die in Deutschland oder Großbritannien ohne das politische Gewicht der Arbeiterbewegung nicht denkbar wären, in den Vereinigten Staaten durch diese individualrechtliche Möglichkeit wenigstens teilweise zustande gekommen sind. Allerdings wird davon das Regelungsprofil der betrieblichen Prävention nach anderen als gesundheitlichen Relevanzkriterien bestimmt, da nicht alle - und auch nicht immer die wichtigsten - Erkrankungen die Chance haben, den Anforderungen des Rechtssystems (Meßbarkeit, Beweisbarkeit der Kausalität und der eigenen Unschuld etc.) zu genügen.

zu (2): Die *Worker's Compensation*, eine Unfallversicherung der Unternehmen, entstand als Alternative zur privatrechtlichen Haftungsklage. Die Arbeitgeber verpflichten sich tariflich (d.h. auf Unternehmensebene), eine entsprechende Versicherung abzuschließen, und als Gegenleistung verzichten die Arbeitnehmer auf ihr privates Klagerecht und erklären sich einverstanden, im Schadensfall auf die aufgelisteten Kompensationen zurückzugreifen. Im Unterschied zur Privatklage spielt der Schuldnachweis prinzipiell keine Rolle. Das Motiv für Arbeitnehmer und Gewerkschaften, solche Vereinbarungen abzuschließen, liegt vor allem in der Schwierigkeit, bei Erkrankungen die Monokausalität und bei Unfällen die Schuld des Arbeitgebers vor Gericht nachzuweisen.

Zudem ist das mit einer Klage verbundene ökonomische Risiko für den klagenden Arbeitnehmer bzw. seine Hinterbliebenen sehr hoch. Für die Unternehmen hat dieses »no-fault«-System außer der Abwendung des Risikos von Privatklagen noch einen weiteren Vorteil: Konflikte über die Sicherheit und Gesundheit werden aus dem Betrieb in ein administratives System verlagert. Dort sind die Arbeitnehmer mit professionellen Experten konfrontiert, Ärzten, Rechtsanwälten und Beamten, und die für die Arbeitsbedingungen verantwortliche Unternehmensleitung tritt nicht mehr auf. Entsprechend werden die Probleme umdefiniert. Der traditionelle betriebliche Machtkampf über die Arbeitsbedingungen (z.B. die Geschwindigkeit des Bandes, das Pensum pro Arbeiter, das Ausmaß der hinzunehmenden Zumutungen an Lärm, Gestank) wird somit durch die Auseinandersetzung zwischen Dritten über rechtliche und medizinische Normen, über Anspruchsberechtigung und die

Berechnung von Kompensationen abgelöst.<sup>14</sup> Aufgrund dieses Kompromisses ist es angebracht, von Teilung der Haftung zwischen den Beteiligten zu sprechen.<sup>15</sup> Im Vergleich zu Mittel- und Nordeuropa wird die Worker's Compensation als ein recht schwaches System beschrieben, dessen Abschreckungseffekt auf die Betriebe entsprechend gering eingeschätzt wird.<sup>16</sup>

Die präventive Relevanz dieser beiden Schadensersatzmechanismen wird in der Regel unterstellt. Man nimmt an, die Schadensersatzzahlung bzw. der erhöhte Beitragssatz zur Worker's Compensation und der vor Gericht fällige Schadensersatz hätten einen Abschreckungseffekt und wirkten somit als wirtschaftlicher Anreiz für präventive Maßnahmen. Daß diese logische Figur aus dem Ökonomielehrbuch niemals empirisch nachgewiesen worden ist, mag an ihrer eingängigen Plausibilität liegen. Tatsächlich aber tragen die Arbeitgeber nur einen kleinen Teil der Kosten von arbeits- bzw. berufsbedingten Gesundheitsschäden. Folgende Kostenblöcke können sie ganz oder teilweise externalisieren und aus ihrer eigenen Bilanz ausklammern:

- alle nicht monetarisierbaren Kosten (z.B. Leid oder Schmerzen der betroffenen Beschäftigten und ihrer Angehörigen)<sup>17</sup>;
- die monetarisierbaren Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen, Invalidität und Mortalität, soweit sie nicht als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall anerkannt sind (abzüglich der verlorenen bezahlten Arbeitsstunden);
- die Kosten für Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle, die über der Summe der gezahlten Versicherungsprämie liegen;
- Kosten für Krankheit, Invalidität und frühzeitigen Tod, sofern die Betroffenen vor der Manifestation aus dem Betrieb ausgeschieden sind (abzüglich der nachträglich geltend gemachten Forderungen) usw.

---

14 Vgl. Noble (1984, S. 43). Dieses Problem der Transformation des Gesundheitsproblems in ein Expertenproblem wird von Tesh (1984, S. 569 ff.) ausgeleuchtet. Vgl. dazu für das deutsche Arbeitsschutzsystem Rosenbrock (1982); Kühn (1982).

15 Vgl. Noble (1986, S. 30).

16 Wokutch (1990, S. 19 ff.); ausführlich zur Worker's Compensation vgl. Barth/Hunt (1982); Bale (1990).

17 Verschiedene Studien belegen, daß die Art des Beschäftigungsverhältnisses bzw. die Arbeitslosigkeit sich nicht nur auf den unmittelbar Betroffenen gesundheitlich auswirkt, sondern auch auf die Gesundheit der im selben Haushalt lebenden Familienmitglieder. Moser/Fox/Jones (1984) zeigten in einer Langzeitstudie eine höhere Mortalität der Ehefrauen Arbeitsloser; MacFarlane and Cole (1985) haben negative gesundheitliche Folgen für die Kinder nachgewiesen. Man kann sich also bei einschneidenden gesundheitlichen Einschränkungen des Vaters oder der arbeitenden Mutter ähnliche Folgen vorstellen.

Rosenstock und Mitarbeiter haben für den kleinen Ausschnitt der anerkannten Berufskrankheiten<sup>18</sup> die Kosten auf über 6 Milliarden Dollar jährlich geschätzt und ausgerechnet, daß die Worker's Compensation für weniger als 10 Prozent aufkommt und über zivile Schadensersatzklagen weitere 5 Prozent erstritten werden.<sup>19</sup> Betrachtet man diese Relationen, dann kann es mit der abschreckenden Wirkung nicht sehr weit her sein. Weiterhin können zumindest diejenigen (großen) Unternehmen, die eine stärkere Marktposition haben, die Kosten, die sie selbst tragen, über den Preis an ihre Käufer abwälzen, wodurch sich der ökonomische Anreiz zur Prävention weiter verringert.

Trotz Unfallversicherung und Arbeitsschutzbehörde kommt noch immer der Individualklage auf Schadensersatz weit größere Bedeutung zu als Präventivmaßnahmen zur Vermeidung von Unfällen und berufsbedingten Krankheiten. Mittlerweile verpflichten Gesetze die meisten Arbeitgeber zur Unfallversicherung der Beschäftigten, so daß der Arbeitgeber von der deliktischen Haftung entlastet ist. Die Individualklagen von Arbeitnehmern richten sich deshalb, von wenigen Ausnahmen abgesehen, hauptsächlich gegen Dritte, beispielsweise Hersteller oder Lieferanten von Werkstoffen oder Maschinen.<sup>20</sup>

zu (3): Die *arbeitsrechtliche Normierung* bezieht sich auf das Gesundheitsrisiko der Arbeitsbedingungen, ist also Prävention im engeren und traditionellen Sinne. Wichtigstes Instrument sind meß- und überprüfbare Standards für die Arbeitsgestaltung, Maschinen, Werkstoffe usw. Die Einhaltung dieser Standards wird staatlicherseits überprüft, Verstöße können bestraft werden. Die institutionelle Infrastruktur, die diese Normierungs- und Inspektionsaufgaben wahrnimmt, besteht insbesondere aus dem National Institute of Safety and Health (NIOSH) des Gesundheitsministeriums und der dem Arbeitsministerium unterstellten Occupational Safety and Health Administration (OSHA).

Im Vergleich zu den beiden anderen Regulierungselementen handelt es sich bei der Normierung um eine direkte Form der Intervention in die Produktionsbedingungen. Allerdings sind auch diese limitiert. Es geht zwar um Einschränkungen des unternehmerischen Entscheidungsspielraums, aber we-

---

18 Die anerkannten Berufskrankheiten sind ein Unterfall der arbeitsbedingten Erkrankungen.

19 Rosenstock/Rest et al. (1991).

20 Kilimnik (1992).

der wird der Staat direkt tätig, noch gewährleistet das Arbeitsrecht irgendeine Mitbestimmung der Arbeitnehmer in Gesundheitsfragen.

Noble typisiert die Arbeitsschutzregulierung als »liberal« (im Sinne unseres »sozial-liberal«): Bezogen auf den Arbeitsplatz hat dieser Liberalismus folgendes Kennzeichen: Erstens ist die Rolle des Staates in der Produktion begrenzt. Die öffentliche Autorität tritt hinter der Kontrolle der Arbeitsbedingungen durch das Management zurück. Die Privatwirtschaft - private Firmen und der Arbeitsmarkt - ist der primäre Mechanismus, der die Risiken und den Schutz verteilt. Seine Funktionsweise wird durch tarifliche Vereinbarungen zwischen Unternehmen und Arbeitnehmern nur modifiziert. Zweitens, wenn der Staat interveniert, dann tendiert er dazu, dies in der Form der Verrechtlichung der Arbeitsbedingungen zu tun. Die Arbeitnehmer sind von der Durchsetzung dieser Normen fast völlig ausgeschlossen. Vor der Arbeitsschutzgesetzgebung 1971, also dem Occupational Safety and Health Act, war der amerikanische Arbeitsschutz in reinster Weise liberal zu nennen: Er war fast ausschließlich den Marktkräften überlassen, die durch private Initiativen und einen Flickenteppich einzelstaatlicher Normen nur leicht modifiziert wurden, die nur schlecht durchgesetzt und überwacht wurden.<sup>21</sup>

### *(b) Kollektive Verhandlungen: Kapital-Arbeit-Beziehung*

Die Kapital-Arbeit-Beziehungen in den Vereinigten Staaten sind seit jeher von zwei Faktoren gekennzeichnet: vom Fehlen einer auf Interessen der Lohnabhängigen bezogenen großen politischen Reformpartei und von der enormen Machtüberlegenheit der großen amerikanischen Kapitalgesellschaften in politischer, rechtlicher und ideologischer Hinsicht.<sup>22</sup> Je mehr sich der Staat bei der Regulierung zurückhält, desto wichtiger wird für die Gesundheit in der Arbeit die Ebene von kollektiv ausgehandelten Vereinbarungen zwischen Beschäftigten bzw. Gewerkschaften und Arbeitgebern. Die industriellen Beziehungen in den Vereinigten Staaten und der Stellenwert, den die Prävention darin hat, können hier nur kurz charakterisiert werden.<sup>23</sup>

Im Anschluß an die Arbeiterunruhen während der Weltwirtschaftskrise nach 1929 ist die Gewerkschaftslinker - nicht selten mit kriminellen Mitteln - weitgehend um ihren Einfluß gebracht worden. Von ideologischen und poli-

---

21 Noble (1986, S. 34).

22 Vgl. Navarro (1988); Vogel (1983).

23 Vgl. Moody (1988); Cohen (1991).

zeilichen Dingen einmal abgesehen, ging die Kontroverse vor allem um die Alternativen »politische« versus »ökonomische« Gewerkschaften sowie um die Frage, ob gewerkschaftliche Solidarität und Aktion nur im Maßstab des »eigenen« Unternehmens oder in dem der sozialökonomischen Klasse der Arbeitnehmer, also auch überbetrieblich, organisiert werden solle. Spätestens die Verfolgungen in der McCarthy-Zeit brachten die Vertreter des westlich-europäischen Typs von Gewerkschaften (mit reformpolitischem Anspruch, im Maßstab der sozialen Klasse organisiert) um ihre Einflußmöglichkeiten oder eliminierten sie sogar gänzlich aus den Gewerkschaften. In dieser Phase bildeten sich die auffälligen Unterschiede zwischen den berufsgruppen- und unternehmensbezogenen amerikanischen und den westlich-europäischen Gewerkschaften heraus und verfestigten sich. Der so entstandene »business unionism« zeichnet sich vor allem durch folgende Merkmale aus: Bürokratisierung, enge Zusammenarbeit mit den Unternehmern und Identifikation der Gewerkschaftsinteressen mit denen der Arbeitgeber. Moody zitiert zur Illustrierung der Sichtweise des »business unionism« den Bergarbeiterführer der fünfziger Jahren, John Lewis:

»Gewerkschaften sind ein Phänomen des Kapitalismus ganz ähnlich wie die Kapitalgesellschaften [corporations]. Das eine ist wesentlich ein Zusammenschluß der Arbeit zum Zwecke gemeinsamer Aktion in der Produktion und im Verkauf. Das andere ist ein Zusammenschluß von Kapital zu genau demselben Zweck. Die wirtschaftlichen Ziele beider sind gleich: Gewinn [gain].«<sup>24</sup>

Die aus dieser Anschauung folgende einzelbetriebliche und nur auf den Lohn bezogene gewerkschaftliche Ausrichtung blieb nicht folgenlos für die betriebliche Prävention. Der Art und Weise, wie Kapital und Arbeit ihre Interessen ausgleichen, kommt in den USA eine besonders hohe Bedeutung zu, da sich - verglichen mit den westeuropäischen Ländern - der Staat beim Gesundheitsschutz in der Arbeit sehr zurückgehalten hat.

In der Zeit zwischen dem »Great Deal« und den siebziger Jahren funktionierte eine auf dem »business unionism« beruhende recht festgefügte Kooperationsstruktur zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften. Noble kennzeichnet sie als einen »impliziten Sozialpakt« oder »Waffenstillstand« zwischen Arbeitern, die durch die Gewerkschaftverbände AFL und CIO vertreten wurden, und den großen multinationalen Konzernen, die den Ton auf der Kapitaleseite angaben. Dieser Pakt beruhte auf der gewerkschaftlichen Anerkennung der uneingeschränkten Entscheidungsgewalt des Managements über die Produktion und der Kapitaleigner über die Investitionen. Die gewerkschaftlichen Forderungen beschränkten sich auf die Verteilungsebene. Das

---

24 Moody (1988, S. 57).

ist folgenreich: Wann immer ein betriebliches Problem die Chance haben sollte, in eine Verhandlung mit dem Arbeitgeber einbezogen zu werden, muß es sich möglichst in Geldforderungen ausdrücken lassen. Die oft kritisierten »kompensatorischen Forderungen«, bei denen Gesundheitsbelastungen (z.B. durch Schichtarbeit, Exposition von Schadstoffen usw.) entgolten werden, sind Ausdruck dieser Festlegung auf die rein monetär-quantitative Ebene der Einkommensverteilung. Die Ökonomisierung der Gesundheit hat hier eine Ausdrucksform gefunden: Geld gegen Gesundheit nach Maßgabe des relativen Knappheitsgrades und der Marktposition der betroffenen Arbeitskräfte. Konkrete Gesundheitsprobleme, welche Ursachen ihnen auch immer zugrunde liegen, müssen in Geld ausdrückbar sein, also auf den abstraktesten Nenner gebracht werden, den es gibt. Das ist eine Abstraktionsebene, von der aus kein Argument für die Veränderung sinnlich wahrnehmbarer Arbeitsbedingungen nach Maßgabe ebenso sinnlich erfahrbare Gesundheitserschädigungen abgeleitet werden kann.

Gesamtgesellschaftlich beschränken sich im Rahmen dieses historischen Kompromisses die Gewerkschaften entsprechend auf politische Forderungen nach Wirtschaftswachstum und sozialer Sicherheit. Die Kapitaleigner wiederum gestanden ihnen eine größere Rolle in der nationalen Politik zu (etwa Sitze in öffentlichen Gremien wie dem American National Standards Institute) sowie die Aufhebung vieler, oft extremer Repressionsmaßnahmen gegen die Arbeiter und die Schaffung neuer Schlichtungs- und Kooperationsgremien. Durch bundesstaatliche Gesetze wie das Taft-Hartley-Gesetz und andere sind diese Kompromißstrukturen zementiert worden. Solidaritätsstreiks, andere überbetrieblich Aktivitäten der Gewerkschaften und Forderungen zu »unerlaubten Themen« sind verboten, teilweise mit Strafdrohungen belegt und somit kriminalisiert. Es ist in diesem Kontext nur zu verständlich, daß Tendenzen wie die Entpolitisierung der amerikanischen Arbeiter, ihre (auch ideologische) Beschränkung auf das »eigene« Unternehmen und auf reine Geldforderungen dadurch weiter verstärkt worden sind. Navarro hebt hervor, daß auch die Orientierung der Gewerkschaften an der Strategie von »Interessengruppen« (pressure groups, im Unterschied zu einer klassenumfassenden Strategie) keinesfalls ein Ausdruck des »amerikanischen Wertesystems« sei, wie die in den USA dominierende Sichtweise es verstehe, sondern Ergebnis des äußeren politischen Zwangs des Taft-Hartley-Gesetzes, das eine Interessenpolitik in diesem Maßstab kriminalisierte, und der McCarthy-Ära.<sup>25</sup> Nicht meßbar, aber real ist auch das immer schlechter ge-

---

25 Navarro (1987).

wordene moralische Ansehen der Gewerkschaften, das zugleich Folge und Ursache ihrer Schwächung ist. Bei den innergewerkschaftlichen Konflikten konnten sich die gesellschaftspolitisch und ethisch motivierten Funktionäre gegen die »unpolitischen Pragmatiker« nicht behaupten, da letztere den »common sense« der Presse, die Justiz, die Geheimdienste, die großen Konzerne und deren Geld für sich ins Feld führen konnten.

Um sich ein realistisches Bild über gesundheitsrelevante Regelungen in den amerikanischen Unternehmen zu machen, sollte man sich noch zwei weitere Aspekte vor Augen halten: Selbst solche die Arbeitsbedingungen weitgehend ausklammernden Tarifverträge existieren durch den drastischen Mitgliederverlust lediglich noch für etwa ein Fünftel der Arbeitnehmer.<sup>26</sup> Und der Staat gleicht die dadurch vorhandenen weißen Flecken keineswegs aus: Kilimnik führt an, daß nur wenige der Einzelstaaten den Arbeitgeber verpflichten, im Krankheitsfall den Arbeitnehmer freizustellen, Pausen zu gewähren oder einen gewissen Mindesturlaub zu garantieren. Nur acht Staaten haben Bestimmungen zum Mutterschutz eingeführt; nach kalifornischem Recht ist eine Arbeitnehmerin berechtigt, der Arbeit bis zu vier Monaten fernzubleiben. Eine Verpflichtung zur Lohnfortzahlung besteht jedoch nicht. Das Bundesarbeitsministerium schätzte 1989, daß etwa ein Drittel der privaten Arbeitgeber unbezahlten Mutterschutzurlaub gewährt, jedoch nur 2 Prozent der Arbeitnehmerinnen eine Lohnfortzahlung erhalten. Nach einem Bericht des großen Interessenverbandes der alten Bürger, der American Association of Retired Persons, sind 80 Prozent der amerikanischen Urlauber älter als 50 Jahre, denn ein großer Teil der Amerikaner geht erst grundsätzlich nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben in Urlaub.<sup>27</sup> Diese Realität steht durchaus im Kontrast zur Rhetorik der betrieblichen »wellness«-Programme, die heute offeriert werden.

Auch auf die Prävention mußten der enge gewerkschaftliche Horizont und die restriktive Gesetzgebung nachteilige Auswirkungen haben.<sup>28</sup> Der Staat hatte die Bedingungen für die kollektiven Verhandlungen so eng und restriktiv gesetzt, daß beispielsweise noch 1966 Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz nicht den Status eines »obligatorischen« Verhandlungsgegenstandes hatten, sondern zu den Prärogativen des Managements gezählt wurden. Erst 1966 gab es eine Entscheidung des National Labor Relations Board in einem Prozeß der Elektrikergewerkschaft (International Brotherhood of

---

26 Kilimnik (1992, S. 36).

27 Kilimnik (1992, S. 42).

28 Vgl. zum folgenden Silverstein (1988); Noble (1986); Ashford (1976).

Electrical Workers) gegen das Unternehmen Gulf Light, in der die Arbeitssicherheit zu einem Problem ernannt wurde, über das die Unternehmer zu verhandeln verpflichtet sind.<sup>29</sup> Sie mußten zwar jetzt darüber debattieren, aber es stand ihnen frei, einen Kompromiß abzulehnen. Den Gewerkschaften war die Möglichkeit, darauf zu insistieren, dadurch genommen, daß ihnen in diesem Falle eine Bestrafung wegen »böswilliger Verhandlungsführung« angedroht war.<sup>30</sup>

Hervorzuheben ist noch ein weiterer Unterschied zu den deutschen Gewerkschaften: Während in Deutschland die Tarifverträge für einen gesamten Industriebereich (z.B. Metall, Chemie, Medien) gelten, also auch für die Arbeitnehmer, die keine Gewerkschaftsmitglieder sind, spielt sich die Tarifpolitik in den USA vor allem auf der Unternehmensebene ab. Ein Unternehmen ist entweder gewerkschaftlich organisiert (»unionized«) oder nicht. In letzterem muß in einem komplizierten Prozeß die Belegschaft mehrheitlich darüber entscheiden, ob sie gewerkschaftlich organisiert werden will. Für den Zeitraum der dazu notwendigen Prozeduren - der Gewinnung von Anhängern, der Vorbereitung einer Abstimmung usw. - haben weder die gewerkschaftlichen Aktivisten noch die potentiellen Anhänger einen Schutz gegen Repressionen seitens der Betriebs- und Unternehmensleitung. Das führte dazu, daß die alles beherrschende Frage für eine Gewerkschaft darin besteht, sich zu einem Unternehmen in ein vertragliches und insoweit dann auch rechtlich verbindliches und einklagbares Verhältnis zu bringen. Darum wird zunächst ein Kontrakt angestrebt, der nur wenige Punkte umfaßt, und erst später kann versucht werden, die Anzahl der vertraglich geregelten Streitpunkte auszuweiten.<sup>31</sup> Konflikte auf dem Gebiet der Gesundheit im Betrieb sind also, und das galt besonders vor dem OSHAct von 1971, für die Gewerkschaften äußerst gefährlich und kostspielig und bringen wenig zählbare Erfolge ein. Es versteht sich von selbst, daß gewerkschaftliche Vertrauensleute, die Forderungen zur Gesundheit am Arbeitsplatz erhoben, auch in den Gewerkschaftsapparaten selbst keinen guten Stand hatten und häufig gemäßigter wurden.

Wie hat sich nun der Arbeitsschutz entwickelt? Zur Beantwortung dieser Frage kann nicht auf abgesicherte und repräsentative Statistiken zurückgegriffen werden. Aber es läßt sich ein Eindruck von den Trends in den größeren Unternehmen gewinnen, wenn mehrere Teilinformationen zusammenge-

---

29 Robinson (1988, S. 454).

30 Noble (1986, S. 51 f.).

31 Robinson (1988).

nommen werden. Zunächst muß man sich verdeutlichen, daß die tarifpolitische Realität des Arbeitsschutzes dieser Kooperationsstruktur zwischen den großen Kapitalgesellschaften (big business) und den Gewerkschaften (big labor) entsprach. Mit anderen Worten: Wo es sich um Arbeitsbedingungen handelt, gehen vertragliche Vereinbarungen - besonders vor 1971, als sie sich nicht auf eine solide gesetzliche Grundlage stützen konnten - nur so weit, wie der jeweilige Arbeitgeber freiwillig bereit ist zuzugestehen.

## 6.2.2 Inhalt und Niveau des betrieblichen Arbeitsschutzes

Angesichts des gegebenen Standes der gesamtwirtschaftlichen Informationen über die betriebliche Realität des Arbeitsschutzes muß auf die Materialien zu den tariflichen Regelungen zurückgegriffen werden. Die Interpretation der Tabellen 6.1 und 6.2 muß mit den wenigen und sehr globalen Informationen über die Berücksichtigung der Gesundheit in den Verträgen sehr vorsichtig umgehen. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Statistiken verdanken sich unterschiedlicher Auswahl von Betrieben, verschiedenartiger Zusammenfassung von Einzelpunkten zu Gruppen und der Einbeziehung einzelner empirischer Untersuchungen.<sup>32</sup>

Fortschritte vor der Zeit des OSHAAct von 1971 beruhten meist auf freiwilligen Initiativen einzelner Unternehmen. Soweit in den (auf Unternehmensebene stattfindenden) Verhandlungen Gesundheitsprobleme angesprochen worden sind, waren es meist Sicherheitsprobleme, und die Lösungen bestanden vorwiegend in finanziellen Kompensationen wie Extrazahlungen oder Erschwerniszuschlägen. Eine Zusammenstellung des Bureau of Labor Statistics gibt eine etwas detaillierte Vorstellung über die relative Häufigkeit einzelner Typen von Arbeitsschutzregelungen vor 1971. Am weitesten häufigsten sind die finanziellen Kompensationen oder Sicherheitsmaßnahmen (63 Prozent) und andere sehr rudimentäre Punkte wie z.B. sanitäre Anlagen (51,9 Prozent). An vierter Stelle steht mit 41,4 Prozent das Versprechen der Unternehmensleitungen, sich an das Gesetz zu halten. Weniger als ein Viertel der Abkommen, die es ja auch nur in einer Minderzahl von Betrieben gab, enthielt Rechte der einzelnen Arbeitnehmer (23,5 Prozent) oder der Gewerkschaften (15,8 Prozent), deren Umsetzung meistens nicht angesprochen ist.<sup>33</sup>

---

32 Robinson (1988, S. 454 ff.).

33 Vgl. Tillery (1975, S. 42).

Tabelle 6.1 (S. 313) zeigt auf der Basis von Zahlen des Bureau of National Affairs (BNA), wie hoch der Anteil der Tarifverträge ist, in denen Arbeitsschutzthemen genannt werden. Diese Tabelle gibt allerdings wenig Aufschluß über die tatsächliche Realisierung im Betrieb, denn sie umfaßt gleichrangig ganz formale Punkte wie z.B. Verpflichtungen der Vertragspartner, die Gesetze zu befolgen, bis hin zu konkreten Verbesserungen des betrieblichen Arbeitsschutzes. Die Prozentanteile beziehen sich auf Tarifverträge und nicht auf Unternehmen oder Betriebe, so daß der wachsende nicht organisierte Sektor nicht berücksichtigt ist. Kleinbetriebe sind gänzlich ausgeklammert, wodurch es zu einer Verzerrung und Überschätzung kommt. Dennoch zeigt sich ein deutlicher Anstieg von Arbeitsschutzklauseln in den abgeschlossenen Verträgen. Während 1957 in 69 Prozent der Verträge in der Industrie und in 38 Prozent in den anderen Branchen die Arbeitssicherheit genannt wird, waren es 30 Jahre später 89 Prozent (Industrie) und 77 Prozent (andere Branchen). Man darf vermuten, daß dieser quantitative Anstieg zusätzlich noch einen qualitativen Trend ansteigender Tendenz beinhaltet. Es ist auch ersichtlich, daß der größte Teil des Anstiegs zwischen 1971 und 1979 stattgefunden hat. Das geht auf den OSHAkt und auf die größere öffentliche Aufmerksamkeit für Probleme der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zurück. Allerdings wird diese positive Entwicklung durch den Rückgang der Unternehmen relativiert, in denen ein Tarifvertrag überhaupt ausgehandelt wird.

(a) *Informationsrechte (right to know)*

Ein fundamentales Erfordernis des Arbeitsschutzes ist die Information der Beschäftigten und der gewerkschaftlichen Vertrauensleute über die Gesundheitsrisiken und Gefahren am Arbeitsplatz. Ist es schon für die Wissenschaft nur in beschränktem Maße möglich, Informationen über die Pathogenität der Arbeitswelt zur Verfügung zu stellen, so gelangen noch weniger Informationen zu den von diesen Gefahren und Risiken unmittelbar Betroffenen. Für die Jahre 1974 und 1975 veröffentlichte das Bureau of Labor Statistics einen Survey, aus dem hervorgeht, daß damals 16 Prozent der Tarifverträge die Arbeitgeber verpflichteten, Informationen, die sie selbst haben, an die Belegschaft zu geben.<sup>34</sup> Darüber hinaus sind einzelne Fälle bekannt, in denen innovative Lösungen zustande gekommen sind, über deren quantitative Vertei-

---

34 Robinson (1988, S. 458).

lung nichts ausgesagt werden kann. Robinson führt hier Vertragsklauseln an, nach denen das Management verpflichtet ist, entweder selbst regelmäßige Beobachtungen und Messungen der Expositionen vorzunehmen oder dem gemeinsamen Gesundheits- und Sicherheitskomitee die entsprechende Ausrüstung zur Verfügung zu stellen. Wieder andere legen medizinische Untersuchungen fest. Die United Auto Workers Union entwickelte Anfang der achtziger Jahre ein Programm epidemiologischer Untersuchungen, das spezifische Krankheitsmuster bestimmter Subgruppen ihrer Mitglieder auf ihre Arbeitsbedingtheit hin überprüfen kann.<sup>35</sup>

Dem amerikanischen Arbeitsrecht, in dem das Richterrecht und die Verfügungen des National Labor Relation Board (NLRB) eine wichtige Rolle spielen, kommt hier eine relativ begünstigende Funktion für den Informationstransfer vom Management zur Gewerkschaft zu. Gestützt auf die Vorschrift, nach der die Arbeitsparteien in »gutem Glauben« verhandeln müssen, erweiterte das NLRB seit den dreißiger Jahren die informationellen Voraussetzungen, die von den Arbeitgebern dafür geschaffen werden müssen. So ist bis heute eine lange Liste betrieblicher Informationen zusammengelassen, die den verhandelnden Gewerkschaften zur Verfügung gestellt werden muß.<sup>36</sup> Aber den Kernbereich der Produktion konnten die Unternehmer immer gut abschirmen, indem sie ihr gesetzliches Recht auf die Sicherung ihrer wirtschaftlichen Zukunft anführten, das mit der Offenbarung von »Betriebsgeheimnissen« verletzt werde.

Einen Durchbruch gegen diese Informationsblockade konnten schließlich zwei Gewerkschaften in einem Konflikt erzielen, der recht aufschlußreich verlief und darum kurz beschrieben werden soll: Ausgelöst durch das Gerichtsurteil in einem Fall von arbeitsbedingter Sterilität in Kalifornien, startete die Gewerkschaft der Öl-, Chemie- und Atomindustrie (Oil, Chemical, and Atomic Workers, OCAW) 1977 eine Kampagne mit dem Ziel, von allen chemischen Unternehmen des Landes, in der sie Mitglieder hat, genaue Informationen über die Gesundheitsgefahren zu erhalten. Alle örtlichen Gewerkschaften schickten gleichartige Briefe an die jeweiligen Unternehmen. Etwa die Hälfte der Firmen gab Informationen in dieser oder jener Form heraus, die andere Hälfte verweigerte jede Auskunft. Die OCAW klagte dann gezielt gegen zwei Konzerne vor dem NLRB wegen Verletzung der Pflicht, »in gutem Glauben« zu verhandeln. Gefordert wurde:

---

35 Silverstein et al. (1985).

36 Robinson (1988, S. 459).

»die Offenlegung aller Substanzen, die benutzt und produziert werden, sämtliche Befunde klinischer und labormäßiger Untersuchungen von jedem Beschäftigten, einschließlich der toxikologischen Untersuchungsergebnisse jener Noxen, denen die Beschäftigten ausgesetzt sein könnten; eine Liste der von der Firma beobachteten Kontaminierungen einschließlich ausgewählter Untersuchungsprotokolle; Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken aller aktuellen und früheren Beschäftigten soweit vorhanden sowie andere Informationen bezüglich Bestrahlung, Hitze, Lärm und existierenden Ansprüchen gegen die Worker's Compensation«<sup>37</sup>.

Die andere Chemiarbeitergewerkschaft (International Chemical Workers Union, ICWU) reichte ähnliche Klagen ein.

Nach fünf Jahren, im April 1982, entschied das NLRB für die Gewerkschaften, indem sie den Klägern das Recht auf die geforderten Informationen zusprach. Der Status von Betriebsgeheimnissen wurde nur einer kleinen Anzahl von Substanzen zugebilligt. Zugleich wurde endgültig die Vereinbarkeit von staatlicher Regulierung und kollektiven Verhandlungen durch die Gewerkschaften festgestellt. Bislang hatten die Arbeitgeber kollektive Verhandlungen über alle Fragen abgelehnt, die im Arbeitsschutzrecht angesprochen werden, während auf der anderen Seite die Arbeitsschutzbehörde (OSHA) die gewerkschaftlich organisierten Arbeitnehmer von den Gefahrenkommunikationsstandards mit dem Hinweis auf deren kollektive Verhandlungen ausnehmen wollte.

Dieser wichtige formale Durchbruch soll jedoch auch nicht überbewertet werden: Das amerikanische Arbeitsrecht kennt sowohl ergebnisorientierte als auch prozeßorientierte Regelungen. Das NLRB hatte sich in diesem Fall für letzteres entschieden. Das heißt, es hatte nicht die Unternehmen zur tatsächlichen Herausgabe der geforderten Informationen verurteilt, sondern den Parteien auferlegt, über die konkrete Präzisierung der Arbeitgeberverpflichtung zu verhandeln. Damit muß dieses Ergebnis gedanklich mit einem permanent schrumpfenden Koeffizienten gewerkschaftlichen Organisationsgrades und Einflusses multipliziert werden.

Einen Eindruck von der Konflikthaftigkeit der Information über Gesundheitsrisiken und Gefahren kann die Statistik der OSHA über die angezeigten Verletzungen ihrer Standards vermitteln. Diejenigen Standards, die weitaus am häufigsten verletzt worden sind, betreffen beide dieses Problem: Es sind die Richtlinien zur Gefahrenkommunikation (hazard communication) in der Bauindustrie (22 578 Anzeigen) und in der Industrie allgemein (20 938 Anzeigen). An dritter Stelle liegt mit den Verletzungen der Vorschriften über Aufzeichnungen und Protokolle ebenfalls ein hiermit zusammenhängender

---

37 Robinson (1988, S. 460).

Bereich (6 109 Anzeigen), und an 21. und letzter Stelle stehen Verletzungen von »allgemeinen Verpflichtungsklauseln« mit 2 743 Anzeigen.<sup>38</sup> Diese Statistik kann nur Auskunft über die tatsächlich angezeigten Verletzungen geben. Die überaus große Zahl der angezeigten Verletzungen der Informationspflichten verdankt sich einer seit Jahren andauernden Initiative von Gewerkschaften und örtlichen Arbeitsschutzaktivisten, sogenannter COSH-Gruppen (Committees/Coalitions on Occupational Safety and Health), für das »Recht auf Information« (right to know).<sup>39</sup>

Eine institutionelle Voraussetzung sowohl für Informationstransfer als auch für die gesamte betriebliche Arbeitsschutzpraxis kann ein Arbeitsschutz- bzw. Arbeitssicherheitskomitee (Joint Union/Management Safety and Health Committee) sein. Immerhin 66 Prozent der Verträge in der Industrie und 43 Prozent in den anderen Sektoren legen solche Komitees fest. Besonders wichtig ist eine Institution, in der informiert werden kann, an die Anfragen und Forderungen gestellt werden können und in der es eine gewisse Kontinuität gibt. Beklagt wird die Unverbindlichkeit, da es sich nur um ein Beratungsgremium handelt. Hier bestehen Unterschiede zur deutschen Regelung, in denen solche Ausschüsse sowohl durch das Arbeitssicherheitsgesetz als auch durch die Mitbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten des Betriebsverfassungsgesetzes größeres Gewicht erlangen können.

Alles in allem kann die Existenz eines betrieblichen Sicherheitskomitees als Indikator für ein etwas entwickelteres Niveau gewertet werden. 1980 liegen die gewerkschaftlich organisierten Bereiche in der Industrie mit 55 Prozent weit höher als im nichtindustriellen Bereich (19,9 Prozent). In der Industrie bleibt der Anteil der Regelungen bis zur ersten Hälfte der siebziger Jahre gleich und steigt dann in sechs Jahren von 38,2 Prozent (1974) auf 55 Prozent (1980) (vgl. Tabelle 6.2).

Was fünfzehn Jahre nach dem Arbeitsschutzgesetz (OSHAct), dessen Entwicklung anschließend behandelt wird, im (schrumpfenden) Bereich gewerkschaftlich organisierter Betriebe verbessert worden ist, sind die Informationsrechte über mögliche Gesundheitsrisiken. Es wurde hier das Recht auf Einsicht in die medizinischen Unterlagen erstritten, die das Unternehmen hat. Informationsvorschriften (right-to-know statutes) garantieren den Zugang zu Informationen über Expositionen. Biologische und genetische Kontrollen erzeugen Informationen über körperliche Reaktionen auf toxische Ex-

---

38 Occupational Safety & Health Reporter (1991, S. 1233).

39 Vgl. Silverstein (1988). Aus Platzgründen kann auf die COSH-Gruppen nicht näher eingegangen werden (vgl. Hildebrandt 1992, S.41-57).

positionen von Arbeitern ohne klinische Befunde. Woran es aber fehlt, sind die institutionellen Voraussetzungen zur Aufarbeitung dieser Informationsflut.

Die Entwicklung ist sehr widersprüchlich: Während die Gewerkschaften und die örtlichen Basisorganisationen für Arbeitsschutz (COSH) beim Recht auf Information durchaus eindrucksvolle Erfolge vorzuweisen haben, nimmt der Anteil der gewerkschaftlich organisierten Betriebe ab und damit auch die Macht, die Informationen in präventive Taten umzusetzen.<sup>40</sup>

### *(b) Institutionelle und monetäre Regelungen*

Die Daten des Bureau of National Affairs weisen einen recht hohen und steigenden Anteil der allgemeinen Verpflichtungsklauseln (general-duty clauses) aus, der von 43 Prozent (Industrie) und 12 Prozent (andere Branchen) 1957 über 48/28 Prozent 1971 auf 66/43 Prozent 1987 angestiegen ist (vgl. Tabelle 6.1). Dahinter können sich Hinweise auf die Kooperation zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften verbergen oder die Verpflichtung auf die jeweils bestehenden gesetzlichen Regelungen, aber es kann sich auch um rein formale Erwähnungen handeln. Dies kann ein Hinweis sein, daß es mit einer solchen Erwähnung der Gewerkschaft erlaubt ist, über Sicherheitsfragen Auseinandersetzungen im Rahmen von Klagen und Schlichtungen zu führen.<sup>41</sup> Freilich ist die letztliche Wirkung solcher Klauseln nur im konkreten Fall zu beurteilen.

Das Amt für Arbeitsstatistik liefert detailliertere Angaben (vgl. Tabelle 6.2), jedoch ist das letzte ausgewiesene Jahr 1980. Der Abbruch danach ist ein Indikator für die politische Wende der ersten Reagan-Jahre, da er auf die harten Budgetkürzungen beim Amt für Arbeitsstatistiken zurückgeht. Die Verträge können im konkreten Fall auch mehr spezifizierte Angaben enthalten, die sich auf Bedingungen der Arbeitsumgebung wie Beleuchtung, Lärm, Strahlung, Exposition zu staubförmigen oder anderen Noxen beziehen. 16,4 Prozent in der Industrie und 6,3 Prozent der Kontrakte in den anderen Branchen hatten 1980 solche Regelungen. Weit häufiger sind vertragliche Festlegungen über die Bezahlung für die Anschaffung von Schutzbekleidung, wie Handschuhe, stahlbewehrte Schuhe oder Atemschutzausrüstung. 59 Prozent der erfaßten Industrietarifverträge und 50 Prozent derer in den anderen

---

40 Robinson (1988, S. 466).

41 Robinson (1988, S. 457).

Branchen verpflichten das Management, für solche Körperschutzausrüstungen aufzukommen. Die weit größere Häufigkeit von Abkommen zur Schutzkleidung im Vergleich zu den Arbeitsbedingungen belegt die Erfahrung, daß die Regelungshäufigkeit in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zur Entfernung des Regelungsgegenstandes vom Kern der Management-Prärogative steht. Die zunehmende Berücksichtigung der medizinischen Untersuchungen in den Verträgen erfordert eine eingehendere Analyse, die weiter unten gesondert folgt.

*Tabelle 6.1: Anteil der Tarifverträge, in denen ausgewählte Arbeitsschutzprobleme geregelt werden (in Prozent)*

	1957	1961	1966	1971	1979	1983	1987
Sicherheitsklauseln							
Industrie	69	71	69	71	87	87	89
Andere	38	48	48	52	73	72	77
Allg. Verpflichtungen							
Industrie	43	39	43	48	58	64	66
Andere	12	20	19	28	36	38	43
Gemeinsamer Sicherheits-							
ausschuß							
Industrie	31	34	35	38	55	57	62
Andere	12	14	18	19	24	26	27
Med. Untersuchungen	12	14	10	17	22	23	22

Quellen: Bureau of National Affairs (1957-1987); Robinson (1988, S. 455).

Eine unter gesundheitlichen Aspekten problematische Form der Arbeitsschutzregelungen sind die Erschwernis- und Gefährdungszulagen, zu denen dann noch Entschädigungen für bereits erlittene gesundheitliche Einbußen hinzukommen. Die Zulagen stehen für verhinderte oder vermiedene Prävention oder - wie es im gewerkschaftlichen Sprachgebrauch heißt - dafür, daß sich die Arbeiter »ihre Gesundheit abkaufen lassen«<sup>42</sup>. Zwar gibt es auch die Meinung, Erschwernis- oder Gefährdungszulagen würden einen monetären Anreiz für das Management bilden, diese Gesundheitsrisiken abzubauen, um die Zulagen zu sparen, aber das ist für die Praxis nicht nachgewiesen worden und ist auch nicht sehr schlüssig. Denn solche Vereinbarungen werden vom Management nur dann abgeschlossen, wenn vorher ihre positive

42 Kühn (1992).

oder zumindest neutrale Wirkung auf die betriebliche Rentabilität geschätzt worden ist. Da das Management in allen Entscheidungen über die Produktion, also Arbeitsumgebung, Maschinen, Werkstoffe usw., frei ist, hat es dabei eine starke Position. Bei den monetären Kompensationen von Gesundheitsrisiken kann also davon ausgegangen werden, daß sie rentabler sind als die Beseitigung des Gesundheits- oder Sicherheitsrisikos.

*Tabelle 6.2: Anteil der Tarifverträge, in denen ausgewählte Arbeitsschutzprobleme geregelt werden (in Prozent)*

Jahr	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1978	1980
<b>Arbeitsumgebung</b>									
Industrie	k.A.	11,7	12,6	10,0	11,5	14,0	14,0	15,1	16,4
andere Sektoren	k.A.	7,9	4,6	4,7	5,7	6,7	6,0	5,9	6,3
<b>Sicherheitsausrüstung</b>									
Industrie	47,6	52,3	51,7	51,8	52,8	56,3	56,5	58,0	58,7
andere Sektoren	35,0	35,3	42,9	43,8	47,0	48,0	46,1	51,0	49,5
<b>Sicherheitskommittees</b>									
Industrie	39,6	39,2	36,5	39,0	38,2	40,6	44,7	47,6	55,0
andere Sektoren	16,7	18,2	15,8	15,3	16,6	16,7	16,3	18,1	19,9
<b>Verweigerungsrecht</b>									
Industrie	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	14,8	16,7	16,6	17,3	26,3
andere Sektoren	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	25,0	26,1	24,7	26,5	24,9
<b>Gefahrenzulagen</b>									
Industrie	k.A.	9,4	10,7	11,6	11,0	9,6	10,2	10,0	9,8
andere Sektoren	k.A.	30,3	29,4	28,8	28,7	31,0	29,8	29,8	31,2

k.A. = keine Angabe

Quelle: Robinson (1988, S. 456), auf Basis von Daten des Bureau of Labor Statistics.

Als empirisch unhaltbar erweist sich die landläufige Meinung, bei den betroffenen Arbeitern handele es sich um Leute, die sich ein überdurchschnittliches Einkommen und damit einen »middle-class lifestyle« gegen die Übernahme eines gewissen Gesundheitsrisikos erkaufen. Eine Studie zeigt, daß es sich bei den Arbeitern an hochbelasteten Arbeitsplätzen keineswegs um den besser bezahlten Teil der »blue-collar workers« handelt. Zwar verdienen sie etwas mehr als andere mit vergleichbarer Ausbildung und Arbeit, aber in der Regel sind »hochbelastete Jobs auch nach Lohn- und Statuskriterien genauso schlecht wie auch die Arbeitsbedingungen«<sup>43</sup>. Die Ignoranz gegenüber

<sup>43</sup> Robinson (1986, S. 655 f.).

den Gesundheitsgefahren gilt hiernach für zwischen 45 und 61 Prozent der Betroffenen ausdrücklich nicht<sup>44</sup>, und bei jenen, die kein Bewußtsein davon haben, wäre es immerhin auch möglich, daß sie sich ein solches Gefährdungsbewußtsein aufgrund ihrer Alternativlosigkeit auch psychisch »nicht leisten können«. Gegenstrategien der Arbeiter wie Kündigungen, Versuche der gewerkschaftlichen Organisierung und auch Arbeitsniederlegungen sind bei hochbelasteten Arbeitern häufiger als bei anderen.<sup>45</sup> Es ist ermittelt worden, daß die Kompensationszahlungen der Unternehmen in einem deutlichen Verhältnis zu den potentiellen Alternativen der hochbelasteten Arbeitskräfte stehen. Daraus erwächst ein starker ökonomischer Anreiz für die Betriebe, solche Arbeiter auszuwählen, die die wenigsten Alternativen haben.<sup>46</sup> Tabelle 6.2 zeigt, daß die Zulagen in den Sektoren der Industrie während der siebziger Jahre keinen ansteigenden Trend aufweisen (ca. 10 Prozent der Verträge). In den nichtindustriellen Branchen, insbesondere im Bau- und Transportgewerbe, schwanken die Anteile um die 30 Prozent, sind also erheblich häufiger. Vergleicht man nun die anderen Werte dieser beiden Gruppen, dann wird deutlich, daß der höhere Wert für die nichtindustriellen Bereiche der Ausdruck eines schlechteren Arbeitsschutzes ist.

### *(c) Das Recht auf Arbeitsverweigerung*

Dem Recht auf die Verweigerung gefährlicher Arbeiten kommt in den Konflikten eine große Bedeutung zu, ob es nun etabliert ist oder nicht und ob es - falls es etabliert ist - in Anspruch genommen wird oder nicht. In jedem Fall wird das moralische Klima, in dem mit Gesundheitsfragen am Arbeitsplatz umgegangen wird, davon beeinflußt. Das trifft für die Vereinigten Staaten zu, in denen Individualrechte viel häufiger der einzige Schutz sind als in den westlich-europäischen Industrieländern. Immerhin gibt es in den gewerkschaftlich organisierten Betrieben der Industrie einen zwischen 1974 und 1980 ansteigenden Trend vertraglich gesicherter und limitierter Rechte auf Verweigerung (von 14,8 bis 26,3 Prozent), während in den anderen Sektoren (Bau- und Transportgewerbe) solche Regelungen schon 1974 in einem Viertel der Verträge festgehalten waren und dies dann nicht mehr angestiegen ist (vgl. Tabelle 6.2).

---

44 Robinson (1986, S. 666).

45 Viscusi (1979).

46 Robinson (1986, S. 650-677).

Der OSHAct von 1971 regelte das Verweigerungsrecht auf eine Weise, deren innere Logik einzig in der verwickelten Kompromißstruktur amerikanischer Gesetzgebungsprozesse gefunden werden kann. Bei Gefahr für »Leib und Leben« kann die Arbeitsschutzbehörde (OSHA) einen Antrag auf gerichtliche Verfügung eines Abbruchs der Produktion stellen. Der einzelne Arbeiter hat im Fall der Gefahr das Recht, eine OSHA-Inspektion anzufordern. Aber es wird keine Gefahr definiert, bei der er vor Sanktionen geschützt wäre, wenn er von sich aus die Arbeit abbricht. Ein solches Verfahren nimmt in der Regel Monate in Anspruch. 1973 verkündete die OSHA eine Vorschrift, die bei Arbeitsverweigerung angesichts gefährlicher Bedingungen schützen soll, wenn drei Kriterien erfüllt sind: Erstens muß der Arbeiter eine »berechtigte« Furcht vor tatsächlicher Gefahr von Leib und Leben haben; zweitens muß die Zeit für das obige Verfahren nachweislich zu knapp sein, und drittens muß vorher versucht worden sein, die Abwendung der Gefahr durch Konsultation des Managements zu erreichen. Trotz dieser umfangreichen Vorbehalte bekämpften die Arbeitgeber diese Regelung von Anfang an in der Befürchtung, »eine liberale Auslegung dieser Klauseln würde es den Arbeitern erlauben, in einem bisher nicht gekannten Ausmaß auf Entscheidungen über die Arbeitsprozesse einzuwirken«<sup>47</sup>. Dennoch bestätigte der Oberste Gerichtshof 1980 diese Regelung.

Das Risiko, das verweigernde Arbeiter auf sich laden, ist dennoch sehr groß geblieben. Es beruht stark auf den gedehnten Auslegungsmöglichkeiten des Kriteriums der »berechtigten« Furcht. Wenn eine wissenschaftliche Expertise ex post zu dem Ergebnis kommt, »Gefahr für Leib und Leben« habe unmittelbar nicht bestanden, ist der Schutz vor Sanktionen durch die OSHA-Richtlinie hinfällig. Bei langfristig wirkenden Risiken etwa von Krebs oder Fehlgeburt aufgrund chemischer Expositionen ist dieser Schutz ohnehin wirkungslos.

Ausgerechnet das Arbeitsrecht in seiner Auslegung durch das NLRB kann nun als Schutz vor Sanktionen in die Bresche springen. Es schützt allerdings die kollektive Verweigerung gefährlicher Arbeit, indem es diese mit »vereinten Selbsthilfe-Aktionen« gleichsetzt. Dazu sind die Arbeiter grundsätzlich berechtigt. Es handelt sich hier um die juristische Legitimation von gewerkschaftlichen Aktivitäten schlechthin. Mehr noch: Es ist dabei kein nachträglicher (wissenschaftlicher) Beweis der Gefährlichkeit erforderlich, sondern es genügt der Nachweis, daß die Arbeiter im »guten Glauben« an die

---

47 Robinson (1988, S. 463).

Gefährlichkeit gehandelt haben.<sup>48</sup> Der Pferdefuß ist jedoch in diesem Fall, daß die Verweigerung dann sanktioniert werden darf, wenn sich die Gewerkschaft in ihrem Vertrag mit dem Unternehmen zum Verzicht auf Streiks verpflichtet hat (no-strike clause), was sehr häufig der Fall ist.<sup>49</sup>

Generell gilt für die amerikanische Arbeitswelt ähnliches wie in Deutschland: Wenn Lohnabhängige vor die Situation gestellt werden, zwischen ihrer Gesundheit und dem Weiterbestehen ihres Arbeitsverhältnisses wählen zu müssen, dann fällt ihre Entscheidung in der Regel gegen die Gesundheit aus. Ein Funktionär der Chemiarbeiter-Gewerkschaft OCAW sagte:

»Wenn sie an die chemischen Gefahren an ihrem Arbeitsplatz denken, machen sie fast täglich ihre eigene unsichtbare Kosten-Nutzen-Rechnung auf. Du kannst an Hunger wesentlich schneller sterben als an Krebs.«<sup>50</sup>

Das Überangebot auf dem Arbeitsmarkt und dessen liberale Verfassung führen dazu, daß die Gesundheitsgefahr in der individuellen Kalkulation immer geringer veranschlagt wird.<sup>51</sup> Die genannten juristischen Absicherungen bei einer Entscheidung für die Gesundheit sind (oder erscheinen) nicht ausreichend, um dies zu verändern. Sie werden nur von der kleinen Zahl mutiger Individuen wahrgenommen, die auch hier nicht aussterben wollen. Die - in Statistiken nur unzulänglich erfaßte - Zahl der arbeitsbedingten Erkrankungen und Todesfälle macht aber deutlich: Das entscheidende Problem ist nicht der fehlende Mut, sondern die alltägliche Tatsache, daß die Gesundheit in der Arbeit überhaupt so viel Mut erfordert.

#### (d) »Deunionization« und Ökonomisierung des Arbeitsschutzes

Die aus Platzgründen pointillistische Skizzierung des betrieblichen Arbeitsschutzes trüge ohne Hinweis auf die Schwächung der amerikanischen Gewerkschaftsbewegung zum Verständnis des Prozeßcharakters nicht viel bei. Wie schwach, fehlorientiert und abhängig die gewerkschaftliche Arbeiterbewegung in früheren Jahrzehnten auch immer gewesen sein mag, sie brachte die einzigen größeren Organisationen hervor, die den spezifischen Gesundheitsinteressen in der Arbeit ein gesellschaftliches und politisches Gewicht geben konnten. Die Rolle der Gewerkschaften beim Arbeitsschutz im Betrieb

---

48 Ashford/Katz (1977, S. 802 ff.).

49 Vgl. Robinson (1988, S. 464).

50 Zit. nach Berman (1992).

51 Vgl. Kühn (1989b, S. 14 ff.).

und auf der politischen Ebene war nicht immer eine glückliche, aber sie war darum nicht weniger wichtig.<sup>52</sup>

Mitgliederzahlen, Finanzvolumen, Personalausstattung, Organisationsfähigkeit, öffentliches Ansehen und (als Folge all dieser Faktoren) letztlich auch ihre Durchsetzungsfähigkeit sind permanent rückläufig. Der Abstieg der Gewerkschaftsbewegung beginnt schon in den sechziger Jahren, aber erst die achtziger Jahre brachten sie auf einen bis dahin einmaligen Tiefpunkt ihrer Macht. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist von 32,5 Prozent im Jahr 1953 auf 16,4 Prozent 1989 zurückgegangen, und auch in absoluten Zahlen ausgedrückt haben die Gewerkschaften in nahezu dramatischer Weise an Mitgliedern verloren (von 22,2 Millionen noch im Jahre 1975 auf 17 Millionen 1986).<sup>53</sup> Zunächst nahm für fast zwei Jahrzehnte bis Mitte der siebziger Jahre zwar noch die Mitgliederzahl zu, aber der Organisationsgrad ging rasch zurück, da die Beschäftigung schneller wuchs. In der scharfen Rezession 1981/82 kulminierten und verstärkten sich Folgen des Strukturwandels der Wirtschaft und der Veränderung der Kräftekonstellation zwischen Kapital und Arbeit. Erstmals nahmen nun die Mitgliederzahlen nicht mehr nur relativ, sondern auch absolut ab. Nur noch schätzungsweise 20 Prozent der amerikanischen Arbeitnehmer sind von Tarifverträgen erfaßt.<sup>54</sup>

Durch den Strukturwandel sind gerade jene Industriezweige am nachteiligsten betroffen, in denen die meisten Gewerkschaften ihre Basis haben. Das sind die großen Konzerne der industriellen Sektoren wie der Automobil-, Elektro- und Stahlindustrie, in denen die Beschäftigung rapide abgenommen hat. Auch die Anteilsverschiebung von den »blue-collar workers« zum Angestellten wirkt sich sehr stark zuungunsten der Gewerkschaften aus. Die ungesicherten Beschäftigungsverhältnisse (Teilzeitjobs, kurzfristige Arbeiten, Bezahlung nicht tariflich gesichert) haben sich - besonders im expandierenden Dienstleistungssektor - ausgeweitet. Nichtorganisierte Beschäftigte verdienen im Durchschnitt nur 75 Prozent des Lohnes der Organisierten.<sup>55</sup> Die Reagan-Administration, die mit dem Ziel angetreten war, den de facto noch immer geltenden Sozialpakt zwischen »big business« und »big labor« hinfällig zu machen, nutzte diese Schwäche in den ersten Amtsjahren zu einer harten antigewerkschaftlichen Politik. Deren medienwirksamer Höhe-

---

52 Elling (1986, S. 371 ff.). Zur Kritik der gewerkschaftlichen Arbeitsschutzstrategie vgl. Noble (1986, S. 121 ff.).

53 Moody (1988, S. 4); Kilimnik (1992, S. 36).

54 Kilimnik (1992, S. 36).

55 Vgl. Renner/Navarro (1989, S. 85 ff.).

punkt war das Verbot der Fluglotsengewerkschaft. Diese Verluste können aber nicht allein der »Deindustrialisierung« zugeschrieben werden, es gibt zugleich auch eine »Deunionisation«. Auch ist der »business unionism« fast völlig daran gescheitert, die neu entstandenen Industrie- und Dienstleistungssektoren zu organisieren.<sup>56</sup>

Drei zentrale Tendenzen der Ökonomisierung von Prävention und Gesundheitsförderung werden durch den Niedergang der amerikanischen Gewerkschaften verstärkt:

1. Es verstärkt sich die Tendenz zur Ausklammerung der Produktionssphäre als dem - direkt oder mittelbar - zentralen Entstehungsbereich von Gesundheitsrisiken und -gefahren aus den präventiven Bemühungen. Anstatt die Produktionssphäre - und damit den Ausgangspunkt der Risiken durch Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Unsicherheit, Arbeitsbeanspruchung, gesundheitsgefährdende Produkte und gestörte Ökologie - stärker ins Blickfeld der Gesundheitspolitik zu rücken, bewirkt die Schwächung der einzigen Gegenmacht innerhalb dieser Sphäre der Gesellschaft die Tendenz, umgekehrt das Freizeit- und Konsumverhalten der Lohnabhängigen zum Interventionsgegenstand am Arbeitsplatz zu machen. Der Herrschaftsbereich der Kapitaleigner als zentraler Verursachungsbereich gesundheitlicher und ökologischer Risiken und Gefahren wird in den achtziger Jahren noch weiter und konsequenter tabuisiert, während auf die »Privatsphäre« der Arbeitnehmer mit dem Ziel ihrer Anpassung an die Leistungserfordernisse der Arbeitskraft Einfluß genommen und sie Orientierungspunkt von gesundheitsbezogenen Interventionen wird.
2. Die Schwächung der Gewerkschaften verstärkt die Tendenz zur Reorientierung der gesundheitsbezogenen Aufmerksamkeit und Ressourcen von der Zielgruppe der Arbeiter und statusniedrigen Angestellten hin zur Zielgruppe der Angestellten. Das heißt zugespißt: von der Klientel des Arbeitsschutzes zur Klientel der Gesundheitsförderung. Es ist dies eine nachholende Umstrukturierung, die ihre ökonomische Logik vor allem aus den veränderten Knappheitsbedingungen auf Teilarbeitsmärkten für qualifizierte Angestelltenberufe und aus der Etablierung neuer arbeitspolitischer Konzepte in den Firmen der materiellen Produktion und Dienstleistungen bezieht. Die geringere soziale Distanz zwischen Management und diesen Angestellten und das ähnliche oder identische Gesundheitsverständnis verhelfen dieser Logik zu ihrer Verwirklichung in den Unternehmen.

---

56 Moody (1988).

3. Je weniger die Betriebe sich dem Druck ausgesetzt sehen, für gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen zu sorgen, desto mehr Druck üben sie auf den einzelnen Beschäftigten aus, sich diesen Arbeitsbedingungen anzupassen. Die betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramme sind von ihrem Zuschnitt meist Angebote, sie als gesundheitliche Anpassungshilfe, d.h. zum Erlernen individuellen Gesundheitsverhaltens zu nutzen.

Der Bedeutungsverlust der Gewerkschaften muß sich auf den Arbeitsschutz besonders drastisch auswirken, da - wie die Tabelle 6.3 zeigt - der Organisationsgrad in den Sektoren mit überdurchschnittlichem Gesundheitsrisiko weit über dem Durchschnitt lag. Das ist zwar auch in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre noch der Fall, aber auf niedrigerem Niveau und bei tendenzieller Einebnung dieser Besonderheit. Der durchschnittliche Organisationsgrad der in der Erhebung erfaßten Sektoren sank von 1971 auf 1986 von 25,6 Prozent auf 17,6 Prozent, und der Abstand der Organisationsgrade im riskantesten und sichersten Bereich sank vom mehr als Dreifachen 1971 auf knapp das Doppelte 1986.

*Tabelle 6.3: Anteil der gewerkschaftlich organisierten Arbeiter nach dem Gesundheitsrisiko der Beschäftigung*

Jahr	1971	1977	1986
höchstes Risiko	39,7	44,0	27,6
mittleres	36,9	30,6	17,2
geringeres	20,3	14,8	9,2
sicherste Arbeit	11,7	19,6	14,2
insgesamt	25,6	24,8	17,6
N	38,599	43,866	14,959

Quelle: Auf der Basis des Current Population Survey berechnet; zit. nach Robinson (1988).

Innerhalb dieser Umorientierungstendenz vollzieht sich noch eine weitere Veränderung. Die real angebotenen Programme zur Gesundheitsförderung in den Betrieben sind weit weniger präventiv orientiert. In den Unternehmen, in denen der Anteil der körperlich Arbeitenden rückläufig ist, kommt es zu einem Verlust an präventiver Orientierung, da der Arbeitsschutz hauptsächlich deren Risiken betrifft. Wenn der Arbeitsschutz von seiner Beschränkung auf die Prävention von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen befreit und auf die wichtigen arbeitsbedingten Erkrankungen sowohl der Arbeiter als auch

der Angestellten ausgedehnt würde, wäre das nicht der Fall. Dann würden beispielsweise bei der Prävention der koronaren Herzerkrankungen Risiken der Arbeitsorganisation in den Vordergrund rücken (wie Zeitdruck, inkonsistente Anforderungen oder Unterordnungsverhältnisse).

(e) *Gesundheit und Herrschaft: Fallstudie zum Thema »Streß«*

An einem Fall aus den frühen achtziger Jahren läßt sich ersehen, wie der Anpassungsdruck an die Bedingungen der Arbeit in den rechtlichen, politischen und auch in den wissenschaftlichen Sphären der Gesellschaft seine Entsprechung findet. Es geht um einen überaus spektakulären Arbeitskampf am Anfang der Reagan-Ära. Der Konflikt macht sehr zugespitzt den interessenpolitischen Gehalt der »konservativen Ätiologie« deutlich, den Zusammenhang zwischen der impliziten ätiologischen Ebene der Argumentation und der Position im Herrschaftsgefüge sowie die Rolle der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Profession bei der Subjektivierung des strittigen Gesundheitsproblems. In die Schlagzeilen kam der Konflikt weniger wegen seiner Zuspitzung auf »Streß«, sondern weil er den Höhepunkt des antigewerkschaftlichen Vorgehens zu Beginn der Reagan-Ära darstellte.<sup>57</sup>

Zwischen 1981/82 kulminierte eine schon lange schwelende Auseinandersetzung in einem aufsehenerregenden Arbeitskonflikt, in dem sich die Fluglotsengewerkschaft (Professional Air Traffic Controllers Organization, PATCO) und die Amerikanische Flughafenvverwaltung (Federal Aviation Administration, FAA) als Arbeitgeber gegenüberstanden. Im Januar 1981, kurz vor dem Auslaufen ihres Tarifvertrages mit der FAA, stellte die PATCO ihre Forderungen. Im Zentrum standen hohe Geldforderungen. Die Begründung basierte weniger auf den gestiegenen Lebenshaltungskosten als auf den aufreibenden Arbeitsbedingungen, die sehr bald als Streß thematisiert wurden. Ergänzend wurden eine Arbeitszeitverkürzung (Vier-Tage-Woche) und Verbesserungen der Rentenregelungen gefordert, da 89 Prozent der Fluglotsen gezwungen seien, vorzeitig in den Ruhestand zu gehen. Im Mai drohte die PATCO mit Streik. Kurz vor Ablauf der Frist im Juni berief ein Unterausschuß des Kongresses ein Hearing ein. Unter diesem Druck schloß man einen Kompromiß, der jedoch im August von über 80 Prozent der 15 000 Mitglieder, die in den Streik traten, abgelehnt wurde. Im sofortigen Gegenzug ordnete die Reagan-Administration die Entlassung der Streikenden und

---

57 Vgl. zum folgenden Tesh (1984, S. 569 ff.).

das Verbot der Gewerkschaft an, die noch ein Jahr zuvor zur Wahl Reagans aufgerufen hatte. Ein sichtbares Zeichen der Entschlossenheit sollte gesetzt werden.

Das muß zunächst unerklärlich sein, da sich die Forderungen, den traditionellen amerikanischen Kapital-Arbeit-Beziehungen entsprechend, nicht auf die Veränderung der Arbeitsbedingungen, sondern auf monetäre und zeitliche Kompensationen richteten. In ihrer Fallstudie stellte Tesh denn auch fest:

»Die Fluglotsen legten wenig Interesse an einer anti-kompensatorischen Sichtweise an den Tag. Sie wollten keine Veränderung, sie wollten Geld. Ganz klar wollten sie den Arbeitsbedingungen weniger ausgesetzt sein; sie wollten weniger Zeit unter diesen Bedingungen arbeiten, die sie aber nicht verändern wollten. [...] Unter diesem Aspekt waren die Fluglotsen und ihre Arbeitgeber zu Beginn der Verhandlungen gar nicht weit auseinander. Keine Seite war an substantiellen Veränderungen der Arbeitsbedingungen interessiert.«<sup>58</sup>

Die Auswertung der Protokolle von drei Hearings (1979, 1981 während des Streiks sowie nach dessen Zerschlagung) und der Expertengutachten förderte folgendes zutage: Der gesamte Konflikt fand seinen Ausdruck in einem unüberbrückbaren Gegensatz bei der Frage, ob das Streßproblem ein individuelles sei oder nicht. Es schälte sich nämlich deutlich heraus, daß bei aller verwirrenden Vielfalt der Meinungen diejenigen, die für die Gewerkschaft sprachen, »Streß« als Synonym für Arbeitsbedingungen schlechthin benutzten. Thematisiert wurden Belastungen wie z.B. der Zwang, unter großem Zeitdruck lebenswichtige Entscheidungen treffen zu müssen, oder lange Arbeitszeiten ohne Pausen. Im Gegensatz dazu gebrauchten diejenigen, die den Arbeitgeberstandpunkt unterstützten, den Begriff »Streß« entweder rein als individuelle Reaktion auf bzw. Anpassungsfähigkeit an diese Bedingungen, oder sie widmeten ihre ganze Anstrengung den verschiedenen physischen und psychischen Reaktionsweisen auf solche Anforderungen. Die Folge davon war: Während die meisten Gewerkschafter Streß als ein der Fluglotsentätigkeit inhärentes Merkmal der Arbeit ansahen, tendierten ihre Arbeitgeber und die Mehrheit der aufgebotenen professionellen Experten zu der Sichtweise, Streß sei ein individuelles, subjektives Phänomen, das nur von einigen Beschäftigten erfahren werde.

In einem Hearing des Unterkomitees des Kongresses zum Zusammenbruch der Verhandlungen stellten die PATCO-Vertreter weiterhin die Arbeitsbedingungen der Fluglotsen als äußerst belastend dar. In seinem Plä-

---

58 Tesh (1984, S. 572).

doyer ging der PATCO-Präsident einen Schritt weiter, als er auf gesundheitliche Folgen verwies:

»Der Belastungsdruck bei diesem inneren Kampf [in der Psyche der Fluglotsen] hat heimtückische Auswirkungen auf das gesamte Leben der Fluglotsen. Er kann sich in physischen oder mentalen Funktionsstörungen, sozialem Rückzug, Eheproblemen oder verborgenem Alkoholismus manifestieren.«

89 Prozent der Fluglotsen seien gezwungen, frühzeitig in Rente zu gehen; ein FAA-Luftarzt habe herausgefunden, ihre Gesundheit habe sich bis zu einem Punkt verschlechtert, der es ihnen nicht mehr erlaube, in dieser Weise weiterzumachen.<sup>59</sup> Mit der Einführung des Gesundheitsarguments hatte die Argumentation einen Weg eingeschlagen, der praktisch zwangsläufig zur Delegitimation und (argumentativen) Niederlage führen mußte: Die Ausschußvorsitzende konterte umgehend mit der Frage, ob der PATCO »medizinische Studien vorliegen [...], welche die Auswirkungen von Streß auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Fluglotsen belegen«. Damit war die Bewertung der Arbeitsbelastungen in die Hände der medizinischen Profession gelegt. Das war solange nicht der Fall gewesen, wie man die »Unerträglichkeit« und die »Verantwortung« in den Vordergrund gestellt hatte. Indem nun aber das Feld der Gesundheit betreten wurde, überantwortete man die Bewertung des »Streß« den in Fragestellungen, Definitionen und Methoden arbeitsmedizinischer Studien eingebauten und »versteckten« Wertungen und Vorurteilen.

Nachdem das Verfahren sich dann in dieser Weise entwickelt hatte, faßte später ein Sachverständiger der Flughafenverwaltung als Arbeitgeber eine Expertise über die vorliegenden Studien zusammen:

»Kurz gesagt, bringt uns der Bericht zu der Schlußfolgerung, daß die Fluglotsen keine medizinischen Probleme haben, die man nicht auch in anderen Berufen antreffen könnte. Und was noch bedeutender ist, die Studie zeigt sehr deutlich, daß die Lösung in einem besseren Auswahlverfahren und in besseren Beziehungen zwischen Beschäftigten und dem Management liegt [...]. PATCO hat besonders eine Verschlechterung der physischen und mentalen Gesundheit betont, die in der Natur der Fluglotsentätigkeit läge. Aber keine Studie hat bestätigt, daß die Luftkontrolle von besonderer Gefährlichkeit für die Gesundheit der Beschäftigten wäre.«<sup>60</sup>

Das Fehlen von Studien kommt praktisch dem Nachweis gleich, daß eine gesundheitliche Schädigung nicht vorliegt. Nachdem somit Schädigungen nicht nachweisbar waren und der Streß aus den Arbeitsbedingungen in die Fluglotsen hineinverlegt worden war, konnte in einem Hearing über die Flugsicher-

---

59 Zit. nach Tesh (1984, S. 576 f.).

60 Zit. nach ebenda, S. 577.

heit kurz nach dem Streik der Leiter die FAA noch einen Schritt weitergehen: Der oben zitierte Report zeige ganz deutlich,

»daß das Arbeitspensum und die Arbeit selbst nicht die Quelle von Gesundheitseffekten oder angenommenem Streß sind. Vielmehr war der Kontext oder die Umwelt, in der die Arbeit geleistet wurde, die Hauptquelle des angenommenen Stresses. Die klare Schlußfolgerung des Berichtes ist, daß das ungünstige Verhältnis, das zwischen dem Management und der Fluglotsengewerkschaft herrschte, eine Atmosphäre hervorgebracht hat, die förderlich für die Entwicklung des angenommenen Stresses war.«

Er wies darauf hin, daß nur einige Fluglotsen Streß »bekommen«, und kündigte an, die FAA habe eine Untersuchung begonnen, die den Bedarf und die Methode eines Kontrollsystems erörtere, mittels dessen »Fluglotsen identifiziert werden können, die an Streß und Müdigkeit leiden«. Auf die Frage, wie die FAA die belastende Management-Beschäftigten-Situation wie vor dem Streik vermeiden wolle, ging er noch einen Schritt weiter und erklärte die Fluglotsen selbst zur Streßursache: »Indem wir davon Abstand nehmen, PATCO-Mitglieder wieder einzustellen.«

»Dieser Paken Briefe wurde mir von FAA-Angestellten geschickt mit demselben Thema: Bringen Sie diese Fluglotsen nicht mehr zurück, sonst gibt es nur Streß und Müdigkeit.«<sup>61</sup>

Sowohl in der herrschenden Meinung der Arbeitsmedizin als auch in der »Streßbewältigung« im Rahmen von Konzepten und Projekten zur Gesundheitsförderung hat sich dieses auf den individuellen »response« abgestellte und diesen trainierende Verständnis weitgehend durchgesetzt. Das heißt, es herrscht die Tendenz vor, Gesundheitsprobleme zu subjektivieren und sie als individuelle Fehlanpassung zu betrachten. Das Beispiel des Fluglotsenkonflikts zeigt, wie diese Sichtweise es sogar zuläßt, nicht nur eine Fehlanpassung an die vorgegebenen Arbeitsbedingungen zu unterstellen, sondern die gesundheitlichen Beschwerden als Resultat der Fehlanpassung an die betrieblichen Herrschaftsverhältnisse zu interpretieren und sie somit sanktionierend gegen die Betroffenen zu wenden. Die Ankündigung, ein Kontrollsystem werde eingerichtet, das künftige Personen »mit Streß« identifizieren kann, ist eine Drohung und stellt sozusagen die herrschaftliche Lösung eines betrieblichen Gesundheitsproblems dar.

Die dominierende Sichtweise, Gesundheitsprobleme als Anpassungsprobleme zu definieren, wird freilich nicht immer bis zum Herrschaftskonflikt vorgetragen, aber sie beinhaltet ihn und ist zugleich eines seiner Instrumente. Aber ob partnerschaftlich, patriarchalisch oder konfliktiv, in jedem Falle wird die Produktionssphäre der Gesellschaft als Verursachungsbereich ge-

---

61 Zit. nach ebenda, S. 582 f.

sundheitlicher Schädigungen und Risiken ausgeklammert. Das bedeutet die Delegitimation präventiver Interventionen in die Organisation, das Pensum und die Umgebung der Arbeit ebenso wie kompensatorischer Geld- und Urlaubsforderungen an die Kapitaleigner.

Man erkennt also auch hier eine wesentliche Ursache für die Subjektivierung und damit auch die Tendenz zum Healthismus: den Anpassungsdruck an die von Macht und Herrschaft vorgegebenen Bedingungen, den die Medizin legitimiert und verstärkt - ist doch deren isolierter und (von den Lebensbedingungen) isolierender Blick auf den Einzelmenschen ein substantieller Bestandteil ihrer diagnostischen und therapeutischen Anschauungs- und Handlungsmuster.

### 6.2.3 Das Arbeitsschutzgesetz von 1970 (OSHAct)

#### (a) *Entstehung*

In den sechziger Jahren trafen einige von Entwicklungen zusammen, durch die ein politischer Entscheidungsdruck für eine Reform bzw. die Einführung des Arbeitsschutzes entstehen konnte.<sup>62</sup> Die arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme nahmen zu und wurden von den Betroffenen in den Betrieben nicht mehr ohne Konflikte hingenommen. Es kam in vielen Branchen und Regionen zu Unzufriedenheit und teilweise offen ausgetragenen Auseinandersetzungen über arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken. Gleichzeitig wurde offenkundig, daß die bestehenden Regulierungsinstrumente und -institutionen die Probleme nicht zu lösen vermochten, von welcher Interessenposition man sie auch immer betrachten mag.

Aber ein Mangel allein schafft noch keine Veränderung. Er traf mit dem politischen »Klima« der sechziger Jahre zusammen. Zum einen hatte die Bürgerrechtsbewegung nicht nur konkrete Erfolge gegen die Diskriminierung der Schwarzen und anderer ethnischer und politischer Minderheiten erzielt, sie hatte auch - zumindest indirekt - dazu beigetragen, daß ein relevanter Teil der Öffentlichkeit soziale Probleme, insbesondere die Armut, durch die

---

62 Die im folgenden skizzierte politische Entwicklung um den ASHAct und die Deregulierung stützt sich - wenn nicht anders ausgewiesen - auf die folgenden Darstellungen und Analysen: Noble (1986); Elling (1986); Wokutch (1990); Coye/Smith/Mazzocchi (1984). »Graue Literatur« und Materialien (Zeitungsausschnitte, Gewerkschaftsbroschüren usw.) wurden mir von Ray Elling (Farmington, Connecticut) und Marianne P. Brown (Los Angeles) großzügig zur Verfügung gestellt.

Brille der Menschenrechte zu sehen begann. Daraus erwachsen Legitimationsprobleme für das politische System. Die in den sechziger Jahren entstehende amerikanische Umweltschutzbewegung griff die Frage der arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken ebenfalls unter ihrem Gesichtspunkt auf. Auch die »National Consumers League« und besonders die von Ralph Nader organisierten Bürgerinitiativen für Konsumenteninteressen waren daran beteiligt, das Thema auf die politische Tagesordnung zu setzen.<sup>63</sup>

Nicht zuletzt konnten in dieser Konstellation auch die ökonomistischen, normalerweise an der Qualität der Arbeitsbedingungen nicht interessierten Gewerkschaftsführungen sich dem Problem nicht länger verschließen. Mindestens ebenso schwer, wie es für die Verfechter eines Arbeitsschutzgesetzes war, genügend viele und einflußreiche Senatoren und Abgeordnete zu gewinnen, muß es für die gewerkschaftlichen Aktivisten gewesen sein, die Vorstände der großen Gewerkschaften und insbesondere der Gewerkschaftsföderation AFL-CIO von der Notwendigkeit eines Gesetzes zu überzeugen. Immerhin waren diese damals noch einflußreich genug, um den politischen Handlungsdruck auf die Legislative in Washington zu verstärken.

Von 1966 an war auch Präsident Johnson daran interessiert, den Arbeitsschutz zu einer politischen Frage zu machen. Wie dann Anfang der siebziger Jahre die deutschen Sozialdemokraten, so gingen Johnson und seine Berater schon ab 1966 daran, den sehr kostenträchtigen Ausbau sozialstaatlicher Einrichtungen wie Medicare und Medicaid allmählich durch Programme abzulösen, die der »Qualität des Lebens« dienten und zugleich den Haushalt des Zentralstaates nicht über Gebühr strapazierten. Der schon erwähnte spätere Gesundheitsminister Präsident Carters, Joseph Califano, tat sich als führender innenpolitischer Berater Johnsons bei der Ausarbeitung und Propagierung der »Qualität des Lebens« hervor, als deren Bestandteil auch der Arbeitsschutz verbessert werden sollte. Schließlich brachte Johnson 1968 den Gesetzesentwurf zum »Occupational Safety and Health Act (OSHAct)« im Kongreß ein.

Nach der Amtsübernahme durch Präsident Nixon, der zur Überraschung vieler das Vorhaben übernahm, spitzte sich die politische Auseinandersetzung im Kongreß auf drei Kompromißvorschläge zu, in denen jeweils unterschiedliche Interessen und Strategien zum Ausdruck kamen. Die zentralen Streitpunkte waren: Wer soll die Standards<sup>64</sup> setzen? Wer soll die Realisie-

---

63 Page/O'Brien (1972).

64 Der OSHAct definiert Standards zum Arbeitsschutz als solche, die die Bedingungen oder die Einhaltung oder den Gebrauch von Verfahrensweisen, Mitteln, Methoden,

rung der Standards in den Betrieben überwachen? Wer soll Strafen verhängen dürfen? Ein dem organisierten Kapital weit entgegenkommender Entwurf wollte auf den vorhandenen freiwilligen Standards aufbauen, die Normensetzung - wie bisher auch - weitgehend privaten Institutionen überlassen und der Überwachung so wenig wie möglich Kompetenzen und Rechte einräumen. Ebenfalls aussichtsreich ging ein zweiter Entwurf ins Rennen, der den Bürger- und Konsumentenrechtsbewegungen sowie deren Sympathisanten unter den Senatoren und Abgeordneten entgegenkommen wollte. Sein besonderes Augenmerk lag auf der institutionell verankerten Mitbestimmung durch die Arbeitnehmer. Das Rennen machte dann schließlich ein dritter Kompromiß, der weitgehend durch das Bündnis Demokraten und AFL-CIO geprägt war. Präsident Nixon hatte nur die Wahl, sein Veto einzulegen oder zuzustimmen. Die organisierte Geschäftswelt mußte sich mit einem Gesetz zufriedengeben, das sie - von einigen in Sachen Arbeitsschutz »aufgeklärten« Konzernen wie AT&T, DuPont, General Electric abgesehen - noch zwei Jahre zuvor bedingungslos abgelehnt hatte. Als Nixon 1970 das Gesetz unterzeichnete, nannte er es »vom Standpunkt der 55 Millionen Menschen, die davon geschützt werden, wahrscheinlich eines der bedeutendsten Gesetze, die jemals vom Kongreß verabschiedet worden sind«<sup>65</sup>.

Das Arbeitsschutzgesetz (OSHAct) weist folgende Grundzüge auf: Zum ersten Mal wird der Staat verpflichtet, die Gesundheit der Arbeiter gegen Unfälle und Berufskrankheiten zu schützen. Das Gesetz soll »soweit wie irgend möglich jeder arbeitenden Frau und jedem arbeitenden Mann in der Nation ungefährliche und gesunde Arbeitsbedingungen sichern«. Die vom Arbeitsministerium zu erlassenden Standards sollen dafür sorgen, daß »kein Beschäftigter gesundheitliche und funktionelle Beeinträchtigungen erleiden muß, auch wenn der Beschäftigte während seines Arbeitslebens regelmäßig Gefahren ausgesetzt ist, die von solchen Standards behandelt werden«<sup>66</sup>.

Die Schutzrechte für die Arbeitnehmer waren auch gesundheitspolitisch eine Neuheit für die USA. Denn in der (wirtschafts-)liberalen Sichtweise sind Sicherheit und Gesundheit an die Individuen und deren »freiwillige« Handlungen auf den Märkten geknüpft. Das Primat der Ökonomie über die Gesundheit sollte eingeschränkt werden.

---

Arbeitsweisen oder Prozessen vorschreiben, welche »in angemessener Weise notwendig oder angebracht« sind, um eine gefahrenfreie Arbeit und gefahrenfreie Arbeitsplätze zu gewährleisten (Kilimnik 1992, S. 33).

65 Zit. nach Noble (1986, S. 90).

66 Zit. nach Noble (1986, S. 2).

Von seiner Anlage her ist das Gesetz in zwei wesentlichen Punkten als bedeutend einzustufen: Erstens ist das Recht der Arbeitnehmer auf Schutz ihrer Gesundheit mehr als nur formal: Der Staat hat die positive Verpflichtung, Gesundheitsrisiken in der Arbeit abzubauen. Und zweitens ist das Gesetz nahezu universal, d.h. mit Ausnahme einiger Kategorien des öffentlichen Dienstes stehen alle Arbeitnehmer unter seinem Schutz, unabhängig von Marktposition, Einkommen oder Beruf. Üblicherweise gewährt das amerikanische Arbeits- und Sozialrecht den Arbeitnehmern prozedurale Rechte, vor allem das Recht, Gewerkschaften zu bilden und ihnen beizutreten. Die substantiellen Arbeitsbedingungen werden aus der Gesetzgebung ausgespart und den Verhandlungen der Tarifpartner überlassen. In der Praxis bedeutet das, daß die Belegschaften selbst für ihre Gesundheit am Arbeitsplatz kämpfen müssen. Die gut organisierten können dabei erfolgreich sein, die schlecht und nicht organisierten Belegschaften müssen mit dem zufrieden sein, was das Unternehmen ihnen anbietet. Das neue Arbeitsschutzgesetz aber sollte alle Betriebe auf bestimmte und kontrollierbare Normen verpflichten. Das war eine Neuerung.

Im einzelnen enthält das Gesetz folgende Hauptpunkte:

- Das Arbeitsministerium und die von diesem eingerichtete Arbeitsschutzbehörde, die Occupational Safety and Health Administration (OSHA), erhalten die Vollmacht, Vorschriften zu erlassen und durchzusetzen, durch die die Arbeitsbedingungen nach Gesundheitskriterien normiert werden sollen. Dieser Schutz wurde nicht ökonomisch relativiert. Es geht hier also um Primärprävention reinsten Wassers.
- Beim Gesundheitsministerium wird das National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) eingerichtet, das Arbeitsschutzstandards entwickeln und empfehlen, Informationen über toxische Substanzen sammeln und veröffentlichen, Arbeitsschutzforschung und Gefahrenevaluationen durchführen und die Ausbildung von Arbeitsschutz-Professionals unterstützen soll.
- Die Arbeitgeber werden gesetzlich verpflichtet, »jedem Beschäftigten eine Arbeit und eine Arbeitsumgebung zur Verfügung zu stellen, die frei ist von Gefahren, von denen angenommen werden muß, sie verursachen ernsthafte physische Beeinträchtigungen oder den Tod«. Auch zur Berichterstattung über arbeitsbedingte Erkrankungen und Unfälle sind die Unternehmen verpflichtet.

- Für den Fall der Verletzung des OSHA Act (einschließlich der Standards) werden sowohl zivile als auch strafrechtliche Sanktionen eingeführt (Geldstrafen von 1 000 Dollar bis Haftstrafen von sechs Monaten).
- Die Arbeitnehmer erhalten Rechte wie das, am Normensetzungsverfahren und an Betriebsinspektionen sowie der Gefahrenüberwachung teilzunehmen, sowie das Recht auf Zugang zu Informationen über Gefahren und Gesundheitsrisiken, Zugang zu Forschungs- und Evaluationsergebnissen, außerdem Einspruchsrechte gegen Maßnahmen der Occupational Safety and Health Review Commission (OSHRC), ebenso vor Gericht und gegen Einsprüche der Arbeitgeber. Sie genießen außerdem Diskriminierungsschutz bei der Wahrnehmung dieser Rechte.
- Das Arbeitsministerium bzw. die diesem unterstehende OSHA muß die Standards so setzen, daß sie »auf geeignetste Weise und so umfangreich wie möglich (to the extent feasible) auf der Grundlage aller verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse sicherstellen, daß kein Beschäftigter eine ernsthafte Beeinträchtigung seiner Gesundheit oder seiner funktionalen Fähigkeiten erleiden muß«<sup>67</sup>.

So harmlos die letztgenannte Bestimmung sich liest, so ist sie das entscheidende Kernstück, an dem die Interessen aufeinanderprallen, und darum Gegenstand vieler Konflikte. Die Interpretation dieser Bestimmung entscheidet über das Maß, in dem die Gesundheit der Beschäftigten an den Verwertungsinteressen des Kapitals relativiert werden darf, also über das Maß der Ökonomisierung der Gesundheit. Immer wieder wurde von Konservativen und Industrievertretern versucht darzustellen, daß der Gesetzgeber unmöglich gemeint haben kann, die Standards sollten die Gesundheit »unabhängig von den Kosten schützen«, und interpretierten das »to the extent feasible« im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse. Der Vorsitzende des parlamentarischen Ausschusses für Arbeit, der den Text verfaßt hat, erklärte aber, dies sei vielmehr zu verstehen als das »durch den Kongreß anerkanntes Recht jeder Frau und jedes Mannes, die Arbeit unter Bedingungen zu verrichten, die die sichersten und gesündesten sind, die angeboten werden können«<sup>68</sup>. Das stellte eindeutig auf die technische Durchführbarkeit ab und war eine bedeutende Niederlage besonders für die Stahl- und Chemieindustrie, deren Lobby versucht hatte, das »wie möglich« zu verändern in ein »wie ökonomisch möglich«. Die Gewerkschaften mit Unterstützung der Demokraten widersprachen mit der Begründung, dies würde den Arbeitgebern erlauben, Einspruch ge-

---

67 Noble (1986, S. 96).

68 Ebenda.

gen jede Norm und jede Durchsetzungsmaßnahme einzulegen. Der Parlamentsausschuß lehnte den Versuch der Ökonomisierung schließlich ab.

Wie nicht anders zu erwarten, verlor die Geschäftswelt bei weitem nicht in allen Fragen, zumal viele ihrer antizipierten Einwände schon vorher berücksichtigt worden waren. Die folgenden vier Zugeständnisse, die den für die Arbeitgeberinteressen kämpfenden Republikanern und Südstaaten-Demokraten in der letzten Minute vor der Verabschiedung noch gemacht werden mußten, illustrieren, wie weitgehend der OSHAct ursprünglich gehen sollte:

1. Entfallen ist der - wie es die Unternehmer nannten - »bezahlte Streik«, d.h. das Recht auf Bezahlung für Arbeiter, die gefährliche Arbeiten niederlegen;
2. ebenso das Recht des Arbeitsministeriums, aus eigener Entscheidung Betriebe schließen zu dürfen.
3. Es entfiel auch die Verpflichtung des Arbeitsministeriums, einen gewählten Arbeitnehmervertreter an den Inspektionen in Betrieben zu beteiligen, die nicht gewerkschaftlich organisiert sind, und
4. schließlich wurde mit der Occupational Safety and Health Review Commission (OSHRC) noch ein arbeitgeberdominiertes Gremium geschaffen, das Einspruch gegen Vorladungen erheben konnte. Das war Ende der sechziger Jahre, und es dürfte gegenwärtig - einschließlich den USA - nicht viele Industrieländer geben, in denen solche Punkte überhaupt noch die Chance hätten, bis zur »letzten Minute« ernsthaft im Gespräch zu sein.

*(b) Reformdilemma: Durchsetzbarkeit versus Effektivität*

Die Geschichte der Implementierung des Arbeitsschutzgesetzes von 1970 zeigt, daß das oben skizzierte Dilemma der betrieblichen Gesundheitspolitik ein Pendant im gesellschaftlichen Maßstab hat: Auch hier weisen Interventionen, die ökonomisch konform und daher politisch relativ besser durchsetzbar sind, den größten Mangel an gesundheitlicher Effektivität auf. Das meint ausdrücklich nicht die Allerweltsweisheit, in der Praxis werde eben niemals alles vollständig umgesetzt. Vielmehr bezeichnet dieses Dilemma ein bestimmtes Muster, das sich durch fast alle Bereiche der gesundheitlichen Prävention zieht und im Arbeitsschutz besonders deutlich zutage tritt: Das Profil der Implementation wird von der Linie des geringsten politisch-ökonomischen Widerstands bestimmt.

Das heißt, daß jene Elemente einer Norm, die ohne weitere Veränderungen oder Kosten von den Unternehmen assimiliert oder die für Unternehmensziele instrumentalisiert werden können, größere Umsetzungschancen haben als andere, bei denen das nicht der Fall ist. Am leichtesten wird das dort der Fall sein, wo gesundheitliche Maßnahmen einen feststellbaren und kurzfristigen Beitrag zur betrieblichen Rentabilität leisten, also die Norm den rationalen Unternehmer auf ein vorher unausgeschöpftes Potential hinweist. Da aber viele Sicherheits- und Gesundheitsziele meist Ausdruck eines primär ethisch begründeten, politischen Gestaltungswillen im gesellschaftlichen Maßstab sind, werden sie vom »rationalen Unternehmer« eben nicht spontan umgesetzt, es sei denn, veränderte ökonomische Rahmenbedingungen (z.B. steuerliche Anreize und Sanktionen) oder rechtlicher Zwang bringen die angestrebten Maßnahmen in den Bereich betrieblichen Handelns. Ursachenbezogene und effektive Maßnahmen haben meist eine relativ große Interventionstiefe. Gerade darum aber verursachen sie für die politischen Akteure in der Regel die höchsten »politischen Kosten« (Konflikt, Zeit). Sie haben meist die geringsten Realisierungschancen, weil sie das höchste Maß an »wirtschaftlicher Unvernunft« und daher an - realer oder antizipierter - Konflikthaftigkeit mit dem organisierten Kapital aufweisen. Dieses Dilemma erklärt einen großen Teil der sogenannten Irrationalität des politischen Systems, von der mit Hinweis auf manchmal auf der Hand liegende bessere gesundheitsrationale Lösungen die Rede ist.

Aufgrund der veränderten politisch-ökonomischen Kräfteverhältnisse im Laufe der siebziger Jahre konnten gerade solche Gesundheitsmaßnahmen die höher werdenden Realisierungshürden überspringen, die das Verhalten der Machtunterlegenen an die bestehenden (Arbeits-)Bedingungen anpassen sollen. Die im folgenden skizzierten Tendenzen zur Deregulierung des Arbeitsschutzes und die rasche Einführung und Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung sind in diesem Zusammenhang die zwei Seiten derselben Medaille.

Die Konkretisierung dieses Dilemmas im Fall des Arbeitsschutzgesetzes geht auf einen Mechanismus zurück, den Noble als die »liberal mode« der Staatsintervention in die Wirtschaft bezeichnet. Das läßt sich sinntensprechend mit »sozialliberaler Reformtyp« übersetzen. Er versteht darunter

»eine Methode sozialer Reform, in der das staatliche Handeln strikt von den Eigentumsrechten privater Unternehmen begrenzt ist und in der die Arbeitnehmer nicht direkt an der Veränderung beteiligt werden. Der Staat übt keine direkte Kontrolle über Produktion und Investitionen aus, und die Arbeiter sind nicht ak-

tiv an den Entscheidungsprozessen und der Implementation staatlicher Politik beteiligt.«<sup>69</sup>

Dadurch kommt es zu einer spezifischen Art des Zusammenspiels zwischen der Art, in der der Staat soziale Probleme lösen will, und den Mechanismen, mit denen das ökonomische System soziale Veränderungen verhindert, instrumentalisiert oder kompensiert.

*Tabelle 6.4: Verlorene Arbeitstage durch Arbeitskämpfe in der Industrie (pro 1 000 Arbeiter), 1972-1984*

Jahr	USA	BRD	GB
1972	329,45	2,5	995,4
1973	328,5	21,5	292,4
1974	905,1	40,4	596,8
1975	204,6	2,7	243,3
1976	270,0	21,3	134,1
1977	231,0	1,0	413,6
1978	247,5	167,6	381,1
1979	283,1	19,0	1 176,1
1980	210,0	5,0	478,9
1981	168,4	2,3	177,8
1982	91,0	1,0	225,4
1983	173,2	1,7	161,3
1984	81,0	227,9	1 147,0*
Ø	216,0	39,5	498,1

Quelle: Wokutch (1990, S. 5).

Der Implementationsprozeß eines Gesetzes, das sich mit den kurzfristigen Interessen der Kapitalverwertung an so vielen Stellen stößt wie der OSHAct, wird also geformt und gewichtet von der selektiven Fähigkeit des ökonomischen Systems, sich einzelner Elemente zielkonform zu bemächtigen. Dabei werden die Realisierungschancen mit zunehmender Nähe zu den Prärogativen des Managements und der Kapitaleigner geringer. Die Politik zur Durchsetzung hingegen hat die spontanen Mechanismen der Marktökonomie nicht im Rücken und ist daher in jedem Fall auf Entscheidungen, Mehrheiten und die Stabilität von Bündnissen angewiesen. Immer wieder wird darauf aufmerksam gemacht, daß viele Arbeitsschutzmaßnahmen »auf längere Sicht« auch für die Arbeitgeber eine lohnende Investition in »human capital«

69 Noble (1986, S. 4); in der vorliegenden Arbeit kann auf den regulationstheoretischen Hintergrund nicht eingegangen werden.

seien. Das mag häufig zutreffen, ändert aber in einem Punkt nichts: Für die längerfristig positiven Wirkungen auf die Rentabilität gibt es im ökonomischen System keinen spontanen wirtschaftlichen Durchsetzungsmechanismus. Das heißt, dieses aufgeklärt-ökonomische Argument und seine positiveren gesundheitlichen Implikationen für die Beschäftigten realisieren sich nur, wenn sich ein politisches Subjekt findet, das sich ihrer - gegen die kurzfristigen Wirtschaftsinteressen - erfolgreich annimmt. Es ist also von der Entwicklung der politisch-ökonomischen Konstellationen abhängig, die sich nach dem Inkrafttreten des OSHAct alles andere als vorteilhaft entwickelt haben. Für den hier behandelten Zeitraum gibt es keinen besseren einzelnen Indikator für die industriellen Machtverhältnisse als die Streikstatistik.

Bevor sich ein Gesetzestext in gesundheitsrelevante Realität verwandeln kann, muß er mit durchsetzungspolitischen Instrumenten ausgestattet sein. In dieser Hinsicht ist der Gesetzgeber der traditionellen Form der amerikanischen Fabrik-Gesetzgebung treu geblieben und hat die Struktur der Kapital-Arbeit-Beziehung unverändert gelassen. Beispielsweise sind die Unternehmer nicht gesetzlich verpflichtet, Arbeitsschutzkomitees einzurichten, die über tatsächliche Entscheidungsbefugnisse verfügen. Damit ist jede Durchsetzung der Arbeitsschutzziele an die aktuelle Stärke der Gewerkschaft oder die aktuelle Arbeitsmarktlage in einer Branche, einem Konzern oder einer Region, Berufsgruppe usw. gebunden. Vom Machtpotential der Gewerkschaften - deren Organisationsgrad 1970 annähernd gleich dem westdeutschen war<sup>70</sup> - hing es dann weitgehend ab, ob es den Arbeitnehmern überhaupt möglich wurde, die ihnen eingeräumten Rechte wahrzunehmen. Auf der politischen Ebene müssen sie die Arbeitsschutzbehörden drängen, Gesundheits- und Sicherheitsstandards für die Arbeitsbedingungen zu entwickeln, und in den Betrieben hängt deren Durchsetzung und Einhaltung ebenfalls stark von ihnen ab. Seit den achtziger Jahren organisieren die Gewerkschaften nur noch eine schrumpfende Minderheit der Beschäftigten, und nur selten stehen die arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken im Zentrum ihrer Bemühungen.

Was den Reformtyp angeht, so legte der Kongreß die Schutzrechte des OSHAct weitgehend in die Hände der Exekutive, anstatt sie in neuen betrieblichen und überbetrieblichen Strukturen zu verankern. Das macht die zentrale Rolle der Arbeitsschutzbehörde (OSHA) aus. Zugleich war damit festge-

70 Der Hauptunterschied dürfte die Exklusivität der Tarifverträge sein, die von den amerikanischen Gewerkschaften abgeschlossen werden; das heißt, daß auch 1970 bei gleichem Organisationsgrad die Relevanz der Gewerkschaftsstärke für die Allgemeinheit in der Bundesrepublik Deutschland größer war.

legt, daß der Arbeitsschutz in starkem Maße ein Gegenstand parteipolitischer Auseinandersetzungen und lobbyistischer Bemühungen in Washington werden würde. Fast noch mehr waren die Auseinandersetzungen um die Implementierung von einem anderen Umstand bestimmt: Das Arbeitsschutzgesetz wurde in der Geschäftswelt und von konservativen Politikern - weit über den Gegenstand des gesundheitlichen Arbeitsschutzes hinausgehend - als eine gesellschaftspolitische Niederlage begriffen. Zu Beginn der Präsidentschaft Reagans waren das Gesetz und die OSHA zu einem Symbol der Überregulierung der amerikanischen Ökonomie geworden, in einer historischen Phase also, in der staatliche »Regulierung« schlechthin als die bedeutendste Ursache fast aller Krisenerscheinungen galt. So kam die Paradoxie zustande, daß ab Mitte der siebziger Jahre zeitgleich und sich wechselseitig überlagernd die Implementation und die Deregulierung des Regulierungsgesetzes erfolgten.

Die scheinbare Irrationalität in der Entwicklung der Präventionspolitik ist ohne den politisch-ökonomischen Kontext nicht zu verstehen. Dieser wird im folgenden etwas ausführlicher dargestellt.

### *(c) Neuformierung der Kapitalinteressen*

Nicht zuletzt das neue Arbeitsschutzgesetz und die Einrichtung der Arbeitsschutzbehörde gaben den Ausschlag für das organisierte Kapital, seine Interessenpolitik von Grund auf zu reorganisieren und zu integrieren. Die Niederlage beim OSHA Act wurde zum Zeichen für die Hinfälligkeit der bisherigen ihrer Übermacht stets bewußten Strategie, unliebsame staatliche Regulierungsinitiativen durch Ablehnung zu Fall zu bringen. In den fünfziger und sechziger Jahren war die Dominanz des großen Kapitals im Vorfeld staatlicher Politik so unangetastet gewesen, daß sich der Lobby-Apparat weitgehend auf die Verfolgung jeweils spezifischer tagespolitischer Einzelinteressen eines Konzerns oder einer Branche beschränken konnte.

Vogel faßt die interdependenten Bereiche zusammen, in denen sich die politische Dominanz der großen multinationalen amerikanischen Konzerne (Corporations) ausdrückte:

1. In der Fähigkeit dieser Unternehmen, die politische Agenda zu definieren;
2. im Ausmaß, in dem sie überproportionalen Nutzen aus politischen Prozessen ziehen können;

3. in der Abhängigkeit der gewählten Politiker von einem hohen Maß an »Vertrauen der Wirtschaft« (business confidence) und
4. in der überlegenen Fähigkeit der Konzerne, politische Ressourcen zu mobilisieren.<sup>71</sup>

Er beschreibt, wie zwischen 1965 und 1975 auf jeder dieser miteinander korrespondierenden Ebenen die bis dahin selbstverständliche Dominanz des großen Kapitals erstmals aufhörte, sich von selbst zu verstehen. Die strukturelle, fundamentale Abhängigkeit des »Steuerstaates«, der seine ökonomischen Ressourcen nicht selbst produziert, vom Gang der Kapitalakkumulation, auf die sich letztlich diese vier Übersetzungsformen von wirtschaftlicher in politische Macht gründen, war freilich keinen Augenblick angetastet - und ebensowenig die partielle Integration von Konzernleitungen und staatlichen Regulierungsinstitutionen. Während die fundamentalen strukturellen Beziehungen zwischen Kapitalgesellschaften und Staat unverändert waren, hatten sich auf der ideologisch-legitimierenden und politischen Ebene Veränderungen gezeigt oder angekündigt. Die meisten Punkte auf der politischen Tagesordnung dieses Jahrzehnts von 1965 bis 1975, bei denen die Interessen der großen Kapitalgesellschaften tangiert waren, sind nicht von diesen initiiert worden:

»Umweltschutz, Arbeitsschutz, Konsumentenschutz, Preiskontrolle bei Energie, Produktzuverlässigkeit, Ausdehnung des Sozialstaats, Steuerreform, die Regulierung multinationaler Konzerne, der Diskurs um die (außerökonomische) Verantwortlichkeit der Kapitalgesellschaften, die Reform der Finanzierung politischer Kampagnen, die Stellung der Konzerne gegenüber dem Gesetz ('corporate lawlessness'), Verbote für bestimmte überseeische Finanztransaktionen von Konzernen usw. - nicht ein einziger dieser Punkte der politischen Agenda dieses Zeitraums war von den Interessenvertretern des organisierten Kapitals darauf gesetzt worden.«<sup>72</sup>

Die Initiative im Bereich der ideologischen Auseinandersetzungen war auf die in den sechziger Jahren neu entstandenen sozialen Bewegungen übergegangen, die Bürgerrechts-, Konsumenten-, Anti-Kriegs-, Frauen- und Umweltbewegung. Sie bestanden im Kern aus relativ jungen, gut ausgebildeten Bürgern der (oberen) Mittelklasse, die zum überwiegenden Teil in Non-Profit-Sektoren einschließlich des Staates arbeiteten, jenem Sektor der Wirtschaft also, der seit Jahrzehnten schon die größten Wachstumsraten aufwies.<sup>73</sup> Auch der auf gesundheitspolitischem Gebiet sich durchsetzende

---

71 Vogel (1983).

72 Ebenda.

73 Aus neokonservativer - und damit in der Folge sehr einflußreicher - Perspektive werden diese Zeit und ihre Widersprüche analysiert von Bell (1976).

Healthismus spiegelt das Gesundheitsideal dieser stilbildenden Schichten ebenso wider wie ihren Anpassungsprozeß an den Status quo, der dann in den siebziger und achtziger Jahren stattgefunden hat.

Nicht nur das öffentliche Bewußtsein und die Definition der politischen Agenda schienen den Kapitalgesellschaften entglitten zu sein, sondern auch die (bundes-)staatliche Regulierungspolitik. Mehr als 25 Gesetze über staatliche Regulierungen waren zwischen 1965 und 1975 verabschiedet worden, darunter das Umweltschutzgesetz (National Environmental Policy Act), das Luftreinigungsgesetz (Clean Air Act Amendments), das Arbeitsschutzgesetz (OSHAAct), das Konsumentenschutzgesetz (Consumer Product Safety Act), das Bundeswasserreinigungsgesetz (Federal Water Pollution Control Act), das Gesetz gegen Lärm und Umweltverschmutzung (Noise and Pollution and Control Act), das Gesetz zur Angleichung der Arbeitsmarktchancen (Equal Employment Opportunity Act), das Wahlkampffinanzierungsgesetz (Campaign Finance Amendments) und das Gesetz zur Sicherung der Altersrenten (Employment Retirement Income Security Act) - jedes Gesetz berührte unmittelbar die Interessen der großen Kapitalgesellschaften. Das heißt nicht, diese Gesetze seien allesamt oder auch nur überwiegend gegen deren Interessen gerichtet, im Gegenteil: Es gibt Untersuchungen, die von einer abnehmenden Autonomie der Regulierungsbehörden gegenüber den privaten Interessenten gerade in diesem Zeitraum sprechen.<sup>74</sup> Auch sind die meisten Konzerne aufgrund ihrer Marktpositionen in der Lage, die erhöhten Kosten durch Umwelt- und Arbeitsschutzaufgaben an die Verbraucher weiterzugeben. Man kann mit guten Gründen Vogels Meinung für übertrieben halten, daß »zum ersten Mal in der amerikanischen Geschichte staatliche Regulierungsbehörden routinemäßig daran gingen, buchstäblich alle bedeutenden Entscheidungen fast aller wichtigen großen Firmen zu beeinflussen«<sup>75</sup>. Aber das Ausmaß an staatlicher Intervention in Interessenbereiche der privaten Wirtschaft hatte man vorher in den USA selbst in der Ära des New Deal nicht gekannt.

In den Konzernen begann man, die Notwendigkeit einer gesellschaftspolitischen Antwort zu begreifen. Es entstand etwas, das Autoren als ein neues Klassenbewußtsein (corporate class consciousness<sup>76</sup>) bezeichnet haben. Der OSHAAct, den die Manager der Kapitalgesellschaften überwiegend als eine Niederlage aufgefaßt haben, spielte dabei als Kristallisationspunkt eine wich-

---

74 Bardach/Kagen (1981).

75 Vogel (1983, S. 26).

76 Vogel (1983, S. 34).

tige Rolle. Insbesondere drei Lektionen schien man für die Rationalisierung der Interessenpolitik gelernt zu haben:

»Erstens sollen Lobbyisten positive Lösungen anbieten und sich nicht darauf beschränken, die alte Ordnung zu verteidigen. Zweitens müssen Kapitalgesellschaften und Unternehmensverbände eine aktivere Rolle in Washington spielen und nicht von den entfernten Vorstandssitzen aus agieren. Drittens mußte der moralische Wert des Profitemachens und des freien Unternehmertums in der Gesellschaft wieder zu größerem Ansehen gebracht werden. Kurzum: Die Geschäftswelt mußte ihre Ideologie auf eine neue Epoche einstellen und dazu ein neues organisatorisches Netzwerk entwickeln, wenn sie wieder in die politische Offensive kommen und die Reformen unter Kontrolle behalten wollte.«<sup>77</sup>

Was die organisatorische Infrastruktur angeht, so sind zahlreiche neue Organisationen entweder geschaffen oder umstrukturiert und integriert worden. Im Zusammenhang mit dem OSHAct und der Einflußnahme auf die Arbeitsschutzbehörde (OSHA) sind dabei folgende Maßnahmen zu nennen: Die Handelskammer gründete 1977 das »National Chamber Litigation Center«, um in den Behörden und vor Gericht Regelungen anzufechten, und organisierte außerdem noch eine »Stop OSHA«-Kampagne, um die gegen die OSHA gerichtete Politik im Kongreß zu koordinieren. Konzerne wie Exxon, Mobil, General Electric, IBM, Alocra und andere gründeten an der Universität von Texas ein »Center for Law and Economics«, das sowohl Konzernmanager als auch höhere Beamte aus den Behörden mit den Prinzipien konservativer Wirtschaftstheorie vertraut macht. Die Auto-, Stahl- und Ölindustrie gründete ein »National Legal Center for the Public Interest«, das mit juristischen Mitteln den Handlungsspielraum der Regulierungsbehörden einzuschränken versucht, indem es z.B. Musterprozesse bis in die höchste Instanz durchführt. So erreichte man in einem Fall vor dem höchsten Gericht ein Urteil, das der OSHA verbot, ohne Durchsuchungsbefehl Inspektionen durchzuführen. Es wurden auch Zusammenschlüsse organisiert, um ein bestimmtes Detailziel zu verfolgen, wie z.B. das »American Industrial Hygiene Council«, das von zunächst 40 Firmen (deren Zahl dann auf 150 anwuchs) nur zu dem Zweck ins Leben gerufen wurde, die allgemeine Vorschrift über krebserregende Stoffe (generic carcinogen standard) von OSHA zu bekämpfen.<sup>78</sup> So dauerte es nur bis Mitte der siebziger Jahre, bis die Gewerkschaften auch auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes wieder in die Defensive gedrängt waren. Das hatte zur Folge, daß im Implementationsprozeß des Gesetzes die Arbeitgeber eine weit größere gestaltende Rolle gespielt haben als die Gewerkschaften.

---

77 Noble (1986, S. 101).

78 Noble (1986, S. 103).

(d) *Die Ökonomisierung der Arbeitsschutzbehörde (OSHA)*

Das Arbeitsschutzgesetz von 1970 hatte die industriellen Beziehungen unverändert gelassen. Die liberalen Politiker und die Gewerkschaftsführer hatten es vermieden, durch institutionelle Veränderungen - wie z.B. der obligatorischen Etablierung von Mitbestimmungsgremien im Betrieb - in die politisch-ökonomische Beziehung zwischen Kapital und Arbeit einzugreifen. Das war eine politisch-rationale Reformstrategie. In der Implementation zeigte sich jedoch der Preis, der für die leichtere Durchsetzung zu bezahlen ist: Durch die nur geringfügig verbesserten Möglichkeiten der Beschäftigten, ihre Sicherheit und Gesundheit unmittelbar im Betrieb und am Arbeitsplatz durchzusetzen, blieb diese fast gänzlich davon abhängig, wie schnell und wie gut die Arbeitsschutzbehörde Vorschriften (standards) erließ und wie erfolgreich sie deren Einhaltung dann auch durchzusetzen in der Lage war. Das rückte die Arbeitsschutzbehörde (OSHA) ins Zentrum der weiteren Konflikte um die Prävention in der Arbeit.

Die Möglichkeiten der Regulierungsbehörde werden in sehr hohem Maße von den macht- und interessenpolitischen Kalkülen der Akteure im Weißen Haus und im Kongreß sowie von den politischen Konjunkturen geprägt und limitiert. Insbesondere mit dem Office of Management and Budget (OMB) steht dem Weißen Haus ein unmittelbar ihm unterstehendes machtvolles und effizientes Instrument zur Verfügung, mit dem es unmittelbar in Behörden intervenieren kann. Partikulare Interessen, die das Ohr des Präsidenten haben, können mittels OMB oft schnell und effektiv in behördliche Vorgänge umgesetzt werden. Der Direktor von OSHA und weitere Führungskräfte werden als politische Beamte direkt vom Präsidenten eingesetzt und abgelöst. Seitens des OMB ist eine ganze Reihe von Eingriffen in die OSHA bekanntgeworden, die - im Unterschied zu parlamentarischen Aktionen - meist dezent erfolgen, und

»es gibt einigen Grund zu glauben, daß der Druck von OMB und Weißem Haus von außerhalb kommt. Beispielsweise geht die 'Hitliste' der Sonderkommission des Vizepräsidenten [zur Deregulierung der OSHA, 1981, HK] weitgehend auf Vorschläge der zu regulierenden Industrie zurück.«<sup>79</sup>

Diese Sonderkommission unter Vorsitz von Bush (später Quayle) beriet mit den Spitzen der Unternehmensorganisationen, welche Regulierungsgesetze und -vorschriften mit Duldung der Exekutive mißachtet werden durften.<sup>80</sup>

---

79 Shapiro/McGarity (1989, S. 17).

80 Unger (1993).

Die durch die Reform unveränderten industriellen Beziehungen und die daraus resultierende Abhängigkeit des Arbeitsschutzes von der Behörde, die ihrerseits leicht externem Druck zugänglich ist, boten der in den siebziger Jahren neu formierten und effizienten Interessenvertretung der Industrie die Möglichkeit, das zunächst verlorene Terrain ihrerseits nun für die eigenen Zwecke zurückzuerobern. Die Arbeitsschutzbehörde wurde Ende der siebziger Jahre auch gesamtpolitisch als das »herausragende Symbol der Überregulierung« dargestellt. Man muß aber bedenken, daß der Kampfbegriff »Deregulierung« ohne seinen interessenpolitischen Kontext höchst mißverständlich ist. In der Praxis bedeutet nämlich Deregulierung nicht unbedingt Abbau, sondern primär die privatwirtschaftliche Indienstnahme staatlicher Institutionen im Sinne einer »angebotsorientierten« staatlichen Strategie.<sup>81</sup> Das gleiche gilt für die sogenannte Entstaatlichung. Nach zwölf Jahren Deregulierung und Entstaatlichung hinterließen die Präsidenten Reagan und Bush die größte Staatsverschuldung, den höchsten Rüstungsetat der amerikanischen Geschichte und - um ein Beispiel aus der Gesundheitspolitik zu nennen - das höchste Maß an staatlicher Regulierung, dem das amerikanische Gesundheitswesen jemals ausgesetzt war.

Bei der Politik gegen die Arbeitsschutzbehörde haben wir es mit einer Kombination von Kürzungen und regulativen Eingriffen zu tun. Die Reduzierung von Forschungskapazitäten und Fabrikinspektoren wirkt sich in die gleiche Richtung aus wie die gleichzeitige Erhöhung der Beweislast, die die OSHA beim Erlaß von Standards und bei der Ahndung von Verstößen zu tragen hat. Der strategische Punkt in der Offensive des organisierten Kapitals war weniger der Abbau, sondern die Ökonomisierung des Arbeitsschutzes, d.h. seine prinzipielle und praktische Ausrichtung auf die Imperative der privatwirtschaftlichen Rentabilität; vor allem sollte er so wenig wie möglich mit den Prärogativen des Managements in Konflikt geraten.<sup>82</sup>

In den siebziger Jahren wurden zwischen 1971 und 1976 in Washington pro Jahr durchschnittlich 100 Gesetzesentwürfe<sup>83</sup> eingebracht, mit denen das Arbeitsschutzgesetz in irgendeiner Weise eingeschränkt werden sollte. Zwischen 1977 und 1979 überprüften und kontrollierten zehn verschiedene Parlamentsausschüsse die Tätigkeit der OSHA unter unterschiedlichen Aspekten. Trotz dieses enormen politischen Drucks blieb bis Ende der siebziger Jahre die eigentliche Substanz des Arbeitsschutzgesetzes unverändert. Alle

---

81 Zum Charakter der Angebotsorientierung siehe Kühn (1985, S. 94 ff.).

82 Vgl. AFL-CIO-Report (1984).

83 Noble (1986, S. 177).

wichtigen Vorschläge zu Gesetzesänderungen konnten bis Ende der siebziger Jahre abgewehrt werden, darunter ein Vorschlag zur obligatorischen Einführung von Kosten-Nutzen-Analysen oder zur Ausklammerung von 90 Prozent der (»sicheren«) Arbeitsplätze aus der Reichweite des Gesetzes. Auf der Behörde, lastete ein dauerhafter Druck, der - verglichen mit anderen, aber ähnlichen Behörde wie z.B. der Umweltschutzbehörde (Environmental Protection Agency, EPA) - zur Chronifizierung sowohl struktureller als auch funktionaler Mängel geführt hat.

Heute wird von Autoren der unterschiedlichsten Couleur recht einhellig die Meinung vertreten, die OSHA habe unter keinem Aspekt die Erwartungen erfüllt, die durch die Gesetzgeber gesetzlich festgeschrieben worden waren. Shapiro und McGarity faßten 1988 zusammen:

»Nach 17 Jahren ist die OSHA noch einen langen Weg davon entfernt, ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen, um jedem Arbeiter einen sicheren und gesunden Arbeitsplatz zu verschaffen. Die Behörde fing mit großen Ambitionen 1971 an, als sie zunächst Hunderte von Standards übernahm, die von privaten Normierungsinstitutionen herausgebracht worden waren. Seitdem hat ihre sehr begrenzte Fähigkeit, diese Vorschriften auf den neuesten Stand zu bringen und zu ergänzen, dazu beigetragen, daß Millionen von Arbeitnehmern weiterhin der Gefahr ausgesetzt sind, bei der Arbeit zu verunglücken, zu erkranken und zu sterben.«<sup>84</sup>

Noble zieht folgendes Fazit:

»Es ist unwahrscheinlich, daß die OSHA in der Zeit zwischen 1971 und 1984 eine bedeutende Wirkung auf die Sicherheit am Arbeitsplatz hatte. Die Behörde scheint jedoch in einigen Branchen wie der Textilbranche die Risiken für Berufskrankheiten vermindert und einen Beitrag zur Unfallvermeidung, z.B. bei Explosionen, geleistet zu haben. Insgesamt jedoch muß die Arbeit der Behörde sowohl bei der Normierung als auch der Kontrolle und Durchsetzung der Normen als Fehlschlag angesehen werden, egal ob man dies an den Gefahren mißt, denen die Arbeitnehmer ausgesetzt sind, oder an den Zielen, die das Arbeitsschutzgesetz vorgegeben hat.«<sup>85</sup>

Für die Periode der Reagan-Präsidentschaft pointiert der republikanische Vorsitzende des Parlamentsunterausschusses für »Gesundheit und Sicherheit«:

»Die OSHA hat immer versucht, den Eindruck zu erwecken, daß sie ihrer Arbeit nachkomme, während sie in Wirklichkeit die Absicht der Regierung umsetzte, dem OSHAct die Wirkung zu nehmen.«<sup>86</sup>

Letztlich käme es auf die Beurteilung jener Wirkungen an, die der OSHAct und die OSHA auf die Gesundheit und Sicherheit in der Arbeit haben. Daß

---

84 Shapiro/McGarity (1989, S. 62); in diesem Sinne auch: Goldsmith (1989).

85 Noble (1986, S. 205).

86 Zit. nach Goldsmith (1989, S. 633).

hier fast keine geeigneten Informationen vorliegen und keine Evaluation erfolgt ist, mag eine Tatsache sein, die für sich selbst spricht. 1985 erschien ein Bericht des Amtes für Technologiefolgenabschätzung (OTA), in dem Resultate von Studien ausgewertet wurden. Hiernach wurde bei den Verletzungen und Todesfällen, die auf fehlende Arbeitssicherheit zurückgehen (z.B. Explosionen, Abstürze, Unfälle an Maschinen, Autounfälle oder elektrische Schläge), der Effekt durch die OSHA als »bestenfalls minimal« festgestellt.<sup>87</sup> Gegen diese Bewertung wäre allerdings die große Zahl der Betroffenen anzuführen, der selbst bei einem prozentual geringfügigen Rückgang Verletzungen erspart geblieben wären, und Hunderte von Leben hätten gerettet werden können.<sup>88</sup> Unklar bleibt nach dem Bericht des OTA die Effektivität der gesundheitlichen Prävention z.B. von Krankheiten aufgrund von chemischen Expositionen oder von Lärmschwerhörigkeit. Es existiert kein zuverlässiges Berichtssystem, auf das sich Schätzungen stützen könnten. Das OTA faßte seine Einschätzungen mit dem folgenden Satz zusammen:

»Die OSHA hatte eine Effektivität bezüglich einiger klar definierter Gesundheitsgefahren, aber was sie bei den vielen Gefahren bewirkte, die nicht angesprochen worden sind, bleibt immer noch zweifelhaft.«<sup>89</sup>

In ihrer Analyse der OSHA-Tätigkeit kommen Shapiro und McGarity 1989 zu dem Ergebnis, die Arbeitsschutzbehörde unterliege - wie andere Gesundheits-, Sicherheits- und Umweltbehörden auch - vielen Beschränkungen, die ihre Wirkung in einem solchen Maß beeinträchtigt haben, daß »die Realisierung der ursprünglichen Ziele des Kongresses nicht möglich war«<sup>90</sup>. Der Kongreß habe der OSHA noch weniger Spielraum gegeben, übertrage ihr noch weniger Kompetenzen als anderen Behörden und habe einzigartige organisatorische Behinderungen für eine effektive Arbeitsweise geschaffen. Ohne gesetzliche Veränderung sei es hochwahrscheinlich, daß die OSHA weiterhin mit der gegenwärtigen Langsamkeit arbeite, mit der ganz wenigen Industrien extensive Auflagen gemacht werden, so daß die meisten Arbeiter ohne einen angemessenen Schutz bleiben.<sup>91</sup>

*1. Logik der Ineffektivität:* Mit der Kritik an tatsächlichen oder behaupteten Mängeln der OSHA ließen sich Regale füllen. Bei der Arbeitsschutzbehörde dürfte es sich um eine der am meisten durchleuchteten und kritisierten Regu-

87 OTA (1985, S. 370, 368, 259, 235).

88 Lofgren (1989, S. 113).

89 OTA (1985, S. 370).

90 Shapiro/McGarity (1989, S. 4).

91 Shapiro/McGarity (1989, S. 45); Wokutch (1990, S. 40-50).

lierungsinstanzen der USA handeln. Was man darüber weiß, läßt erkennen, daß gravierende Ursachen der Ineffektivität durchaus eine innere Folgerichtigkeit besitzen können, die im Ökonomie-Jargon der achtziger Jahre als »angebotsorientiert« galt. Das soll an zwei Beispielen für Mängel illustriert werden, die in der marktliberalen Ära der achtziger Jahre noch vertieft worden sind:

Schon im Gesetzgebungsprozeß ist man in wichtigen Fragen der institutionellen Struktur von der traditionellen Lösung abgewichen: Zum einen hat man die wissenschaftlichen Beratungskapazitäten der OSHA organisatorisch abgetrennt und als National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) einem anderen Ministerium, dem Gesundheitsministerium (DHHS), unterstellt und den Centers for Disease Control (CDC) in Atlanta angegliedert, während das OSHA dem Arbeitsministerium (DOL) zugehörig ist. Zweitens hat man mit der Occupational Safety and Health Review Commission (OSHRC) noch außerhalb der OSHA eine Beschwerde- und Berufungsinstanz geschaffen, an die sich die Arbeitgeber wenden können, um sich gegen Sanktionen der OSHA zu schützen. Dabei liegt die volle Beweislast bei OSHA.<sup>92</sup>

Zwischen den beiden Behörden NIOSH und OSHA ist es niemals zu einer wirklichen Kooperation gekommen. Die OSHA konnte die Arbeitsschutzforschung weder steuern, noch war sie willens oder imstande, die daraus resultierenden Vorschläge für die eigene Normierungsarbeit zu nutzen. »Die Verbindungen zwischen NIOSH und OSHA sind so gut wie nicht existent.«<sup>93</sup> Als das Office of Technology Assessment (OTA) 1985 die Normierungstätigkeit der OSHA evaluierte, wurden die Vorschriften und Grenzwerte von OSHA mit jenen verglichen, die vom NIOSH entwickelt und vorgeschlagen worden waren. Man fand heraus, daß ein großer Teil der entwickelten Standards und Grenzwerte entweder nicht eingeführt oder aktualisiert war, und dort, wo das der Fall war, waren die Grenzwerte in den meisten Fällen weniger streng als die Vorschläge des NIOSH.<sup>94</sup>

Das zweite Beispiel für eingebaute Ineffektivität betrifft das Verfahren bei Erlaß und Implementierung von Arbeitsschutzstandards: Der häufigste Anlaß für Normierungsinitiativen der OSHA sind Petitionen von Gewerkschaften, Arbeitsschutzgruppen oder von Bürgerbewegungen. Diese reagieren damit meist auf wissenschaftliche Veröffentlichungen und auf Veröffent-

---

92 Lofgren (1989, S. 121).

93 Shapiro/McGarity (1989, S. 58).

94 Noble (1986, S. 199).

lichungen von Skandalen, Unglücksfällen usw. Dabei stützen sie sich auf ein Klagerecht, mit dem Behörden zum Handeln gezwungen werden können. Allerdings ist dieses formale Bürgerrecht auf dem Gebiet der betrieblichen Prävention letztlich nicht sehr wirkungsvoll. Shapiro und McGarity zitieren einen Arbeitsschutzbeamten mit der Aussage, allein wegen der Drohung mit einem solchen Prozeß werde die OSHA niemals eine Initiative zu einem umstrittenen Fall ergreifen. Einzelne Gruppen oder Individuen verfügen nicht über die Expertise, die notwendig ist, um die Hürden auf dem Weg zu einem Standard zu überspringen.<sup>95</sup> Das gleiche gilt auch für Parlamentarier. Bis zum rechtsgültigen Erlaß müssen zwischen 15 und 22 Verfahrensstufen durchlaufen werden.<sup>96</sup> Somit besteht wenig Anreiz für Abgeordnete und Senatoren, so langwierige und wenig öffentlichkeitswirksame Arbeitsschutzinitiativen auf den Weg zu bringen. Auch hier werden meist nur spektakuläre Dinge kurzfristig und ohne langen Atem aufgegriffen. Spötter sprechen vom »Schadstoff des Monats«, der dann meist ohne Konsequenzen von einem anderen wieder in der Aufmerksamkeit abgelöst wird.<sup>97</sup>

Eine Aufstellung des Zeitbedarfs für Hearings, des Entscheidungsprozesses und der Gerichtsverfahren (vgl. Tabelle 6.5) illustriert, wie lange die Arbeiter gesundheitsgefährdenden Expositionen ausgesetzt sind, bevor mittels OSHA-Standards wenigstens das normative Instrumentarium für Abhilfe bereitgestellt wird. Von Bereichen, in denen der Normierungsprozeß gänzlich scheitert, ist dabei nicht einmal die Rede. Beim Standard über den Baumwollstaub ist die OSHA dazu übergegangen, das normale Verfahren auszusetzen und den direkten Weg der Vergleichsverhandlungen zwischen Gewerkschaften und Industrie zu suchen. So ist dann nach elf Jahren und zwei Monaten eine Vorschrift zustande gekommen. Für unumstrittene Gifte wie Arsen und Blei benötigte man über zwölf Jahre, für die Regulierung des Lärms in der Arbeit über 20 Jahre.

Das fußt auf der Regelung des OSHAct von 1970, der jedem wie auch immer nachteilig Betroffenen das Recht gibt, vor ein Berufungsgericht zu gehen. Ein Indikator dafür, welches der Rechtsgüter »Gesundheit« oder »wirtschaftliches Interesse« höher rangiert, ist, das der Rechtsgüter die Dauer eines solchen Gerichtsverfahrens über warten muß. Im Stadium der

---

95 Shapiro/McGarity (1989, S. 15).

96 Kilimnik (1992, S. 44).

97 Sehr vergleichbar mit den »Ausstiegsszenarien« aus der Atomkraft der deutschen Parteien in den Monaten nach Tschernobyl oder mit den aufrüttelnden Beschlüssen zum »Waldsterben« ein Jahr später.

Rechtsunsicherheit wird der potentielle wirtschaftliche Verlust höher eingeschätzt als das Risiko, zu erkranken oder zu verunglücken. Daher wird die Schutzvorschrift für die Zeit der oft jahrelangen Verfahren ausgesetzt. Ein Beispiel für die gerichtliche Praxis bietet die Aufhebung des Lärmstandards im Jahre 1983. Die Unternehmer sollten die Beschäftigten auf Lärmschäden untersuchen lassen und präventiv künftigen Gehörschäden vorbeugen. Das Berufungsgericht entschied, die OSHA habe ihre Befugnis überschritten, da sie die Arbeitgeber zu präventiven Maßnahmen verpflichtete, obwohl Lärmschwerhörigkeit von Beschäftigten auch außerberuflichen Ursachen geschuldet sein kann. Würde sich diese Auffassung durchsetzen, dann könnte die OSHA gegen keine Gesundheitsrisiken mehr vorgehen, deren gesundheitliche Wirkungen auch noch durch andere Faktoren bedingt sein können.

*Tabelle 6.5: Zeitbedarf für die Arbeitsschutznormierung durch die Arbeitsschutzbehörde OSHA (T: Tage; M: Monate, J: Jahre)*

Standards	Hearing	Entscheidungs- prozeß	Rechtliche Prüfung	Gesamtzeit
Asbest	3 T	4 M	21 M	2 J u. 1 M
14 Karzinogene	3 T	11 M	10 M	1 J u. 11 M
Vinylchlorid	6 T	85 M	2 M	12 J u. 3 M
Hochofen-Emissionen	75 T	63 M	16 M	11 J u. 2 M
Benzine	22 T	21 M	28 M	7 J
DBCP	2 T	6 M	-	6 M
Arsen	12 T	51 M	34 M	12 J u. 1 M
Blei	45 T	69 M	20 M	12 J u. 5 M
Baumwollfaser				
Staub	7 T	44 M	35 M	11 J u. 2 M
Akrylnitril	11 T	18 M	-	1 J u. 6 M
Lärm	24 T	100 M	46 M	20 J u. 6 M

Quelle: Shapiro/McGarity (1989, S. 39 f.).

Man sieht an diesen Beispielen, wie funktional viele Mängel der Struktur und des Normierungsverfahrens der OSHA für die daran beteiligten wirtschaftlichen Interessen sein können. Daher resultiert ihr oft langes Leben. Die Priorität des ökonomischen Systems setzt sich also in diesen Fällen bereits implizit durch. Das wird aber von den entsprechenden Interessenten als noch nicht ausreichend angesehen, die darum auch explizite Verfahren zur Ökonomisierung nachdrücklich fordern.

2. *Konflikt um die Priorität der Ökonomie*: Der OSHAct in seiner ursprünglichen Fassung verpflichtet die Arbeitsschutzbehörde, den am meisten schützenden Standard anzuwenden, soweit er technisch durchführbar ist. Eine ökonomische Relativierung, wie sie von den Arbeitgebern immer gefordert wurde, war nicht vorgesehen. Seit dem ersten Tag der Tätigkeit der OSHA mobilisierten die Kapitaleigner ihre politischen und juristischen Möglichkeiten dagegen. In den Anfangsjahren standen Klagen von einzelnen Konzernen gegen die jeweils sie betreffenden Standards im Vordergrund, bis es dann zu einer koordinierten Aufgabenteilung kam: Die einzelnen Konzerne und Branchenzusammenschlüsse gingen gegen spezielle Standards und Kontrollmaßnahmen vor, während die Unternehmensverbände sich auf das öffentliche Interesse bzw. die gesellschaftspolitischen Aufgaben konzentrierten. Ein häufiger Hebelpunkt im Arbeitsschutzgesetz ist dessen schon erwähnte Einschränkung, der zufolge der Gesundheitsschutz »durchführbar« sein muß. Die interessenpolitischen Auseinandersetzungen nehmen daher oft die Form der Interpretation dessen an, was im Gesetz als »Durchführbarkeit« der Arbeitsschutzstandards bezeichnet wird. Ein Beispiel und ein Markstein zugleich war die gerichtliche Anfechtung des Standards für den Umgang mit dem hochkarzinogenen Werkstoff Asbest. Durch Forschungsergebnisse war die Gefährlichkeit längst bekannt<sup>98</sup>, so daß die OSHA bald nach ihrer Gründung 1972 eine entsprechende Schutzvorschrift herausbrachte. Sie wurde alsbald mit der Begründung gerichtlich angegriffen, sie sei ökonomisch nicht durchführbar. Das Gericht entschied 1974, eine Vorschrift sei nur dann »ökonomisch undurchführbar«, wenn sie die Existenz einer ganzen Branche bedrohe, nicht aber schon, wenn sie lediglich die Arbeitgeber finanziell belastet und die Profitspanne nachteilig beeinflusst. Auch garantiere das Konzept einer ökonomischen Durchführbarkeit nicht die Existenz eines einzelnen Unternehmens.<sup>99</sup> Das Appellationsgericht lehnte es dann auch für die Zukunft ab, sich bei jeder einzelnen Streitfrage mit dieser prinzipiellen Frage zu befassen. Daraufhin gaben die Firmen solche speziellen Klagen zwar nicht auf, aber die Verbände richteten nun ihr Hauptaugenmerk auf makroökonomische Argumente, wie Verluste der Produktivität, Inflationsgefahr oder rückgängige internationale Konkurrenzfähigkeit.

Es gibt ein sehr verbreitetes, platt ökonomistisches Verständnis, das unter »ökonomischem Interesse« das Streben nach der Maximierung des Einkommens versteht. Dieses verkürzte Verständnis führt zu einer Überbeto-

---

98 Crystal (1986, S. 52 ff.).

99 Noble (1986, S. 107); Lilienfeld (1991, S. 791 ff.).

nung der monetären Kostenseite bei der Erklärung des Motivs für die harsche Opposition des organisierten mittelständischen und großen Kapitals gegen die Regulierung. Um den interessenpolitischen Gehalt dieser Opposition zu verstehen, müssen zumindest zwei Elemente des »ökonomischen Interesses« der Konzerne gegen die staatliche Intervention unterschieden werden: die Vermeidung und Minimierung von Kosten der Regulierung sowie das Interesse an der Verfügungsgewalt der Kapitaleigner und des von ihnen bestellten Managements über die Produktion. Es geht also um ein Verteilungsinteresse und um ein ordnungspolitisches Interesse. Gerade das ordnungspolitische Interesse stand und steht im Konflikt um die Ökonomisierung des Arbeitsschutzes im Vordergrund. Hinsichtlich beider Aspekte des OSHAct hat die Strategie der Konzerne und Unternehmensverbände solche rationalen Formen angenommen, die es aufgrund ihrer Verallgemeinerbarkeit verdienen, kurz skizziert zu werden:

Bei der Schätzung der monetären Belastung, die den amerikanischen Unternehmen durch die Regulierungsgesetze in der Periode zwischen 1965 und 1975 insgesamt entstanden sind, kann man sich auf eine Studie von Denison stützen. Diese wurde in einem institutionellen Zusammenhang (Brookings Institution) veröffentlicht, der vermuten läßt, die Aufwendungen seien im Zweifelsfall eher zu hoch als zu niedrig veranschlagt worden. Denison schätzt, daß der Gesamtanteil aller neuen Regulierungsgesetze im Durchschnitt der Jahre 1973 bis 1976 nur 12,6 Prozent des 3,2prozentigen Rückgangs des volkswirtschaftlichen Wachstums erklären kann. Mehr als die Hälfte dieses kleinen Anteils entfällt dabei auf Ausgaben bzw. Mindereinnahmen aufgrund von Umweltschutzbestimmungen. Für den Arbeitsschutz wurde annähernd ein Drittel dieser 12,6 Prozent von 3,2 Prozent Wachstumsverlust errechnet.<sup>100</sup> Die Arbeitsschutzbehörde OSHA spielt eine fast verschwindend kleine Rolle als Kostenfaktor, die höchstens 3,8 Prozent des Rückgangs der gesamtwirtschaftlichen Rentabilität erklären kann. Dabei sind die unbestreitbar produktivitäts- und rentabilitätssteigernden Wirkungen nicht einmal berücksichtigt.

Selbst diese Schätzungen sind wahrscheinlich noch zu hoch. Ein Investigations-Survey ermittelte die Anteile der Arbeitsschutzinvestitionen an den jährlichen Gesamtinvestitionen der Industrie (vgl. Abbildung 6.2). In den Jahren zwischen 1972 und 1978 machte der Arbeitsschutz durchschnittlich etwa 2,6 Prozent aus, von 1979 bis 1983 sind die entsprechenden Investitionen auf durchschnittlich 1,5 Prozent der gesamten industriellen Investitionen

---

100 Noble (1986, S. 152).

zurückgegangen. Das deutet darauf hin, daß nach 1979, als die OSHA ins Schußfeld geriet, keine investitionsaufwendigen Standards mehr zusätzlich eingeführt worden sind. Zugleich illustriert die Abbildung 6.2 die Abhängigkeit der »Investitionen in Humankapital« von politisch-ökonomischen Kräfteverhältnissen. Wie genau die verschiedenen Kostenschätzungen auch sein mögen - selbst inklusive der augenscheinlich übertriebenen<sup>101</sup> -, es kann ausgeschlossen werden, daß die monetären Kosten das Hauptmotiv für die Offensive gegen den OSHAct und die Arbeitsschutzbehörde OSHA gewesen ist. Es ging um das Prinzip.

*Abbildung 6.1: Anteil der Arbeitsschutzinvestitionen an den gesamten Investitionen in der Industrie 1972 bis 1983 (in Prozent)*



Quelle: Annual McGraw-Hill Survey of Investment in Employee Safety and Health (1984), zit. nach Noble (1986, S. 153).

Während die Präsidenten Ford und Carter den Forderungen nach Einführung ökonomischer Überprüfungen aller OSHA-Aktivitäten lediglich Zugeständnisse gemacht hatten, hat sich dann Präsident Reagan selbst an die Spitze dieser Forderungen gesetzt. Unter Reagan bedeutete Deregulierung in der Praxis primär eine stärkere politische Beaufsichtigung und Kontrolle der Regulierungstätigkeit nach Kriterien des ökonomischen Systems, des »Ver-

101 Als ganz besonders unseriös wird angesehen: Weidenbaum/DeFina (1978). Weidenbaum wurde später von Präsident Reagan zum leitenden Wirtschaftssachverständigen berufen.

trauens der Wirtschaft« sowie auch einzelner wirtschaftlicher Konzerninteressen, für die das Weiße Haus Ausnahmeregelungen, Schonung bei Sanktionen und dergleichen bewirkt hat.<sup>102</sup>

Rückblickend ist es beeindruckend, mit welchem hohem Maß an interessengebundener Rationalität die Strategie der Arbeitgeber Ende der siebziger und während der ersten Reagan-Jahre vorgetragen worden ist. Man schien sich auf eine geringe Zahl von Forderungen beschränkt zu haben, die aber wirklich strategische Punkte betrafen. Es waren dies insbesondere drei:

1. Die Prioritäten sollen mittels ökonomischer Bewertungsverfahren - Kosten-Nutzen- und Kosten-Effektivitäts-Analysen - gesetzt werden.
2. An die Stelle detaillierter Vorschriften sollen allgemeine »performance standards« treten.
3. Inspektionen und Sanktionen sollen durch wirtschaftliche Anreize (erhöhte Abgaben bei erhöhter Zahl von Unfällen und Berufskrankheiten) ersetzt werden.

zu (1): 1979 erschien eine Studie des »Business Roundtable« über die Kosten der staatlichen Regulierung. Darin wurden der Kongreß und die Exekutive (OSHA) gedrängt, zur Entscheidungsfindung »wirtschaftliche Prüfungsverfahren« für die Standards einzuführen. »Objektive« Dritte sollten mittels »neutraler« Instrumente wie der Kosten-Nutzen- und der Kosten-Effektivitäts-Analyse die Vorschriften und Maßnahmen überprüfen können.<sup>103</sup> Die Gesamtkosten der Regulierungsmaßnahmen sollten durch den Nachweis quantifizierbaren Nutzens gerechtfertigt werden. Diese rechenhafte und scheinbar neutrale Form der Bewertung von Maßnahmen beinhaltet eine Vielzahl versteckter Interessengehalte.<sup>104</sup> Vor allem müssen diesen Berechnungen eine ganze Fülle subjektiver Annahmen zugrunde liegen, beispielsweise darüber, was als Kosten anzusehen ist, wie und ob nichtmonetäre Kosten (z.B. Leid, Trauer) einbezogen werden, wie nichtmonetärer Nutzen (z.B. ein gerettetes Menschenleben) gemessen wird, wie unterschiedliche Zeithorizonte diskontiert werden. Während die Unternehmer an der Mini-

---

102 AFL-CIO-Report (1984). In dieser Denkschrift werden unter der Überschrift »special favors of the agency« konkrete Beispiele angeführt, in denen bei der OSHA zugunsten bestimmter Firmen interveniert worden ist.

103 Noble (1986, S. 108).

104 Aus Platzgründen kann ich nicht auf die versteckten Interessengehalte der Kosten-Nutzen- und Kosten-Effektivitäts-Analyse eingehen; vgl. dazu Kühn (1991, besonders S. 61 ff.). Zur Einführung vgl. Cohen/Henderson (1988, S. 37-52); Drummond/Smith/Wells (1988); Borgers (1988, S. 50 ff.).

mierung monetärer betrieblicher Kosten interessiert sind, geht es den Arbeitern um die nichtmonetären »Nutzen« wie das Leben und die Gesundheit. Die Kosten-Effektivitäts-Analyse, die scheinbar einige dieser Schwierigkeiten vermeiden kann, vergleicht die zu evaluierende Maßnahme mit anderen, bei denen der gleiche Nutzen (z.B. gerettete Menschenleben) mit geringeren Kosten oder bei gleichem Aufwand ein höherer Nutzen erzielt werden kann. Sieht man einmal von den auch hier bestehenden Unmöglichkeiten ab, die gesamten (internen und externen) monetären Kosten zu ermitteln und die (bei jedem Gegenstand der Überprüfung unterschiedlich beteiligten) nichtmonetären Faktoren zu schätzen, so erweist sich das Opportunitätskostenprinzip, wenn es auf komplexe Sachverhalte wie Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod angewendet wird, per se als ein willkürlich zur Delegitimierung fast aller Maßnahmen einsetzbares Instrument. Jede Maßnahme kann als suboptimal berechnet werden, wenn man nur eine fiktive Alternative dagegenrechnet, die einen höheren Grenznutzen oder eine höhere Effektivität aufweist, ohne daß diese jemals realisiert sein muß.

Eine der typischen Delegitimierungsfloskeln, die sich aus Kosten-Effektivitäts-Analysen ableiten lassen, zitiert Noble aus einem amtlichen Bericht über den Hochofen-Emissionsstandard gegenüber dem Rat für Lohn- und Preisstabilität (Council on Wage and Price Stability) 1985:

»Es gibt viele andere Tätigkeiten [...] bei denen potentiell mehr Leben gerettet werden könnten zu niedrigeren Kosten. Das ist so wichtig, weil die nationalen Ressourcen, die für die Rettung von Leben eingesetzt werden können, knapp sind.«

Der ehemalige OSHA-Direktor (unter Präsident Ford) Corn berichtet von seinen Erfahrungen:

»Als ich bei der OSHA angefangen habe, vertiefte ich mich in die Kosten-Nutzen-Analyse, um sie auf den Hochofen-Standard anzuwenden. Wir hatten die Dosis-Wirkungs-Daten vorliegen, und um die unterschiedlichen Schätzmethode für die Nutzen in allen Variationen durchzuspielen, machten wir zahlreiche Annahmen. Das Spektrum von Werten, die dabei für die unterschiedlichen Annahmen herauskamen, war so groß, daß die Berechnungen praktisch sinnlos waren. Meine Schlußfolgerung daraus war, daß die Methodik der Kosten-Nutzen-Analyse für Wirkungen wie Krankheit und Tod als sehr vorläufig angesehen werden muß, da man fast jedes gewünschte Ergebnis damit erzielen kann.«<sup>105</sup>

zu (2): Ein zweiter strategischer Punkt zur Ökonomisierung des Arbeitsschutzes betrifft die Art der Zieldefinition. Während der OSHA Act Standards verlangt, in denen genaue zu erreichende physische Beschaffenheiten der Anlagen, Maschinen, Werkstoffe usw. vorgeschrieben sind, werden von den

105 Corn/Corn (1977, S. 106), zit. nach Noble (1986, S. 173).

Anlagen, Maschinen, Werkstoffe usw. vorgeschrieben sind, werden von den Unternehmervereinigungen sogenannte »performance standards« gefordert. Solche Vorschriften überlassen es der Industrie, mit welcher Methode sie ein Ziel erreichen; das heißt, ein solcher Standard würde lediglich ein Ziel, z.B. die zehnpromzentige Verringerung einer Berufskrankheit, vorgeben, auf welche Weise auch immer sie erzielt werden mag.<sup>106</sup> In einem anderen Kontext würde eine Reihe von Argumenten für Lösungen sprechen, die den dezentralen Einheiten die Ausführungskompetenz geben. Ziel dieser Forderung ist aber die Bewahrung der Möglichkeit, das Problem auf die Beschäftigten, den Arbeitsmarkt oder die Umwelt zu überwälzen. Die Rate der Berufskrankheiten kann betrieblich gesenkt werden, z.B. durch Entlassung von »Risikopersonen« oder deren Nichteinstellung. Medizinische Untersuchungen machen das transparent.

Ein anderes Beispiel: Unter starkem Druck der Öffentlichkeit mußte im November 1983 die OSHA auf eine Petition der Gewerkschaften wegen der Asbestexposition mit einem Notstandard reagieren. Damit sollte die Exposition um 75 Prozent gesenkt werden. Tatsächlich bestanden die nun erforderlichen Maßnahmen darin, daß die exponierten Arbeiter Schutzmasken zu tragen hatten und belehrt werden mußten.<sup>107</sup> Die eigentliche Gefahrenquelle blieb davon unberührt. »performance standards« werden auch eingehalten, wenn Arbeiter nur eine bestimmte Zeit oder in höherem Alter solchen Risiken ausgesetzt werden, so daß sie beim Eintreten einer Krankheit (z.B. berufsbedingten Krebses) entweder an einer anderen Stelle arbeiten oder Rentner sind. Schließlich können Betriebe Risiken externalisieren, indem sie Fremdfirmen mit den betreffenden Arbeiten beauftragen oder die Produktion in andere Staaten mit liberalerem Arbeitsschutzrecht verlagern.

zu (3): Weitere Forderungen der Arbeitgeber mit strategischer Bedeutung beziehen sich auf die Überwachung und Durchsetzung der erlassenen Arbeitsschutzvorschriften. So solle OSHA die Unternehmen nicht bestrafen, sondern mit ihnen kooperieren. Ergebnis solcher Bemühungen könnten Verhandlungen mit Unternehmen über sogenannte »compliance agreements« sein, also Kompromisse über das Ausmaß, in dem die Firmen die gesetzlichen Auflagen einzuhalten haben. Ergänzend wird die Einschränkung der Beteiligungsrechte der Arbeiter bei der Implementierung des Arbeitsschutzrechts gefordert. Damit würde die einzige beteiligte Gruppe ausgeschaltet,

---

106 Shapiro/McGarity (1989).

107 AFL-CIO-Report (1984).

die ein unmittelbares Interesse am Arbeitsschutz hat.<sup>108</sup> Heute setzt bereits die Vorankündigung eines Standards im Bundesanzeiger den Nachweis seitens OSHA voraus, daß der Vorschlag nicht nur eine erhebliche Gefährdung reduziert und technisch überhaupt durchführbar ist, sondern auch, daß er die *Priorität der ökonomischen Verhältnisse* nicht in Frage stellt, d.h. »die betroffene Industrie, Kleinunternehmen und die internationale Wettbewerbsfähigkeit der USA nicht beeinträchtigt.«<sup>109)</sup>

3. *Deregulierung 1981-1984*: Der Wahlerfolg Ronald Reagans und die marktradikale Politik zu Beginn der ersten Amtsperiode signalisierten, daß für relevante Teile der Öffentlichkeit die private Investitionstätigkeit und das auf ihr beruhende Wirtschaftswachstum moralisch, rechtlich und politisch höherwertig waren als die jeweiligen Ziele und Werte, denen einzelne Regulatorien wie die OSHA oder die Umweltschutzbehörde gewidmet sind. Insbesondere aufgrund der Tradition des »business unionism« konnten auch die Arbeiter es nur so sehen, daß ihre Jobs und Einkommen von den Investitionen abhängig sind, die darum keinesfalls beeinträchtigt werden dürfen - nicht, daß man die Gesundheit oder den Umweltschutz als nachrangig hätte bewerten müssen, um Anhänger der neokonservativen Botschaft zu werden. Diese verstand es vielmehr, Werte wie die Gesundheit und Umweltschutz als in ihr aufgehobene darzustellen. Statt sie weiterhin der Unfähigkeit bürokratischer Behörden zu überlassen, sollten sie nun der Selbstbestimmung der einzelnen Bürger überantwortet werden.

Die Phase der Deregulierungspolitik von 1981 bis 1984 war durch das Bemühen des Weißen Hauses gekennzeichnet, über das Office of Management and Budget (OMB) die sozialpolitisch relevanten Regulatorien durch ein effektives Team von Ökonomen zu kontrollieren. In den ersten beiden Jahren unter Reagan wurden vom OMB und einer bis 1983 existierenden Sondergruppe 182 Gesetze von Bedeutung entweder zurückgenommen oder abgeblockt. Als die Sondergruppe 1983 aufgelöst wurde, beanspruchte sie für sich, der Wirtschaft zwischen 15,2 und 17,2 Milliarden Dollar an einmaligen Kapitalaufwendungen und zwischen 13,5 und 13,8 Milliarden Dollar an laufenden Kosten erspart zu haben, davon seien Einsparungen von 137 Millionen Dollar pro Jahr der Schwächung der Arbeitsschutznor-

---

108 Alle anderen Interessen sind mittelbar: bei den Professionals des Arbeitsschutzes, vermittelt über und relativiert an der Berufsrolle und -ethik, bei den Arbeitgebern am Gewinninteresse usw.

109 Kilimnik (1992, S. 45).

men und ihrer Überwachung zu verdanken.<sup>110</sup> In dieser historischen Phase, in der sich die Hoffnungen zur Lösung der fundamentalen Probleme auf den stummen Zwang der ökonomischen Verhältnisse richteten, mußte der Sieger in den Konflikten um einzelne Standards oder Durchsetzungsmaßnahmen der Arbeitsschutzbehörde bereits schon feststehen, bevor es überhaupt zu nachvollziehbaren politischen Konflikten gekommen war. Darum verlegte sich die politische Offensive gegen die OSHA auf die Forderung, die Institutionen und Maßnahmen zum Arbeitsschutz sollten wirtschaftsadäquat sein.

Allerdings ist festzuhalten, daß selbst in der ersten Phase der Reagan-schen Politik der Staat nicht einfach ein Instrument des Präsidenten und ein reiner Spielball der mächtigen Interessen war. So blieben bestimmte politische und ethische Traditionen gegen ihre völlige Indienstnahme durchaus resistent. Auch verhinderte die Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes einige der vom OMB des Weißen Hauses forcierten Deregulierungsmaßnahmen wie die 1981 vollzogene Aufhebung der bestehenden Standards für Baumwollstaub und Blei.<sup>111</sup> Im Rahmen der strukturellen Abhängigkeit des »Steuerstaats« von der privaten Investitionsneigung gibt es natürlich recht verschiedenartige Abhängigkeiten gegenüber unterschiedlichen Partialinteressen. Um ein oft genanntes Beispiel anzuführen: Eine Minderheit unter den Konzernen, die Arbeitsschutz auf dem gesetzlich erforderlichen oder darüberliegenden Niveau betreibt, hat natürlich auch ein wirtschaftliches Interesse daran, daß ihre Konkurrenten einen ähnlichen Kostenaufwand wie sie betreiben. Sie werden die OSHA auch mit Informationen unterstützen. Freilich sind das Ausnahmen.

Es ist nicht verwunderlich, daß der Elan, mit dem die Reagan-Administration 1981 daran ging, die OSHA zu deregulieren, sich ganz wesentlich auf die Verstärkung der Tendenzen richtete, die bereits vorher deren Effektivität beeinträchtigt hatten. Die Prioritäten des ökonomischen Systems setzen sich in der Arbeitsschutzbehörde zu einem wesentlichen Teil bereits implizit über deren mangelnde Effektivität durch. Das ergibt sich nicht zuletzt aus der Besonderheit ihrer interessenpolitischen Situation. Diese ist davon gekennzeichnet, daß die Unternehmen als ihre »Partner« kein originäres Interesse am guten Funktionieren dieser Behörde haben. Da ihre Aufgabe die Erstellung von Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften ist, muß die OSHA permanent in der Lage sein, wissenschaftliche, technische und umsetzungsstrategische Entscheidung zu treffen. Sie hat z.B. die Risiken abzuschätzen,

---

110 Presidential Task Force on Regulatory Relief (1983); siehe Noble (1986, S. 160).

111 AFL-CIO-Report (1984).

die Zuverlässigkeit von Grenzwerten und ihre Bedeutung für die menschliche Gesundheit zu beurteilen. Da sie verpflichtet ist, die jeweils kostengünstigste Regulierungsmethode zu wählen, müssen auf komplizierte Weise Kosteninformationen erarbeitet und beurteilt werden usw. Es besteht eine sehr große Abhängigkeit von wissenschaftlichen Informationen vieler Art. Die OSHA hat aber - verglichen mit anderen Regulierungsbehörden - nicht die Macht, die Herstellung von Produkten zu genehmigen oder zu verweigern, wie das beispielsweise bei der FDA der Fall ist. Sie hat es statt dessen mit Firmen zu tun, die einen großen wirtschaftlichen Anreiz haben, die Regulierung zu behindern. Eine Arzneimittelfirma beispielsweise, die an der Genehmigung eines Medikaments interessiert ist, wird sich Mühe geben, mit der FDA zu kooperieren und entsprechend auch Informationen zur Verfügung stellen. Wenn aber eine Industriebranche mit teuren Auflagen rechnet, kann allein die Verzögerung schon große Ersparnisse bringen. Warum sollte sie also kooperieren?

Die »Deregulierung« gegenüber der OSHA, die gleich zu Beginn der Amtszeit Reagans einsetzte, hat in erster Linie die ohnehin angeborenen Mängel und Restriktionen bewußt verstärkt, damit aber durchaus ein qualitativ neues Beispiel einer schlecht funktionierenden Regulierungsbehörde geschaffen. War die Standardsetzung bereits in den siebziger Jahren eine weit schwierigere Sache, als die am Arbeitsschutzgesetz Beteiligten vorher angenommen hatten, so wurde sie nach dem Amtsantritt Reagans vor allem in den ersten vier Jahren fast unmöglich. Die Deregulierungsstrategie wurde mit Hilfe der Verwaltungsanordnung 12291 (Regulatory Relief) in die Tat umgesetzt. Damit wurden schon in den ersten Tagen der Amtsperiode Reagans alle in der Entwicklung befindlichen Regulierungsvorhaben eingefroren. Für die OSHA bedeutete das die Aufgabe der Normensetzung für Asbest, Benzin, Kadmium, Chrom und Nickel. Außerdem wurden bestehende Standards wie der über Blei, Baumwollstaub, zur Erhaltung der Hörfähigkeit, zur Bekämpfung des Krebses am Arbeitsplatz und des Zugangs zu den beim Arbeitgeber vorhandenen medizinischen Akten abgeschwächt. Petitionen der Gewerkschaften zu einer Reihe von Schadstoffen, deren Wirkung bereits in der Literatur bestätigt worden war, wurden abgelehnt. Nach über drei Jahren unter der Reagan-Administration hatte die OSHA gerade einen einzigen Standard zu einer toxischen Substanz erlassen und dies nur, weil sie durch ein Gericht dazu verurteilt worden war. Der andere Standard, der noch in dieser Zeit entstand, der 1983 erlassene Standard zur Gefahrenkommunikation, schloß 75 Prozent der Arbeitnehmer vom Schutz der Vorschrift

aus und war vor allem entwickelt worden, um strengeren Vorschriften der Einzelstaaten zuvorzukommen.<sup>112</sup> Zum Verständnis der Rigorosität muß hinzugefügt werden, daß das OMB, das sofort damit begann, einen Standard nach dem anderen durch Ausspielen seiner Aufsichtspflicht anzufechten, keine eigene Expertise in Sachen Arbeitsschutz besitzt.

Die Anti-Regulierungsstrategie umfaßte alle Aspekte, die für das Funktionieren einer Arbeitsschutzbehörde von Bedeutung sind<sup>113</sup>:

- Die Durchsetzung des OSHAct, seine Überwachung und die Sanktionierung von Verstößen wurden erheblich vermindert.
- Schulungs- und Ausbildungsprogramme für Arbeitsschutz wurden gekürzt.
- Die durch das Arbeitsschutzgesetz gewährten Rechte der Arbeitnehmer und Gewerkschaften wurden häufig ignoriert.
- Die Verletzung bestehender Normen durch Unternehmen wurde zum Teil offen toleriert, und eine Reihe von Zugeständnissen an ganz bestimmte Unternehmen mit Beziehungen zum Weißen Haus wurde öffentlich.
- Sowohl der Haushalt als auch das Personal wurden gekürzt, einige besonders engagierte Fachleute der OSHA wurden mit dem Ergebnis hinausgedrängt, daß die personelle Kompetenz der OSHA nach Einschätzung der AFL-CIO im Jahr 1984 geringer war als 1976.
- Sehr knappe Ressourcen und Verluste an kompetenten Fachleuten mußten sich um so lähmender auf die Tätigkeit der OSHA auswirken, als zugleich auch die Beweislast, die die OSHA beim Erlaß von Standards sowie bei Kontrollen und Sanktionen zu tragen hat, in vielem erhöht wurde.
- Reagan beauftragte zwei Spitzenbeamte mit der Leitung, die keinerlei Erfahrung oder Ausbildung im Bereich des Arbeitsschutzes aufwiesen, jedoch beide seinem Wahlkampfteam angehört hatten. Dem in Public-Health-Kreisen renommierten Direktor des NIOSH unter Präsident Carter, Anthony Robbins, wurde von Reagans Bevollmächtigten eine Stunde Zeit gegeben, um sein Büro zu verlassen.<sup>114</sup>

---

112 Goldsmith (1989); Kilimnik (1992).

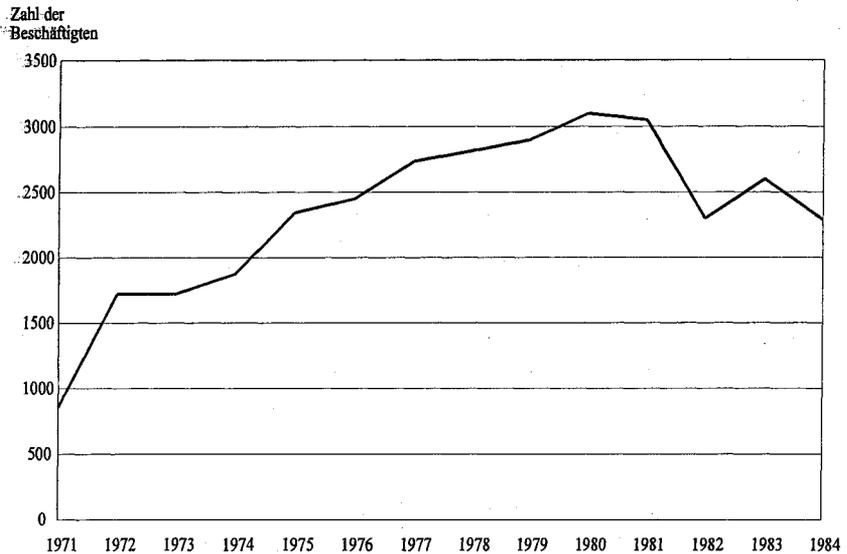
113 Zum Beleg für diese - hier nur kursorisch erwähnbaren - Behauptungen haben mich Marianne Brown (Los Angeles) und Ray Elling (Hartford, Connecticut) mit einer Fülle von Zeitungsausschnitten aus »New York Times«, »Wallstreet Journal«, »Hartford Courant« etc. sowie mit Materialien des Gewerkschaftsdachverbandes AFL-CIO und von Basisinitiativen zum Arbeitsschutz (POSHs) versorgt, die ich aus Platzgründen nicht ausbreiten kann.

114 Elling (1986, S. 388).

Vor dem Hintergrund der oben genannten Besonderheit der Arbeitsschutzbehörde, nicht an ihrer Funktionsfähigkeit interessierte Klienten zu haben, soll abschließend auf nur drei der wichtigsten Faktoren näher eingegangen werden: Kapazitätsverknappung, gezielte Behinderungen durch rechtliche Regelungen und die Schwächung der Kontroll- und Sanktionsfähigkeit.

4. *Kapazitätsverknappung*: Schon in den Jahren vor Reagan galt die finanzielle und personelle Ausstattung der OSHA - über die Kluft hinaus, die zwischen Aufgaben und Kapazitäten wohl überall beklagt wird - als schlecht. In der Zeitschrift »Regulation« des American Enterprise Institute schrieb Levin im Jahre 1979, die OSHA sei seit ihrer Gründung »drastisch unterfinanziert, um ihrer Aufgabe, 'jedem Arbeiter Amerikas sichere und gesunde Arbeitsbedingungen zu gewährleisten', gerecht werden zu können«<sup>115</sup>. Abbildung 6.2 zeigt, wie die OSHA seit 1971 ihren Personalbestand aufbaute und wie dann von einem Niveau, das einhellig als unzureichend für die Aufgabenerfüllung angesehen wurde, nach 1980 noch Abstriche gemacht wurden.

Abbildung 6.2: Personelle Ausstattung der OSHA, 1971 bis 1984



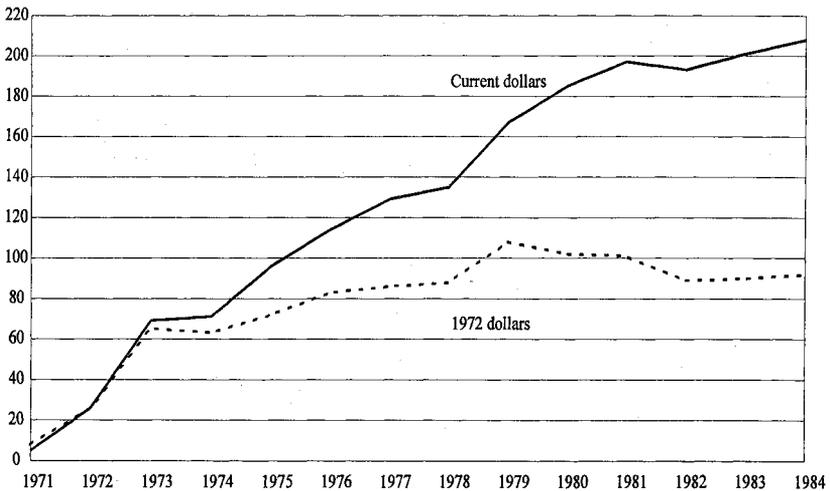
Quelle: OTA (1985, Tabelle 12-1), zit. nach Noble (1986, S. 179).

115 Levin (1979, S. 37).

Die Bremsspur der Deregulierungspolitik ist auch in der Haushaltsentwicklung (vgl. Abbildung 6.3) deutlich sichtbar. Mit 200 Millionen Dollar 1981, einem ohnehin geringen Haushalt angesichts der Größe und Wirtschaftsmacht des Landes, war 1981 der Höhepunkt erreicht. Die Kurve der deflationierten Ausgaben zeigt, daß bereits nach den ersten drei Jahren der Existenz das Budgetwachstum nur noch geringfügig war. Es lag für die meisten Jahre ohnehin unter den Wachstumsraten des Bundeshaushaltes.

Abbildung 6.3: *Jahreshaushalte der OSHA, 1971 bis 1984, real u. nominal*

Mio. \$



Quelle: OTA (1985, Tabelle 12-1), zit. nach Noble (1986, S. 179).

Die Knappheit an wissenschaftlich ausgebildetem Personal führte dazu, daß jeweils nur ganz wenige Chemikalien einer genauen Überprüfung unterzogen werden konnten. Auch hier findet sich in einem führenden Organ der Arbeitgeber die Feststellung, der zufolge Personalknappheit bei der Umweltbehörde (EPA) bei OSHA deren Tätigkeit behindere und das wissenschaftlich ausgebildete Personal überlaste.<sup>116</sup> Die daraus resultierenden schlechten Arbeitsbedingungen und die unterhalb des Normalen gelegene Höhe der Gehälter führte zu Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal. Besonders auffällig ist auch die überaus hohe Fluktuation unter den Füh-

116 Mendelhoff (1981, S. 47 ff.).

rungskräften von OSHA. Hinzu kommen noch die Probleme, die aus der bei anderen Behörden unüblichen organisatorischen Trennung vom National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) erwachsen. Während sich andere Regulierungsbehörden aber gegen die Knappheit an Expertise durch die Schaffung von Beratungskommissionen und Verträge mit Consultingfirmen zu helfen versuchten, hat die OSHA dies seit 1976 nicht mehr getan.<sup>117</sup>

5. *Behinderung durch rechtliche Regelungen:* Bereits das Arbeitsschutzgesetz von 1970 verpflichtete die OSHA - wieder im Unterschied zu anderen Regulierungsinstitutionen - dazu, bei Vorliegen schriftlicher Einwände einer interessierten Partei gegen eine Vorschrift öffentliche Hearings abzuhalten. Während das Verwaltungsgesetz normalerweise von Behörden lediglich ein Begründungsniveau verlangt, das sicherstellt, daß es sich nicht um willkürliche (arbitrary and capricious) Vorschriften handelt, müssen von der OSHA zur Rechtfertigung ihrer Tätigkeit »substantielle Beweise« vorgelegt werden.

In diesem rechtlichen Zusammenhang brachte der Oberste Gerichtshof 1980 auch das ambitionierteste Projekt der OSHA zum Stillstand, das Projekt zur Identifikation, Klassifikation und Regulierung potentieller Karzinogene in der Arbeitswelt.<sup>118</sup> Der »Rat für Lohn- und Preisstabilität« hatte eine Schätzung veröffentlicht, derzufolge selbst moderate Standards für alle 2 415 bekannten oder verdächtigen Karzinogene riesige Summen an Kapitalkaufwand und laufenden Kosten verursachen könnten. Vierzig Unternehmen haben eine Million Dollar zusammengetragen, um den American Industrial Hygiene Council (AIHC) finanziell zu befähigen, den geplanten »generic carcinogen standard«, der Schutzmaßnahmen auch schon bei Vorliegen begründeten Verdachts der Karzinogenität vorsah, zu Fall zu bringen. Der AIHC ist auf 150 Firmen und Verbände angewachsen. Der Oberste Gerichtshof forderte am Beispiel des »Benzene Case« ein Niveau bei Beweisen, das es der OSHA unmöglich macht, auch schon bei als potentiell karzinogen angesehenen Stoffen intervenierend tätig zu werden. Als Folge dieser Entscheidung

»darf die OSHA nicht zum Schutz der Arbeiter handeln, bevor es keine substantiellen Beweise angehäuft hat, daß ein Stoff gefährlich ist; mehr noch, die Behörde ist aus Furcht vor der gerichtlichen Aufhebung häufig selbst dann zögerlich, wenn die Beweise als Handlungsgrundlage ausreichend sind.«<sup>119</sup>

---

117 Shapiro/McGarity (1989, S. 7 ff.).

118 Nobel (1986, S. 103 f., 189 f.); Epstein (1989).

119 Shapiro/McGarity (1989, S. 46).

Wie sehr das ökonomische System sich gegen gesundheitsbezogene, seiner Eigenlogik fremde Interventionen abzuschirmen in der Lage ist, wird gerade an der Beweislast deutlich, die einer Behörde auferlegt wird, bevor sie berechtigt ist, präventive Maßnahmen in Unternehmen einzuleiten. Ein Beispiel für den machtdeterminierten Charakter von Beweislast und Legitimationspflicht sind die Unterschiede in den Unternehmen selbst: Viele hundert Gemeinden haben bereits bis 1989 Gesetze erlassen, durch die das Rauchen in öffentlichen Gebäuden und auch am Arbeitsplatz eingeschränkt oder verboten wird. Eine Studie untersuchte, in welchem Maße die Unternehmen diese Vorschrift umsetzen, obwohl die Umsetzung in der untersuchten Stadt nicht kontrolliert und mit Sanktionen bewehrt wurde. Das Ergebnis nach nur einem Jahr war dennoch überwältigend: Rauchschränkungen kamen zu 80 Prozent, eine Anti-Rauchstrategie zu 59 Prozent und Rauchverbot-Schilder zu 40 Prozent vor. Ein Drittel der Betriebe hatte Rauchen völlig verboten.<sup>120</sup> Die Unternehmen haben niemals gefordert, es müsse zuerst eine potentielle gesundheitliche Schädigung durch das sogenannte Passivrauchen in Studien nachgewiesen werden. Das Gesetz greift nicht in ihren Hoheitsbereich, sondern in das persönliche Verhalten der Beschäftigten ein. Die Abwehr gegen staatliche Regulierung und die Forderung nach Legitimation durch Beweise, die strengen Kriterien entsprechen müssen, sind kein Ausdruck der individualistischen »amerikanischen Werte«, wie das sehr häufig dargestellt wird, sondern die Verteidigung der privatwirtschaftlichen Verfügungsmacht über die Bedingungen der Produktion. Die Autonomie der Individuen, die durch den Healthismus nicht wenig tangiert wird, steht auch in der amerikanischen Gesellschaft bei weitem nicht so hoch im Kurs wie die Freiheit der ökonomischen Verwertung von Arbeitskräften und Naturressourcen. Aber selbst innerhalb der staatlichen Interventionen in Wirtschaftsunternehmen läßt sich noch ein Gefälle der Beweislast feststellen: Shapiro und McGarity arbeiten in ihrer Analyse der OSHA heraus, daß der Kongreß und das Oberste Gericht der Umweltbehörde eine deutlich niedrigere Beweislast auferlegen als der OSHA.

»In der Interpretation des Obersten Gerichts ist der Gesetzesauftrag der OSHA beträchtlich unflexibler als derjenige der EPA, etwa beim Bundesgesetz gegen Wasserverunreinigung und dem Luftreinhaltegesetz. Der Kongreß änderte diese Gesetze, nachdem sich herausgestellt hatte, daß EPA mit den ursprünglichen Fassungen nicht effektiv arbeiten konnte. Der Kongreß könnte die Effektivität

---

120 Rigotti/Bourne et al. (1992, S. 229 ff.).

der OSHA beträchtlich erhöhen, wenn er ihren Gesetzauftrag in ähnlicher Weise verändern würde.«<sup>121</sup>

Das gesellschaftliche Bündnis, das für manche Umweltschutzmaßnahmen zusammengebracht werden kann, ist selbst in den achtziger Jahren wesentlich breiter als dasjenige, das Industriearbeiter für die Sicherung ihrer Gesundheit und Unversehrtheit in der Arbeit in die Waagschale werfen können.

Innerhalb des Arbeitsministeriums hat die OSHA die Aufgabe, Standards zu entwickeln, zu erlassen, durch Inspektionen zu kontrollieren und mittels Strafandrohungen durchzusetzen. Mit der Occupational Safety and Health Review Commission (OSHRC) hatte man eine (von der OSHA) unabhängige Kommission geschaffen, die über die Berechtigung der Anklagen befindet. Eine solche Konstruktion ist bei anderen amerikanischen Bundesbehörden unüblich.<sup>122</sup> Die OSHRC entwickelte sich besonders jetzt zu einer Appellationsinstanz der Arbeitgeber, die in Fragen der OSHA auferlegten und von ihr geforderten Beweislast noch restriktivere Bedingungen entwickelt hat als selbst der Oberste Gerichtshof.<sup>123</sup>

Ein weiteres Beispiel für die Vielzahl eingebauter Behinderungen, die sich im Sinne der Ökonomisierung des Arbeitsschutzes auswirken, ist die Anwendungspraxis des »Gesetzes zur Eindämmung der Papierflut« (Paperwork Reduction Act von 1980) auf die OSHA. Das Office of Management and Budget (OMB) des Präsidenten besteht aus Wirtschaftswissenschaftlern, in deren Kompetenz die Bestimmung der Prioritäten der OSHA liegt. Nach dem PRAct muß beim OMB die Genehmigung zur Sammlung von Daten eingeholt werden. Das OMB hat ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Messungen am Arbeitsplatz sowie Kennzeichnungen und Warnungen

»als papierintensiv eingestuft und zurückgewiesen oder eine nochmalige Überprüfung zur Auflage gemacht. Im Falle des Standards zur Aufklärung über Gesundheitsgefahren verpflichtete ein Bundesgericht die OSHA dazu, den Standard auf alle Arbeitnehmer zu erstrecken und nicht, wie ursprünglich vorgesehen, nur auf die Hersteller gefährlicher Substanzen zu beschränken. Dabei wies das Gericht ausdrücklich die gegenteilige Auffassung des OMB zurück. Erfolgreich war das OMB dagegen bei den Standards über Lärm, Äthylenoxid und Staubkonzentrationen in Getreidesilos, wo eine deutliche Entschärfung der Bestimmungen gelang.«<sup>124</sup>

---

121 Shapiro/McGarity (1989, S. 46).

122 Noble (1986, S. 95 f.).

123 Shapiro/McGarity (1989, S. 57 ff.).

124 Kilimnik (1992, S. 45 f.).

6. *Schwächung der Kontroll- und Sanktionsfähigkeit:* Angesichts der widersprüchlichen Interessenkonstellation, in der sich die Arbeitsschutzbehörde befindet, hängt die Realisierung der Normen sehr stark davon ab, welche Abschreckungswirkung das Sanktionssystem entfalten kann. Die OSHA war 1985 noch mit etwa 1 000 Inspektoren (686 für Sicherheit und 377 für Gesundheit) ausgestattet, die für 29 Staaten zuständig waren. Weitere 25 Staaten verfügen über von der OSHA genehmigte eigene Inspektionen mit weiteren 732 Sicherheits- und 342 Gesundheitsinspektoren. Nur ein winziger Bruchteil der amerikanischen Arbeitsplätze kann somit kontrolliert werden, man spricht von 1 bis höchstens 2 Prozent. Wenn der Arbeitgeber der OSHA den Zutritt zum Betrieb verweigert, muß diese einen richterlichen Durchsuchungsbefehl erwirken. Die personellen Restriktionen, denen die OSHA gleich 1981 ausgesetzt wurde, wirkten sich auf die Praxis des Arbeitsschutzes über den verminderten Abschreckungseffekt aus, den die OSHA entfalten kann.

Aus einem Referat zur OSHA, das auf der Tagung der Arbeitsschutzinitiative von Connecticut (»Connecticosh«) im Sommer 1984 gehalten wurde, sind folgende - damals aktuelle - Maßnahmen und Änderungen zu entnehmen, die in der Deregulierungsphase zur Schwächung der Aufsichts- und Kontrollfunktion der Arbeitsschutzbehörde unternommen worden sind<sup>125</sup>:

- Den Unternehmen sind Inspektionen im voraus mitzuteilen.
- Allgemeine Sicherheitsinspektionen, die bislang in Betrieben mit besonderen Risiken und Gefahren durchgeführt worden sind, können abgesetzt werden, wenn aus deren Aufzeichnungen hervorgeht, daß die Rate der »verlorenen Werktage« unter dem nationalen Durchschnitt liegt. Die Aufzeichnungen werden allgemein als nicht zuverlässig angesehen.
- Geldstrafen für (leichte und schwere) Verletzungen der Normen müssen erneut überdacht werden, wenn der zu ahndende Tatbestand von den Betrieben innerhalb einer zu setzenden Frist abgestellt wird, es sei denn, daß Vorsatz nachgewiesen werden kann oder es sich um einen Katastrophenfall handelt.
- Die Generalklausel (General Duty Clause), der zufolge die OSHA einen Arbeitgeber vorladen konnte, wenn eine ungewöhnlich große Anzahl von Beschäftigten am Arbeitsplatz Krankheitssymptome aufweist, selbst wenn kein entsprechender Standard vorhanden war, darf nicht mehr befolgt werden.

---

125 Elling (1986, S. 399 f.).

- Die Anzahl und die Effizienz der Inspektionen sind nicht nur durch Entlassungen von Inspektoren erheblich herabgesetzt worden, sondern auch durch die erwähnten Außerkraftsetzungen und Abschwächungen von Standards und zahllose administrative Anordnungen und Veränderungen.
- Zwischen 1981 und 1984 ist die Gesamtzahl der Inspektionen um 19 Prozent zurückgegangen, der nachfolgenden Kontrollen um 69 Prozent, die Anzahl der Anklagen wegen schwerer Verstöße um 30 Prozent, die Geldstrafen insgesamt um 44 Prozent; die Zahl der abgewiesenen Beschwerden erhöhte sich um 200 Prozent, und die Einsatzstunden pro Fall für die Gesundheitsinspektoren verminderten sich um 31 Prozent.<sup>126</sup>
- Die Ausstattung mit persönlicher Körperschutzausrüstung, die bis dahin nur als Mittel der zweiten Wahl im Vergleich zur technischen Beseitigung oder Einkapselung der Risiken erlaubt war, ist in den Rang der Mittel der ersten Wahl erhoben worden.
- Die Absetzung der Krebs-Strategie (carcinogens policy) der OSHA wurde noch dadurch ergänzt, daß Kosten-Nutzen-Analysen für weitere Standards obligatorisch wurden.

Es zeigt sich in diesen Maßnahmen die zielgerichtete Entschlossenheit, mit der präventive Interventionen in der Produktion behindert, eliminiert oder in Zumutungen für die Beschäftigten (Schutzkleidung) verwandelt werden, wenn die Machtverhältnisse dies gestatten.

Die Unterausstattung mit Personal bei gleichzeitig überlegener Rechtsposition der Unternehmen hat zu gewissen bürokratischen Pervertierungen geführt. Aufgrund einiger eher formaler Beanstandungen (z.B. bei Verletzung von Berichtspflichten) kann die OSHA sehr hohe Geldstrafen, manchmal in Millionenhöhe, verhängen. In dieser Höhe drückt sich seitens der Behörde allerdings die Antizipation der Tatsache aus, daß die Unternehmen diese Beträge fast immer herunterhandeln können. Bei den Berufungsverfahren vor der Occupational Safety and Health Review Commission (OSHRC) befindet sich der Arbeitgeber in einer relativ sicheren Position. Die OSHA muß gegen deren Entscheidung entweder auf eine Streitbeilegung im Verhandlungswege hoffen (also sich herunterhandeln lassen) oder einen jahrelangen Prozeß in Kauf nehmen. 1986 wurde lediglich in drei von 35 Fällen, in denen

---

126 Eine aus persönlichen Praxiserfahrungen stammende Einschätzung der Inspektions-tätigkeit gibt Lofgren (1989, S. 113-129); genauere Aufstellungen siehe Noble (1986, S. 180-188).

die Buße 100 000 Dollar überschritten hatte, die ursprüngliche Summe beibehalten.<sup>127</sup>

Wenn es allerdings um schwere Schädigungen der Gesundheit und Unversehrtheit oder substantielle Verstöße wie den Tod von Arbeitnehmern geht, hat die OSHA noch viel schlechtere Karten: In der Periode marktradikaler Hegemonie, zwischen 1981 und 1985, starben über 300 000 Arbeiter an Berufsunfällen und -krankheiten. Während der gesamten Zeit wurde von der Staatsanwaltschaft nur in zehn Fällen eine Anklage in Erwägung gezogen, und lediglich zwei Verantwortliche wurden erfolgreich angeklagt. Ab 1986 ist die Justiz in Sachen OSHA wieder etwas aktiver geworden.<sup>128</sup> An folgendem hat sich aber auch seither noch nichts geändert:

»Für den Fall der vorsätzlichen Verletzung eines OSHA-Standards, die den Tod eines Arbeitnehmers verursacht, sieht das Bundesgesetz von 1970 eine Höchststrafe von nur 10 000 Dollar und eine Freiheitsstrafe von allenfalls sechs Monaten vor. Von 1970 bis 1988 überwies die OSHA 42 Fälle an die US-Staatsanwaltschaft. Dabei leiteten die Staatsanwälte in 14 Fällen tatsächlich ein Strafverfahren ein; zehnmal wurde eine Verurteilung zu Geldstrafen ausgesprochen. Zu einer Haftstrafe kam es dagegen in keinem Fall.«<sup>129</sup>

Navarro wies schon 1976 darauf hin, daß Gesetzgebung und Justiz dem Verfassungsrecht auf Privateigentum die Priorität gegenüber Gesundheit und Unversehrtheit einräumen:

»Beispielsweise steht der erschreckende Mangel angemessener Gesetze zum Schutz der Arbeiter in einem höchst auffälligen Gegensatz zur breiten Vielfalt von Gesetzen zum Schutz des Privateigentums und seiner Eigentümer.«

Er zitiert die drastische Feststellung eines amerikanischen Gewerkschaftsvorsitzenden:

»Wenn ein Fabrikarbeiter rücksichtslos Auto fährt, wird er seinen Führerschein verlieren, muß eine schwere Geldstrafe zahlen und möglicherweise einige Zeit im Gefängnis verbringen. Aber wenn ein Fabrikbesitzer seine Fabrik rücksichtslos betreibt und 500 Arbeiter durch Quecksilbervergiftung zu Krüppeln werden, wird er wohl kaum die Erlaubnis, ein Unternehmen zu führen, verlieren und sicher niemals ins Gefängnis gehen müssen. Möglicherweise wird er nicht einmal eine Strafe zu bezahlen haben.«<sup>130</sup>

Auch bei der Verfolgung von Straftaten fällt wieder die Asymmetrie der Möglichkeiten der OSHA und der Umweltbehörde EPA auf. Der Umweltkriminalität wird eine weit höhere Bedeutung zugemessen als der Arbeitsschutzkriminalität: 1988 standen der EPA 50 von der Bundesregierung zur

---

127 Kilimnik (1992, S. 55 f.)

128 *Safer Times*, hrsg. von Philadelphia Area Project on Occupational Safety & Health (Philaposh), No. 83, 1988, S. 5.

129 Kilimnik (1992, S. 56).

130 Navarro (1976, S. 12).

Verfügung gestellte Kriminaluntersuchungsbeamte, 20 FBI-Agenten und acht speziell geschulte Staatsanwälte zu Verfügung. Die OSHA hingegen kennt solche Personalzuordnungen überhaupt nicht, obwohl Arbeits- und Umwelt Risiken häufig auf eine gemeinsame Ursache zurückgehen.

Nun könnte man sich vorstellen, daß die fehlenden Kapazitäten für Inspektionen im Betrieb wenigstens teilweise kompensiert werden können durch die Aufmerksamkeit der Beschäftigten, die das gesetzlich verbrieftete Recht haben, sich bei Verstößen gegen das Arbeitsschutzgesetz mit einer Beschwerde an die OSHA zu wenden. Sie dürfen deswegen in der Arbeit nicht diskriminiert werden. Wie wird damit verfahren? Eine Basisinitiative aus Philadelphia forderte ihr Recht nach dem Gesetz für Informationsfreiheit und konnte entsprechendes statistisches Material von der OSHA erhalten: Zwischen 1983 und 1988 haben sich in New Jersey, Pennsylvania und Delaware 406 Arbeiter bei der OSHA beschwert. Nur vier Beschwerden, das ist 1 Prozent, wurden von der OSHA zur Grundlage für eine Anklage genommen, 5 Prozent wurden außergerichtlich beigelegt, in 36 Prozent der Fälle wurde empfohlen, die Beschwerde zurückzuziehen, 35 Prozent der Beschwerden wurden ohne eine betriebliche Überprüfung zurückgewiesen.<sup>131</sup>

#### 6.2.4 Arbeitsschutz im Zeichen entwerteter Industriearbeit

Zusammenfassend kann man von einem grundlegenden Dilemma zwischen Durchsetzbarkeit und Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitspolitik sprechen: Während die gesundheitliche Effektivität von Maßnahmen oder Regelungen dort am günstigsten ist, wo - wie bei der Investitionsentscheidung - die Entstehung der Gesundheitsrisiken und -gefahren vermieden oder vermindert werden kann, bevorzugt die politische Ökonomie des Unternehmens gerade solche Maßnahmen und Regelungen, die möglichst wenig in den Kernbereich der Managemententscheidungen über die Produktion - und damit in den Ort der Risikoenstehung - eingreifen.<sup>132</sup>

Wohlgemerkt: Der in diesem Dilemma sich ausdrückende Widerspruch zwischen (Betriebs-)Wirtschaftlichkeit und Gesundheit tritt um so schroffer zutage, je leichter die wirtschaftlichen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen es den Unternehmen machen, die produktionsbedingten Gesundheitsprobleme in irgendeiner Weise zu externalisieren. Selten wird dabei

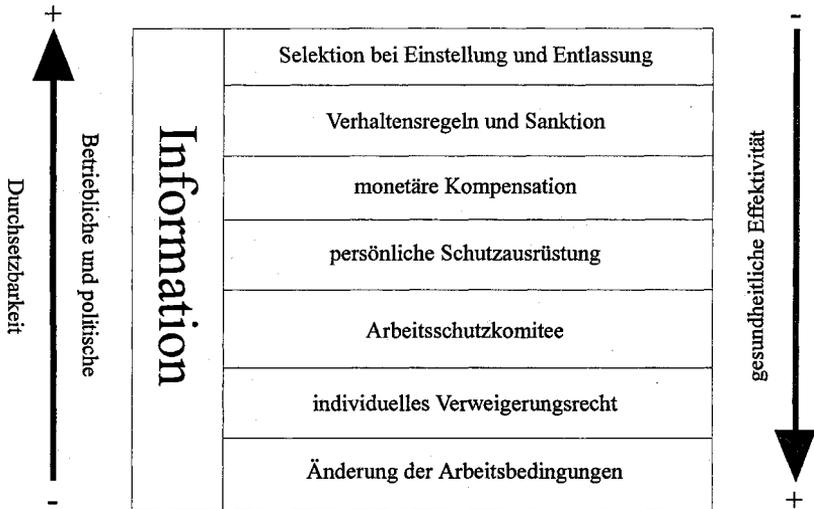
---

131 *Safer Times* (1988, S. 4).

132 Vgl. Rosenbrock (1982); Kühn (1982).

beachtet, daß wirtschaftsliberale Rahmenbedingungen es den in Konkurrenz stehenden Unternehmen nicht nur »gestatten«, die Kosten der betrieblichen Lösung dieser Probleme zu minimieren; das würde heißen, die generell sich herstellende Tendenz als ledigliche Abwesenheit von »gutem Willen« zu verstehen. Vielmehr ist es so, daß die marktradikale Tendenz der achtziger Jahre jenen Konkurrenten Nachteile bringen mußte, die die darin enthaltenen kurzfristigen Chancen nicht zu nutzen verstanden.

Abbildung 6.4: Dilemma betrieblicher Gesundheitsstrategie



Mit aller Vorsicht, die man sich gegenüber Schemata im allgemeinen und angesichts der dünnen Empirie im besonderen zu bewahren hat, kann von den wenigen generell ermittelbaren Vertragsgegenständen gesagt werden, daß die Wahrscheinlichkeit ihrer betrieblichen Realisierung in einem umgekehrten Verhältnis zu ihrer präventiven Effektivität steht.<sup>133</sup> Man kann eine Skala mit abnehmender Realisierungs- und zunehmender Effektivitätswahrscheinlichkeit aufstellen (vgl. Abbildung 6.4): Beginnend mit den finanziellen

133 Dies ist im Sinne einer Tendenzaussage des Inhalts gemeint, daß sich unter ansonsten konstanten Bedingungen Prioritäten einerseits und Effektivitäten andererseits real herausbilden, die im Durchschnitt dieses Dilemma zwischen Durchsetzbarkeit und Wirksamkeit aufweisen.

*Kompensationen* (1) kann man eine zunehmende Wirksamkeit annehmen bei Regelungen über *Schutzbekleidung* (2), dem Vorhandensein betrieblicher *Arbeitsschutzkomitees* (3) und individuellen *Verweigerungsrechten* (4) bis hin zur gesundheitsgerechten Gestaltung der *Arbeitsbedingungen* möglichst schon im Zuge der Investitionsplanung (5). Soweit die häufig bestehenden allgemeinen Klauseln und Verpflichtungen zum Arbeitsschutz (vgl. Tabelle 6.1) *Verhaltensregeln und -sanktionen* (z.B. für sicherheitswidriges Verhalten der Beschäftigten) enthalten, dann wären sie auf den Rängen (1) und (2) anzusiedeln. Auf der gesamten Skala einzuordnen sind die *Informationen*. Sie sind für alle Regelungstatbestände unbedingt erforderlich, und sie sind zugleich eine wichtige strategische Größe, bei der es um Ausmaß und Qualität geht, also nicht nur um die kognitiven Grundlagen des Handelns, sondern um die Art der Thematisierung des Problems. Ob diese Reihenfolge konkret zutrifft, wird immer von der konkreten Ausgestaltung abhängig sein. Von betrieblichen Arbeitsschutzkomitees beispielsweise müßte man wissen, ob sie nur formal existieren oder ob sie effiziente Gremien mit Kompetenz sind, in denen Beschäftigte und Management Gesundheitsprobleme definieren, ermitteln und präventiv verarbeiten. Ganz widersprüchlich und darum ohne weitere Attribute nicht einzuordnen sind medizinische Untersuchungen, auf die gesondert einzugehen ist.

Wollte man die zentralen Merkmale der empirischen Arbeitsschutzpraxis graphisch darstellen, so könnte man sie auf einer Achse auftragen. Auf deren linkem Ende wäre das *präventionspolitische Ideal* eingetragen, mit folgenden wichtigsten Kriterien:

- frühzeitige Berücksichtigung der Gesundheitserfordernisse bereits in der Investitionsplanung;
- Integration des Gesundheitsziels in den technischen, wirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Kontext des Betriebes;
- Risikoeliminierung und -senkung bei möglichst großer Unabhängigkeit von individuellen Einstellungs- und Verhaltensweisen etc.

Das rechte Ende wäre dem betriebswirtschaftlichen *rentabilitätsorientierten Ideal* vorbehalten, dessen wichtigste Kriterien sind:

- Externalisierung betrieblicher Gesundheitsprobleme (Personalpolitik, Produktpolitik, Emissionen etc.);
- keine Intervention in Kernbereich unternehmerischer Entscheidungen (Investitionen, Produktwahl, Arbeitsorganisation etc.);

- wenn nicht externalisierbar, dann sind Gesundheitsprobleme aus dem Kontext zu isolieren und zu individualisieren (Verhaltensregeln, Kontrolle, Sanktionen, persönliche Schutzausrüstungen etc.);
- monetisier- und kalkulierbar (finanzielle Kompensationszahlungen an Beschäftigte, Unfallversicherung, Geldstrafen).

Nimmt man die USA der achtziger Jahre als eine Art natürliches Experiment, dann ist der variierte Faktor in der »Versuchsanordnung« die veränderte Machtkonstellation in den industriellen Beziehungen sowie der politischen Hegemonie (Neoliberalismus, angebotsorientierte Wirtschaftspolitik). Die betriebliche Arbeitsschutzpraxis ist auf der Mikro- wie auch der Makroebene auf der gedachten Achse deutlich in Richtung auf das rentabilitätsorientierte Ideal verschoben worden. Wie die Tabellen 6.1 und 6.2 nahelegen, ist der Anteil der betrieblichen Regelungen über Arbeitsbedingungen und Arbeitsumwelt abhängig von der Gewerkschaftspräsenz (16,4 Prozent gegenüber 6,3 Prozent). Ähnlich gilt ein solcher Zusammenhang auch für die gemeinsamen Sicherheitskomitees, in denen Konflikte aufgeworfen und durch Kompromisse beigelegt werden können. Hier ist das Verhältnis 55,0 zu 19,9 Prozent (entsprechend auch in Tabelle 6.1). Der dramatische Niedergang der Gewerkschaften läßt hier also auf entsprechende Tendenzen schließen. Das gleiche gilt für die monetäre Abgeltung von Gefährdungen und die Lösung von Gesundheitsproblemen durch Verhaltenslasten für die Arbeitnehmer. Es sind dies Tendenzen, die man aufgrund der oben angestellten Überlegungen zum »herrschaftsbedingten Reduktionismus« der Präventionspolitik entsprechend der »konservativen Ätiologie« erwartet hätte. Das trifft ebenso zu für die Tendenzen zur Ausdehnung der medizinischen Untersuchungen in den Betrieben, die auf entsprechende Externalisierungsstrategien (unter anderem durch Diskriminierung von »Risikopersonen«) hinweist.

Welche Position würden die einzelnen Elemente der heute gängigen lebensstilbezogenen Gesundheitsförderung auf einer solchen Skala einnehmen? Ihr Interventionsbereich ist teilweise noch weiter von den Arbeits- und Produktionsbedingungen entfernt als etwa die betrieblichen Verhaltenssanktionen gegenüber Beschäftigten, die gegen Sicherheitsvorschriften verstoßen (z.B. wenn sie ihren Schutzhelm nicht tragen). Gesundere Ernährung, Fitness oder die Enthaltensamkeit gegenüber dem Tabakgenuß sind Gesundheitstugenden, die nicht die »Arbeitskraft« erlernt und übt, sondern die »Privatperson«. Vor dem Hintergrund des skizzierten Dilemmas ist die Annahme sehr plausibel, daß bei zunehmender Liberalität der staatlichen Rahmenbe-

dingungen privater Produktion die relative Häufigkeit jener realisierten Gesundheitsmaßnahmen und Regelungen zunimmt, die am wenigsten mit den Entstehungsbedingungen der betrieblichen Risiken und Gefahren interferieren. Damit wäre eine der Bedingungen formuliert, denen sich die Ausbreitung von betrieblichen Gesundheitsförderungs- bzw. »wellness«-Programmen gerade in den achtziger Jahren verdankt.

Die Ökonomisierung des betrieblichen Arbeitsschutzes hat auf der Makroebene ihre Entsprechung in der Deregulierungspolitik. Die OSHA erfüllte mehrere Kriterien, die sie in das Fadenkreuz der Reagan-Administration rückten. Sie ist erstens eine sozialstaatliche Institutionen, zweitens interveniert sie in die Privatwirtschaft und verletzt damit ein amerikanisches Tabu, dem zufolge die Entscheidungsfreiheit der Kapitaleigner und ihres Managements sakrosankt ist, und drittens handelt es sich bei ihrer Klientel primär um die Industriearbeiterschaft. Auch dies hat zur vergleichsweise schwachen Stellung der OSHA beigetragen, denn es geht ja vor allem um die Gesundheit des statusniedrigeren Teils der Arbeitnehmer. Deren Position auf den Arbeitsmärkten war seit den siebziger Jahren besonders schwach geworden, ebenso wie ihre gesundheitliche Lage - so muß man es schätzen (vgl. Kapitel 2) - zumindest stagnierte, wenn nicht gar sich verschlechtert hat. Durch Rationalisierungswellen, den industriellen Strukturwandel sowie das Bevölkerungswachstum hat sich ihr Knappheitsgrad ungünstig entwickelt, und der Niedergang der Gewerkschaften hat sein übriges getan. Damit verfügte die OSHA nicht über das Maß an politischer Unterstützung, das für die erfolgreiche Gegenwehr erforderlich gewesen wäre. Der geringe Abschreckungseffekt der OSHA als Kontroll- und Sanktionsinstanz verdankt sich also zunächst dem veränderten politisch-ökonomischen Gleichgewicht, das dann von der Reagan-Administration genutzt und vertieft wurde. Die besonders krasse Lähmung der Funktionsfähigkeit dieser Behörde, die - wie ein Papier der AFL-CIO es ausdrückt - »vom Wachhund der Arbeitssicherheit zum Schoßhündchen der Arbeitgeber« verändert wurde, ist durch die Kombination von Kürzungen, Personalpolitik, Einschüchterung und dem Aufbau immer höherer legaler Hindernisse und Organisationsdefizite im Zuge der Deregulierungspolitik mit großer Konsequenz betrieben worden. Die OSHA ist zwischen 1980 und 1985 weitgehend um ihre - zumindest potentielle - präventive Funktionsfähigkeit gebracht worden. Sicher trifft das für ihre Abschreckungswirkung bei der Kontrolle geltender Vorschriften zu. Wo beispielsweise vorher Betriebe bestimmte Gefahren und Risiken beseitigten, weil auch die tatsächlich nicht inspizierten Betriebe mit einer Inspektion

immer rechnen mußten, werden die 1 bis 2 Prozent der Betriebe nun vorher über die Inspektion in Kenntnis gesetzt, und der übergroße Teil kann sich, wie gezeigt, recht sicher sein, daß Verstöße wenig Chancen haben, aufgedeckt zu werden.

Viele Befürworter eines verbesserten Arbeitsschutzes in den USA argumentieren ökonomisch und wollen die Unternehmensleitungen davon überzeugen, der Arbeitsschutz rentiere sich zumindest auf längere Sicht und entspreche ihrem ökonomischen Interesse. Das erwies sich gerade in der betrieblichen Prävention als Bumerang. Nicht zufällig wurde von Reagans härtesten Anti-Regulierungsbeamten und -beratern Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Effektivitäts-Berechnungen zur Qualifikation aller Arbeitsschutzvorschriften verlangt und durchgesetzt. Ist die menschliche Gesundheit erst einmal betriebswirtschaftlich relativiert, dann steht sie auch zur Disposition, wenn sich die ökonomischen Bedingungen verändern, wenn - wie geschehen - die Arbeitskraft ihren Wert verliert und der Arbeitsmarkt ein großes Angebot bereit hält. Der Reallohnrückgang bei den Industriearbeitern während der gesamten achtziger Jahre zeigt, wie sehr die Arbeitskraft vieler industrieller Bereiche durch Strukturwandel, Rationalisierung, Immigration etc. entwertet worden ist. Die Ökonomisierung des Arbeitsschutzes drückt sich darin aus, daß nach Aufwand, Umfang und Qualität diese Entwertung nachvollzogen wird, also gerade der Rentabilitätslogik folgt, auf die sich die ökonomisch-immanent argumentierenden Arbeitsschützer berufen.

Dieser These wird entgegengehalten, die Realität zeichne sich durch Kompromisse aus. Man weist auf die Überlappungsbereiche von Rentabilität und Gesundheit hin und nimmt sie als Beleg, daß es sich nicht um einen Widerspruch handeln könne. Selbstverständlich gibt es Überlappungsbereiche, in denen ein betrieblicher Mehraufwand zugunsten der Gesundheit in einem bestimmten Zeitrahmen die Rentabilität sogar erhöhen kann. Die Ökonomen bezeichnen diesen Mehraufwand als Investition in »Humankapital«. Dies ist eine gelungene Begrifflichkeit, weil sie den realen Sachverhalt der ökonomischen Relativierung an der Rentabilitätserwartung ausdrückt. Die Widerspruchsbeziehung kann in einem empirischen Überlappungsbereich stillgelegt sein. Sie ist damit aber nicht verschwunden, sondern lediglich latent gehalten. Das zeigt sich im Falle der Veränderung wirtschaftlicher Rahmenbedingungen, wenn z.B. der Knappheitsgrad der Arbeitskräfte sich verringert oder die Kostenüberwälzung über den Preis eine Veränderung erfährt. Vor allem darf nicht vergessen werden, daß sich die Rentabilität konkreter Arbeitsschutzmaßnahmen meist nur sehr unzureichend kalkulieren läßt und ohnehin

das »ordnungspolitische« Interesse der Kapitaleigner ein nicht rechenhaftes, aber sehr starkes Gewicht hat.

Die Prävention von Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen bleibt also, selbst wenn sie rentabel erfolgen kann, angewiesen auf die sozialstaatlichen Versuche der demokratischen Gesellschaft, um ihres Selbstschutzes willen in den Prozeß der wirtschaftlichen Verwertung von Arbeitskraft und Natur deren Schutz zu implantieren. Der Mensch ist daher auch Naturwesen, seine Gesundheit ist daher *auch* durch (physiologische, anatomische usw.) Naturgesetze bestimmt, die der Betriebswirtschaft ebensowenig zu Gebote stehen wie im Falle der äußeren Natur. Die Logik der Gesundheitssicherung kann also nicht in der betriebswirtschaftlichen Logik aufgehen.

## 6.3 Medizinische Untersuchungen im Betrieb: Prävention oder Selektion?

### 6.3.1 Ambivalenz

Tabelle 6.1 (S. 313) zeigt einen steigenden Trend bei Tarifverträgen, in denen medizinische Untersuchungen der Arbeiter ausgehandelt worden sind, von 12 Prozent im Jahr 1957 auf 22 Prozent zwanzig Jahre später.<sup>134</sup> Diese Entwicklung dürfte sich fortgesetzt haben und auch für die nicht gewerkschaftlich organisierten Betriebe gelten. Ebenso wie Gesundheitsprobleme durch Entwicklungen gelöst oder gemildert werden können, die außerhalb des Rahmens von Gesundheitspolitik und Medizin liegen (z.B. Wegfall schwerer körperlicher Arbeit), können auch medizinische Maßnahmen zur Lösung anderer als gesundheitlicher Probleme instrumentalisiert werden. Medizinische Tests im Betrieb können helfen, Risiken früher aufzudecken und für die Individuen Krankheiten und Risikofaktoren frühzeitig festzustellen sowie präventive oder kurative Maßnahmen einzuleiten. Aber die Ergebnisse solcher Untersuchungen können auch der personalwirtschaftlichen Rationalisierung dienen. Die Analyse der Rolle der Medizin in der Arbeitswelt muß daher für alle Inhalte und Funktionen, die sie annehmen und erfüllen kann, offen sein.

---

<sup>134</sup> In den Begriff »medizinische Untersuchungen« sind Labortests eingeschlossen.

Mit medizinischen Früherkennungsuntersuchungen und Screening-Tests<sup>135</sup> in den Betrieben, wie überhaupt mit der Ermittlung und Sammlung von Informationen über den Gesundheitsstatus von Arbeitnehmern, hat es eine besondere Bewandnis. Auf der einen Seite können solche Informationen dazu dienen, therapeutische Maßnahmen im Frühstadium einer Krankheit zu ergreifen, Schutzmaßnahmen einzuleiten, die Exposition zu reduzieren oder gar entsprechende Gefährdungen und Risiken auszuschalten. Aber auf der anderen Seite sind Informationen über den Gesundheitsstatus zugleich auch fast immer Informationen über eine möglicherweise beeinträchtigte oder gefährdete Arbeitsfähigkeit des betreffenden Menschen.<sup>136</sup> Vom Verkauf dieser Arbeitsfähigkeit hängt aber seine soziale Sicherheit und sein Einkommen ab. Werden in Betrieben also medizinische Untersuchungen durchgeführt, dann kommt für die Beschäftigten mit positiven Befunden zu ihrem persönlichen Gesundheitsrisiko noch das wirtschaftliche und soziale Risiko hinzu, den Arbeitsplatz und damit die zentrale Erwerbsmöglichkeit zu verlieren. Mehr noch: Da für etwa 75 Prozent der amerikanischen Krankenversicherten ihr Versicherungsschutz an den Arbeitsplatz gebunden ist, ist die Gefahr groß, diesen ausgerechnet im Falle größter Notwendigkeit zu verlieren. Die aufgrund erhöhten Krankheitsrisikos aus dem Arbeitsmarkt Ausgegrenzten sind oft nicht in der Lage, die für sie besonders hohen Prämien der individuellen Privatversicherung aufzubringen.<sup>137</sup>

Es gibt noch einen dritten Aspekt medizinischer Untersuchungen im Betrieb: Mit dem Lebensstilansatz hat sich das Spektrum von Gesundheitsproblemen, für die sich die Arbeitgeber interessieren, erheblich ausgeweitet. Wenn beispielsweise getestet wird, ob ein Bewerber oder ein Angestellter Drogen konsumiert oder Alkoholiker ist, dann ermöglicht das dem Arbeitgeber einen Einblick in und - durch sein beträchtliches Sanktionspotential - auch Einfluß auf die private Lebensführung außerhalb der Arbeit.<sup>138</sup>

Da in der Regel die Furcht vor der Ausgrenzung aus der Erwerbsarbeit größer ist als die vor späterer Erkrankung, neigen die Arbeitnehmer in ihrer Mehrheit eher dazu, Screening-Tests im Betrieb abzulehnen, auch wenn sie solche Untersuchungen für sich genommen als sinnvoll ansehen. In einer

---

135 Siebtests sind einfache Suchmethoden, die an einer großen Zahl von Personen durchgeführt werden können, um eine bestimmte Krankheit (z.B. Diabetes mellitus) aufzudecken.

136 Kühn (1982, S. 111 f.).

137 Die selektive Funktionsweise des amerikanischen Versicherungssystems wird im besonders veröffentlichten zweiten Teil dieser Studie untersucht.

138 Conrad/Chapman Walsh (1992).

1985 zur Einstellung gegenüber genetischen Tests durchgeführten Umfrage wurde gefragt: »Sollte der Arbeitgeber das Recht haben, Bewerber zu zwingen, sich genetischen Tests zu unterziehen, auch wenn die vorhergesagte Krankheit erst nach 20 Jahren eintritt?« Nur 11 Prozent der Befragten stimmten solchen Tests auf die erbliche Veranlagung zu unheilbaren Erkrankungen zu. Aber mehr als 50 Prozent der Befragten würden sich solchen Tests unterziehen, wenn deren Ziel ein medizinisches wäre und nicht in Verbindung mit Unternehmensentscheidungen stünde.<sup>139</sup> Die Differenz zwischen den 11 und 50 Prozent verdankt sich dem Bewußtsein von der Ambivalenz medizinischer Untersuchungen im Betrieb.

Von der Interessensposition des Arbeitgebers aus gesehen kann es sinnvoll sein, möglichst viele Informationen über die künftige Verwertbarkeit des betrieblichen Arbeitskräftepotentials zu erlangen. Dadurch ist das Krankheitsrisiko zu einem wichtigen Selektionskriterium bei den personalwirtschaftlichen Entscheidungen der amerikanischen Unternehmen geworden. Eine Studie des Amtes für Technologiefolgenabschätzung (OTA) beim Kongreß der Vereinigten Staaten über »Medizinische Untersuchungen und Krankenversicherung« faßt diesen Sachverhalt wie folgt zusammen:

»Indem die Arbeitgeber [durch medizinische Tests, HK] Bewerber identifizieren, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko insbesondere für chronische Krankheiten haben, und diese dann nicht einstellen, sparen sie die Kosten verminderter Arbeitsproduktivität und verlorener Arbeitszeit (einschließlich der Kosten für Einstellung und Training sowie für Springer, die fehlende Beschäftigte vertreten).«

Soweit ist das Kostenkalkül mit dem von europäischen Arbeitgebern noch identisch. Durch die arbeitgebergetragene Krankenversicherung kommt aber ein wichtiger wirtschaftlicher Anreiz zur Selektion mithilfe medizinischer Tests hinzu:

»Arbeitgeber, die ihren Beschäftigten eine Krankenversicherung anbieten, erzielen durch medizinische Untersuchungen ebenfalls eine Kostenersparnis. Die Anreize, Bewerber medizinisch zu untersuchen, mag für die einen Unternehmen bedeutender sein als für andere. So haben Arbeitgeber mit einer niedrigen Fluktuation und hohen Ausbildungskosten ein besonderes Interesse an einer medizinischen Einstellungsuntersuchung, ebenso auch die Arbeitgeber mit großzügigen Leistungen bei Krankheit und Invalidität. Unternehmen mit hoher Personalfluktuation hingegen haben möglicherweise kein Interesse an solchen Tests auf Krankheitsanfälligkeit, wenn die neu Eingestellten jung sind und die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß sie woanders beschäftigt sein werden, wenn die Krankheiten manifest werden. Auf der anderen Seite könnte gerade bei jungen Bewerbern ein größerer Anreiz bestehen, sie auf Drogenabhängigkeit zu unter-

---

139 »Business Week/Harris Poll: It's OK to 'Play God' - Within Limits«. In: *Business Week* vom 18.11.1985, S. 2921.

suchen, da der jüngere Teil der Arbeitskräfte mehr zum Drogenkonsum neigt.«<sup>140</sup>

Am Beispiel der medizinischen Screening-Tests wird die starke Interessenbedingtheit deutlich, der das praktische Verständnis von »Prävention« unterliegt. Vom Standpunkt der einzelwirtschaftlichen Sichtweise eines rentabilitätsorientierten Unternehmens ist es tatsächlich eine präventive Maßnahme, wenn z.B. »anfällige Arbeiter« von bestimmten Arbeiten oder auch aus dem Betrieb ausgeschlossen und durch andere ersetzt werden. Die nicht unerheblichen krankheitsbedingten Kosten können gesenkt werden. Das Gesundheitsproblem wird solchermaßen externalisiert, ebenso wie durch die Verschmutzung von Luft und Wasser betriebliche Produktionskosten durch Externalisierung eingespart werden können. Die Externalisierung betrieblicher Kosten erfolgt zu Lasten individueller Beschäftigter, die erkranken und/oder ihre Arbeit verlieren, und der Gesellschaft, die für einen Teil der Kosten aufzukommen hat, von Leid, Schmerz und Sorgen der betroffenen Familien und Freunde einmal abgesehen. Es entspricht dem Rationalverhalten der Unternehmen, dies zu tun, solange der Staat nicht institutionelle, wirtschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen herstellt, die es rationaler erscheinen lassen, die arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme auch in der Arbeit zu lösen.

Die Möglichkeiten der Gegenwehr für die Arbeitnehmer sind nicht sehr groß.<sup>141</sup> Das amerikanische Rechtssystem überläßt den Staaten viele Möglichkeiten, medizinische Tests in der Arbeitswelt durch eigene Normierung zu regulieren. Einschränkungen, die sich auf die Individualrechte der amerikanischen Verfassung berufen, können nur die Bediensteten der Bundesbehörden in Anspruch nehmen, da die einzelstaatlichen Gesetze Vorrang haben. Hier ist z.B. das Recht auf Schutz des Privatlebens unterschiedlich geschützt. Restriktionen für Tests gibt es z.B. in Kalifornien, Florida, Massachusetts und Texas, wo der Aids-Antikörper-Test von Arbeitgebern nicht eingesetzt werden darf. Andere Staaten - wie Connecticut, Iowa oder Minnesota - haben allgemeine Regeln und Kriterien für Tests aufgestellt, und wieder andere wie Utah fördern z.B. Drogentests, solange sie »fair and equitable« sind, da sie »im besten Interesse aller Beteiligten« sind. In gewissen Fällen mag auch das Bürgerrechtsgesetz von 1964 schützen, das die Diskriminierung aufgrund von Rasse, Geschlecht, nationaler Herkunft und Religion verbietet. Daraus geht hervor, daß ein triftiger Zusammenhang des

---

140 OTA (1988, S. 95).

141 Zum folgenden vgl. OTA (1988, S. 95 ff.).

Tests mit der konkreten Beschäftigung vorhanden sein muß und keine weniger diskriminierende Methode existiert.

Das nationale Arbeitsrecht der USA (speziell der National Labor Relations Act) bietet auch einen gewissen Schutz, den aber nur gewerkschaftlich organisierte Arbeitnehmer in Anspruch nehmen können. Gemäß der amerikanischen Gewerkschaftspraxis sind davon aber alle Bewerber - da sie noch keine Betriebszugehörigen sind - ausgenommen. Dem Prinzip nach müssen in gewerkschaftlich organisierten Betrieben die Bedingungen für Untersuchungen vorher verhandelt worden sein. Die Rechtssprechung kennt noch einige weitere Kriterien, die vor dem personalpolitischen Mißbrauch von Tests schützen sollen. Dennoch sind die Gegenwehrmöglichkeiten der Arbeitnehmer im Durchschnitt gering.

### 6.3.2 Verbreitung

Von solchen Untersuchungen sind vor allem Personen mit chronischen Erkrankungen betroffen. Ihre Einstellung wird möglichst vermieden, da sie, wie aus zahlreichen Studien bekannt ist, die Versicherungsprämien überdurchschnittlich erhöhen.<sup>142</sup> Stone berichtet, in welchem Ausmaß die Arbeitgeber sich der medizinischen Früherkennungs- und Einstellungsuntersuchungen bedienen: Arbeitgeber nutzen die Früherkennungsuntersuchungen auf Risikofaktoren als ein Instrument zur Verbesserung des betrieblichen Arbeitsschutzes und letztlich (wenn nicht in erster Linie), um ihre Kosten in den Griff zu bekommen. Sie setzen darauf, damit »schlechte Risiken« oder »überempfindliche« Arbeiter auszusondern und Fehlzeiten, chronische Erkrankungen, Kranken- und Invalidenversicherungskosten sowie Haftungsverluste für Berufsunfälle reduzieren zu können. Medizinische Untersuchungen vor der Einstellung sind weit verbreitet. Nach einer Studie des Gesundheitsministeriums über die Jahre von 1981 bis 1983 wurden von fast 27 Prozent aller Beschäftigten in kleinen Firmen (8 bis 249 Beschäftigte), fast 56 Prozent der Beschäftigten in mittelgroßen Firmen (250 bis 500 Beschäftigte) und fast 88 Prozent der Beschäftigten in großen Firmen mit über 500 Arbeitnehmern medizinische Einstellungsuntersuchungen verlangt. Insgesamt mußten sich 60 Prozent aller Arbeitnehmer solchen Untersuchungen vor der Einstellung unterziehen gegenüber 48 Prozent zehn Jahre zuvor. In bestimmten Branchen, vor allem Metall, Kohle, Öl und Transportausrüstung, wurden

---

142 Vgl. Bodenheimer (1990, S. 212).

über 90 Prozent der Beschäftigten von medizinischen Einstellungsuntersuchungen erfaßt. Aber das beschränkt sich keinesfalls auch die Schwerindustrie, zwischen 1981 und 1983 mußten sich annähernd 73 Prozent der Beschäftigten des Transportgewerbes und entsprechender öffentlicher Einrichtungen, 69 Prozent im Dienstleistungssektor und 62 Prozent in der verarbeitenden Industrie medizinischen Einstellungsuntersuchungen unterziehen.<sup>143</sup> Daten, die das National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) veröffentlicht hat, bestätigen sowohl die Größenordnung als auch die Trends.<sup>144</sup> Hier ist mit einer weiterhin eher steigenden Tendenz zu rechnen.

Die Häufigkeit von - meist periodischen - Untersuchungen während der Dauer des Arbeitsverhältnisses ist etwas geringer. Das trifft für alle Betriebsgrößen zu. Einem zweiten Survey, der von NIOSH zwischen 1981 und 1983 durchgeführt wurde, ist zu entnehmen, daß Unternehmen, die eigene Arbeitsschutzprogramme haben, und/oder gewerkschaftlich organisierte Unternehmen nicht mehr medizinische Untersuchungen durchführen als andere.<sup>145</sup> Die beiden Merkmale weisen in der Regel auf Betriebe, die ein überdurchschnittliches Niveau im Arbeitsschutz erreicht haben. Wenn sie aber dennoch keine höhere Rate an medizinischen Untersuchungen aufweisen, dann ist auch das ein Hinweis auf deren ambivalenten Charakter. Die Widersprüchlichkeit stellt auch Robinson fest:

»Einerseits sind die Gewerkschaften besorgt, daß positive Untersuchungsergebnisse als Grundlage für Entlassungen oder andere Formen der Diskriminierung benutzt werden könnten, andererseits dringen sie in den Verhandlungen zunehmend darauf, daß diese Tests durchgeführt werden.«<sup>146</sup>

Das NIOSH schätzte für 1983, daß insgesamt 36 Prozent der Arbeiter einem Blut- und 35 Prozent einem Urintest unterzogen werden. In den Großbetrieben sind es 69 und 66 Prozent.<sup>147</sup>

---

143 Stone (1989). Sie bezieht sich hier auf Ratcliffe/Halperin (1986). Das OTA (1988, S. 101) nennt geringfügig andere Zahlen, die aber die gleiche Struktur und Tendenz beschreiben.

144 Rothstein (1984; 1986); OTA (1988, S. 101).

145 Ratcliffe/Halperin et al. (1986).

146 Robinson (1988, S. 458).

147 OTA (1988, S. 102).

### 6.3.3 Genetische Tests

Was die genetischen Tests angeht, bleibt man auf unzureichende Einzelinformationen angewiesen. In den USA ist diese Art der Untersuchungen vor allem deshalb umstritten, weil genetische Eigenschaften häufig mit besonderen rassistischen oder ethnischen Merkmalen in Verbindung gebracht werden. Der Chemiekonzern Dupont Corporation hatte seit 1972 alle schwarzen Bewerber einem genetischen Test auf Sichelzellanämie unterzogen. Als dieses Vorgehen 1980 in der Öffentlichkeit bekannt wurde, wurde es dermaßen heftig als eine diskriminierende Praxis kritisiert, daß man diese Tests einstellte. In einigen Südstaaten wurde dieser Test und in New Jersey auch noch andere genetische Tests verboten.<sup>148</sup>

In der Anwendungspraxis lassen sich drei Typen von Tests unterscheiden: erstens das »genetic screening«, das nach ererbten Eigenschaften sucht, die Arbeiter für bestimmte Berufskrankheiten prädisponieren. Die zweite Art genetischer Tests ist das »genetic monitoring«, bei dem es darum geht, genetisch Schäden aufzudecken, die nach bzw. aufgrund der Exposition entstanden sind. Schließlich gibt es noch die teratogenetischen Tests in Labors, bei denen es darauf ankommt, Expositionen zu identifizieren, die möglicherweise zu Geburtsfehlern führen können, z.B. mit dem Ziel, Frauen im geburtsfähigen Alter von entsprechenden Arbeiten oder Arbeitsplätzen auszuschließen.<sup>149</sup>

Ende der achtziger Jahre wurden in den USA diagnostische DNA-Tests für einige Infektionskrankheiten und Tests für einige relativ seltene erbliche Krankheiten (z.B. Mukoviszidose, Sichelzellanämie) praktisch angewendet und auf dem Markt angeboten.<sup>150</sup> Das Amt für Technologiefolgen-Abschätzung (OTA) veröffentlichte eine Schätzung, der zufolge bereits für die erste Hälfte der neunziger Jahre ein beachtlicher Markt allein für DNA-Probetests zu erwarten sei. Für die USA rechnet man mit 2,6 Millionen Tests nur für reine Erbkrankheiten und mit 32,6 Millionen Tests, die im Bereich der Krankheiten anwendbar sein sollen, denen eine genetische Komponente beigemessen wird, wie z.B. der Alzheimerschen Krankheit, einigen Arten von Krebs, Herzkrankheiten und Diabetes mellitus.<sup>151</sup>

---

148 OTA (1988, S. 102).

149 Draper (1991, S. 40 ff.).

150 Zur neuesten Entwicklung vgl. Harper (1993).

151 OTA (1988, S. 132-157).

Über die Verbreitung genetischer Tests in der Arbeitswelt gibt es nur veraltete und vorsichtig zu gebrauchende Angaben. Eine Studie des OTA von 1982 über die Verbreitung genetischer Tests in den 500 größten Unternehmen ermittelte, daß damals nur 1,6 Prozent der Firmen und nur 4,6 Prozent in den letzten zwölf Jahren davor solche Tests durchgeführt hatten, und 15 Prozent beabsichtigten, in den nächsten fünf Jahren genetische Tests durchzuführen. Das OTA räumt aber selbst ein, dieses Ergebnis könne nicht als repräsentativ angesehen werden.<sup>152</sup> Eine größere Verbreitung legt eine andere Studie der OTA nahe, die 1986 bei biotechnischen Unternehmen über ihre Marktentwicklung gemacht wurde. Obwohl die Arbeitgeber nicht als bedeutende Abnehmer solcher Untersuchungsmethoden für das Jahr 1990 eingeschätzt wurden, hielten es dennoch fünf von zwölf biotechnischen Unternehmen für wahrscheinlich, daß bis zum Jahr 2000 Arbeitgeber genetische Tests nutzen werden, um Bewerber auszusieben. Sieben der zwölf Firmen meinten, daß die durch genetische Untersuchungen identifizierbaren Gesundheitsrisiken gut als Grund dienen können, um »anfällige Arbeiter« von gefährlichen Jobs auszuschließen. Neun der zwölf meinten, diese Anwendung sei im Jahre 2000 wahrscheinlich üblich.<sup>153</sup> Draper vermutet, daß diese Zahlen die Verbreitung und Relevanz untertreiben, kann aber selbst ebenfalls keine nennenswert genaueren Angaben liefern.<sup>154</sup>

Sicher ist es nicht übertrieben festzustellen, daß das, was Wissenschaftler für die Zukunft von solchen Tests erwarten und versprechen, sich dem betriebswirtschaftlichen Ideal des Arbeitsschutzes sehr stark nähert: Wenn die »Anfälligkeit« von Arbeitnehmern gegenüber bestimmten Expositionen ermittelt werden könnte, dann wären nicht mehr die Arbeitsbedingungen, sondern die Arbeitnehmer der zentrale Gegenstand präventiver Intervention im Betrieb. Sind sie für bestimmte Expositionen »anfällig«, dann werden sie nicht eingestellt bzw. nicht an bestimmten Arbeitsplätzen eingesetzt.

Mit den »Anfälligen« sind zugleich auch die ökonomischen Risiken potentiell pathogener Arbeit externalisiert. Die Last eines solchen »Arbeitsschutzes« tragen nicht die Unternehmen, sondern jene Personengruppen, die von der Arbeit ausgeschlossen werden, und die Gesellschaft, die mit dem Problem fertig werden muß, eine weitere Gruppe zu integrieren, der aufgrund ihrer Geburt relevante Lebens- und Teilhabechancen versperrt werden. Über die Wahrscheinlichkeit, mit der eine umfassende Leistungsfähig-

---

152 OTA (1983).

153 OTA, (1988, S. 103).

154 Draper (1991).

keit von Genom-Analysen erwartet werden kann, sind die Aussagen sehr widersprüchlich und können vom Autor nicht beurteilt werden.<sup>155</sup> In diesem Zusammenhang kommt es darauf auch nicht an. In jedem Fall steht fest: Allein die ökonomische Attraktivität der genetischen Tests für ihre industriellen Hersteller, Verwerter und Anwender (Arbeitgeber, Versicherungen, Medizin, Konsumenten) wird dazu führen, daß sie auch, mit national unterschiedlichen Einschränkungen, zur Anwendung kommen. Die praktische Frage in der betrieblichen Prävention wird sein, wie schwierig und teuer es künftig für einen Arbeitgeber wird, Prävention durch Externalisierung zu betreiben. Erst wenn der rechtliche und wirtschaftliche Aufwand höher ist als die Investitionen, die ein gesunder Arbeitsplatz erfordern würde, bestünde eine immanente Chance, die Diskriminierung der »Anfälligen« zu verhindern.

#### 6.3.4 Drogen- und Alkoholtests

Tests zur Überprüfung des Drogen- und Alkoholkonsums sowie des Arzneimittelmißbrauchs von Bewerbern und Beschäftigten werden mit steigender Tendenz von den Unternehmen eingesetzt. In dem bereits zitierten Bericht des OTA wird auf Grundlage einzelner empirischer Untersuchungen geschätzt, daß über die Hälfte der Arbeitgeber, besonders die großen Unternehmen, solche Tests einsetzen oder planen. Den Anfang machte man erst 1981, als das Verteidigungsministerium damit begann, für die uniformierten Dienste Urinproben für Drogentests anzuordnen. Unter den 500 größten Konzernen stieg der Anteil derjenigen, die Drogentests einsetzen, in nur sechs Jahren von 10 Prozent 1982 auf über 50 Prozent 1988.<sup>156</sup>

Vorreiter der Drogentestpolitik ist bis heute die Bundesregierung, die dabei von den Medienkampagnen über die »Drogenkrise« wirksam unterstützt wird. Im September 1986 gab Präsident Reagan einen Erlaß heraus, in dem alle Bundesbehörden angewiesen wurden, Beschäftigte in sensiblen Positionen mit Zufallsstichproben zu untersuchen und bei jedem begründeten Verdacht, auch nach erfolgter Rehabilitation und bei Bewerbungen, Urinuntersuchungen vorzunehmen. Das Ziel sei ein »drogenfreier Arbeitsplatz«, für den die Regierung in ihrem Zuständigkeitsbereich als Beitrag zum »Krieg gegen Drogen« sorgen müsse. Im Rahmen dieser Strategie empfahl die Präsidential-

---

155 Als Informationen über den aktuellen Stand können dienen: Harper (1993), Holtzmann (1990); Wiese (1992).

156 Rothstein (1986); Conrad/Chapman Walsh (1992).

kommission gegen das organisierte Verbrechen allen privaten Arbeitgebern, Drogen-Screening einzusetzen.<sup>157</sup> Eine Gallup-Umfrage einige Monate danach berichtete, daß 69 Prozent aller erwachsenen Amerikaner einen Pflichttest auf Drogen an allen Arbeitsplätzen befürworteten, gegenüber 47 Prozent Befürworter nur ein Jahr davor.<sup>158</sup>

In einer Studie wurden 1986 497 Firmen befragt, von denen 140 (28,2 Prozent) solche Screenings durchgeführt und weitere 19,5 Prozent sie für die nächsten sechs bis 24 Monate geplant hatten.<sup>159</sup> Von den 140 Unternehmen wurde am weitaus häufigsten als der wichtigste Grund für die Drogentests die Sicherheit am Arbeitsplatz angegeben. Es folgten die Qualität und die Zuverlässigkeit des Produkts oder der Dienstleistung, die Arbeitsproduktivität, die Kosten für medizinische Behandlung sowie Gesetze und Vorschriften. Den größten Anteil der testenden Firmen stellten die Versorgungsbetriebe (37,1 Prozent), die chemische Industrie (9,3 Prozent), Raumfahrt (8,6 Prozent) und Erdölverarbeitung (7,9 Prozent). Fast alle (131 von 140) untersuchten sämtliche Bewerber, ob sie sich nun für das Management, die Verwaltung oder für technische Positionen bewarben. 80 der 140 Firmen machten nur einen Test, während 53 einen weiteren Test zur Bestätigung durchführten, bevor den Bewerbern mitgeteilt wurde, daß sie ein positives Ergebnis hatten. Für fast alle war der positive Test Grund genug, einen Bewerber abzulehnen, obwohl 105 angaben, sie ließen es zu, wenn ein Bewerber später den Test noch einmal wiederholen möchte.

Viele öffentliche Arbeitgeber dehnen die Tests mehr und mehr aus, vor allem auf Beschäftigte in Bereichen der öffentlichen Sicherheit (Polizei, Feuerwehr usw.), der öffentlichen Verkehrsmittel und des Gesundheitswesens. Gegen viele dieser Versuche regt sich aber auch Widerstand, insbesondere durch Gerichtsverfahren, die von Angestellten, Gewerkschaften und der American Civil Liberties Union (ACLU) angestrengt werden. Es wird nicht prinzipiell die Berechtigung angezweifelt als vielmehr die konkreten Umstände, wie z.B. der Pflichtcharakter solcher Tests, ihr Umfang oder die fehlenden Mitwirkungsmöglichkeiten der Gewerkschaften.<sup>160</sup>

Die medizinischen Untersuchungen sind nicht die einzige Informationsquelle der Arbeitgeber über den Gesundheitsstatus der Beschäftigten. Etwa

157 OTA (1988, S. 104 f.).

158 Conrad/Chapman Walsh (1992, S. 97).

159 Da in den achtziger Jahren zweistellige Steigerungsraten verzeichnet worden sind, läßt sich hochrechnen, daß heute die größten Unternehmen fast vollständig Drogentests für Bewerber und Angestellte durchführen.

160 OTA (1988, S. 104).

zwei Drittel aller Krankenversicherten sind in irgendeiner Form durch den Arbeitgeber versichert, bei den großen Unternehmen ist dies fast durchweg der Fall. Daraus erwächst einerseits ein zusätzliches Motiv zu medizinischen Untersuchungen und Screening-Tests, da eine überdurchschnittliche Morbidität zu überdurchschnittlichen Kosten führt. Andererseits ist es in diesem Rahmen einfach, die Behandlungskosten für die einzelnen Beschäftigten und somit sein »krankheitsbedingtes Kostenrisiko« zu ermitteln. Bei kleineren Arbeitgebern, die eine Krankenversicherung zu den betrieblichen Sozialleistungen zählen, ist es oft überhaupt nicht zu vermeiden, daß es zu Kündigungen kommt, weil ein Beschäftigter an einer Krankheit leidet, die überaus teure Therapien erfordert.<sup>161</sup> Diese Funktionen der medizinischen Tests sind wichtige Faktoren des betrieblichen Präventionsgeschehens. Denn die Motivation des Managements zu Investitionen in die Senkung von Gesundheitsrisiken nimmt mit der Möglichkeit zur gesundheitsbezogenen Personalauswahl ab. Gesundheitsprobleme hören dann auf, betriebliche Probleme zu sein, und sie müssen dort auch nicht mehr gelöst werden, da sie durch Arbeitskräfteauswahl in individuelles »Schicksal« und in Anforderungen an den Sozialstaat transformiert werden.

### 6.3.5 Herrschaftswissen

Blicken wir aus der Perspektive der Gewerkschaften noch einmal auf die tariflichen Regelungen des Arbeitsschutzes zurück und beziehen alle hier genannten Aspekte ein, also die Gesundheit, die soziale Sicherung, die Privatsphäre oder die betriebliche Herrschaft, dann finden sich auch gesundheitsrationale Gründe für die Einbeziehung der medizinischen Untersuchungen in die kollektiven Verhandlungen. Dies ist zwar eine geringe, aber zugleich auch wohl die einzige Möglichkeit, einigen Einfluß zu nehmen. In der zunehmenden Häufigkeit, mit der sie vertraglich geregelt sind, spiegelt sich darum wahrscheinlich eher ein Reagieren auf die Expansion solcher Untersuchungen als eine gestaltende gewerkschaftliche Politik.

Bezogen auf das oben skizzierte Dilemma der betrieblichen Gesundheitspolitik scheint die Tendenz der medizinischen Untersuchungen in folgende Richtungen zu gehen: Ein in die betriebliche Gesamtstrategie integrierter Be-

161 Persönliche Mitteilung von Professor E.R. Brown, University of California, Los Angeles 1991. In einem von der Firma Chrysler finanzierten Lehrfilm zum Vergleich des US-amerikanischen mit dem kanadischen Versicherungssystem werden zahlreiche Einzelfälle dargestellt, in denen es zu solchen Entlassungen kommt.

standteil sind solche Untersuchungen vorwiegend in den großen Konzernen und - mit Einschränkungen - in mittleren Unternehmen. Von einer realen Ambivalenz in dem Sinne, daß das Ziel einer gesundheitlich verbesserten Lebensqualität zumindest eine ebenbürtige Chance hat, kann allein bei den traditionellen medizinischen Untersuchungen gesprochen werden. Hier mag der Information über den Gesundheitsstatus und das damit verbundene wirtschaftliche Risiko auch noch ein präventiver Nutzen gegenüberzustehen. Das heißt, bei Firmen, die über die Kooperationsformen und eine gute Arbeitsschutzinfrastruktur verfügen, sind auch praktische Schlußfolgerungen auf Belastungsschwerpunkte, spezielle Gesundheitsrisiken usw. möglich. Berichte darüber finden sich für einzelne Unternehmen oder Gewerkschaftsbereiche, reichen aber für eine Gesamteinschätzung kaum aus.

Die genetischen Tests sowie die Drogen- und Alkoholtests können hingegen kaum als ambivalent bezeichnet werden. Versteht man unter »Herrschaftswissen« Wissensbestände, die allein oder vorwiegend Herrschaftszwecken dienen, dann trifft dieser Begriff auf diese medizinischen Informationen in den Händen des Managements durchaus zu. Das personalwirtschaftliche Kalkül steht hier eindeutig im Vordergrund. Anstatt die Gefahren, Belastungen und Risiken abzubauen, werden Informationsgrundlagen bereitgestellt, die es gestatten, Arbeitskräfte zu finden, die für eine bestimmte Zeit den gegebenen und unveränderten Bedingungen gewachsen zu sein versprechen. Arbeitssuchende, deren Gesundheitsstatus nicht den durch Tests meßbaren Kriterien entspricht, haben eine tendenziell abnehmende Chance und werden entweder in den Sektor der ungesicherten Beschäftigungsverhältnisse oder in die Arbeitslosigkeit abgedrängt. Es ist dies Prävention im betriebswirtschaftlichen Sinne unter marktliberalen Bedingungen. Das (arbeits-)marktorientierte System der amerikanischen Krankenversicherung komplettiert diese Ausgrenzungsprozesse noch, indem es - die Vorhersagequalität der medizinischen Tests einmal unterstellt - gerade Menschen mit schlechtem Gesundheitsstatus in der Regel den Versicherungsschutz entzieht.<sup>162</sup>

---

162 Himmelstein/Woolhandler/Wolfe (1992).

## 7. Arbeit und Gesundheit (II): Betriebliche Gesundheitsförderung und privater Lebensstil

### 7.1 Praxis der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Die in den achtziger Jahren boomartig expandierende betriebliche Gesundheitsförderung folgt derselben Interessenkonstellation wie die zur gleichen Zeit vollzogenen Restriktionen im Arbeitsschutz. Betrachtet man die durch marktliberale Politik zunehmend befreite betriebswirtschaftliche Rigorosität, mit der die Unternehmen die ihnen seit Mitte der siebziger Jahre zugewachsenen Chancen nutzen, um Sicherheits- und Gesundheitsstandards zu verhindern, zu schwächen oder zu unterlaufen, d.h. die Gesundheit der Arbeiter (als Anbieter einer nicht mehr knappen Arbeitskraft) der Verwertungslogik unterzuordnen, so muß man sich die Augen reiben angesichts der tausendfach aufgelegten betrieblichen Anstrengungen zur Hebung des gesundheitlichen »Wohlbefindens« (wellness) der Beschäftigten. Im folgenden wird versucht, dafür Erklärungen zu finden.

#### 7.1.1 Merkmale

Wer sich dem Gebiet der Gesundheitsförderung zuwenden und dazu die konzeptionelle und befürwortende Literatur studieren will, der muß zunächst eine Feststellung machen: Es dürfte nicht viele sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Arbeitsgebiete geben, in denen die äußere Wissenschaftsförmigkeit in so selbstverständlicher Weise für Reklamezwecke genutzt wird wie in der konzeptionellen Literatur zur Gesundheitsförderung. Viele Autoren bedienen sich einer Marketingsprache, für die der Superlativ noch das mindeste ist. Begriffe haben oft nicht einmal mehr dem Anspruch nach etwas mit Aufklärung zu tun, sondern werden zu verbalen Erkennungszeichen, Animiernsignalen zum Zwecke der »geheimen Verführung« von Käufern, Teilnehmern und Zielgruppen.

Ein nicht einmal extremes Beispiel bietet ein neulich erschienener Aufsatz zu »Wellness und betrieblicher Gesundheitsförderung in den USA«. Auf

einer einzigen Seite wird dem Leser unter der Überschrift »Begriffsbestimmung« folgendes angetragen:

Wellness, High-Level Wellness, größere Lebensqualität, höchste Lebensfreude, gleichzeitiges Erreichen von physiologischer Homöostase, Selbstaktivierung und Verhaltenskompetenz, schöpferische Arbeit, in höchstem Maße nützlich, positive Gesundheit, sechsfaktorielles Wellness-Modell, Überschreitung bestehender Grenzen, Entfaltung von Entwicklungs- und Wachstumspotentialen, physisches und psychisches Wohlbefinden, optimales Handeln, aktive und bewußte Lebensstil- und Kontextgestaltung und Wellness-Movement ...

Schließlich heißt es, im Wellness-Konzept habe Gesundheit »viel mit Lebenslust, Lebensqualität und einer in gewisser Weise naiven Freude auch an Leistung zu tun«<sup>1</sup>.

Levin machte darauf aufmerksam, daß es sich bei der »health promotion industry« um eine völlig unregulierte Branche ohne Konsumentenschutz handelt, in der jeder buchstäblich alles versprechen darf.<sup>2</sup> Das Zusammengehen von Wissenschaftsförmigkeit und Reklame mag zu einem Teil daran liegen, daß manche Autoren zugleich auch Anbieter einer Dienstleistung zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind. Zu einem anderen Teil trifft die Alltagserfahrung zu, nach der viele Phrasen meistens dort gedroschen werden, wo ganz Naheliegendes und Einfaches aus Gründen vermieden werden soll, über die man besser nicht spricht. Naheliegender wäre es zweifellos, beim Thema Gesundheit im Betrieb über die Arbeit zu sprechen.<sup>3</sup>

Das *erste Merkmal* der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht darin, daß ihr Gegenstand der *private Lebensstil* der Beschäftigten ist. Die These, wonach in der Tendenz mit zunehmender Nähe zu Zentralbereichen sozialökonomischer Herrschaft die Ausschließlichkeit zunimmt, mit der auf die ätiologische Ebene des menschlichen Körpers und des individuellen

---

1 Hertel (1992).

2 Levin (1987).

3 Ein schlichtes Gemüt würde unter »Gesundheit im Betrieb« sicher etwas anderes verstehen als die Konzepte zur Steigerung des »Wohlbefindens« im Betrieb. In seinem Stück »Turandot oder der Kongreß der Weißwäscher« läßt Brecht die Kaste der Intellektuellen (TUIs) darum wetteifern, dem Volk zu »erklären«, warum es trotz selbstgeernteter und überreicher, aber am kaiserlichen Hof gehorteter Baumwollernte frieren muß. In einer Szene übt ein TUI-Student. Vor ihm hängt ein Brotkorb, der sofort hochgezogen wird, wenn er dem Problem zu nahekommt. Die gängigen Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung vermitteln zuweilen den Eindruck, als antizipierten ihre Anbieter das Hochziehen des Brotkorbes bereits bei der leisesten Erwähnung der Arbeitsbedingungen.

(Fehl-)Verhaltens zurückgegangen wird (vgl. Kapitel 3), findet sich am Ort dieser Herrschaft bestätigt. Die Verausgabung der Arbeitskraft ist kein Thema für die betriebliche Gesundheitsförderung. Statt dessen interessiert es, in welchem Fett der heimische Hamburger gebraten wird, wieviele Drinks danach genommen werden, ob jemand in der Familie ist, der im Bett raucht, ob Eltern oder Geschwister einen Herzinfarkt hatten, wie häufig eine Arbeitnehmerin zu Hause ihre Brust nach Knoten abtastet, wieviel enge Freunde jemand hat oder ob man sich häufiger fürchtet als eigentlich notwendig.<sup>4</sup>

Das *zweite Merkmal* der betrieblichen Gesundheitsförderung lautet: Obgleich es sich um Gesundheit in der Arbeitswelt handelt, wird die Arbeitswelt nicht zum Thema.<sup>5</sup> Der Betrieb ist nicht deshalb Ort der Gesundheitsförderung, weil dort die Menschen ihre Arbeitskraft verausgaben. Vielmehr findet man in der einschlägigen Literatur, der besondere Nutzen des Arbeitsortes bestehe darin, daß man dort ein »gefangenes Publikum« (captive audience) vorfinde, was sich sehr günstig auf die Teilnahme auswirke.<sup>6</sup> Die Einbeziehung der *Arbeitsbedingungen*, d.h. des Arbeitspensums, der Arbeitsinhalte (z.B. Monotonie, einseitige Belastung), der Arbeitsumwelt (z.B. toxische Stoffe, Lärm) und -organisation (z.B. Streß durch inkonsistente Anforderungen oder Überlastung, Unterordnungsverhältnisse), ist in keinem mir bekannten kommerziellen Angebot enthalten und wird in keiner Studie über die Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung berichtet.<sup>7</sup> Man versucht das mit dem Argument zu legitimieren, Gesundheitsförderung gehe über die Prävention hinaus und sei krankheitsunspezifisch. Aber das gleiche wie für das Nichtrauchen, nämlich Prävention und Gesundheitsförderung zugleich zu sein, gälte auch für Lärmdämmung, Temperaturregulierung oder die Verhinderung von Vorgesetztschikanen.

Das *dritte Merkmal* der betrieblichen Gesundheitsförderung ist ihre Form der *Dienstleistung*, in der Individuen durch professionelle Experten beraten, belehrt, untersucht, behandelt oder beliefert werden. Diese Dienstleistungen werden entweder von kommerziellen Anbietern gekauft oder durch firmenei-

---

4 Aus den insgesamt 180 Fragen des Health Profile Questionnaire »Live for Life«; Johnson & Johnson (1990).

5 Sloan (1987). Sloan fügt hinzu, daß es sich bei den ganz wenigen Ausnahmen, in denen die Arbeit überhaupt eine Rolle spiele, lediglich um periphere Aspekte handele. »Stress management« z.B. bedeutet das Erlernen der Fähigkeit, dem Streß in der Arbeit besser gewachsen zu sein.

6 Warner (1990).

7 »Buchstäblich niemals hört man die Wellness-Leute über arbeitsbedingte Krankheiten oder gefährliche Arbeitsbedingungen reden.« (Conrad 1987a); vgl. auch (Milio 1988).

genes Personal erbracht. Soziale Konzepte, in denen sich ähnlich wie im »community organizing« von Stadtteil-, Berufs- oder Frauengruppen beispielsweise in den Betrieben Gruppen von Beschäftigten mit ähnlichen Belastungen zur Gestaltung gemeinsamer Gesundheitsbedingungen organisieren, sind gänzlich außerhalb des Blickfeldes dessen, was heute als »worksite health promotion« bzw. »worksite wellness program« bezeichnet wird. Die zwar in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur und in der Ottawa-Charta, aber in der Praxis nur in wenigen Einzelfällen außerhalb der Arbeitswelt anzutreffenden Konzepte des »Empowerment« und der Partizipation gibt es in den Betrieben nicht, jedenfalls sind sie nicht in einem ernsthaften Sinne realisiert.<sup>8</sup>

### 7.1.2 Verbreitung und Träger

Nur einige Jahre nachdem Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung überhaupt bekannt geworden waren, ermittelte ein Survey für 1985, daß bereits 65 Prozent der Betriebe mit über 50 Arbeitnehmern zumindest einzelne Elemente davon eingeführt hatten.<sup>9</sup> Zwei Jahre später offerierten bereits 63 Prozent der Mittel- und Großbetriebe integrierte Modelle.<sup>10</sup> In den Gesundheitszielen »Healthy People 2000« wird das bis zum Ende dieses Jahrzehnts von mindestens 85 Prozent der Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten erwartet.<sup>11</sup> Bislang geht die Tendenz dahin. Warner stellte schon für 1990 fest, nahezu alle großen Betriebe führten in einem gewissen Grad gesundheitsfördernde Maßnahmen durch und viele hätten eigene Abteilungen dafür eingerichtet.<sup>12</sup> Eine Reihe großer Konzerne hat sich mit großzügigen Einrichtungen, die mit eigenem Personal ausgestattet sind, einen Namen gemacht; häufig genannt werden Johnson & Johnson, Control Data, AT&T, Tennaco, General Motors, Apple Computer, Coca-Cola und Dupont.<sup>13</sup> Die

---

8 Hertel (1992) behauptet, der Empowerment-Ansatz werde in die Gesundheitsförderung einbezogen, zitiert aber als »Beleg« den Konzeptionsaufsatz einer WHO-Beamtin und ein Konferenzreferat über das Zwiegespräch zwischen Geist und Körper.

9 Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (1987).

10 Healthy People 2000, S. 255.

11 Healthy People 2000, S. 255.

12 Warner (1990).

13 Hollander/Lengermann (1988).

beiden erstgenannten Konzerne bieten darüber hinaus als die mittlerweile bekanntesten Anbieter standardisierte Programme auf dem Markt an.

Kleinere und größere private Anbieter sind inzwischen zu einer »wellness industry« gewachsen. Hervorgetan haben sich - neben einzelnen Managern großer Konzerne - vor allem drei Organisationen:

1. Private Versicherungsunternehmen (Kranken- und Lebensversicherungen) boten den Unternehmen, deren Beschäftigte sie versichern betriebliche Gesundheitsförderung an.<sup>14</sup>
2. Krankenhausketten entdeckten ebenfalls sehr frühzeitig diese Dienstleistungen sowohl im eigenen Betrieb als auch als Dienstleistungsangebot. Dabei spielt das Motiv eine Rolle, daß mit dem Namen des Krankenhausunternehmens in der Öffentlichkeit »health« assoziiert wird, was sich als förderlich für den Verkauf der teuren stationären medizinischen Leistungen erwiesen hat.
3. Bedeutung erlangten schließlich die überall im Land verteilten »Local Health Coalitions«, private Vereinigungen zur Vertretung gesundheitspolitischer Interessen, in denen meist die örtlichen Arbeitgeber den Ton angeben, aber auch Krankenhausträger, Ärzteverbände, Versicherungen und - zu einem Drittel - auch Gewerkschaften beteiligt sind.<sup>15</sup> Auf nationaler Ebene dürfte die »Washington Business Group on Health« (WBGH) zu den wichtigsten Förderern zählen. Das ist eine 1974 gegründete gesundheitspolitische Interessen- und Forschungsinstitution, deren Mitglieder meist große Unternehmen sind. Eine ihrer Dienstleistungen besteht in der Entwicklung und Verbreitung von Konzepten und Materialien zur Gesundheitsförderung.<sup>16</sup>

Die von den Arbeitgebern den Beschäftigten angebotene Gesundheitsförderung umfaßt sehr heterogene Elemente: Wohl am häufigsten und ältesten sind sogenannte »Employee Assistance Programs« (EAPs) zur Bekämpfung des Alkohol- und Drogenmißbrauchs. Aerobic-Stunden und andere Übungen für die körperliche Fitness, Ernährungsberatung und Gewichtskontrolle, Streßbewältigungsübungen, Raucherentwöhnung, Beratung, wie man Rückenbeschwerden vermeidet oder mit ihnen leben kann, sind in den achtziger Jahren hinzugekommen. Medizinische Untersuchungen auf Risikofaktoren für Krebs und die koronare Herzkrankheit, Blutdruck- und Cholesterintests,

---

14 Reed (1985).

15 Milio (1988).

16 Werbespruch: »WBGH: Forging Future Directions in U.S. Health Policy - When it advocates an issue, Congress has little choice but to listen.«

wie im vorigen Kapitel dargestellt, firmieren ebenfalls häufig unter »Gesundheitsförderung«. Auch Überweisungen zum Arzt und Informationen für die Gesundheitsselbsthilfe werden in Studien ermittelt. Im Kern geht es darum, die Risikofaktoren des Beschäftigten ausfindig zu machen und zu reduzieren.<sup>17</sup>

Der Umfang solcher Angebote nimmt mit der Betriebsgröße zu, ist aber bei weitem nicht auf die Konzerne beschränkt. Studien über kleinere Betriebe und außerhalb der amerikanischen Metropolen zeigen für die zweite Hälfte der achtziger Jahre ebenfalls schon beträchtliche Aktivitäten. Einer Erhebung in vier Städten des amerikanischen Mittelwestens zufolge brachten es dort die Betriebe schon auf 40 Prozent des gesamten Angebotes der jeweiligen Regionen. Am häufigsten werden Angebote gegen »chemische Abhängigkeiten« für 65 Prozent der Betriebe genannt. Diese Kategorie ist im nationalen Survey nicht enthalten und dürfte dem entsprechen, was ansonsten als »EAP« für alle Arten von Sucht bekannt ist. Körperliche Übungen sind in 62 Prozent der Betriebe vertreten, gefolgt von Präventionsmaßnahmen für Herzkrankheit (60 Prozent), Gesundheitserziehung und medizinische Untersuchungen, Streßbewältigung (57 Prozent), Raucherentwöhnung (47 Prozent), Sicherheit im Haus und beim Fahren (40 Prozent), Gewichtsabnahme (33 Prozent), Ernährung (31 Prozent), Krebsprävention (24 Prozent).<sup>18</sup>

### 7.1.3 Beispiel: »Live for Life« (Johnson & Johnson)

Die gängigste Form integrierter Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Dienstleistung, die ein Arbeitgeber für die Beschäftigten von einem kommerziellen Anbieter kauft. Im Kapitel 3 wurde argumentiert, die Warenförmigkeit der Gesundheitsförderung lege deren Eigenschaft insofern fest, als sie dem Käufer die geringstmögliche Widerständigkeit bei ihrer Verwendung versprechen muß. Wohlgemerkt: Käufer, die in der Arbeitsschutzpolitik der achtziger Jahre gezeigt haben, daß die geringste gesundheitsbezogene Intervention in ihr privates Verfügungsrecht über die Arbeit ebenso wie ein Mitbestimmungsrecht der Beschäftigten ihre strikte Gegenwehr auf den Plan ruft. Kein Anbieter, der seine Dienstleistung mit den Arbeitsbedingungen in einen Zusammenhang bringen würde, könnte auf Absatz rechnen.

---

17 Conrad/Walsh (1992).

18 Weisbrod/Pirie et al. (1991).

Die einzelnen Elemente der lebensstilbezogenen Prävention wurden »buchstäblich zu 'Paketen' zusammengestellt, mit Markennamen versehen und mit Marketing-Techniken zum Kauf oder zur Vermietung angeboten«<sup>19</sup>. Ein bekanntes und in seiner Qualität über dem Durchschnitt liegendes Markenprodukt ist das »Wellness«-Programm »Live for Life« des Gesundheits- und Kosmetikkonzerns Johnson & Johnson. Es kann als Beispiel für den gehobenen Standard bezüglich Inhalt und Nutzenversprechen gelten.<sup>20</sup>

Johnson & Johnson ist ein über hundertjähriger Konzern für Gesundheitsprodukte, der in den USA über 35 000 (weltweit 75 000) Arbeitnehmer beschäftigt. 1979 begann man mit der betrieblichen Gesundheitsförderung für etwa 2 000 der eigenen Beschäftigten, weitete das Programm dann aus und begann einige Jahre später, es zum Verkauf anzubieten.<sup>21</sup> Nach nur vier Jahren verkaufte die zu diesem Zweck gegründete Tochterfirma Health Management Inc. 1990 ihre Produkte auf verschiedenen Niveaus der Integration an 60 Unternehmen mit über 850 000 Beschäftigten.<sup>22</sup>

Angeboten werden vier Arten von Dienstleistungen:

1. *Analysen*, um das Gesundheitsprofil und die Schwachpunkte einzuschätzen, z.B. Untersuchung der »Krankenhauseinweisungen in Abhängigkeit von den Lebensstilgewohnheiten ihrer Angestellten«, der Gesundheitsrisiken, Organisationsanalyse der geschäftlichen und kulturellen Umwelt, Evaluation existierender Programme.
2. *Planung* erstreckt sich auf die Einführung und Durchführung der Programme, bis hin zum Betrieb von Fitness-Centers und aller erforderlichen Software, Rekrutierung von Gesundheitspersonal, Verwaltung eigener Programme.
3. *Einzelprogramme* für einzelne Risikofaktoren, die man einschließlich des Personals kaufen bzw. mieten kann, aber auch Programme mit lediglich telefonischer Beratung. Es gibt auch Sonderprogramme, um schwer mobilisierbare Gruppen zu erreichen, »Umwelt-Veränderungs-Angebote« wie eine neue Cafeteria, vierteljährliche Gesundheitsereignisse, Lunch-, Schicht- oder Pausenseminare.

---

19 Milio (1988); Wallack (1990).

20 Falls nicht anders gekennzeichnet, sind alle wörtlichen Zitate im folgenden aus einem umfangreichen Paket von Werbematerialien für Unternehmen: Johnson & Johnson Health Management Inc., 1990: The Single Source for Employee Health Promotion - Assessment, Planning, Programs, Systems.

21 Wilbur (1983); ähnlich ging auch die Firma Control Data vor.

22 Templin (1990).

4. *Systeme* sind komplette Pakete vom Gesundheitsprofil der Belegschaft über »Raucherentwöhnung, Streßbewältigung, Gewichtsreduzierung, cholesterol management, Blutdrucksenkung, Bewegung, Ernährung, Alkohol- und Drogenmißbrauch, Aids, gesunde Schwangerschaft und vieles mehr« bis hin zur Verwaltung, Belegschaftsmobilisierung und nachgehenden Untersuchungen (tracking) und Spezialangeboten für Unternehmen mit weit verstreuten Arbeitsstätten.

Das generelle Gebrauchswertversprechen für Arbeitgeber lautet:

»Wir maximieren die *Rentabilität Ihrer Humanressourcen* mit einem erfolgreichen Programm zur Gesundheitsförderung. [...] Mit unserer überlegenen Erfahrung sind wir in der Lage, die Teilnahmequote und *Zufriedenheit* Ihrer Beschäftigten dramatisch zu steigern mit positiven Wirkungen auf die *Moral* und den *Absentismus*. [...] Mit dem kompletten 'Live-for-Life'-System können wir Ihre realen Gesundheitskosten senken und Ihre Gesamtproduktivität verbessern.«

Da diese Programme sich erfolgreich verkaufen, ist anzunehmen, daß die Werbeargumente den Motiven der Käufer weitgehend entsprechen.

Das »Live-for-Life«-System beginnt damit, daß den Teilnehmern ein Fragebogen von 19 Seiten vorgelegt wird.<sup>23</sup> Die Fragen betreffen Tabak-, Alkohol- und Tablettenkonsum, die individuelle und die familiäre Krankengeschichte, Angaben zu Cholesterin, Blutdruck, Gewicht, Depressionen, Angstzustände, das Verhalten zur persönlichen Sicherheit (vom Autofahren bis zum Ausrutschen im Badezimmer), Zahnpflege, Körperbewegung, spezielle Frauenfragen, Sexualität und das allgemeine Wohlbefinden (Familie, Freunde, Streßerlebnisse). Es sind jeweils sehr detaillierte Antwortmöglichkeiten vorgesehen. Vertraulichkeit wird zugesichert.

Der Fragebogen wird vom Zentralrechner ausgewertet, der Ausdrucke herstellt, auf denen die Bereiche angeführt sind, in denen der Arbeitnehmer möglicherweise ungesunde Angewohnheiten hat. Eine akademisch ausgebildete Krankenschwester (registered nurse-health educator) geht mit dem Arbeitnehmer in einer einstündigen Sitzung die Resultate durch, mißt dabei Blutdruck und Puls, während dieser auf einem Tretrad sitzt. Eine Studie von Johnson & Johnson (J&J) soll herausgefunden haben, daß dieses Gespräch mit der Krankenschwester über das Gesundheitsverhalten allein etwa die Hälfte des Gesamtnutzens erbringt.<sup>24</sup> Für die Betriebsleitung wird ein Gruppenreport erstellt, der unter anderem die Risikoschwerpunkte anspricht, durch die »die höchsten Behandlungskosten und Mortalitätsraten verursacht werden: Herzkrankheiten, Schlaganfall, Krebs und Unfälle«. Verbunden mit

---

23 Live for Life: Health Profile Questionaire.

24 Templin (1990).

der gesamten Datenbasis wird es dem Unternehmen »ermöglicht, den Effekten der Risikosenkung, der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und der Kosteneffektivität nachzugehen«.

Zu den Beschreibungen der einzelnen Elemente des »Live-for-Life«-Systems nur einige Stichworte, denn es findet sich nichts, das über die üblichen Risikofaktoren hinausginge: Das Ernährungsprogramm wird durch eine Fachkraft gelehrt, unterstützt gesunde Eßgewohnheiten, lehrt, Speisepläne für den Alltag aufzustellen. Die Bewegungsgruppen können in einem Fitness-Center (das J&J managed), aber auch in vorhandenen Räumen (z.B. der Kantine) stattfinden. Die Gewichtsregulierung wird von Psychologen und Ernährungsexperten durchgeführt, »das Kurspaket enthält außerdem Ernährungsanleitungen, Handbücher für Leiter und Teilnehmer, Kalorienzählbücher, Nahrungsmittellisten, Werbeposter, beschreibende Literatur, Tischausstattung«. Das »stress management« identifiziert Gründe und lehrt, damit umzugehen, es »reduziert die Unaufmerksamkeit der Angestellten und ihre streßbedingten Fehlzeiten und erhöht die Produktivität«; zugleich - das wird häufig betont - sorgen solche Programme für eine »gute Sichtbarkeit Ihrer [d.h. des Unternehmens] Anstrengungen«. Für Manager wird ein »Alkohol- und Drogenwahrnehmungstraining« angeboten, das

»Managern hilft, sich auf die Produktivität ihrer Angestellten zu konzentrieren und mit den Barrieren umzugehen, die vom Alkohol- und Drogenmißbrauch verursacht werden. Es hilft, dem Verlust von Milliarden Dollars beizukommen, der von Mißbrauch dieser Substanzen bei der Arbeit verursacht wird.«

Blutdruckmanagement wird ebenfalls von eigenen Fachkräften in Zusammenhang mit Faktoren der Ernährung und des Bewegungstrainings ausgebildet. Dabei »wird die Rentabilität maximiert, da ein Schlüsselrisiko gezielt angegangen wird«. Das gleiche gilt für »Heartworks«, das spezielle Programm für Cholesterinmanagement. Man lernt, seinen Cholesterinspiegel durch Diät und Bewegung zu senken, ferner werden die Essenszubereitung, das Lebensmittel-Einkaufen und das Essen behandelt. Als Vorzug für die Teilnehmer wird angegeben: »leicht zu handhaben«.

Ziel des Programms ist die Schaffung einer »Umwelt«, d.h. eines betrieblichen »Klimas«, in dem die Arbeitnehmer an die Gesundheit erinnert und ermuntert werden, dafür etwas zu tun. Der Leiter des Ausschusses für Arbeit in der »American Civil Liberties Union« nimmt jedoch Anstoß an den Methoden, eine solche Umwelt zu entwickeln, mit der die Angestellten ermuntert würden, »Anspielungen zu machen«. »Es besteht die Gefahr, daß sich die Hilfe für Menschen verwandelt in einen Zwang, etwas zu tun.«<sup>25</sup>

## 7.2 Präventiver Wert

Um Mißverständnissen zuvorzukommen: Das Streben nach Fitness - sieht man einmal von den Übertreibungen ab - ist sicher ein Beitrag zum Wohlbefinden und zur Gesundheit im engeren Sinne. Daran soll hier nicht gezweifelt werden - wie sollte man etwas einwenden gegen gute Anleitung und Stätten für körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, den Verzicht auf Zigaretten und Drogen. Um aber dem präventionspolitischen Gehalt der betrieblichen Gesundheitsförderung auf die Spur zu kommen, muß der gesellschaftliche Kontext ihrer Entwicklung mitbedacht werden. Unterstellt man einmal, daß Verhaltensänderungen erzielt werden und zudem noch gesundheitliche Verbesserungen, dann ist eine wichtige Frage für die Einschätzung des gesundheitspolitischen Wertes die nach den Teilnehmern an Wellness-Programmen.

Die bis dahin beste Aufbereitung der vorhandenen Daten zeigte 1988, daß über die Hälfte der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Programme erst in den davorliegenden fünf Jahren eingeführt worden ist.<sup>26</sup> Die Ausbreitung der Gesundheitsförderung ist also ein Phänomen der achtziger Jahre, einer Entwicklungsphase der amerikanischen Wirtschaft, in der alle Indikatoren auf einen beträchtlichen Machtzuwachs des Kapitals mit einem entsprechenden Ökonomisierungsschub der sozialen Beziehung in den Betrieben hinweisen. Die Ausweitung und der Charakter der medizinischen Untersuchungen machen deutlich, daß zumindest die Kernbereiche der großen Konzerne, Banken und Versicherungen sowie die prosperierenden Teile der mittleren Industrie- und Dienstleistungsunternehmen über ein differenziertes Instrumentarium verfügen und es auch anwenden, um bei Einstellungen und Entlassungen Kriterien der Fitness anzulegen. Es kann darum für den Bereich der Wirtschaft, in dem Wellness-Programme angeboten werden, der »healthy worker effect« angenommen werden, d.h. Selektionsprozesse, die dafür gesorgt haben, daß der gesündere und leistungsfähigere Teil der potentiell arbeitsfähigen Bevölkerung in diesem Bereich arbeitet.<sup>27</sup> Jener Teil der Bevölkerung, der nach den Kategorien der Sozialepidemiologie der unteren sozialökonomischen Schicht nach Einkommen, Bildung oder Stellung im Beruf angehört, ist hier nicht vertreten, entweder weil er nicht zur arbeitenden Bevölkerung zählt oder weil er außerhalb dieser Sektoren arbeitet. Die Bevölkerungsgruppen mit dem höchsten Krankheitsrisiko sind also ausgeklammert.

---

26 Fielding/Piserchia (1989).

27 Sterling/Weinkam (1986); für Deutschland siehe auch Elkeles (1992).

Es spricht vieles dafür, daß auch innerhalb der Beschäftigten sich unter den Teilnehmern überdurchschnittlich viele Menschen befinden, die nicht rauchen, an Fragen der persönlichen Gesundheit besonders interessiert sind und die ohnehin mehr als andere Bewegungssport betreiben. Angebote für körperliche Fitness sind in den Unternehmen am häufigsten, und sie dienen oft als »Köder« zur Teilnahme an den anderen Maßnahmen.<sup>28</sup> Vermutlich überträgt sich daher der spezifische Selektionseffekt (Gesündere werden angezogen), der bei Sportübungen beobachtet wird, auf die anderen Bereiche.<sup>29</sup> Es gibt außerdem einige Belege dafür, daß die Teilnehmer das medizinische System weniger in Anspruch nehmen und etwas jünger sind als Nichtteilnehmer.<sup>30</sup> Mit einem Begriff aus der ökonomischen Theorie kann man von einem »Mitnahmeeffekt« sprechen, insoweit die Programme von Personen besucht werden, die ohnehin Fitness-Training betrieben hätten.

Wie aus Untersuchungen zur lebensstilbezogenen Prävention außerhalb der Arbeitswelt und aus Untersuchungen zu den subjektiven Risikofaktoren bekannt ist, haben Arbeiter (blue-collar workers) viel mehr Distanz zum Healthismus und nehmen deutlich weniger an solchen Aktivitäten teil. Offensichtlich wirken Wellness-Programme nicht attraktiv auf den Habitus der körperlich Arbeitenden mit geringeren Einkommen, restriktiveren Arbeits- und Lebensbedingungen und anderen Identifikationssymbolen (z.B. Zigarettenrauchen). Die Teilnahmehäufigkeit und -intensität an der betrieblichen Gesundheitsförderung sind ebenso schichtspezifisch wie die soziale Verteilung der Gesundheitstugenden in der Gesellschaft außerhalb der Arbeitswelt.<sup>31</sup>

Dieser »middle class bias« wird durch eine Reihe von Umständen in der betrieblichen Praxis verstetigt. Mehrere Autoren berichten, in der »captive audience« sei die »freiwillige« Teilnahme für Angestellte oftmals eine Art Zwang, dem sie meinetwegen folgen zu müssen, da die Teilnahme den symbolischen Wert habe, das Image eines strebsamen, engerischen, verantwortungsbewußten und belastbaren Angestellten zu vermitteln.<sup>32</sup> Das wiederum

---

28 Vgl. Conrad/Walsh (1992).

29 Das Selektionsargument wird immer wieder gegen die vorliegenden epidemiologischen Studien über die Wirkungen von körperlichem Training auf die allgemeine Mortalität bzw. die Herzinfarkt mortalität vorgebracht. Da der epidemiologisch ermittelte Gewinn an Lebensjahren durch Fitness-Training nicht sehr hoch ist, kommt ihm durchaus Gewicht zu; vgl. Curfman (1993).

30 Conrad (1987b); Eakin (1988).

31 Hollander/Lengermann (1988).

32 Gordon (1987).

schließt Arbeiter nicht selten aus. Viele Unternehmen setzen Anreize, um ihren Beschäftigten die Teilnahme z.B. an Kursen zur Gewichtsreduzierung schmackhaft zu machen. Das reicht von T-Shirts bis zu monetären Zulagen. Teilnehmerquoten zwischen 5 und 20 Prozent bei Programmen außerhalb des Betriebes, die vom Arbeitgeber finanziert werden und bis zu 40 Prozent bei solchen im Betrieb, werden genannt.<sup>33</sup> In der Raucherentwöhnung greifen immer mehr Firmen zu repressiven Methoden wie Rauchverboten, versuchen aber auch, auf das Rauchen im privaten Bereich Einfluß zu nehmen.

Problematisch ist es nach Meinung einer Autorin aus dem Gewerkschaftsbereich für Arbeiter, wenn Gesundheitspersonal des Betriebes an Wellness-Programmen beteiligt ist. Obwohl der OSHA Act Verbesserungen gebracht habe, stünden Arbeiter den Betriebsärzten und -schwestern mit Mißtrauen gegenüber.

»Betriebsärzte setzen oft die Personalpolitik des Managements in der Verkleidung des Arzt-Patient-Verhältnisses um. Sie [...] schützen das Unternehmen gegen Ansprüche, indem sie die Schuld an arbeitsbedingten Erkrankungen auf Erbfaktoren, Vorschädigungen oder ungesunden Lebensstil schieben. [...] Von der Vertraulichkeit des Arzt-Patient-Verhältnisses, die in der Privatpraxis eine Selbstverständlichkeit ist, kann am Arbeitsplatz häufig nicht gesprochen werden. Manager und Vorarbeiter haben oft Zugang zu hochsensiblen und vertraulichen medizinischen Informationen.«

Für böses Blut unter den Arbeitern sorgten am meisten die am Arbeitsplatz vorgenommenen Untersuchungen auf Drogen und Alkohol, denen sie sich unterwerfen mußten.<sup>34</sup>

»Es macht Schwierigkeiten, montags an einem Test auf Bluthochdruck teilzunehmen, wenn dir dieselbe Schwester donnerstags auf die Schulter tippt, um dich einem zufallsausgewählten Drogentest zu unterziehen.«

Auch seien sich viele Arbeiter bewußt, daß sie mit Tausenden von ihnen unbekanntem toxischen Substanzen und anderen Gesundheitsgefahren arbeiteten, an denen Hunderttausende sterben.

»Es ist also kein Wunder, daß die Arbeiter mißtrauisch werden, wenn die Manager ihnen mit Nachdruck sagen, sie sollten abnehmen und Gymnastik betreiben, während sie sich weigern, mit ihnen über karzinogene Stoffe zu reden.«

Gordon faßt ihre kritische Gewerkschaftsposition dahin zusammen, betriebliche Gesundheitsförderung sei »eine gute Idee am falschen Ort«, solange sie nicht Kriterien genüge wie der Einbeziehung der Arbeitsbedingungen, der gemeinsamen Leitung durch Management und Arbeitervertreter, der garan-

---

33 Milio (1988); Conrad/Walsh (1992).

34 Vgl. dazu ausführlich Conrad/Walsh (1992).

tierten Vertraulichkeit für alle medizinischen Informationen und alle Rechte der Beschäftigten, wie z.B. dem der Seniorität.<sup>35</sup>

Zusammenfassend: Ausgeschlossen sind zum einen alle Menschen, die nicht zur arbeitsfähigen Bevölkerung zählen, zweitens die vom Arbeitsmarkt Ausgegliederten, drittens die in schlechten Jobs Arbeitenden, viertens überproportional viele »blue-collar workers«, die den härtesten Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, und hier wiederum eher die älteren. Wie die Ergebnisse der sozialepidemiologischen Studien zeigen (vgl. Kapitel 2), läge aber gerade hier das Potential für präventionspolitische Verbesserungen. In welchem Ausmaß also die betrieblichen Wellness-Programme auch immer der Gesundheit förderlich sind, sie ziehen die Gruppen an, die sie am wenigsten brauchen.<sup>36</sup> Das heißt, viele Lebensjahre ohne gesundheitliche Einschränkungen dürften nicht hinzugewonnen werden, und die sozialökonomische Ungleichheit der Gesundheitschancen dürfte (im Erfolgsfall) sogar zunehmen.

### 7.3 Zur Ökonomie der Gesundheitsförderung

Zentrales Argument der Anbieter und Befürworter betrieblicher Gesundheitsförderung in Werbematerialien, Studien und Konzeptionen ist die Senkung der Gesundheitskosten. Die Gesundheitskosten amerikanischer Unternehmen unterscheiden sich in einem wichtigen Punkt von denen in Deutschland: Die Unternehmen versichern ihre Beschäftigten gegen Krankheit (bzw. das Risiko, medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen) entweder, indem sie für die Belegschaften Verträge mit Privatversicherungen abschließen, oder - so ist es seit Mitte der achtziger Jahre der Trend bei großen Unternehmen - indem sie die Belegschaft als Risikogemeinschaft selbst versichern. Da in jedem Fall die Prämien vom tatsächlichen Risiko der Belegschaft abhängen, ist der wirtschaftliche Druck auf das Management, für eine Belegschaft mit geringer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu sorgen, recht groß (größer als in Deutschland), auch wenn die Gesundheitsausgaben steuerlich voll abzugsfähig sind.<sup>37</sup> Die fast jährlich mit zweistelligen

---

35 Gordon (1987).

36 Milio (1988).

37 Kühn (1990, S. 62-75).

Wachstumsraten ansteigenden Versicherungsprämien sind eines der gewichtigsten Verkaufsargumente der Anbieter.

Dieser betriebliche Kostenblock wird mit verschiedenen Strategien minimiert: Erstens versucht man, die Beschäftigung von »Risikopersonen« zu vermeiden. Das geschieht durch ärztliche Untersuchungen vor der Einstellung (vgl. Kapitel 6), durch das Herausfiltern von besonders »krankheitsanfälligen« Arbeitnehmern und deren Ermahnung und schließlich durch Entlassungen. Zweitens wurden die Beschäftigten der meisten Unternehmen in den achtziger Jahren zunehmend und - verglichen mit Deutschland - in hohem Maße an den Kosten beteiligt; dabei setzt man nicht nur auf die Beteiligung, sondern hofft, damit die Inanspruchnahme zu senken. Drittens werden die Beziehungen zu den Anbietern medizinischer Leistungen im Sinne der »managed care« umgestaltet, d.h. dem Prinzip nach, daß Ärzte und Krankenhäuser sich bei prospektiver Finanzierung zur Versorgung verpflichten und dafür die freie Arztwahl entsprechend eingeschränkt ist.<sup>38</sup> Offensichtlich haben diese Instrumente alle ihre Begrenztheiten. Das machte, so ist die landläufige Ansicht, die Gesundheitsförderung für Arbeitgeber attraktiv.

McGinnis, leitender Beamter der Public-Health-Dienste im Gesundheitsministerium, formuliert diese häufigste Begründung und Erwartungen an die betriebliche Gesundheitsförderung:

»700 Dollar werden auf jedes beim Chrysler-Konzern gebaute Auto für die Krankenversicherung der Arbeiter ausgegeben, das Doppelte der entsprechenden Ausgaben der französischen und deutschen und das Dreifache der japanischen Konkurrenz. Das ist ein starker Anreiz für die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten und ihrer Angehörigen und für eine Reform der medizinischen Versorgung [...]. Wenn man dann noch die wachsende Evidenz in Betracht zieht, der zufolge die betriebliche Gesundheitsförderung dabei helfen kann, die Arbeitsproduktivität zu erhöhen und die krankheitsbedingte Abwesenheit, die Fluktuation und die Versicherungskosten zu reduzieren, dann haben wir [für die Prävention, HK] einen machtvollen potentiellen Verbündeten.«<sup>39</sup>

Ein »National Center for Health Promotion« hat aus 500 000 Leistungsunterlagen zur Krankenversicherung errechnet, pro Arbeitnehmer koste Hypertonie jährlich 64 Dollar und falsche Ernährung 15 Dollar, pro rauchendem Arbeitnehmer zahle ein Unternehmen jährlich 351 Dollar extra. Mehr als die Hälfte dieser durch die drei genannten Risikofaktoren verursachten Kosten entfalle auf die Beschäftigten über 54 Jahre.<sup>40</sup> Diese und ähnliche Zahlen dienen normalerweise als Verkaufsargumente für die Gesundheitsförderung.

---

38 Iglehart (1992).

39 McGinnis (1990).

40 *Wall Street Journal*, 21.5.1990.

Eine Reihe von Fakten und Argumenten spricht jedoch dagegen, daß die Unternehmen ihre Entscheidung für Wellness-Programme von unmittelbaren Rentabilitätswirkungen abhängig machen, auch wenn sie es selbst so begründen (müssen):

1. Es gibt keine zuverlässigen Studien, die dies nachweisen würden.<sup>41</sup>
2. Mindestens zwei Drittel der Ausgaben für medizinische Versorgung betreffen die Ehepartner und Angehörigen der Beschäftigten und die Rentner. Wäre die Kostendämpfung der Hauptgrund für die Gesundheitsförderung, dann würden diese Personengruppen sicher offensiv angesprochen und umworben.<sup>42</sup>
3. Gesunde Rentner leben länger und verursachen dem Unternehmen damit weit mehr Kosten, als durch Gesundheitsförderung eingespart werden könnten.
4. Es ist nicht einmal erwiesen, daß die lebensstilbezogene Prävention überhaupt kosteneffektiv ist.<sup>43</sup> Falls sie es wäre, dann nur auf lange Sicht, und dann wiederum würde die Personalfuktuation den Nutzen wieder vermindern.
5. Conrad und Walsh, die zu den besten Kennern der »worksite health promotion« zählen, fügen noch das auffallend geringe Interesse der Firmen an einer methodisch guten Evaluation hinzu.<sup>44</sup>

Erweitert man die Argumentation um die höhere Produktivität, verbesserte »Arbeitsmoral« und geringere Absentismusraten, wird das Bild auch nicht überzeugender. Beispielsweise konnte keine der Studien, die eine niedrigere Absentismusrate ermittelt haben, den »healthy worker effect« ausschalten. Die Annahme, daß die Unternehmen allgemeinere positive Erwartungen mit der betrieblichen Gesundheitsförderung verbinden, ohne den quantitativen Nachweis der Rentabilität in Händen zu haben, ist unter anderem aus folgenden Gründen plausibel:

6. Vor allem in den neuen Industrien der Hochtechnologie und in großen Dienstleistungsunternehmen (Banken, Versicherungen, Gesundheitswesen etc.) sind höher qualifizierte Arbeitskräfte aufgrund des defizienten amerikanischen Bildungs- und Ausbildungssystems selbst in Phasen hoher Arbeitslosigkeit noch knapp. Die Förderung sowohl der körperlichen und psychischen Fitness als auch der Motivation in diesem Bereich wird

---

41 Warner/Wickizer et al. (1988); Warner (1992); Goldstein (1991, S. 148).

42 Conrad/Walsh (1992).

43 Russel (1986); Kühn (1991).

44 Conrad/Walsh (1992).

mehr als eine Investition in das »Humankapital« und weniger als Ausgabe für betriebliche Sozialpolitik angesehen. Das Profil der Inanspruchnahme, die Bevorzugung jüngerer, weißer Angestellter mit höherem Bildungsgrad, entspricht somit den Veränderungen des relativen Knappheitsgrades der Arbeitnehmergruppen und damit auch ihres Wertes für das Unternehmen.

7. Der finanzielle Aufwand ist besonders für die Konzerne sehr gering. Für die größten 500 Konzerne beziffert Milio die Kosten ihrer Wellness-Programme auf 0,1 Prozent des Nettogewinns im Vergleich zu den Krankenversicherungskosten von 24 Prozent.<sup>45</sup>
8. Die Prärogative des Managements bleiben völlig unberührt, so daß auch von daher kein Risiko eingegangen werden muß.
9. Die Angebote, an der Spitze die zur körperlichen Fitness, sind unter den Angestellten sehr beliebt, und sie erfüllen für das Unternehmen das Kriterium der »Sichtbarkeit« (vgl. oben Johnson & Johnson).

Es bleibt zusammenfassend festzustellen: Die Expansion der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfte ihren zentralen Grund nicht in konkreten Rentabilitätserwartungen haben.<sup>46</sup> Das scheint einige Ökonomen in Verlegenheit gebracht zu haben, denn: wenn die größten Wirtschaftsunternehmen Geld für etwas ausgeben, dann muß das einen wirtschaftlichen Sinn haben. Sie helfen sich dann mit Feststellungen wie: »Die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz [...] wird sich als ein ausgezeichnetes Vehikel zur Verbesserung der Gesundheit und Moral in kosteneffektiver Weise herausstellen.«<sup>47</sup> Die meisten Autoren verkennen, daß ein Unternehmen keine abstrakte Gewinnmaschine, sondern ein soziales Herrschaftsverhältnis ist, dessen Funktionieren die Voraussetzung für die rentable Verwertung des eingesetzten Kapitals darstellt. Wer aber sagt, sie sei darum »außerökonomisch« bedingt, hat ebenso unrecht, denn das »ökonomische Interesse« ist nicht auf das Motiv beschränkt, Geldeinkommen zu maximieren, sondern bezieht sich auf die (mikro- und makro-)ökonomischen Verhältnisse, die wiederum zugleich soziale Verhältnisse sind, deren Integration auch unter anderem ein Problem der Moral ist. In diesen Kontext also ist die betriebliche Gesundheitsförderung gestellt.

---

45 Milio (1988); die Relativierung am Nettogewinn bringt jährlich veränderte Raten, aber es kommt hier auf die Größenordnung an.

46 Die Komplexität methodisch guter Evaluationen wäre so groß, daß für die Zukunft wahrscheinlich ebenfalls keine stichhaltigeren ökonomischen Berechnungen zu erwarten sind.

47 Warner (1992); vgl. Patton (1991).

## 7.4 Gesundheit und »kulturelle Kontrolle«

Einen entscheidenden Punkt erfassen diejenigen Autoren, die die Gesundheitsförderung als eine Strömung innerhalb einer Gesamttendenz sehen, die ebenso von den stark expandierenden »Employee Assistance Programs« (EAPs) wie den bereits skizzierten medizinischen Screening-Tests bestimmt wird. Nach Conrad und Walsh handelt es sich bei allen drei Strategien um Erscheinungsformen einer »neuen Gesundheitsethik« der Konzerne (new corporate health ethic), deren gemeinsames Merkmal die Ausdehnung der Verfügungsmacht des Managements über die Arbeitskräfte bis in das Privatleben hinein sei.

### 7.4.1 Zwangstests auf Drogen und Alkohol

Wie wir gesehen haben, ist eine Reihe medizinischer Tests zu Instrumenten der sozialen Regulierung und der betrieblichen Personalwirtschaft entwickelt worden.<sup>48</sup> Darunter werden von Conrad und Walsh die Drogen- und Alkoholtests besonders hervorgehoben. Auch wenn die »Freiwilligkeit« der Teilnahme an den Wellness- oder Employee-Assistance-Programmen im Betriebsalltag proklamiert wird, stellt doch der Zwang, sich solchen Tests zu unterziehen, eine Besonderheit dar. Worauf es hier ankommt, ist das Eindringen in die Privatsphäre der Arbeitnehmer, da die Reichweite der Tests weit über den engen Zusammenhang zur Arbeitsleistung hinausgeht.<sup>49</sup> Beispielsweise kann man mit dem gebräuchlichen Urintest auf Marihuana einen zwei Wochen zurückliegenden Konsum feststellen, früheren Dauerkonsum sogar über eine weit längere Zeit. Den Kokainkonsum zeigen die Tests noch nach drei bis vier Tagen an. Das bedeutet, ein Arbeitnehmer nimmt Marihuana oder Kokain am Wochenende ohne jede meßbare Beeinträchtigung seiner Arbeitsleistung im Betrieb, aber dennoch liegt dem Arbeitgeber ein positiver Test vor. Menschen, die starke Medikamente einnehmen müssen, laufen ebenfalls Gefahr, daß ihre Krankheit durch einen Test des Arbeitgebers aufgedeckt wird. Es wird also das private Verhalten des Angestellten beobachtet und nicht seine Arbeitsleistung - von der Unzuverlässigkeit der Tests, dem Nichtvorhandensein technischer Mindeststandards der Genauig-

---

48 Stone (1986); Stone (1990).

49 Dagegen wenden sich die Bürgerrechtsorganisationen, die sich dabei auf geltende Anti-Diskriminierungsgesetze berufen.

keit, dem hohen Anteil falsch-positiver Testresultate gar nicht zu reden.<sup>50</sup> Die Siebtests für Drogenmißbrauch eröffnen »die Möglichkeit, nicht nur Erkenntnisse über die Gesundheit zu gewinnen, sondern auch über solche Dinge wie die sexuelle Ausrichtung oder eine Vorgeschichte mit Drogen oder Alkohol«<sup>51</sup>. Das Drogen-Screening ist zu einem medizinischen Instrument geworden, mit dem man Hinweise auf bestimmte Aspekte des Privatlebens der Arbeitnehmer gewinnt.

#### 7.4.2 Employee Assistance Programs

Eine schon sehr lange bekannte Einrichtung sind die »Employee Assistance Programs« (EAPs), denen in einem sich verändernden betrieblichen Kontext neue Funktionen der psychologischen Betreuung zugewachsen sind. Ihre Geschichte geht bis in die zwanziger und dreißiger Jahre zurück. Damals machten Arbeitspsychologen die aufregende Entdeckung, daß der arbeitende Mensch in die Betriebswelt Bedürfnisse einbringt, die in der Arbeitsorganisation und den darin eingebauten Leistungszwängen unerfüllt bleiben und die somit dem Leistungsanspruch des Betriebes widerstehen. Man fand, daß man diese Bedürfnisse vermittelt emotionaler Anreicherung der Betriebstätigkeit ansprechen und somit fast ohne zusätzliche Kosten Leistungsreserven erschließen kann.

Den personalpflegerischen Ansätzen seit der »Human-Relation-Bewegung« in den dreißiger Jahren liegt die unausgesprochene Annahme zugrunde, irrational und korrekturbedürftig könne allein das Verhalten der Beschäftigten sein, »während die Seite des Kapitals allemal durch die überlegene Ratio ihres Zweckes gedeckt ist«. Vom Standpunkt der betriebswirtschaftlichen Rationalität stellt ein abweichendes Verhalten der Arbeitenden einen klinischen Fall dar, der als solcher zum Gegenstand der Betriebspsychologie wird.

»Für die vorbeugende Behandlung oder die Korrektur leistungshemmender und daher irrationaler Wünsche oder Beklemmungen von Betriebsangehörigen sind Betriebspsychologen [...], eine Art von Betriebsseelsorgern für Rat und psychische Lockerungsübungen [emotional release], zur Stelle. Überzeugt davon, daß sie selbst ebenso wie die betriebliche Umwelt jedenfalls 'gesund' sind, daß es also nur an den Beschäftigten selbst liegen kann, und bewandert in der Freud'schen Verdrängungslehre, wonach - angewandt auf das Betriebsleben - etwa bei Beschwerden dasjenige, was vorgebracht wird, gar nicht der wirkliche Be-

---

50 Conrad/Walsh (1992).

51 Panter/Christakis (1986), zit. nach Conrad/Walsh (1992).

schwerdegrund sein muß, wissen sie dem seiner selbst nicht bewußten armen Abweichling auf den Pfad seiner Tugend und Leistung zurückzuverhelfen - mit jenem überlegenen Wohlwollen der besseren Einsicht, worin den Beschäftigten die betriebliche Herrschaft noch als therapeutischer Anspruch begegnet.<sup>52</sup>

Um das tendenziell Neue an der heutigen Entwicklung zu erfassen, ist festzuhalten, daß diese und verwandte Ansätze der »Personalpflege« der Ausweitung der betrieblichen Kontrolle vom Handlungsvollzug zum Handlungsantrieb gleichkommen. Ihr Zugriffsbereich ist jedoch auf den Arbeitszusammenhang eingeschränkt.<sup>53</sup> Auch die ersten »Employee Assistance Programs« in den dreißiger Jahren befaßten sich mit dem Alkoholismus im Betrieb, »wenn, und *nur wenn* sie die Arbeitsleistung beeinträchtigten«<sup>54</sup>. Und auch die Ausweitung auf immer weitere psychische Probleme (mit Ausnahme derjenigen in der Arbeit) hatte ihre Grenze, wo ein direkter Bezug zur Leistungsbereitschaft nicht mehr gegeben war.

Diese Unterscheidung zwischen Arbeit und Privatleben beginnt seit den frühen siebziger Jahren zu bröckeln. Die Befürworter der betrieblichen Interventionen gegen den Alkoholismus waren der Ansicht, der kulturelle Wandel im Verhältnis zu allen Arten von Psychotherapie ermögliche einen breiteren Ansatz als den des Mißbrauchs, um damit auch an weitere Beschäftigte mit psychischen Konflikten heranzukommen, die (noch) nicht als Alkohol- und Drogenprobleme kenntlich sind. Die Integration neuer Gruppen in die Arbeitswelt (Frauen, alleinerziehende Mütter, Langzeitarbeitslose) in den siebziger Jahren unterstützte zusammen mit dem Wandel der Anforderungen den Trend zur Ausdehnung der psychologischen Betreuung. Heute verstehen sich viele EAPs als Hilfen für Arbeitnehmer und ihre Familien bei fast jeder Art von Überlastung des modernen Lebens, sie dämpfen die Folgen finanzieller Rückschläge, verlorener Prozesse, zerrütteter Ehen, finden Beratungsmöglichkeiten für adoleszente Kinder heraus, suchen nach Pflegemöglichkeiten für Kleinkinder von Alleinerziehenden, lehren Entspannungstechniken für den Umgang mit Streß usw.<sup>55</sup>

Diese thematische Ausweitung der EAPs war in den achtziger Jahren von einem enormen quantitativen Zuwachs begleitet: Das National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism meldete für die fünfziger Jahre 50 Programme, die 1970 auf etwa 500 angestiegen waren. 1977 waren es 2 400

---

52 Die Zitate sind entnommen aus Hofmann (1969; das Rohmanuskript einer geplanten Buchveröffentlichung, das der 1969 verstorbene Autor nicht mehr vollenden konnte).

53 Zum Stand bis in die siebziger Jahre vgl. Hentze (1977).

54 Conrad/Walsh (1992).

55 Ebenda.

und nur vier Jahre darauf 4 400; eine Schätzung Mitte der achtziger Jahre kommt schon auf 10 000 bis 12 000 solcher Einrichtungen. Auch wenn diese Zahlen nur geschätzt sind, drücken sie den Trend richtig aus. Die frühere Verbindung zwischen Alkohol- oder Drogenmißbrauch und Unpünktlichkeit, Absentismus, Unfällen oder schludriger Arbeitsmoral verschwimmt. Die großen Arbeitgeber kümmern sich heute praktisch um alles, was im persönlichen Leben der Beschäftigten möglicherweise die Produktivität und Leistungsbereitschaft beeinträchtigen könnte.<sup>56</sup>

#### 7.4.3 Pseudo-Synthese

An dieser Stelle muß noch einmal der Faden der Diskussion über den gesundheitlichen Wert der Prävention im Betrieb aufgenommen werden. Die Erweiterung des traditionell begrenzten, ja bornierten Horizonts des betrieblichen Arbeitsschutzes wird seit Jahrzehnten in allen Industrieländern gefordert und begründet.<sup>57</sup> Der Zusammenhang zwischen Arbeit und der Gesundheit betrifft weit mehr als lediglich die Arbeitsunfälle und die nachweislich monokausal bedingten Berufskrankheiten. Der Blick muß auf das breite Spektrum der heute vorherrschenden Krankheiten, vom Herzinfarkt bis zur Sucht, erweitert werden. Hat dann nicht Guidotti recht, wenn er die Gesundheitsförderung in diesem Sinne begrüßt?

»Die Grenze zwischen persönlichen und beruflichen Gesundheitsproblemen bricht zusammen, so sollte es auch sein [...]. Es ist sinnlos, einen scharfen Trennstrich zwischen beruflichen und anderen Faktoren zu ziehen, die auf die Gesundheit einwirken. Tatsächlich liegt auch der einzige Grund dieser Trennung darin, die Verantwortung aufzuteilen, sicherzustellen, daß die Risiken und Expositionen am Arbeitsplatz kontrolliert und daß Berufsunfälle und -krankheiten normengerecht kompensiert werden. Auf der anderen Seite ist es widersinnig, die Gesundheit der Arbeiter aufzuteilen in eine solche, die von der Berufsarbeit, und eine andere, die vom Rest des Lebens bestimmt wird. Genau so könnte man einen Patienten in eine rechte und eine linke Seite aufteilen, die jeweils von anderen Ärzten behandelt werden.«<sup>58</sup>

So einleuchtend und gerechtfertigt dieses Argument für sich genommen ist, so trifft es doch nicht die Realität der betrieblichen Gesundheitsförderung. Denn hier geht es gerade *nicht* um eine Synthese, sondern die Einseitigkeit wandelt sich: Sahen sich die Unternehmen seit Jahrzehnten der Kritik an ih-

---

56 Quellen siehe Conrad/Walsh (1992).

57 Hauß (1983); Kühn (1982); Rosenbrock (1982); Ashford (1976).

58 Guidotti (1988, S. 576), zit. nach Conrad/Walsh (1989).

ren Arbeitsbedingungen als (mit-)verursachenden Faktoren von Krankheiten ausgesetzt, so erlaubt es ihnen die für sie vorteilhafte Kräfteverschiebung in den industriellen Beziehungen der achtziger Jahre, die Krankheitsursachen insgesamt in das Freizeitverhalten der Arbeitnehmer zu legen. Von Synthese kann also im Lebensstilkonzept keine Rede sein. Der eine wie der andere Reduktionismus ist herrschaftsbedingt (vgl. Kapitel 3) und hat sich durch die Entwicklung der achtziger Jahre eher verstärkt als gemildert. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, bestehen die betrieblichen Wellness-Programme ausschließlich aus Dienstleistungen, die den teilnehmenden Individuen - mit unklarem längerfristigen Erfolg - helfen sollen, außerbetriebliche Verhaltensweisen, die als gesundheitsrelevant angesehen werden, zu modifizieren oder zu unterlassen.

Gesundheitsförderer, die nicht von vornherein auf die Etablierung von Dienstleistungen der Belehrung, Beratung oder Anleitung festgelegt sind, müßten geradezu fassungslos sein über die Vielzahl und das Niveau der Forschungsergebnisse, die eine alternative Vorgehensweise nahelegen und begründen. Sie haben vor Beginn der Erfolgsgeschichte des Lebensstilkonzepts bereits vorgelegen. Ginge es um eine vergleichende Evaluation der Gesundheitseffekte, so könnte ihre Stichhaltigkeit es mit derjenigen der Risikofaktorenforschung gut aufnehmen. Ich will nur einige Beispiele anführen für den - mittlerweile in den Hintergrund gedrängten und kaum noch geförderten - Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Gesundheit vor einem Jahrzehnt. Da sind die zahlreichen Veröffentlichungen zur Erforschung des Zusammenhanges zwischen Arbeitsorganisation, Streß und Krankheit. Viele Einflußfaktoren sind als gesundheitsrelevant erforscht worden, die der einzelne Arbeitnehmer nicht kontrollieren kann. Während die betriebliche Gesundheitsförderung den Arbeitnehmern abseits ihrer Arbeit Entspannungstechniken gegen Streß beizubringen versucht, aber die Existenz der Stressoren nicht in Zweifel stellt, vielleicht nicht einmal kennt, konnte die Streßforschung der siebziger Jahre Erfolge bei der Modifikation folgender, mit der Arbeitsorganisation zusammenhängender Faktoren nachweisen: unter anderem Arbeitsmengen, Zeitvorgaben<sup>59</sup> und Leistungsanerkennung bzw. -bestätigung, Überschaubarkeit der Arbeitszusammenhänge, Beteiligung an Entscheidungen<sup>60</sup>, Rollenambiguität.<sup>61</sup> Weitere zu Beginn der achtziger Jahre bereits vorliegende Untersu-

---

59 Frankenhaeuser/Johansson (1976).

60 Jackson (1978).

61 Adams (1978).

chungen zur Kette: Arbeit, Arbeitsinhalte, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit sind Über- und Unterlastung, fehlende Kontrolle, fehlende soziale Unterstützung<sup>62</sup> im Zusammenhang auch mit mehr Fehlzeiten und psychosomatischen Krankheitssymptomen sowie Herz-Kreislauf-Krankheiten.<sup>63</sup> Außerdem gab es weitere Studien über Lohnformen und Unfälle, Schichtarbeit und Magen- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Gerade im Zusammenhang mit den individuellen Bewältigungsstrategien der Belastungen von Schichtarbeit wurde erhöhter Zigaretten- und Alkoholgenuß nachgewiesen.<sup>64</sup>

Die Umsetzung des hier angesammelten Wissens würde eine ganze Reihe von Nachteilen der gesundheitserzieherischen Wellness-Aktivitäten vermeiden, sie entspräche einem Public-Health-Ansatz mit weit geringerer Abhängigkeit von individuellen Lernfähigkeiten, Motivations- und Verhaltensänderungen; dadurch würde sie *allen* Beschäftigten und somit auch den am meisten belasteten zugute kommen. Wie ist es möglich, statt dessen in den Betrieben Cholesterinmessungen mit ihrer fragwürdigen Genauigkeit durchzuführen sowie Diät und Tabletten zu empfehlen, deren Nutzen in den weitestmeisten Fällen nicht existiert, oder als einzige Antwort auf Arbeitsüberlastung Entspannungstraining anzubieten? Folgte nicht das machtpolitische Vorgehen der staatlichen Arbeitgeber im Konflikt der Fluglotsen (vgl. Abschnitt 6.2.2) dem gleichen Denkmuster zum Zusammenhang zwischen Streß und Arbeitsorganisation wie die betriebliche Gesundheitsförderung, indem sie Streß als Fehlverhalten der Beschäftigten definiert? Der Unterschied liegt nur darin, daß im Fall der Fluglotsen ein Konflikt ausgetragen wurde, den das Entspannungstraining vermeiden soll. Lebensstilkonzept und Healthismus tragen dazu bei, daß vorhandenes Wissen nicht angewandt und nicht erweitert wird. Im Kapitel 4 wurde gezeigt, daß 1986 nur noch 18 Prozent der Ärzte (1983 waren es noch 26 Prozent) meinten, Streß seine eine Ursache für die koronare Herzkrankheit, während bereits 64 Prozent der Cholesterinhypothese vertrauten (1983 noch 39 Prozent). Die »konservative Ätiologie« (vgl. Kapitel 3) hatte sich durchgesetzt.

---

62 House (1981); Schwarzer/Leppin (1991).

63 Vgl. die Literatur bei Sloan (1987).

64 Vgl. Sloan (1987), siehe oben Kapitel 2.

#### 7.4.4 Gesundheit, Fitness und »lean production«

Wer im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung über Herrschaft und Macht nicht sprechen will - und das möchte die überwiegende Mehrheit der Gesundheitsförderungsautoren nicht -, für den bleibt als Grund für die Begrenzungen und Einseitigkeiten nur die Begrenztheit des wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritts bzw. fehlende Informationen darüber.<sup>65</sup> Das Ensemble von medizinischen Tests, psychologischer Beratung und Wellness-Programmen ist aber nur verständlich, wenn es auch im Kontext betrieblicher Kontrolle betrachtet wird, die über den Arbeitsvollzug hinaus die Arbeitsmotivation erreichen will. Insoweit handelt es sich um die Fortsetzung des Weges, an dessen Beginn die Human-Relation-Schule gestanden hat. Um die Tendenz ganz vereinfachend und grob anzugeben, kann man unterscheiden zwischen unmittelbar repressiven Methoden wie den Zwangstests zur Aufdeckung von Drogen- oder Alkoholkonsum, Verwarungen bei krankheitsbedingtem Fehlen usw., wie sie vorwiegend gegenüber Arbeitern angewandt werden, und eher integrativen Maßnahmen wie Belehrung, Beratung oder Therapie in Gestalt moderner Wellness-Programme, an denen sich überwiegend die Angestellten beteiligen.

Im folgenden geht es um sie integrativen Strategien. Die eingangs zitierten Bezeichnungen »Wohlbefinden«, »höchste Lebensfreude«, »Lebenslust« oder »Freude an der Leistung« signalisieren, daß diese nicht darauf zielen, sich den individuellen Bedürfnissen und Wünschen einfach zu widersetzen. Vielmehr sollen dabei psychische und libidinöse Energien freigesetzt werden, um sie an die produktiven Erfordernisse einer rationalisierten kapitalistischen Ökonomie zu binden.<sup>66</sup> Indem mit dem Lebensstilkonzept zunächst auch die bisher respektierte private Sphäre der Arbeitnehmer zum Gegenstand betrieblicher Aktivitäten wird, wird die im Lohnarbeitsverhältnis bislang respektierte Schranke zum Privatleben überschritten. Die Begrenztheit der arbeitsvertraglichen Pflichten auf das Verhalten während der Arbeitszeit, durch die sich Lohnarbeit von den alten feudalen Bindungen unterscheidet,

---

65 Natürlich sind die wenigsten tatsächlich so naiv; ihre naive »Sachlichkeit« verdankt sich den betrieblichen Machtverhältnissen, die sie, indem sie darüber schweigen, anerkennen. Der Wahrheitsanspruch wird auf diese Weise zum Eintrittspreis, der an der Pforte zum Forschungsfeld abzuliefern ist, aus Gesundheitsforschung wird Gesundheitsdiplomatie. Die erkenntnistheoretisch notwendige »Distanz« (Elias) bzw. »Rücksichtslosigkeit« (Marx) gegenüber eventuellen Rückwirkungen möglicher Forschungsergebnisse auf den Forscher als Person wird damit aufgegeben.

66 Van Krieken (1991).

gerät ins Wanken. Medizinische Tests, psychologische Betreuung und das Lebensstilkonzept<sup>67</sup> bringen den Nicht-Arbeitsbereich in die Reichweite betrieblicher Einflußnahme.

Es scheint, als versuche man unter herrschaftlichen Vorzeichen die Lehre aus der Einsicht in die Kohärenz des Habitus und der daraus resultierenden Lebensstile zu ziehen (vgl. Abschnitt 2.2), und die Designer von Wellness-Angeboten entwickeln ihre Produkte in diese Richtung. So heißt es in einer neueren Darstellung: »Neben Einsparungen gesundheitsbedingter Kosten treten andere Nutzeffekte von betrieblicher Gesundheitsförderung verstärkt in den Vordergrund.« Vorgestellt wird das Beispiel der Strategie von Conoco Oil, Houston, mit der sich »eine Erweiterung der individualzentrierten Risikoreduktionsansätze hin zu ganzheitlich-orientierten, die Unternehmenskultur einschließenden Strategien« vollziehe. Den Beschäftigten werde verdeutlicht, ihre Verhaltensweisen seien »Ausdruck eines komplexen Lebenszusammenhangs«. Unter professioneller Anleitung würden sie in die Lage versetzt, selbst nachzuforschen, »was hinter der Verhaltensebene liegt«. Informationskampagnen würden zurückgenommen und »durch Angebote der Selbsterfahrung« ersetzt, womit eine »Schwerpunktverlagerung von intellektuell-kognitiven zu emotional-erlebnishaften Programmen« vorgenommen werde.<sup>68</sup> Es geht also um den Versuch, das verfügbar zu machen, »was hinter der Verhaltensebene liegt«. Die Frage ist: wem und zu welchem Zweck? Wenn in Gestalt des Gesundheitserziehers und Betriebspsychologen die betriebliche Herrschaft den von ihrer Rationalität abweichenden Beschäftigten als therapeutischer Anspruch begegnet, so dehnt dieser sich nun auf alle denkbaren Lebensstilkfaktoren (außerhalb der Arbeit) aus, die als Gründe für mögliche Abweichungen in Frage kommen könnten. Gesundheitsförderung wird zur Prävention und Therapie abweichenden Verhaltens.

Sozialwissenschaftliche Analysen der veränderten Praxis der Beichte zeigen, daß es wichtiger geworden ist, die Intentionen des Büßers sichtbar zu machen (»was hinter der Verhaltensebene liegt«), als ihn für die Sünden büßen zu lassen. Es ist diese

»Form der Offenlegung der eigenen Impulse und Affekte, die das 'systematische Überwachen des eigenen Lebens durch den Einzelnen' und die Verinnerlichung des Zwangs anstelle seiner Ausübung von außen befördert. Tatsächlich ist [...] die Offenlegung des Selbst unmittelbar mit seiner Einschränkung verbunden gewesen. Je mehr man über sich weiß, desto besser kann man sich selbst kontrol-

---

67 Dieses Ensemble nenne ich jetzt kürzlicher »Gesundheitsförderung«.

68 Hertel (1992); Hervorhebung d. Verf.

lieren. Je mehr andere ihrem wirklichen Selbst Ausdruck verleihen, um so mehr können sie kontrolliert werden.«<sup>69</sup>

Welches Leitbild liegt den Versuchen zugrunde, auf die »aktive Teilnahme der Disziplinierten an ihrer eigenen Disziplinierung«<sup>70</sup> hinzuwirken? Der notwendig systemische Charakter heutiger Rationalisierungsstrategien<sup>71</sup> legt den Unternehmensleitungen dasselbe Arbeitnehmerideal nahe, das auch dem zentralen Moralbegriff der betrieblichen Gesundheitsförderung (»Selbstverantwortung«) seinen Inhalt gibt. Während das immanente Persönlichkeitsideal der »taylorisierten« Industrie das »Rädchen im Getriebe« ist, liegt dem modernen Verständnis das der kybernetischen Persönlichkeit zugrunde, verstanden als »selbstregulierendes informationsverarbeitendes System« bzw. als der manipulativ-intelligente Selbstoptimierer, der weiß, wie er sich belastbar, beherrschbar und verwendbar (und in diesem Sinne auch gesund) halten kann, und der das von der Organisation Erwartete zu seinem eigenen Willen macht.<sup>72</sup> Die »neue Gesundheitsethik«, die sich in den großen amerikanischen Kapitalgesellschaften herausbildet, könnte Vorbote einer neuen Weise der betrieblichen Kontrolle sein. Während fast alle früheren Formen der Kontrolle auf Arbeitsorganisation und -prozeß konzentriert sind, setzt die »new corporate health ethic« jenseits des Arbeitsplatzes am Lebensstil der Arbeitnehmer an.<sup>73</sup>

»Die Bedeutung, zumindest aber die Konnotation zeitgemäßer Begriffe wie 'fit corporation', könnte mehr sein als eine Metapher in einer Welt, in der 'down-sized'-Firmen 'lean and mean' sein müssen und in der Arbeitnehmer, deren Lebensstil 'healthy and fit' ist, in der Firma als solche mit einem 'competitive edge' angesehen werden.«<sup>74</sup>

Der entscheidende betriebliche Bezugspunkt für die Beschäftigten ist die Entwicklung dessen, wofür sie angestellt sind, also die Anforderungsstrukturen. Marstedt faßt ihre gegenwärtige Entwicklung zusammen: Mit dem Einsatz der neuen Technologien, der »systemischen« Form, die Rationalisierung heute angenommen hat, sowie der Deregulierung und Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse werden

---

69 Van Krieken (1991). Der Autor bezieht sich hier auf Bossy (1985) und auf Hahn (1982).

70 Van Krieken (1991).

71 Vgl. Kühn (1989).

72 Kühn (1987a, S. 8-30); Hofmann (1968).

73 Es gibt natürlich auch sehr praktische unmittelbare Vorteile: Die Zuwendung zum Lebensstil ermöglicht den Unternehmen auch, im Namen der Gesundheit Arbeiter zu selektieren und dabei die Anti-Diskriminierungsgesetze umgehen.

74 Conrad/Walsh (1992); die in englisch übernommenen Begriffe würden durch die Übersetzung ihre von den zitierten Autoren beabsichtigte Authentizität verlieren.

»zugleich auch Anforderungsstrukturen verändert, werden Definitionskriterien für Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeeengt, Krankheit und Beeinträchtigung aus Arbeit und Betrieb exterritorialisert; Rationalisierungszwänge und Produktivitätsmaximen führen zu einer Produktionsgestaltung, die immer radikaler von integralen Voraussetzungen lebendiger Arbeit - wie Rhythmik oder Variabilität von Motivation und Leistungsvoraussetzungen - abstrahiert, die menschliche Arbeitskraft analogen Effizienzansprüchen unterwirft wie Arbeitsorganisation und Technik. Erforderlich werden durch die Rationalisierung dann auch neue Formen der Herrschafts- und Loyalitätssicherung für relevante Beschäftigungsgruppen. Eine neue Arbeitsethik wird propagiert, die nach dem 'ganzen' Arbeitnehmer verlangt.«<sup>75</sup>

Damit ist nicht gesagt, in den USA läge ein geschlossenes und explizites Konzept der sozialen Rationalisierung in diesem Sinne vor. Aber die realen Veränderungen der Arbeit legen eine Tendenz in diese Richtung nahe. Zwei Buchtitel aus der Management-Literatur der achtziger Jahre können die Tendenz illustrieren: »From Control to Commitment in the Workplace« und »Choosing an Involvement Strategy«<sup>76</sup>. Die betriebliche Praxis läßt durchaus Züge einer impliziten »neue Gesundheitsethik« der Kapitalgesellschaften erkennen. Es gibt eine Tendenz

»von der sozialen Kontrolle des Arbeitsprozesses<sup>77</sup> zur sozialen Kontrolle von Herz, Verstand und Körper der Arbeitnehmer. Unter den Bedingungen der sich wandelnden Anforderungen könnte das zu einer weniger strengen Kontrolle des Arbeitsprozesses führen, beim gleichzeitigen Versuch, Werte (Moral) und Lebensstil der Beschäftigten zu formen.«<sup>78</sup>

Bereits etablierte Instrumente sind z.B. »Qualitätszirkel«. Man spricht dabei von »kultureller Kontrolle«<sup>79</sup>. Einstellungen und Werte wie die »Hingabe an die Aufgabe des Unternehmens« sollen über die »Unternehmenskultur« entwickelt und gefestigt werden.<sup>80</sup>

---

75 Marstedt (1990); (Hervorhebung, d. Verf.).

76 »Von der Kontrolle zur persönlichen Einsatzbereitschaft (commitment) am Arbeitsplatz«; »Entscheidung für eine Strategie zur Hebung des persönlichen Engagements«; Conrad/Walsh (1992).

77 Zum hier benutzten Begriff der Kontrolle vgl. Braverman (1977); Edwards (1981).

78 Conrad/Walsh (1992).

79 Gryzb (1984).

80 Auf eine häufig anzutreffende engere Sichtweise von »corporate culture« im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung ist hinzuweisen. Es dreht sich dann darum, daß ein »Klima« im Betrieb geschaffen wird, das den Beschäftigten durch häufige Hinweise (inszenierte »Gesundheitsereignisse«), Verlockungen (Belohnungen für die Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen) und Hindernisse (z.B. Rauchverbote) gesundes Verhalten (healthy choice) nahelegt. Zu diesem »Klima« - so klagen Bürgerrechtler - gehört nicht selten moralischer Druck, Hänseleien von Kollegen usw.

Um die Gesundheit - und damit auch die Gesundheitsförderung - mit den Anforderungen in einen theoretischen Zusammenhang zu bringen, eignet sich der von Parsons eingeführte Gesundheitsbegriff sehr gut, denn er definiert ihn aus der Perspektive des sozialen Systems. Im systemfunktionalen Sinne handelt es sich bei der im Betrieb zu fördernden »Gesundheit« um den »Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der *Rollen* (psychische Gesundheit, d.V.) und *Aufgaben* (physische Gesundheit, d.V.), für die es sozialisiert worden ist«<sup>81</sup>. Gesundheitsförderung trägt hiernach zur Erfüllung der beiden Hauptfunktionen bei, die der strukturfunktionalen Theorie zufolge das soziale System Betrieb im Gleichgewicht halten: der Erziehung (Sozialisation) und der sozialen Kontrolle.<sup>82</sup> »Gesundheit« als Norm verändert ihre Inhalte somit mit dem Wandel, dem die »Rollen« und »Aufgaben«, die der Betrieb bereithält, selbst unterworfen sind.

Conrad und Walsh, deren Einschätzung ich teile, betonen, das dürfe nicht im Sinne einer ausgefeilten Strategie gesehen werden, die Reaktionsweise der Unternehmensleitungen auf die neuen Herausforderungen der Produktion und der internationalen Konkurrenz seien eher noch diffus. Jedoch sei ein auffälliger Zuwachs von »human resource personnel« und »health professionals« in den Betrieben zu verzeichnen. Und die Wellness-Programme seien ebenso beliebt bei den Angestellten wie kostengünstig für die Unternehmen, so daß Versuche hier kein großes Risiko bedeuteten. Man könne erwarten, daß die Manager die Kontrollmöglichkeiten, die in diesen Strategien lägen, mit der Zeit auch bewußter einsetzen würden. Sie führen zwei illustrierende Anekdoten an. Der Vizepräsident eines »Fortune 500 Unternehmens« sagte in einem Interview in bezug auf die Wellness-Programme:

»Ich betrachte die Gesundheitsförderung als eine Möglichkeit, den Typ von Angestellten zu erhalten und anzuziehen, den wir in diesem Unternehmen wollen. Der Kerl, der diszipliniert genug ist, zehn oder fünfzehn Meilen die Woche zu laufen oder regelmäßig Gymnastik zu machen oder das Rauchen aufzugeben oder abzunehmen [...], der hat auch die Disziplin, die ich bei meinen Angestellten brauche [...], disziplinierte, hochleistungsfähige Leute.«<sup>83</sup>

Der medizinische Direktor einer der größten amerikanischen Kapitalgesellschaften sagte auf einer Konferenz über betriebliche Gesundheitsförderung:

»Das Unternehmen sieht Probleme in der Einstellung der Angestellten zur Firma, zu den Vorgesetzten und den Mitarbeitern sowie auch generell in der Ar-

---

81 Parsons (1972, 1964).

82 C.W. Mills führt vor, wie im System Parsons' diese beiden Funktionen die entscheidenden Garanten der Systemstabilität sind; vgl. Mills (1963, 1959, S. 60-88).

83 Mill (1963, 1958, S. 60-88).

beitszufriedenheit. Als ich sagte, ich dachte, wir hätten ein Programm, das hier einige Verbesserungen bringen könnte, gaben mir die Vizepräsidenten ein Jahr Zeit für ein Pilotprogramm, in dem wir versuchen konnten, positive Wirkungen auf die Einstellung zu demonstrieren, mit der Zustimmung, danach ein Gesamtprogramm zu unterstützen. Wir taten das und sie dann auch, und das Programm wurde erweitert ohne harte Daten, die das auf der Basis von Kostenersparnis gerechtfertigt hätten.«<sup>84</sup>

Johnson & Johnson wirbt mit Erfolgsbeispielen für das oben vorgestellte »Live-for-Life«-Programm: Herkömmlich ist die Erfolgsgeschichte von dem Großunternehmen mit einem »Multimillionen-Dollar-Absentismus-Problem«. Bereits nach acht Monaten mit einem »full on-site health promotion system« von Johnson & Johnson »konnte es sich einer zehnpromzentigen Senkung des Absentismus erfreuen [...] und einer Senkung der Überstunden um 38 Prozent«. Ein zweites Beispiel geht darüber hinaus:

»Ein landesweit operierendes Dienstleistungsunternehmen mit Niederlassungen an der Ost- und Westküste brauchte Hilfe, um die Moral der Beschäftigten aufzumöbeln und um nach dem Aufkauf durch ein anderes Unternehmen Unterstützung aufzubauen. Johnson & Johnson sorgte in Rekordzeit für ein unternehmensweites Gesundheitsprofil, um dem Management zu helfen, mit seinen Beschäftigten zu kommunizieren.«<sup>85</sup>

Wenn die Werte und Tugenden des Healthismus zum Bestandteil der »Unternehmenskultur« geworden sind, dann können auch den Beschäftigten über den Healthismus Werte und Tugenden des Unternehmens vermittelt (»kommuniziert«) werden.

### *Exkurs: »Kolonialisierung der Lebenswelt?«*

An dieser Stelle soll kurz begründet werden, warum die Anwendung des Habermasschen Begriffs der »Kolonialisierung der Lebenswelt« auf die Analyse der herrschaftlichen Überformung des Gesundheitsbewußtseins und -verhaltens außerhalb der Arbeit irreführend wäre. Ich beschränke mich auf zwei Argumente: Erstens macht Habermas eine Grundannahme, nach der die »kapitalistische Wirtschaft« als ein über das Tauschmedium »ausdifferenziertes Subsystem« anzusehen sei, das »im ganzen ein Stück normenfreier Sozialität«<sup>86</sup> darstelle, während Moral dem »lebensweltlichen« Zusammenhang des

---

84 Walsh/Egdahl (1989).

85 Johnson & Johnson Health Management Inc. (1990). Es kommt weniger auf den Wahrheitsgehalt dieser Beispiele an, sondern darauf, daß es sich um klar kalkulierte Werbebotschaften an Unternehmen handelt.

86 Habermas (1981, S. 126).

»kommunikativen Handels« entspringe. Aber die gesamte Organisation des Produktionsprozesses beruht bereits schon auf dem normativen Apriori des Arbeitsvertrags, der den Arbeiter dazu verpflichtet, seine Arbeitskraft (die er nicht von sich losrennen kann) für eine bestimmte Zeit der Normativität des Betriebes zu unterwerfen.<sup>87</sup> Und woher, wenn nicht aus dem »Funktionskreis instrumentellen Handelns«, sollen die Tugenden des den modernen Arbeitsanforderungen entsprechenden »kybernetischen« Arbeitnehmerideals stammen?

Umgekehrt haben sich gerade im »lebensweltlichen« Bereich der Nicht-Arbeit Freiräume erhalten oder ergeben, in denen man, je unterschiedlich nach sozialökonomischer Schicht, zumindest von einer gewissen normativen Wahlfreiheit sprechen kann, die - und darauf kommt es hier gerade an - über die immer schon bestehenden Abhängigkeiten von der Arbeitswelt hinaus dabei sind, zum Gegenstand moralischer (»kultureller«) Kontroll- und Steuerungsversuche zu werden.

Zweitens bedeutet »Kolonialisierung«, daß etwas von außen (hier das ökonomische »Subsystem« bzw. der »Funktionskreis instrumentellen Handelns«) sich ein vormals nichtkolonialisiertes Gebiet (»Lebenswelt«) unterwirft. Der Lohnarbeiter war aber schon immer gezwungen, seine Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf die Anforderungen der Arbeit zu erhalten und damit natürlich auch den Bereich der Nicht-Arbeit in ein Entsprechungsverhältnis zu seiner Position im arbeitsteiligen Produktionsprozeß zu setzen, zunächst ohne und später mithilfe des Sozialstaates. Was sich im Zusammenhang mit der dafür eingespannten betrieblichen Gesundheitsförderung (im weiten Sinne) als etwas Neues zu entwickeln beginnt, ist, daß der Bereich der Nicht-Arbeit nicht lediglich in seinem seit der Befreiung vom Feudalismus gewohnten Verhältnis »autonomer Abhängigkeit« von der Arbeit verbleibt, sondern zum Gegenstand von Steuerungs- und Kontrollstrategien wird, die sich dazu der lebensstilorientierten Gesundheitskonzepte bedienen. Die Daten der Abhängigkeit von Krankheit und Tod vom sozialökonomischen Status (vgl. Kapitel 2) geben ein Zeugnis davon, wie unglaublich viel tiefgreifender das Leben von der Stellung im Produktionsprozeß berührt wird, als daß man es bloßen Übergriffen im Rahmen »interaktiver« Beziehungen zwischen »Subsystemen« zuschreiben könnte. Hier geht es um die Grundbeziehungen, in die die kapitalistischen Marktgesellschaften die Menschen zueinander stellen. Die Realität, jedenfalls ihr hier interessierender Ausschnitt, sträubt sich gegen Versuche, mithilfe der Habermasschen Kategorien begriffen zu werden.

---

87 Johannes (1989).

Zurück zur Gesundheitsförderung im Betrieb: Wenn festgestellt wird, welche Funktionen sie im Rahmen der betrieblichen Steuerung und Kontrolle einnehmen kann, dann soll das natürlich nicht heißen, die betriebliche Gesundheitsförderung sei das zentrale Führungsinstrument. Sie ist allerdings etwas anderes als eine betriebliche Sozialleistung, auf deren integrative Sekundäreffekte die Unternehmensleitungen immer schon setzen wie im gesellschaftlichen Maßstab ein Bismarck auf die Integrationseffekte der Sozialversicherung. Wenn sich die von einigen Autoren analysierten und von Anbietern behaupteten Effekte als dauerhaft herausstellen sollten und nicht lediglich als »Hawthorne-Effekte«<sup>88</sup>, dann könnte die betriebliche Gesundheitsförderung einschließlich der medizinischen und psychologischen Dienste eines der unmittelbar zur Steuerung von Einstellung und Verhalten eingesetzten Instrumente werden. Jedenfalls sieht es derzeit danach aus, und die bekannten Anbieter stellen das auch in der Werbung, entsprechend sprachlich verkläuliert, heraus.

## 7.5 Schrankenlosigkeit und Selbstschutz

Im folgenden geht es um die Frage, was denn Herrschaft und Kontrolle mit Gesundheit zu tun haben. Zumindest, so hört man häufig, schaden doch Entspannungsübungen und Blutdruckmessungen niemandem. Nichts ergibt jedoch einen Sinn außerhalb eines Kontextes.

Betriebliche Herrschaft war niemals gesundheitlich neutral. Erstens kann sie Menschen dazu zwingen, ihre Arbeitskraft über das - bezogen auf das gesamte Arbeitsleben - gesundheitlich Erträgliche hinaus zu verausgaben. Die Zahlen über die vorzeitige Verrentung sprechen ihre eigene Sprache. Zweitens: Auch bei den modernsten Unternehmen handelt es sich um Systeme zur Verwertung von eingesetztem Kapital in Konkurrenz zu alternativen Anlage-sphären. Die durch die Marktkonkurrenz vermittelten und angetriebenen Mechanismen der Kapitalverwertung sind, sich selbst überlassen, blind gegenüber den ökologischen und gesundheitlichen Erfordernissen, selbst wenn

---

88 In Anlehnung an eine Entdeckung, die man bei den Hawthorne-Experimenten gemacht hatte. Es hatte sich dort nämlich herausgestellt, daß positive Effekte auf die Arbeitsmotivation und -produktivität nicht vom konkreten Inhalt einer konkreten Maßnahme abhängig sein müssen (denn sie traten auch bei der Kontrollgruppe auf), als schlicht von der Tatsache, daß die Arbeiter das Gefühl hatten, es kümmere sich jemand um ihre Probleme (vgl. Scott 1986).

davon längerfristig ihre eigenen stofflichen, personellen, sozialen und politischen Bestandsgrundlagen betroffen sein sollten (vgl. Kapitel 1.)<sup>89</sup> Soweit diese Erfordernisse berücksichtigt werden, hat das exogene Gründe, vor allem solche, die ihnen als Selbstschutz der Gesellschaft (Polanyi) und ihrer Individuen aufgenötigt werden (Sozialstaat, Tarifrecht, Arbeitsmarktpolitik usw.).

Das gesundheitlich Entscheidende an der betrieblichen Kontrolle ist, daß sie die Beschäftigten unter ein Arbeitssystem zwingt, dessen spezifische ökonomische Rationalität prinzipiell schrankenlos ist.<sup>90</sup> Es gibt kein »Genug« im Sinne einer dem Kapitalverhältnis immanenten praktischen Kategorie, z.B. im Sinne der Schonung der Natur oder des - von seiner Arbeitskraft ja nicht abtrennbaren - Menschen, der als Naturwesen auch Naturgesetzen unterworfen ist. »Genug« ist eine ethische, eine kulturelle Kategorie und - soweit die Ethik sich auf die Menschenrechte bezieht - auch eine gesundheitliche. Die Rechnungsführung einer Aktiengesellschaft kennt »Minus« und »Plus«, aber sie kennt kein »Genug«.<sup>91</sup> Kein multinationaler Konzern macht genug Gewinn, keine Kapitalanlage ist zu hoch verzinst, keine Rendite zu günstig. Hinweise auf das »aufgeklärte Management« treffen nur insoweit zu, als dieses auf Selbstschutzmaßnahmen der Gesellschaft (Staat, Gewerkschaft, Bürgerinitiativen, Verbraucherorganisationen etc.) frühzeitig oder gar antizipativ reagiert. »Deregulierung« bedeutet im Kern nichts anderes als den Abbau des sozialen und ökologischen Selbstschutzes, der dieser schrankenlosen Rationalität durch die Gesellschaft »aufgeherrscht« worden ist (und von den Funktionären dieser Rationalität, dem Management, auch so empfunden und artikuliert wird). Eine funktionierende Marktgesellschaft findet zwar Kompromisse, aber sobald deren politisch-ökonomische Geschäftsgrundlage sich verändert und hinter dem ethischen »Genug« (z.B. die Arbeitszeit betreffend) keine politische Macht mehr steht, bleibt davon nicht mehr zurück als eine Erinnerung.<sup>92</sup> Die gesundheitlichen Folgen der Deregulierungsperiode während der Präsidentschaft Reagan/Bush wurden in Kapitel 2 dargestellt. So

---

89 Ausführlich zu diesem Thema: Kühn (1980).

90 Das gilt nicht für ökonomische Rationalität schlechthin, wenn es z.B. darum geht, ein in Kategorien des Nutzens festgelegtes Ziel auf möglichst wirtschaftliche Weise zu erreichen.

91 Gorz (1989); Rohwer (1989).

92 Selbstverständlich war beispielsweise in der »alten« Bundesrepublik Deutschland die allgemeine Respektierung des Tarifvertrags, und ebenso selbstverständlich wird der gewerkschaftliche Machtverlust nach der Vereinigung mit dem Bruch des Tarifvertrags durch die Arbeitgeberverbände der Metallindustrie beantwortet.

wie der »Geist des Kapitalismus« (Max Weber) das Band zwischen Arbeit und Bedürfnis zerschnitten hat, so auch das zwischen Arbeitsanforderungen und Gesundheit.

Denn die Schrankenlosigkeit des ökonomischen Systems ist eine doppelte, die den einzelnen von zwei Seiten fordert, bedrängt und auch umschmeichelt: zum einen in der Arbeit in Gestalt der Anforderungen und Kontrolle bis hinein ins Private und Unbewußte und zum anderen von der angebotenen Warenfülle aus Produkten und Diensten des Medizinsystems, der Nahrungsmittelindustrie usw., die zugleich die Besorgtheit um die persönliche Gesundheit nähren und versprechen, Abhilfe zu schaffen, und damit den Heilthumus weiter verbreiten und verstärken, den sich die betrieblichen Strategien wiederum zunutze machen.

Der durch die »Unternehmenskultur« verstärkte Selbstzwang zur Anpassung an die betrieblichen Leistungsimperative wäre nur dann nicht relevant für die Gesundheit, wenn weder das »Woran« noch das »Wie« dieser Anpassung gesundheitlich relevant wäre. Das ist weder allgemein der Fall, da die Schrankenlosigkeit der Verwertung ein Existenzprinzip des Kapitalverhältnisses ist, noch kann das vom konkreten Wandel der Anforderungsstrukturen betrieblicher Arbeit behauptet werden. Da die Beschäftigten ihre Arbeitskraft innerhalb eines prinzipiell schrankenlosen Verwertungsprozesses verausgaben, werden auch die durch Fitness bzw. funktionale Gesundheit zusätzlich zu erschließenden Leistungsreserven von diesem vereinnahmt. Im Unterschied zum äußeren Zwang, der diese Reserven dem Arbeitenden entreißt, äußert sich der verinnerlichte Zwang als freier Wille, z.B. in dem starken Wunsch, zu den »disziplinierten und leistungsfähigen Leuten« gezählt zu werden. Fitness und die Aneignung eines entsprechenden Lebensstils sind damit für die Elite der - im Sinne der betrieblichen Normen - Leistungsfähigen zum Identifikations- und Distinktionsmittel geworden.

Ich spreche nicht von einem Zustand, sondern von einer Tendenz, die für einen Teil der Beschäftigten mit qualifizierter und knapper Arbeitskraft existiert, ohne sich bereits durchgesetzt zu haben. Wenn es den Unternehmen gelänge, über die Unternehmenskultur nicht nur in deren Privatsphäre steuernd überzugreifen, sondern auch in das Unbewußte, dann würde mit der moralischen Verinnerlichung zugleich auch das Motiv des Selbstschutzes stillgelegt. Daß die Kontrollapparatur des Gewissens eine gesellschaftlich und damit auch herrschaftlich geformte ist, wußte schon Freud, der davon sprach, die Gesellschaft ließe den einzelnen durch das Gewissen in seinem

Inneren »wie durch eine Besatzung in einer eroberten Stadt bewachen«<sup>93</sup>. Diese Schwächung des individuellen Selbstschutzmotivs, das zumindest als Norm in der Leistungsmoral der »Unternehmenskultur« enthalten ist, enträtelt noch mehr die sozialen Inhalte der Tugend der »Selbstverantwortung«<sup>94</sup>. Verantwortung im Sinne der Übernahme von Schuld und Verhaltenslast bezieht sich auf die Bedürfnisse und Wünsche, die das Selbst in die Arbeitswelt einbringt und die dem Leistungsanspruch des Betriebes widerstehen. Gemessen an der ökonomischen Verwertungsrationalität ist das Motiv zum Selbstschutz ein durchaus irrationales Hemmnis.

Selbstverantwortung im Sinne der Übernahme von Verhaltenslast meint die Selbstunterdrückung dieser irrationalen - weil im Verwertungszusammenhang unverdaulichen - Motive. Hier können sich Risikofaktormedizin und moralische Steuerung ergänzen: Während erstere die subjektive Körpererfahrung der Menschen entwertet und durch objektives Messen und professionelle Expertise ersetzt und damit schwächt, lehrt jene, sie zu unterdrücken. Selbstverantwortung bedeutet in gewissem Sinne gerade die Gleichgültigkeit jenem Teil des »Selbst« gegenüber, der nicht deckungsgleich ist mit der Rolle und den Aufgaben des Arbeitnehmers.

»Unternehmenskultur« ist ein abermaliger und zeitgemäßer Versuch, das innere Band an den Betrieb über das gewiß nicht lockere der Lohnabhängigkeit hinaus unter Ausklammerung des damit verbundenen Tauschprinzips emotional anzureichern und zu festigen. Es ist mehr ein »Zieh-Versuch« als ein »Druck-Versuch«, obwohl er das auch ist.<sup>95</sup> Sie wird sich niemals vollständig durchsetzen können, da die moralische Transportierfähigkeit von Konzepten der Unternehmenskultur immer wieder durch die empirische, erfahrbare betriebliche Wirklichkeit beschädigt werden muß. Es geht bei der »Unternehmenskultur« - und das schwächt die Wirkkraft der Tendenz um ein weiteres - letztlich um ein Surrogat für das eigentlich Gesuchte: für das Erlebnis eines gesellschaftlichen Sinns, den der einzelne mit seinem Tun verbinden könnte.<sup>96</sup> Obgleich dieser Wunsch von einer so großen Intensität ist, daß er nur mißlingt, wenn sich die Wirklichkeit dagegen sträubt, in diesem Sinne von den Individuen interpretiert zu werden, gilt, was vor drei Jahrzehnten für die Versuche zum »Betriebsklima« galt: »Ein noch so gutes 'Betriebsklima' vermag ebensowenig die Widersprüche der industriellen Arbeit

---

93 Freud (1982, S. 250).

94 Siehe oben Abschnitt 1.3.1.

95 Van Krieken (1991).

96 Hofmann (1969).

aufzuheben, wie ein noch so schlechtes neue Gegensätze schafft, die nicht durch die objektiven Verhältnisse bereits vorgezeichnet wären.«<sup>97</sup>

Nur in einer Ära wie der des Postmodernismus, in der es schick ist, zu meinen, »Werte« seien völlig unabhängig von objektiven Entsprechungen und allein und beliebig durch Propagierung herstellbar, konnten die Illusionen (und entsprechend auch die Ängste) von der perfekten Anpassung eine solche Renaissance erleben.<sup>98</sup> Allerdings ist die Frage, *wodurch* die Anpassung scheitert, sehr wesentlich: durch die individuelle und soziale Selbstbehauptung der Arbeitnehmer oder durch Krankheit und Verschleiß, und zwar dann nicht *mangels*, sondern *durch* Fitness. Mit der Einschränkung, daß eine Tendenz gemeint ist und nicht etwa ein Zustand oder die Prognose eines Zustandes, trifft Marstedts Einschätzung zu, daß betriebliche Gesundheitsförderung einschließlich der psychologischen und medizinischen Dienstleistungen und Tests im Zusammenhang kapitalseitiger Strategieansätze steht die nicht nur

»eine Unterordnung sozialer, kultureller und politischer Interessen gegenüber Rentabilitäts- und Produktivitätskriterien in der Arbeitswelt verlangen. Krankheiten und Motivationskrisen, Befindlichkeitsstörungen und altersbedingte Leistungsbeeinträchtigungen werden aus Arbeit und Betrieb hinausgedrängt, geraten zum individuellen und privat zu bewältigenden Problem.«<sup>99</sup>

Wenn er jedoch weiterfährt, gleichzeitig werde »diese Sphäre der privaten Lebensführung durchsetzt von den Normen der Arbeit«, so ist das darum nicht treffend, weil es schon immer treffend war. Es gelten hier die Einwände, die oben gegen Habermas vorgebracht worden sind. Das spezifisch Neue ist nicht die vielfältige Abhängigkeit der Privatsphäre und des Reproduktionsverhaltens von der Arbeit, sondern deren Kontrolle im Namen der Gesundheit.

»Fitness« im Sinne des funktionalistischen Gesundheitsbegriffes sollte nicht gleichgesetzt werden mit dem, was häufig in kritischer Absicht als »In-

---

97 Von Friedeburg (1963, S. 126), nach Hofmann (1969).

98 Wer am Bildschirm das Glücksgefühl in den Augen der Arbeiter in der amerikanischen High-Tech-Rüstungsindustrie sehen konnte, als ihnen in betrieblichen Feierlichkeiten vom Präsidenten und Vizepräsidenten der Vereinigten Staaten bescheinigt wurde, sie hätten mit ihrer Arbeit ganz wesentlich zum »Sieg« des Guten gegen das Böse beigetragen, der wird auf dem Gebiet der Sinn-Vermittlung vieles für möglich halten. Er sollte aber die Kurzlebigkeit nicht vergessen, die nur 18 Monate später zum Wahlsieg Clintons führte. - Ein ganz und gar kurzfristig wirkender, aber dann um so mehr blamierter deutscher Versuch war die Propagierung des »zweiten Wirtschaftswunders« einschließlich des dazugehörigen »Ärmel-Aufkrepeln« im Jahr 1990.

99 Marstedt (1990).

strumentalisierung des Körpers« bezeichnet wird. Es zählt zu den Wesensmerkmalen der menschlichen Gattung, daß sie in der Lage ist, ihren Körper zu instrumentalisieren. Der philosophische Anthropologe Helmut Plessner sagt:

»Das Tier durchherrscht seinen Leib. Es steckt in ihm nicht wie in einem Futteral - wie der Mensch. Aber die Futteral-Situation verleihet dem Menschen die Möglichkeit, seinen Leib zu beherrschen, bis zur unwahrscheinlichsten Akrobatik mit ihm zu spielen. Sein Leib ist ihm Instrument.«<sup>100</sup>

Nicht die Instrumentalisierung ist das Problem, sondern das Wozu und Wie. Ähnliches gilt auch für eine andere pseudokritische Stereotype, die der »Fremdbestimmtheit«. Nicht allein in einem »Funktionskreis instrumentellen Handelns« (Habermas), sondern in *allen* ihren Lebensbereichen verfügen Menschen über Menschen.

»Einander *ausschließlich* als Zweck und *nie* als Mittel zu behandeln, ist Menschen nämlich, solange sie als bedürftige Naturwesen einer arbeitsteiligen Gesellschaft angehören, unmöglich. Sie sind schlicht nicht lebensfähig, ohne sich die Produkte, Einsichten, Ratschläge anderer zueigen zu machen, sie als Mittel zur Selbsterhaltung zu gebrauchen, und noch das oberflächlichste Gespräch läßt sich nicht führen, ohne in irgendeiner Weise Zeit, Aufmerksamkeit und Fähigkeiten der anderen in Anspruch zu nehmen - über sie zu verfügen. Nicht *daß* verfügt wird, sondern *wie* ist entscheidend.«<sup>101</sup>

Instrumentalisierung und Eingespanntsein in den ökonomischen Verwertungsprozeß, dessen Existenzprinzip die Schrankenlosigkeit ist, sind das Problem. Selbst-Verantwortung in einem nicht-zynischen Sinne erfordert die innere (subjektive) wie äußere, individuelle wie kollektive Freiheit, diesem Prozeß Grenzen zu setzen, wo er das Selbst aufzureiben und zu zerstören droht. Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung haben hier ihre Aufgabe, sonst haben sie den Namen nicht verdient.

Gesundheitsförderung als marktgängige Dienstleistungen, die auf die Käuferbedürfnisse der Unternehmensleitungen zugeschnitten sind, weisen nicht nur alle gesundheitlichen Mängel auf, die dem Lebensstilkonzept anhaften, sondern reproduzieren das destruktive Naturverhältnis der Industriegesellschaften im individuellen Verhalten zum eigenen Körper. Und ebenso wenig wie das eine ohne Landschaftsschutz und »Liebe zur Natur« denkbar wäre, ist es das andere ohne Körperpflege, geeignete Ernährung und Spannungsfähigkeit. Die Verselbständigung des Ökonomischen vom Mittel zum Zweck findet so im Mikrokosmos Betrieb ihre Entsprechung.<sup>102</sup> Selbst-

---

100 Plessner (1976, 1964, S. 138-150).

101 Türcke (1989, S. 21-38).

102 Hofmann (1969) hat auf den dieses Rangverhältnis, wonach der Mensch ein Problem der Industrie ist, ausdrückenden Buchtitel von Mayo hingewiesen: »The human

behauptung und Anpassung durch Fitness - beides geschieht zur gleichen Zeit, aber welches sich als bestimmende Tendenz durchsetzt, das wird daran entschieden, ob zum einen die Bemühungen um die Gesundheit, in einen (inner- oder auch außerbetrieblichen) solidarischen Zusammenhang verlagert werden können oder ob die beiden in den achtziger Jahren verstärkten Tendenzen weiterhin die Oberhand behalten, d.h. ob zum einen die ökonomisch entwerteten Teile der Arbeitsbevölkerung weiterhin auch gesundheitspolitisch vernachlässigt bleiben und ob zum anderen der Healthismus, die permanente Besorgtheit um die persönliche Gesundheit, in den Schichten vom qualifizierten Facharbeiter bis zum leitenden Angestellten weiter gefördert und verwertet wird.

Gedanklich könnte man der monetären unternehmerischen Bilanz eine auf das gesamte Arbeitsleben bezogene »gesundheitliche Bilanz« der Arbeitnehmer gegenüberstellen. Soweit das betriebliche Ensemble von medizinischen Untersuchungen, Beratungsdiensten und Gesundheitsförderung dazu beiträgt, dem Verwertungsprozeß weitere Leistungsreserven der Beschäftigten zu erschließen und ihnen Möglichkeiten der Leistungszurückhaltung zu nehmen, müßten diesen Aktiva in der Unternehmensrechnung die entsprechenden Passiva in einer solchen (lebenslangen) Gesundheitsbilanz zugeordnet werden. Man würde dann feststellen, daß der funktionale Gesundheitsbegriff Parsons' plötzlich ins Leere greift. Denn wenn »Gesundheit« die Fähigkeit ist, Aufgaben und Rollen zu erfüllen, dann sind sowohl die gesteigerte Fähigkeit, abgeforderte Leistungen zu erbringen, als auch die verminderte Möglichkeit, Reserven zurückzuhalten, Steigerungen der Gesundheit. Damit wird der Interessengehalt des struktur-funktionalen Gesundheitsbegriffs sichtbar, der aber darum nicht aufhört, ein sehr realer zu sein, da er die menschliche Gesundheit auf das beschränkt, was sie für das soziale System bedeutet.

In der Instrumentalisierung für einen abstrakten, schrankenlosen Prozeß, die zugleich die durch ihren Zugriff auf das Private und Unbewußte Gegenwehrmöglichkeit unterlaufen könnte, liegt eine zentrale Gesundheitsgefahr, aus der viele der relevanten Gesundheitsrisiken überhaupt erst resultieren. Darum kann es wirklicher Gesundheitsförderung nicht gleichgültig sein, ob sie mit dem gängigen Fitness-Ideal einer inhaltsleeren selbstzweckhaften Leistungs- bzw. Verwendungsfähigkeit operiert oder den einzelnen hilft, für ihr

---

problems of an industrial civilization.« Anders sprach in diesem Zusammenhang vom Menschen »als Hofzwerg seines eigenen Maschinenparks« (Anders 1976, S. 25).

Selbst tatsächlich Verantwortung zu tragen und es auch in der Arbeitswelt zu behaupten.

Im politischen Raum der Präventionspolitik ist kein Platz für bombastische Entwürfe, zu deren Realisierung zuerst die Gesellschaft als Ganze verändert werden müßte, wie die Forderung der Ottawa-Konferenz, die Menschen in die Lage zu versetzen, »die Faktoren zu kontrollieren, die ihre Gesundheit bestimmen«<sup>103</sup>. Es geht um eine Alternative zur rollenfunktionalen Fitness als einem letztlich destruktiven, dem industriellen Mensch-Natur-Verhältnis ähnlichen Verhältnis zur Gesundheit. Hier könnte eine Überlegung Plessners nützlich sein: Nicht im Sinne eines Ideals, sondern im Zuge der Zivilisation habe es sich herausgebildet, daß man unter dem Begriff der Rolle dem Menschen einen Abstand von seiner gesellschaftlichen Existenz zubillige,

»der etwas Tröstliches haben kann: der Mensch, der einzelne ist nie das, was er 'ist'. Als Angestellter oder Arzt [...] ist er doch immer 'mehr' als das, eine Möglichkeit, die sich in solchen Daseinsweisen nicht erschöpft und darin nicht aufgeht.«

Solange dies der Fall sei, ermögliche das »Reservat eines Individuum ineffabile, einer sozialen Unberührtheit, eine Zone der Privatheit, der Intimität, der persönlichen Freiheit«. Insofern gewähre der Rollenbegriff Achtung vor dem einzelnen und schirme ihn gegen sein öffentliches Wesen ab. Allerdings erfahre er eine Verschiebung, die das »Doppelgängertum privat-öffentlich« in »Richtung auf einen reinen Funktionsbegriff« nivelliere, »der an Menschen und ihr Verhalten nicht mehr gebunden ist«. Der »Doppelgänger« habe unter bestimmten Umständen immer die Möglichkeit, sich als solchen zu vergessen oder gar nicht erst seiner Duplizität gewahr zu werden und »damit sich an seine Rolle zu verlieren«<sup>104</sup>; oder, wie Marx es ausgedrückt hat: »im Arbeitsprozeß haben sie [die Arbeiter] bereits aufgehört, sich selbst zu gehören«<sup>105</sup>. Die Arbeitsgesellschaft gibt jedem auf, die Rolle des Verwendbaren auszufüllen, Förderung der Gesundheit und »empowerment« sollten dabei helfen, das »Reservat eines Individuum ineffabile« zu erhalten. Davon hängt die Kraft zum Selbstschutz, individuell wie kollektiv, in hohem Maße ab.

Es geht erstens um eine Orientierung auf die sozialen Gruppen, die der Gesundheitsförderung am meisten bedürfen (vgl. die Kriterien in Abschnitt 2.3). Zweitens geht es um die Unabhängigkeit der Gesundheitsförderung von Einflüssen des Managements als dem Vollstrecker der Verwer-

---

103 Ottawa Charter for Health Promotion (1986).

104 Plessner (1976, 1964, S. 66-70).

105 Marx (1967, 1867, S. 352).

tungsimperative. Die Gestaltung der Gesundheitsförderung sollte in die Hände der Belegschaften übergehen oder aus den Betrieben ausgelagert werden. Gesundheitsförderung als eine positive Möglichkeit ist im Rahmen eines Herrschaftszusammenhanges »the right idea in the wrong place«<sup>106</sup>.

Schließlich geht es um die Abkehr vom Lebensstilkonzept. Wie es praktiziert wird, ist es nicht mehr als eine didaktisch modernisierte Gesundheits-erziehung zur passiv-vermeidenden Mitarbeit an der eigenen Disziplinierung. Der Mensch in diesen Konzepten hat nie die Freiheit, sich aktiv auf sein gesellschaftliches Wesen zu besinnen, indem er seine Arbeits- und Umweltbedingungen lebenswerter und ihm entsprechender macht, indem er sich (individuell und als Gattungswesen) gegen Gefährdungen schützt. Er bleibt vielmehr diesen ausgesetzt, also unfrei und darum zu wirklicher Selbstverantwortung für seine Gesundheit nicht in der Lage; der Leistungselite - vom qualifizierten Facharbeiter bis zum leitenden Angestellten - wird in dieser Unfreiheit die Wahl zwischen attraktiven Möglichkeiten geboten, ihre Funktionsfähigkeit zu erhalten. So ist der gegenwärtige Stand.

---

106 Gordon (1987).

## 8. Schlußbemerkung: Stromaufwärts

Am Schluß des Buches will ich den Versuchungen widerstehen, alles noch einmal zusammenzufassen. Es könnte nicht viel anderes dabei herauskommen als der Vorschlag an die Leserinnen und Leser, die im zweiten Kapitel aufgeführten Kriterien für eine »gegendentenzielle Präventionspolitik« zu bedenken und zur Urteilsbildung in der Präventionspolitik heranzuziehen. Statt dessen möchte ich eine kleine Parabel zitieren, die vielen amerikanischen Studenten der Public-Health-Wissenschaften bekannt ist<sup>1</sup>:

Ein Arzt steht am Ufer eines schnell fließenden Flußes und hört die verzweifelten Schreie einer ertrinkenden Frau. Er springt ins Wasser, holt die Frau heraus und beginnt die künstliche Beatmung. Aber als sie gerade anfängt zu atmen, hört er einen weiteren Hilfeschrei. Der Arzt springt abermals ins Wasser und holt einen weiteren Ertrinkenden, trägt ihn ans Ufer und beginnt mit der künstlichen Beatmung. Und als der gerade zu atmen anfängt, hört er einen weiteren Hilferuf ... Das geht immer weiter und weiter in endlosen Wiederholungen. Der Arzt ist so sehr damit beschäftigt, ertrinkende Menschen herauszuholen und wiederzubeleben, daß er nicht einmal Zeit hat nachzusehen, wer denn die Leute stromaufwärts alle in den Fluß hineinstößt.

Zwei Lehren kann man aus der Parabel ziehen. Erstens: Die Medizin hilft individuell, problembezogen und unmittelbar, aber sie ist weit stromabwärts angesiedelt. Zweitens legt die Parabel den Gedanken nahe, weiter stromaufwärts zu gehen, um die Ursache des Problems auszumachen und es näher an der Quelle zu lösen. Unten am Strom, an der Medizin-Station, bezieht sich die Hilfe auf den Körper von Individuen, etwas weiter oben auf das Verhalten (vielleicht lernt man dort das Schwimmen), und näher zur Quelle hin geht es um die Veränderung der sozialen Organisation und der Umwelt, in der die Menschen leben. Die Richtungsbezeichnung »stromaufwärts« gilt fast in jeder Deutungsmöglichkeit und macht in jeder Hinsicht mehr Mühe als mit dem Strom zu schwimmen (vgl. Kapitel 3).

---

<sup>1</sup> Ich gebe die Parabel in der Version von Conrad (1988, S. 164-168) wieder.

Der Lebensstilansatz ist etwas höher gelegen als die Medizin, aber es stellt sich mehr und mehr heraus, daß es sehr schwierig ist, Menschen das Schwimmen zu lehren, die bereits ins Wasser gefallen sind. Erfolge gibt es meist nur bei den Kräftigen und Jungen zu verzeichnen, wie auch der weiße Angestellte der typische Teilnehmer von Gesundheitsförderungsprogrammen ist. Es hilft auch nicht viel, genaue Anweisungen übers Schwimmen ins Wasser zu rufen. Beispielsweise weiß jeder Amerikaner, daß Rauchen schädlich ist, aber 30 Prozent rauchen weiter. Könnte man weiter stromaufwärts gelangen, würde man mehr erreichen.

Als Denkbeispiel für eine Public-Health-Strategie weit stromaufwärts dient die Fluoridierung des Wassers (vgl. Kapitel 3), mit der ein sechzigprozentiger Rückgang von Karies erzielt werden konnte, ohne daß jemand hätte etwas lernen müssen und ohne die Bedürftigsten auszuklammern. Wie zur Genüge begründet, ist es mit der Veränderung der Arbeitsorganisation schwieriger als mit der veränderten Zusammensetzung des Trinkwassers. Das Haupthindernis dort ist nicht der Profit, sondern die Herrschaftssicherung, denn es gibt so viele naheliegende gesundheitsförderliche Verbesserungen der Arbeitsorganisation, die kein oder wenig Geld kosten.

Die bereits zitierten Syme und Mitarbeiter haben das am Beispiel und mithilfe der Busfahrer der Verkehrsbetriebe in San Francisco vorgeführt. Diese haben ein deutlich überdurchschnittliches Gesundheitsrisiko, sichtbar unter anderem am hohen Blutdruck. Genaue und sensible Befragungen, Gruppendiskussionen usw. ermittelten Ursachen, viele kreisten um die »Tyrannie des Fahrplans«: Schon wenn er sich in den Bus setzt, weiß der Fahrer, daß er ihn nicht einhalten kann, er weiß auch, warum, aber keiner will es wissen. Während der langen Fahrzeit ist er sozial isoliert, selbst die Endhaltestellen geben ihm nicht die Möglichkeit der Kommunikation, weil sie sehr abgelegen sind. Viele Fahrer bleiben nach Feierabend noch Stunden am Arbeitsplatz, weil sie sich erst beruhigen müssen, bevor sie sich auf den Nachhauseweg begeben. Das schränkt wiederum die Beziehungen zur Familie und zu Freunden ein.

Das typische Programm zur Gesundheitsförderung würde Bluthochdruck-Screening einführen mit nachfolgender Medikalisierung, hinzu kämen Entspannungstraining (stress reduction), vielleicht auch Gymnastik. Das kann eine Risikosenkung bewirken, aber die Belastung verändert sich nicht. Diejenigen, die es nicht mehr schaffen, werden häufig krank oder scheiden aus. In San Francisco beteiligte man die Fahrer an der Fahrplanerstellung, fand mit ihnen andere Endhaltestellen heraus, an denen sie mit Kollegen

sprechen konnten usw. Die Kosten der verringerten Arbeitsintensität wurden durch geringere krankheitsbedingte Abwesenheitszeiten der Fahrer ausgeglichen. Entscheidend ist auch, daß *alle* Busfahrer den Nutzen hatten. Ein solches Beispiel für gegentendenzielle Gesundheitsförderung zeigt, daß es nicht so sehr an wissenschaftlichen Erkenntnissen mangelt, sondern an Menschen, die es verstehen, gegen den Strom zu gehen und andere mitzunehmen.

# Literatur

- Abholz, H.-H. (1988): »Was ist Früherkennung und was kann sie leisten?« In: *Grenzen der Prävention*, Argument-Sonderband 178. Hamburg, S. 63-99
- Adams, J.D. (1978): »Improving Stress Management: An Action Research Based OD intervention.« In: W.W. Burke (Hg.): *Current Theory and Practice in Organization Development*. La Jolla, CA
- AFL-CIO-Report (1984): *Workers at Jeopardy: OSHA Under the Reagan Administration*, AFL-CIO, Department of Occupational Safety, Health and Social Security, September
- Altmann, K. (1992): »Allein der ökonomische Druck wird dafür sorgen, daß Präventivmedizin enorm an Bedeutung gewinnt.« *Ärzte Zeitung* vom 30.11.1992
- America's forgotten environment*, o.J., hrsg. von der Urban Environment Conference, Washington, D.C.
- American Cancer Society (1988): *Cancer, Facts & Figures - 1988*. ACS. New York
- Anders, G. (1983): *Die Antiquiertheit des Menschen. Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution*. Bd. I. 6. Aufl. München
- Andersen, R./Mullner, R. (1990): »Assessing the Health Objectives of the Nation.« *Health Affairs*, Summer, S. 152-62
- Annas, G.J. (1992): »Health Warnings, Smoking, and Cancer.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 327, S. 1604-1607
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health, how People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (1991): *Memorandum '91*. Köln
- Arnold, M. (1990): »Grenzen der Prävention. Anspruch und Wirklichkeit eines Programms zur Vermeidung von Herz-Kreislaufkrankheiten.« In: M. Arnold/C. von Ferber/K.-D. Henke (Hg.): *Ökonomie der Prävention*. Gerlingen, S. 15-63
- Ashford, N.A. (1976): »Crisis in the Workplace: Occupational Disease and Injury. A Report to the Ford-Foundation.« Cambridge, MA
- Ashford, N.A./Katz, J. (1977): »Unsafe Working Conditions: Employee Rights under the Labor Management Relations Act and the Occupational Safety and Health Act.« *Notre Dame Lawyer*, Bd. 52, S. 802 ff.
- Bacon, K.H. (1990): »NIH is Interrupted in its Effort to Draft Conflict-of-Interests Curbs for Scientists.« *Wall Street Journal* vom 2.1.1990
- Bal, D.G./Kizer, K.W./Felten, P.G. et al. (1990): »Reducing Tobacco Consumption in California. Development of a Statewide Anti-Tobacco Use Campaign.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 264, Nr. 12, S. 1570-1574

- Bale, A. (1990): »The American Compensation Phenomenon.« *International Journal of Health Services*, Bd. 20, Nr. 2, S. 253-275
- Banning, T.E. (1982): *Lebensstilorientierte Marketing Theorie*. Heidelberg
- Bardach, E./Kagen, R.A. (1981): *Going by the Book: Unreasonableness in Protective Regulation*. Philadelphia
- Barry, M. (1991): »The Influence of the U.S. Tobacco Industry on the Health, Economy, and Environment of Developing Countries.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 324, S. 917-920
- Barth, P.S./Hunt, H.A. (1982): »Worker's compensation and work-related illnesses and Diseases.« Cambridge, MA
- Baumann, G. (1991): »Gesundheitsrisiko 'Rauchen'. Ergebnis des Mikrozensus 1989 zu den Rauchgewohnheiten der Bevölkerung.« *Wirtschaft und Statistik*, Nr. 5
- Becker, G.S. (1982): *The Economic Approach to Human Behavior*. Chicago
- Bell, D. (1976): *The Cultural Contradictions of Capitalism*. New York
- Benfari, R./Ockene, J./McIntyre, K. (1982): »Control of Cigarette Smoking from a Psychological Perspective.« *Annual Review of Public Health*, Bd. 3. S. 101-128
- Benowitz, N.L. (1992): »The Genetics of Drug Dependence: Tobacco Addiction.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 327, S. 881-883
- Berger, M. (1993): »Die Cholesterin-Kontroverse in der Primär-Prävention der koronaren Herzkrankheit.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 19: Gesundheitsmärkte. Argument-Sonderband 199. Hamburg, S. 67-85
- Berkman, L./Breslow, L. (1985): *Health and the Ways of Living*. New York
- Berkman, L.F./Syme, S. L. (1979): »Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine-Year Follow up Study of Alameda County Residents.« *American Journal of Epidemiology*, Bd. 109, Nr. 2, S. 186 ff.
- Berman, D. (1978): *Death on the Job*. New York
- Berman, D. (1992): *The Chemical Industry and Public Health*. San Francisco, unv. Ms.
- Biervert, B./Wieland, J. (1990): »Gegenstandsbereich und Rationalitätsform der Ökonomie und der Ökonomik.« In: B. Biervert/K. Held/J. Wieland (Hg.) (1990): *Sozialphilosophische Grundlagen ökonomischen Handelns*. Frankfurt a.M., S. 7-32
- Blaxter, M. (1990): *Health and Lifestyles*. London
- Blendon, R./Leitmann, R./Morrison, I/Donelan, K. (1990): »Satisfaction with Health Systems in Ten Nations.« *Health Affairs*, Summer, S.185-92.
- Blum, A. (1991): »The Marlboro Grand Prix. Circumvention of the Television Ban on Tobacco Advertising.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 324, S. 913-917
- Bodenheimer, T. (1990): »Should we Abolish the Private Insurance Industry?« *International Journal of Health Services*, Bd. 20, S. 199-220
- Borgers, D. (1979): »Milder Bluthochdruck: Pharmakoprophylaxe oder Primärprävention?« *Münchener medizinische Wochenschrift*, Jg. 121, Nr. 43, S. 1407
- Borgers, D. (1983): »Risikofaktormedizin in der ärztlichen Praxis.« In: *Ambulante Gesundheitsarbeit*. Argument-Sonderband 102. Berlin, S. 48-61
- Borgers, D. (1988): »Lassen sich durch Prävention Kosten sparen?« In: *Grenzen der Prävention*. Argument-Sonderband 178. Hamburg, S. 50-62

- Borgers, D. (1993): *Die mangelnde Effizienz der Cholesterinhypothese für eine individuelle Präventionsstrategie*. Berlin (i.E.)
- Borland, R. et al. (1990): »Effects of Workplace Bans on Cigarette Consumption.« *American Journal of Public Health*, Bd. 80, Nr. 2, S. 178-180
- Bossy, J. (1985): *Christianity in the West 1400-1700*. Oxford
- Bourdieu, P. (1985): *Sozialer Raum und »Klassen«*. *Leçon sur la leçon*. Frankfurt a.M.
- Bourdieu, P. (1987): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a.M.
- Bourdieu, P. (1989): *Die Verantwortung der Intellektuellen*. Hamburg
- Bourdieu, P. (1988): *Homo academicus*. Frankfurt a.M.
- Bourdieu, P. (1991): *Die Intellektuellen und die Macht*. Hamburg
- Brahams, D. (1992): »Tobacco litigation (USA, UK, and Australia).« *The Lancet*, Bd. 340, S. 230-231
- Braverman, H. (1977): *Die Arbeit im modernen Produktionsprozeß*. Frankfurt a.M.
- Breslow, L. (1990): »A Health Promotion Primer for the 1990s.« *Health Affairs*, Summer, S. 6-21
- Brett, A.S., (1989): »Treating Hypercholesterolemia. How Should Practicing Physicians Interpret the Published Data for Patients?« *New England Journal of Medicine*, Bd. 321, S. 676-680
- Brown, C.C./Kessler, L.G. (1988): »Projections of Lung Cancer Mortality in the United States: 1985-2025.« *Journal of the National Cancer Institute*, Bd. 80, S. 43-51
- Brown, E.R. (1984): »Medicare and Medicaid. The Process, Value, and Limits of Health Care Reform.« In: M. Minkler/C. L. Estes (Hg.): *Readings in Political Economy of Aging*. New York
- Brown, E.R. (1988): »Workplace Smoking Policies. Attitudes of Union Members.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 30, Nr. 4
- Brown, E.R./Wyn, R. (1990): *Capitation Payments, HMOs and the Use of Prevention Services*. Ms. UCLA, School of Public Health
- Brownson, R.C./Jackson-Thomson, J./Wilkerson, J.C. et al. (1992): »Demographic and Socioeconomic Differences in Beliefs about Health Effects of Smoking.« *American Journal of Public Health*, Bd. 82, Nr. 1, S. 99-103
- Buchwald, H./Varco, R.L./Matts, J.P. et al. (1990): »Effect of Partial Ileal Bypass Surgery on Mortality and Morbidity from Coronary Heart Disease in Patients with Hypercholesterolemia. Report on the Program on the Surgical control of Hyperlipidemias (POSCH).« *New England Journal of Medicine*, Bd. 323, Nr. 14, S. 946-955
- Bureau of Labor Statistics (1988): *Annual Survey of Occupational Injuries and Illnesses*. Department of Labor, Washington, D.C.
- Business Week/Harris Poll (1985): »It's OK to 'Play God' - Within Limits.« *Business Week* vom 18.11.1985, S. 2921
- Buxton, T./Pfeffer, J.(1987): »The Healthy People Project: Reducing the Risk of Heart Disease in Maryland.« *Journal of Public Health Policy*, Winter, S. 475-491
- Byrd, W.M./Clayton, L.A. (1991): »The 'Slave Health Deficit' - Racism and Health Outcomes.« *Health/PAC Bulletin*, Bd. 21, Nr. 2, Summer, S. 25 ff.

- Califano, J.A. (1986a): *America's Health Care Revolution. Who lives? who dies? who pays?* New York
- Califano, J.A. (1986b): »A Corporate Rx for America: Managing Runaway Health Care Costs.« *Issues in Science and Technology*, Spring, S. 81 ff.
- California Department of Health Services and UC San Diego, (1990): *Tobacco Use in California 1990, a Preliminary Report Documenting the Decline of Tobacco Use*. San Diego
- Callahan, D. (1990): *What kind of Life: The Limits of Medical Progress*. New York
- Carmelli, D./Swan, G.E./Robinette, D./Fabsitz, R. (1992): »Genetic Influence on Smoking.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 327, S. 879-84
- Center for National Health Program Studies (1992): *The National Health Program Chartbook*. Cambridge, MA
- Chapman, S./Borland, R./Hill, D. et al. (1990): »Why the Tobacco Industry Fears the Passive Smoking Issue.« *International Journal of Health Services*, Bd. 20, Nr. 3, S. 417-427
- Charlier, M. (1989): »Die Herzlosigkeit der besseren Menschen.« *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Nr. 8, S. 992-1004
- Chase, M. (1989): »Mixing Science, Stocks Raises Question of Bias in the Testing of Drugs.« *Wall Street Journal* vom 26.1.1989
- Coburn, D. (1992): »Freidson Then and Now: an 'Internalistic' Critique of Freidson's Past and Present Views of the Medical Profession.« *International Journal of Health Services*, Bd. 22, Nr. 3, S. 497-512
- Cohen, D. R./Henderson, J.B. (1988): *Health, Prevention and Economics*. Oxford, S. 37-52
- Cohen, S. (1991): »Us and Them: Business Unionism in America and some Implications for the UK.« *Capital & Class*, Bd. 45, S. 95-127
- Cole, J.R. (1984): »The Media and Medicine: Believe What You Read at Your Own Risk.« *Columbia Magazine*, December
- Cone, E.J./Henningfield, J.E. (1989): »Premier 'Smokeless Cigarettes' Can be Used to Deliver Crack Cocaine.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 260
- Congress of the United States, Congressional Budget Office (1992): *Projections of National Health Expenditures*. Washington, D.C.
- Conrad, P. (1987a): »Wellness in the Work Place: Potentials and Pitfalls of Work-Site Health Promotion.« *Milbank Quarterly*, Bd. 65, S. 255-275
- Conrad, P. (1987b): »Who Comes to Work-Site Wellness Programs? A Preliminary Review.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 29, S. 317-320
- Conrad, P. (1988): »Moving Worksite Health Promotion Further Upstream.« *Fitness in Business*, Bd. 2, S. 164-168
- Conrad, P./Chapman W. D. (1992): »The New Corporate Health Ethic: Lifestyle and the Social Control of Work.« *International Journal of Health Services*, Bd. 22, S. 89-111
- Conrad, P./Kern, R. (Hg.) (1986): *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. 2. Aufl. New York
- Conrad, P./Schneider, J. (1980): *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis

- Consensus Conference (1985): »Lowering Cholesterol to Prevent Heart Disease.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 254, S. 2080-86
- Corn, J.K./Corn, M. (1977): »The Myth and the Reality.« In: R.F. Lanzillotti (Hg.): *Economic Effects of Government-Mandated Costs*. Gainesville, S. 106 ff.
- Cornetz, W. (1987): »Die Kehrseite des 'amerikanischen Beschäftigungswunders'.« *Wirtschaftsdienst*, Nr. XII, S. 627-632
- Coye, M.J./Smith, M.D./Mazzocchi, A. (1984): »Occupational Health and Safety: Two Steps Forward, One Step Back.« In: V.W. Sidel/R. Sidel (Hg.): *Reforming Medicine*. New York, S. 79-106
- Crawford, R. (1977): »You are Dangerous for your Health.« *International Journal of Health Services*, Bd. 7, S. 663-680
- Crawford, R. (1980): »Healthism and the Medicalization of Everyday Life.« *International Journal of Health Services*, Bd. 10, S. 365-388
- Crystal, R.G. (1986): »Living with Asbestos.« *Medicine and Health*. Encyclopaedia Britannica. Chicago, S. 52 ff.
- Curfman, G.D. (1993): »The Health Benefits of Exercise. A Critical Reappraisal.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 328, S. 574-577
- D'Houtard, A./Field, M.G. (1984): »The Image of Health: Variations in Perception by Social Class in a French Population.« *Sociology of Health and Illness*, Bd. 6, S. 30-60
- Danziger, S./Gottschalk, P./Smolensky, E. (1989): »How the Rich have Fared, 1973-87.« *AEA Papers and Proceedings*, Bd. 79, Nr. 2
- Dateline CDC (1988): *Special Issue, Centers of Disease Control*. Atlanta, GA
- Davis, K./Anderson, G.F./Rowland, D. et al. (1990): *Health Care Cost Containment*. Baltimore
- Davis, K./Bialek, R./Parkinson, M. et al. (1990): »Paying for Preventive Care: Moving the Debate Forward.« *American Journal of Preventive Medicine*, Bd. 6, Nr. 4 (supplement)
- Dean, M. (1992): »Health, but not for All.« *The Lancet*, Bd. 340, S. 166
- Dean, P. (1989): »Citizen Koop.« *Los Angeles Times* vom 19.11.1989
- Department of Health and Human Services (1982): *United States Surgeon General. The Health Consequences of Smoking: Cancer*. Washington, D.C.
- Department of Health and Human Services (1989): *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*. A Report of the Surgeon General. Washington, D.C.
- Department of Health, Education and Welfare (1964): *Public Health Service: Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington, D.C.
- Department of Health, Education and Welfare (1972): *The Health Consequences of Smoking*. Washington, D.C.
- Department of Health, Education and Welfare (1979a): *Smoking and Health: A Report of the Surgeon General*. Washington, D.C.
- Department of Health, Education, and Welfare (1979b): *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, D.C.

- Department of Health, Education and Welfare (1984): *The Health consequences of Smoking: Chronic Obstructive Lung Disease: A Report of the Surgeon General*. Washington, D.C.
- Department of Health, Education and Welfare (1986): *The health consequences of involuntary smoking*. Washington, D.C.
- Department of Health and Human Services (1980): *U.S. Public Health Service: Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation*. Washington, D.C.
- Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (1987): *National Survey of Health Promotion Activities: a Summary*. Washington, D.C.
- Department of Health and Human Services, Public Health Service (1990a): *Healthy People 2000*. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, Washington, D.C.
- Department of Health and Human Services (1990b): *Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute: Request for Proposals: American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST) for Cancer Prevention*. National Cancer Institute. Bethesda, MD
- Department of Health and Social Security (DHSS) (1980): *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group Chaired by Sir Douglas Black*. London
- Diderichsen, F./Lindberg, G. (1989): »Better Health - but not for all: The Swedish Public Health Report 1987.« *International Journal for Health Services*, Bd. 19, Nr. 2, S. 221 ff.
- Döhler, M. (1990): *Gesundheitspolitik nach der »Wende«*. Berlin
- Doll, R. (1991): »Progress Against Cancer: An Epidemiological Assessment.« *American Journal of Epidemiology*, Bd. 143, S. 675-688
- Draper, E. (1991): *Risky Business: Genetic Testing and Exclusionary Practices in the Hazardous Workplace*. New York
- Drummond, M./Smith, G.T./Wells, N. (1988): *Economic Evaluation in the Development of Medicines*. Office of Health Economics. London
- Eakin, J.M. (1988): »Factors Associated with Enrollment in an Employee Fitness Center.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 30, 633-637
- Eberstadt, N. (1991): »America's Infant Mortality Puzzle.« *The Public Interest*, Nr. 105, S. 30-47
- Editorial (1989): »Smoking and health: A 25-year perspective.« *American Journal of Public Health*, Bd. 79, S. 141 ff.
- Edwards, R. (1981): *Herrschaft im modernen Produktionsprozeß*. Frankfurt a.M.
- Elias, N. (1976a): *Über den Prozeß der Zivilisation*, Bd. I. Frankfurt a.M.
- Elias, N. (1976b): *Über den Prozeß der Zivilisation*. Bd. II. Frankfurt a.M.
- Elias, N. (1983): *Engagement und Distanzierung*. Frankfurt a.M.
- Elias, N. (1988): *Die Gesellschaft der Individuen*. Frankfurt a.M.
- Elkeles, T. (1992): »Gesundheitliche Belastungen und Arbeitslosigkeit - Ursache oder Folge?« In: H. Holthaus et al. (Hg.): *Soziale Arbeit und Soziale Medizin*. Berlin, S. 132-142

- Elling, R.H. (1986): *The Struggle for Workers' Health: A Study of Six Industrialized Countries*. Farningdale, N.Y.
- Ellison, R.C. (1990): »Cheers!« *Epidemiology* 1990, Nr. 1, S. 337-339
- Emerson, H. (1945): *Local Health Units for the Nation*. New York
- Epstein, S.S. (1990): »Losing the 'War Against Cancer': Who's to Blame and What to do About it.« *International Journal of Health Services*, Bd. 20, Nr. 1, S. 53-71
- Epstein, S.S. et al. (1992): »Losing the 'War Against Cancer': A Need for Public Policy Reforms.« *International Journal of Health Services*, Bd. 22, Nr. 3, S. 455-469
- Feldman, J.J./Makuc, D.M./Kleinman, J.C./Cornoni-Huntley, J. (1989): *National Trends in Educational Differences in Mortality*. Ms.
- Fielding, J.E./Phenow, K.J. (1988): »Health Effects of Involuntary Smoking.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 319, S. 1452-60
- Fielding, J.E./Pisarchia, P.V. (1989): »Frequency of Worksite Health Promotion Activities.« *American Journal of Public Health*, Bd. 91, S. 16-20
- Fiore, M.C./Novotny, T.E./Pierce, J.P. et al. (1989): »Trends in Cigarette Smoking in the United States.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 261, Nr. 1, S. 49-65
- Fiore, M.C./Novotny, T.E./Pierce, J.P. et al. (1990): »Methods Used to Quit Smoking in the United States: Do Cessation Programs help?« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 263, Nr. 20, S. 2760-65
- Fischer Weltatmanach 1993* (1992). Frankfurt a.M.
- Flay, B.R. (1985): »Psychosocial Approaches to Smoking Prevention: A Review of Findings.« *Health Psychology*, Bd. 4, Nr. 5, S. 449-488
- Flay, B.R. (1987): »Evaluated Mass Media Programs and Campaigns Worldwide.« *American Public Health Association*. Washington, D.C.
- Flewelling, R.L./Kenney, E./Elder, J.P. et al. (1992): »First-Year Impact of the 1989 California Cigarette Tax Increase on Cigarette Consumption.« *American Journal of Public Health*, Bd. 82, S. 867 ff.
- Foucault, M. (1973, 1963): *Die Geburt der Klinik*. München
- Fowkes, F.G. R./Leng, G.C./Donnan, P.T. et al. (1992): »Serum Cholesterol, Triglycerides, and Aggression in the General Population.« *The Lancet*, Bd. 340, S. 995-998
- Frank, J.W./Reed, D.M./Grove, J.S./Benfante, R. (1990): »Will Lowering Population Levels of Serum Cholesterol Affect Total Mortality?« *Journal of Clinical Epidemiology*, Bd. 45, S. 333-346
- Frankenhauser, M./Johansson, G. (1976): »Task Demand as Reflected in Catecholamine Excretion and Heart Rate.« *Journal of Human Stress*, Bd. 2, S. 15-23
- Freidson, E. (1970): *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. Chicago
- Freidson, E. (1989): *Medical Work in America. Essays on Health Care*. Yale University Press
- Freud, S. (1982): *Das Unbehagen in der Kultur*. Studienausgabe, Bd. IX. Frankfurt a.M.
- Freudenberg, N. (1985): »Training Health Educators for Social Change.« *International Quarterly of Community Health Education*, Bd. 5, S. 37-53

- Frevert, U. (1984): *Krankheit als politisches Problem, 1770-1880*. Göttingen
- Frick, M.H./Elo, O./Haapa, K. et al. (1987): »Helsinki Heart Study: Primary Prevention Trial with Gemfibrozil in Middle-Aged Men with Dyslipidemia.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 317, Nr. 20
- Friczewski, F./Maschewski, W./Wotschak, P./Wotschak, P. (1983): *Herz-Kreislaufkrankheiten und industrielle Arbeitsplätze*. Projektabschlussbericht. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin
- Friedman, B.M. (1992): »The Morning After.« *The New York Review* vom 13. August 1992, S. 11-16
- Fries, I.F. (1980): »Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 303, S. 130-36
- Fromm, E. (1977): *Anatomie der menschlichen Destruktivität*. Reinbek
- Fromm, E. (1980): *Die Furcht vor der Freiheit*. Stuttgart
- Gägen, G. (1988): »Der Wandel moralischer Normen in der Entwicklung der Wirtschaftsordnung: Positive Erklärung und ethische Folgerungen.« In: F. Böckle et al.: *Wirtschaftswissenschaft und Ethik*. Berlin, S. 85-107
- Galbraith, J.K. (1991): »The Price of Comfort.« *Los Angeles Times* vom 6.1.1991
- Garber, A.M./Wagner, J.L. (1991): »Practice Guidelines and Cholesterol Policy.« *Health Affairs*, Bd. 10, S. 52-66
- Gemson, D.H./Elinson, J./Messeri, P. (1988): »Differences in Physician Prevention Practice Patterns for White and Minority Patients.« *Journal of Community Health*, Bd. 13, S. 53-64
- Gemson, D.H./Freudenheim, E./Senie, R.R. et al. (1990): »Health Promotion and Disease Prevention in HMOs: A Survey of Newly Established IPAs in New York City.« *American Journal of Preventive Medicine*, Bd. 6, S. 333-338
- Gerhardt, U. (1992): *Gesundheit - ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methode von Public Health*. Ms. Berlin
- Gittelsohn, A.M./Halpern, J./Sanchez, R.L. (1991): »Income, Race, and Surgery in Maryland.« *American Journal of Public Health*, Bd. 81, Nr. 5, S. 1435-41
- Glantz, S.A./Parmley, W.W. (1991a): »Passive Smoking and Heart Disease - Epidemiology, Physiology and Biochemistry.« *Circulation*, Bd. 83, S. 1-12
- Glantz, S.A./Parmley, W.W. (1991b): »Passive Smoking Causes Heart Disease and Lung Cancer.« *Journal of Epidemiology*, Bd. 45, S. 815-819
- Glantz, S.A./Parmley, W.M. (1992): »Dissent: Passive Smoking Causes Heart Disease and Lung Cancer.« *Journal of Clinical Epidemiology*, Bd. 45, S. 815-819
- Glassner, B. (1989): »Fitness and the Postmodern Self.« *Journal of Health and Social Behavior*, Bd. 30, S. 180-191
- Goldsmith, W.J. (1989): »Current Developments in Safety and Health: President Reagan's OSHA.« *Employee Relations Law Journal*, Bd. 14, Nr. 4, S. 633-641
- Goldstein, M.S. (1992): *The Health Movement. Promoting Fitness in America*. New York
- Gorden, T./Thom, T. (1975): »The recent decrease in CHD mortality.« *Preventive Medicine*, Nr. 4, S. 115

- Gordon, J. (1987): »Workplace Health Promotion: the Right Idea in the Wrong Place.« *Health Education Research Theory and Practice*, Bd. 2, S. 69 ff.
- Gorz, A. (1989): *Kritik der ökonomischen Vernunft*. 2. Aufl. Berlin
- Goudsblom, J. (1982): »Zivilisation, Ansteckungsangst und Hygiene. Betrachtungen über einen Aspekt des europäischen Zivilisationsprozesses. Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie.« In: P. Gleichmann/J. Goudsblom/H. Korte (Hg.), Frankfurt a.M., S. 215-53
- Grace, V.M. (1991): »The Marketing of Empowerment and the Construction of the Health Consumer: A Critique of Health Promotion.« *International Journal of Health Services*, Bd. 21, S. 329-343
- Greenberg, D.S. (1991a): »Louis Sullivan is Still Studying the Health System.« *The Lancet*, Bd. 338, S. 935 ff.
- Greenberg, D.S. (1991b): »Health Care Discontent Wins an Election.« *The Lancet*, Bd. 338, S. 1323
- Greenberg, D.S. (1992a): »Back to the Shop for NIH's Strategic Plan.« *The Lancet*, Bd. 339, S. 731 f.
- Greenberg, D.S. (1992b): »The Two-by-four-factor in Cancer Politics.« *The Lancet*, Bd. 339, S. 1343
- Greenberg, D.S. (1992c): »Research on Violence.« *The Lancet*, Bd. 340, S. 1399-1340
- Greenberg, D.S. (1992d): »Health Care Spending - Up, Up, and Away.« *The Lancet*, Bd. 340, S. 1086-1087
- Greenberg, D.S. (1993): »Bush - Not a Glowing Record in Health Care.« *The Lancet*, Bd. 341, S. 40 f.
- Griffin, G.C./Castelli, W.P. (1988): *Good fat, bad fat: How to Lower your Cholesterol and Beat the Odds of a Heart Attack*. Tuscon
- Gryzb, G.J. (1984): »Taylored Work Groups: Managerial Recollection and Class Conflict in the Workplace.« *Research and Social Movements*, Bd. 6, S. 142-166
- Guidotti, T.L. (1988): »Exposure to Hazard and Individual Risk: When Occupational Medicine gets too Personal.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 30, S. 576,
- Habermas, J. (1981): *Theorie kommunikativen Handelns, Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft*, Bd. 2. Frankfurt a.M.
- Habermas, J. (1982): »Die Kulturkritik der Neokonservativen in den USA und in der Bundesrepublik.« *Die Neue Gesellschaft*, Jg. 29, S. 1024-30
- Hahn, A. (1982): »Zur Soziologie der Beichte und anderer Formen institutionalisierter Bekenntnisse: Selbstthematisierung und Zivilisationsprozeß.« *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 34, S. 408-434
- Hamilton, J.I. (1972): »The Demand for Cigarettes: Advertising, the Health Scare, and the Cigarette Advertising ban.« *Review of Economics and Statistics*, Bd. 54, S. 401-411
- Hammond, E./Horn, O. (1954): »The Relationship Between Human Smoking Habits and Death Rates: A Follow-up Study of 187,766 Men.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 155, S. 1316-1328
- Hansell, M.J. (1991): »Sociodemographic Factors and the Quality of Prenatal Care.« *American Journal of Public Health*, Bd. 81, Nr. 8, S. 1023-1028
- Harper, P.S. (1993): »Insurence and Genetic Testing.« *The Lancet*, Bd. 341, S. 224-27

- Harris, T./Feldman, J.J./Kleinman, J.C. et al. (1991): »The Low Cholesterol-Mortality Association in a national Cohort.« *Journal of Clinical Epidemiology*, Bd. 45, S. 595-601
- Hauß, F. (1983): *Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb*. Frankfurt a.M.
- Health Insurance Association of America (1989): *Research Bulletin: A Profile of Employer-sponsored Group Health Insurance*. Washington, D.C.
- Heinrich, M. (1991): *Die Wissenschaft vom Wert*. Hamburg
- Henderson, B.E./Ross, R.K./Pike, M.C. (1991): »Toward the Primary Prevention of Cancer.« *Science*, Bd. 254, S. 1131-38
- Hentze, J. (1977): *Personalwirtschaftslehre, Bd. 2: Personalerhaltung und Leistungsstimulation*. Bern
- Hertel, L. (1992): »Wellness und betriebliche Gesundheitsförderung in den USA: Begriffsklärung, Entwicklungen und Realisierungen im betrieblichen Bereich.« *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, Jg. 4, S. 36-48
- Higgins, M./Thom, T. (1989): »Trends in CHD in the United States.« *International Journal of Epidemiology*, Bd. 18, Nr. 3, Suppl. 1, S. S. 58 ff.
- Himmelstein, D.U./Woolhandler, S./Wolfe, S.M. (1992): »The Vanishing Health Care Safety Net: New Data on Uninsured Americans.« *International Journal of Health Services*, Bd. 22, Nr. 3, S. 381-86
- Hirsch, F. (1976): *Social Limits to Growth*. Cambridge, MA
- Hirsch, J./Roth, R. (1986): *Das neue Gesicht des Kapitalismus. Vom Fordismus zum Postfordismus*. Hamburg
- Hoffman, W.S. (1985): »The Auto Worker's View.« *Hastings Center Report*, Oktober, S. 19-20
- Hofmann, W. (1968a): »Zum Gesellschaftsbild der Nationalökonomie von heute.« In: W. Hofmann: *Universität, Ideologie, Gesellschaft. Beiträge zur Wissenssoziologie*. Frankfurt a.M., S. 92-116
- Hofmann, W. (1968b): *Universität, Ideologie, Gesellschaft*. Frankfurt a.M.
- Hofmann, W. (1969): *Industriesoziologie*. Marburg/Lahn, unv. Ms.
- Hollander, R./Lengermann, J. (1988): »Corporate Characteristics and Worksite Health Promotion Programs: Survey Findings from Fortune 500 Companies.« *Social Science and Medicine*, Bd. 26, S. 491-501
- Holtzmann, N. (1990): *Proceed with Caution: Predicting Genetic Risks in the Recombinant DNA Era*. Baltimore
- Hondrich, K.O. (1983): »Bedürfnisse, Ansprüche und Werte im sozialen Wandel. Eine theoretische Perspektive.« In: K.O. Hondrich/R. Volmer (Hg.): *Bedürfnisse. Stabilität und Wandel*. Opladen, S. 15-74
- Hopkins, P.N./Williams, R.R. (1981): »A Survey of 2466 Suggested Coronary Risk Factors.« *Atherosclerosis*, Bd. 40, S. 1
- Horkheimer, M. (1992): *Traditionelle und kritische Theorie*. Frankfurt a.M.
- House, J.S. (1981): *Work Stress and Social Support*. Reading, MA
- House, J.S. (1989): »Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: soziale Unterstützung und Gesundheit.« In: B. Badura/T. Elkeles et al. (Hg.) (1989): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung*. Berlin, S. 173-184

- House, J.S./Kessler, R.C./Herzog, A.R. et al. (1990): »Age, Socioeconomic Status, and Health.« *The Milbank Quarterly*, Bd. 68, Nr. 3, S. 383
- Iglehart, J.K. (1986): »The Campaign Against Smoking Gains Momentum.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 314, Nr. 16, S. 1059-1064
- Iglehart, J.K. (1990): »Perspective of an Errant Economist: A Conversation with Thom Schelling.« *Health Affairs*, Summer, S. 110-121
- Iglehart, J.K. (1992): »The American Health Care System: Managed Care.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 327, S. 742-747
- Ile, M.L./Kroll, L.A. (1990): »Tobacco Advertising and the First Amendment.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 264, S. 1593 f.
- Illich, I. (1975): *Die Enteignung der Gesundheit*. Reinbek
- Jackson, S. (1978): »Partizipation in Decision Making as a Strategy for Reducing Job-Related Strain.« *Journal of Applied Psychology*, Bd. 68, S. 3-19
- Jacobs, D./Blackburn, H./Higgins, M. et al. (1992): »Report of the Conference on Low Blood Cholesterol: Mortality Associations.« *Circulation*, Bd. 86, S. 1046-1060
- Jahresgutachten 1992/93 des SVR zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Statistischer Anhang, Bundestags-Drucksache 12/3774
- Janerich, D.T./Thompson, W.D./Varela, L.R. et al. (1990): »Lung Cancer and Exposure to Tobacco Smoke in the Household.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 323, S. 632-636
- Jensen, T.O. (1992): »Perspektiven der Prävention in Norwegen.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 18: Wer oder was ist »Public Health«. Argument-Sonderband 198. Hamburg, S. 25-53
- Joas, H. (1992): »Gemeinschaft und Demokratie in den USA. Die vergessene Vorgeschichte der Kommunitarismus-Diskussion.« *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Nr. 7/1992, S. 859-69
- Johannes, R. (1989): »Über die Welt, die Habermas von der Einsicht ins System trennt.« In: G. Bolte (Hg.): *Unkritische Theorie*. Lüneburg, S. 39-66
- Johnson & Johnson Health Management Inc. (1990): *The Single Source for Employee Health Promotion - Assesment, Planning, Programs, Systems*. o.O.
- Kaiserman, M.J./Rogers, B. (1991): »Tobacco Consumption Declining Faster in Canada than in the US.« *American Journal of Public Health*, Bd. 81, S. 902-904
- Kalimo, R. (1989): »Risikoverhalten als Bewältigungsstrategie.« In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt*. Berlin, S. 93-101
- Kannel, W.B. (1987): »Metabolic Risk Factors for Coronary Heart Disease in Women: Perspective from the Framingham study.« *American Heart Journal*, Bd. 114, S. 413
- Kannel, W./Gordon, T. (Hg.) (1968): *The Framingham Study*. Washington, D.C.
- Kannel, W.B./Doyle, J.T./Ostfeld, A.M. et al. (1984): »Optimal Resources for Primary Prevention of Atherosclerotic Diseases.« *Circulation*, Bd. 70, S. 157 A
- Kannel, W.B./Neaton, J.D./Wentworth, D./Stamler, J. et al. (1986): »Overall and Coronary Heart Disease Mortality Rates in Relation to Major Risk Factors in 325,348 Men Screened for the MRFIT.« *American Heart Journal*, Bd. 112, S. 825
- Kaplan, G.A. (1985): *Twenty Years of Health in Alameda County: The Human Population Laboratory Analyses*. Ms.

- Karmaus, W. (1979): »Das Konzept der Risikofaktoren als möglicher Beitrag zur Ätiologieforschung.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 5, Sonderband 37. Berlin, S. 6-42
- Kawane, H. (1991): »Letter to the Editor.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 325, Nr. 11, S. 815-16
- Kennedy, L. (1981): »This Work of Living.« *Health-PAC Bulletin*, Bd. 12, S. 5-6
- Kessler, D.A./Pines, W.L. (1990): »The Federal Regulation of Prescription Drug Advertising and Promotion.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 264, S. 2409-2415
- Kilimnik, K.S. (1992): »Das Recht des technischen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Sicherheit in den USA.« *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht*, Jg. 6, Nr. 1, S. 29 ff.
- Knowles, J.H. (1977): »The Responsibility of the Individual.« *Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States*. New York
- Kolata, G. (1989): »Major Study Aims to Learn Who Should Lower Cholesterol. Advice for middle-aged men may not apply to others.« *New York Times* vom 26.9.1989
- Krieger, N. (1990): »Social Class and the Black/White Crossover in the Age-specific Incidence of Breast Cancer.« *American Journal of Epidemiology*, Bd. 131, S. 804-814
- Kronmal, R. (1985): »Commentary on the Published Results of the Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 253, S. 2091 ff.
- Kuczynski, J. (1966): *Die Geschichte der Lage der Arbeiter unter dem Kapitalismus*, Bd. 29: Wirtschafts- und Sozialgeschichte in den USA bis 1897; Bd. 30: Wirtschafts- und Sozialgeschichte in den USA seit 1898. Berlin
- Kühn, H. (1980): *Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens*. Königstein/Ts.
- Kühn, H. (1982): *Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten*. Frankfurt a.M.
- Kühn, H. (1985): »Soziale Sicherheit und 'angebotsorientierte Wirtschaftspolitik'.« *WSI-Mitteilungen*, Jg. 38, Nr. 3, S. 94 ff.
- Kühn, H. (1987a): »Die rationalisierte Ethik. Zur Moralisierung von Krise und Krankheit.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 12: Medizin, Moral und Markt. Argument-Sonderband 146. Hamburg, S. 8-30
- Kühn, H. (1987b): *Sozialpolitische Praxis in der Marktgesellschaft*. IIVG pre 87-224, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin
- Kühn, H. (1989a): *Der automatisierte Sozialstaat - Arbeit und Computer in Sozialverwaltungen*. Berlin
- Kühn, H. (1989b): *The Difficulties of the Labor Movement in Addressing the Health Issue*. International Network for a Science of Health, Symposium-Papers. Bielefeld
- Kühn, H. (1990): »Ökonomisierung der Gesundheit. Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens.« *WSI-Mitteilungen*, Heft 2, S. 62-75; erweiterte Fassung: Veröffentlichungsreihe P 90-206, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin 1990

- Kühn, H. (1991): »Rationierung im Gesundheitswesen - Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 17: Rationierung der Medizin. Argument-Sonderband 193. Hamburg, S. 40-72
- Kühn, H. (1993): »Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention - Das amerikanische Beispiel.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 19: Gesundheitsmärkte. Hamburg, S. 103-134
- Kuhn, T. S. (1972): »Postskript - 1969 zur Analyse der Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.« In: P. Weingart (Hg.): *Wissenschaftssoziologie: 1. Wissenschaftliche Entwicklung als sozialer Prozeß*. Frankfurt a.M., S. 287-319
- Labisch, A. (1989): »Gesundheitskonzepte der Medizin im Prozeß der Zivilisation.« In: A. Labisch/R. Spree (Hg.): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*. Bonn, S. 15-36
- Lalonde, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians*. Department of National Health and Welfare. Ottawa
- Lasch, C. (1979): *The Culture of Narcissism. American Life in an Age of Diminishing Expectations*. New York; deutsch: *Das Zeitalter des Narzißmus*. München 1982
- LaVeigt, T. (1992): »The Political Empowerment and Health Statuses of African-Americans: Mapping a New Territory.« *American Journal of Sociologie*, Bd. 97, Nr. 4, S. 1080-1095
- Leichter, H.M. (1991): *Free to be Foolish. Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain*. Princeton
- Levin, L.S. (1987): »Every Silver Lining has a Cloud: The Limits of Health Promotion.« *Social Policy*, Summer, S. 57-60
- Levin, R. (1979): »Politics and Polarity: The Limits of OSHA Reform, Regulation: American Enterprise Institut.« *Journal on Government and Society*, Nov./Dez., S. 37 ff.
- Lewit, E.M. (1981): »The Effects of Government Regulation on Teenage Smoking.« *Journal of Health Economics*, Bd. 24, S. 545-569
- Lewit, E.M./Coate, D. (1982): »The Potential for Using Excise Taxes to Reduce Smoking.« *Health Economic*, Bd. 1, S. 121-45
- Lewy, R. (1980): *Preventive Primary Medicine*. Boston
- Lilienfeld, D.E. (1991): »The Silence: The Asbestos Industry and Early Occupational Cancer Research - A Case Study.« *American Journal of Public Health*, Bd. 81, Nr. 6, S. 791 ff.
- Lipid Research Clinics Program (1984): »The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 251, S. 365-74
- Lofgren, D.J. (1989): *Dangerous Premises*. New York
- Long, S.H. (1987): »Public versus Employment-related Health Insurance: Experience and Implications for Black and Nonblack Americans.« *The Milbank Quarterly*, Bd. 65, Suppl. 1, S. 200 ff.
- Luhmann, N. (1970): *Soziologische Aufklärung*. Köln
- Lüschen, G./Cockerham, C./Kunz, G. (1987): »Deutsche und amerikanische Gesundheitskultur - oder: What they Say when you Sneeze.« *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, Jg. 12, S. 59-69.

- MacFarlane, A./Cole, T. (1985): »From Depression to Recession - Evidence about the Effects of Unemployment on Mothers' and Babys' Health 1930s-1980s.« In: L. Durward (Hg.): *Born Unequal: Perspectives on Pregnancy and Childbearing in Unemployed Families*. London
- Mangano, J.J. (1991): »Young Adults in the 1980s. Why Mortality Rates are Rising.« *Health/PAC Bulletin*, Bd. 21, Nr. 2, Summer, S. 19 ff.
- Manson, J.E./Tosteson, H./Ridker, P. M. et al. (1992): »The Primary Prevention of Myocardial Infarktion.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 326, S. 1406-1416
- Marcuse, H. (1967): *Der eindimensionale Mensch*. Darmstadt
- Marmot, M. (1989): »Socioeconomic Determinants of CHD Mortality.« *International Journal of Epidemiology*, Bd. 18, Nr. 3 (Suppl. 1), S. 196-202
- Marmot, M./Kogevinas, M./Elston, M. A. (1987): »Social/Economic Status and Disease.« *Annual Review of Public Health*, Bd. 8, S. 111-135
- Marmot, M.G./Rose, G./Shipley, M./Hamilton, P.J.S. (1978): »Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants.« *Journal of Epidemiology and Community Health*, Bd. 32, S. 244-249
- Marmot, M./Theorell, T. (1988): »Social class and Cardiovascular Disease.« *International Journal of Health Services*, Bd. 18, S. 659-679
- Marstedt, G. (1990): »Schattenwürfe sozialer Rationalisierung. Zum Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt.« *Psychosozial*, Jg. 12, Nr. 2, S. 74-86
- Martin, M.J./Hulley, S./Browner, W.S. et al. (1986): »Serum Cholesterol, Blood Pressure, and Mortality: Implications from a Cohort of 361,662 Men.« *The Lancet*, Bd. 328, S. 933-936
- Marx, K. (1953): *Grundrisse der Kritik der politischen Ökonomie*. Berlin
- Marx, K. (1967, 1867): *Das Kapital*. Marx-Engels-Werke 23, Bd. 1. Berlin
- Marx, K. (1970): *Briefe aus den 'Deutsch-Französischen Jahrbüchern'*. Marx-Engels-Werke (MEW), Bd. 1. Berlin
- Maryland Healthy People Project (1981): *Promoting Healthy Lifestyles: A Practical Approach to Program Development*. Maryland Department for Health and Mental Hygiene. Baltimore
- McGinnis, J.M. (1989): »National Priorities in Disease Prevention.« *Issues in Sciences and Technology*, Winter 1988/89, S. 46-52
- McGinnis, J.M. (1990): »Prevention in 1989: The state of the Nation.« *American Journal of Preventive Medicine*, Bd. 6, S. 1-6
- McKenzie, N./Bilofsky, E. (1991): »Shredding the Safety Net. The Dismantling of Public Programs.« *Health/PAC Bulletin*, Bd. 21, Nr. 2, S. 5-12
- McKeown, T. (1976): *The Modern Rise of Population*. London
- McKeown, T. (1979): *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. London
- McKeown, T. (1978): »Determinants of Health.« In: P.R. Lee/C.L. Estes (Hg.) (1990): *The Nation's Health*. Boston, S. 6-13
- McKeown, T. (1988): *The Origins of Human Disease*. Oxford

- McKinley, J.B./McKinley, S.M./Beaglehole, R. (1989): »A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on recent Mortality and Morbidity in the United States.« *International Journal of Health Services*, Bd. 19, Nr. 2, S. 181-208
- McKinley, J.B./Stoeckle, J.D. (1990): »Corporatization and the Social Transformation of Doctoring.« In: J.W. Salmon (Hg.): *The Corporate Transformation of Healthcare*. Amityville, N.Y., S. 133-149
- Mendelhoff, M.N. (1981): »Does Overregulation Cause Underregulation? The Case of Toxic Substance. Regulation: American Enterprise Institut.« *Journal on Government and Society*, Sept./Okt., S.47 ff.
- Miettinen, T.A./Huttunen, J.K./Naukkarmen, V. et al. (1985): »Multifactorial Primary Prevention of Cardiovascular Diseases in Middle-aged Men, Risk Factor Changes, Incidence, and Mortality.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 254, S. 2097-2102
- Milio, N. (1986, 1981): *Promoting Health Through Public Policy*. Ottawa
- Milio, N. (1988): »The Profitization of Health Promotion.« *International Journal of Health Services*, Bd. 18, Nr. 4, S. 573-585
- Mills, C.W. (1963, 1959): *Kritik der soziologischen Denkweise*. Darmstadt
- Minkler, M. (1989): »Social Initiatives in Health Promotion: A Case Examination of Community Organizing Among the Elderly Poor in the United States.« In: *International Network for a Science of Health, Symposium-Papers*, Bd. 4: Social Initiatives in Health Promotion. Bielefeld
- Minkler, M. (1992): »Community Organizing Among Elderly Poor in the United States: A Case Study.« *International Journal for Health Services*, Bd. 22, S. 303-316
- Moody, K. (1988): *An Injury To All: The Decline of American Unionism*. Verso
- Moser, K.A./Fox, A.J./Jones, D.R. (1984): »Unemployment and Mortality in the OCPs Longitudinal Study.« *The Lancet*, Bd. 324, S. 1324-1329
- Muldon, M.F./Manuck, S.B./Matthews, K.A. (1990): »Lowering Cholesterol Concentrations and Morbidity: A Quantitative Review of Primary Prevention Trials.« *British Medical Journal*, Bd. 301, S. 309-314
- Müller, H.-P. (1989): »Lebensstile. Ein neues Paradigma der Differenzierungs- und Ungleichheitsforschung?« *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 41, Nr. 1, S. 53 ff.
- Müller, R. (1980): »Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Belastungen am Arbeitsplatz.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 6. Argument-Sonderband 53. Hamburg, S. 97 ff.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (1982): »Risk Factor Changes and Mortality Results.« *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Bd. 248, Nr. 12, S. 1465-1477
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (1990): »Mortality Rates After 10,5 Years for Participants in the Multiple Risk Factor Intervention Trial.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 263, S. 1795-1801
- Myers, M.L./Iscoe, C./Jennings, C. et al. (1981): *Staff Report of the Cigarette Advertising Investigation*. US Federal Trade Commission. Washington, D.C.
- Naito, H.K. (1988): »Effect of Cholesterol Lowering on Coronary Heart Disease Risk.« *Consultant*, Bd. 28 (supplement)

- Narr, W.-D. (1988): »Das Herz der Institution oder strukturelle Unbewußtheit - Konturen einer politischen Psychologie als Psychologie staatlich-kapitalistischer Herrschaft.« In: H. König (Hg.): *Politische Psychologie heute*. Leviathan-Sonderheft 9/1988. Opladen, S. 111-146
- National Cancer Institute (1986): *Cancer Control Objectives for the Nation: 1985-2000*. National Cancer Institute Monographs 2 (1986). Bethesda, MD
- National Center for Health Statistics (1988): *Health United States, 1987*. Hyattsville, MA
- National Center for Health Statistics (1991): *Health United States, 1990*. Hyattsville, MA
- National Research Council, Committee of Passive Smoking (1986): *Environmental Tobacco Smoke*. Washington, D.C.
- Navarro, V. (1976): »Staatsintervention im Gesundheitswesen.« In: *Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen*. Argument-Sonderband 12. Berlin, S. 207 ff.
- Navarro, V. (1987): »Federal Health Policies in the United States. An Alternative Explanation.« *The Milbank Quarterly*, Bd. 65, Nr. 1, S. 88 ff.
- Navarro, V. (1988): »Social Movements and Class Politics in the U.S.« *The Socialist Register 1988*. Baltimore, S. 425-447
- Navarro, V. (1990): »Race or Class versus Race and Class: Mortality Differentials in the United States.« *The Lancet*, Bd. 336, 17. November, S. 1238-1240
- Nelson, H. (1992): »Tobacco-tax Battle Continues.« *The Lancet*, Bd. 339, S. 1595
- Noack, H. (1988): »Measuring Health Behaviour and Health: Towards New Health Promotion Indicators.« *Health Promotion*, Bd. 3, Nr. 1, S. 5 ff.
- Noble, C. (1986): *Liberalism at Work. The Rise and Fall of OSHA*. Philadelphia
- Nozick, R. (1976): *Anarchie, Staat, Utopia*. München
- O.V. (1989): »Framingham Data Suggest no Drop in C-V Disease Incidence.« *Internal Medicine News*, 1.-14. Mai 1989
- O.V. (1991): *Scrip's 1991 Hypolipaeic Report*. Ms. Richmond.
- O.V. (1992a): »Can America Compete?« *Economist* vom 18.1.1992, S. 69 ff.
- O.V. (1992b): »The Cancer Epidemic: Fact or Misinterpretation?« *The Lancet*, Bd. 340, S. 399 f.
- Occupational Safety & Health Reporter (1991): *Covering New Ground*, Bd. 20, Nr. 31, S. 1233
- OECD (1991): *Economic Surveys: United States 1990/1991*. Paris, S. 11-23
- Office of Technology Assessment (1985): *Preventing Illness and Injury in the Workplace*. Washington, D.C.
- Oliver, M.F. (1991): »Might Treatment of Hypercholesterolaemia Increase Non-cardiac Mortality?« *The Lancet*, Bd. 337, S. 1529-1531
- Ornish, D./Brown, S.E./Schwerwitz, L.W. et al. (1990): »Can Lifestyle Changes Reverse Coronary Heart Disease?« *The Lancet*, Bd. 336, S. 129-133
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986): *Charter Endorsed at the First International Conference on Health Promotion*. Ottawa
- Page, J.A./O'Brien, M.W. (1972): *Bitter Wages: Ralph Nader's Study Group Report on Disease and Injury on the Job*. Washington, D.C.

- Palmer, J.L./Sawill, I.V. (Hg.) (1984): *The Reagan Record. An Assessment of America's Changing Domestic Priorities*. Cambridge, MA
- Panner, M. J./Christakis, N. A. (1986): *The Limits of Science in on the Job Testing*. Hastings Center Report, Dec.
- Parsons, T. (1972, 1964): »Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas.« In: A. Mitscherlich et al. (Hg.) (1972): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Köln, S. 57-87
- Patton, J.P. (1991): »Work-site Health Promotion: an Economic Modell.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 33, S. 868-873
- Payer, L. (1988): *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*. New York
- Payer, L. (1992): *Disease Mongers. How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making you Feel Sick*. New York
- Pearson, T.A. (1989): »Influences on CHD Incidence and Case Fatality: Medical Management of Risk Factors.« *International Journal of Epidemiology*, Bd. 18, Nr. 3, S. 217 ff.
- Petersen, L.R. et al. (1988): »Employee Smoking Behavior Changes and Attitudes Following a Restrictive Policy on Worksite Smoking in an Large Company.« *Public Health Report*, Bd. 103, S. 115-20
- Peterson, D.E./Zeeger, S.L./Remington, P.L. et al. (1992): »The Effect of State Cigarette Tax Increase on Cigarette Sales, 1955 to 1988.« *American Journal of Public Health*, Bd. 82, S. 94-96
- Pitt, L./Nel, D. (1988): »Pharmaceutical Promotion Tools - their Relative Importance.« *European Journal of Marketing*, Bd. 22, S. 7-14
- Plessner, H. (1976, 1964): *Die Frage nach der Conditio humana*. Frankfurt a.M.
- Polanyi, K. (1978, 1944): *The Great Transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen*. Frankfurt a.M.
- Public Health Foundation (1986): *Public Health Agencies 1984*. Washington, D.C.
- Ramsay, L.E./Yeo, W.W./Jackson, P.R. (1993): »Home cholesterol testing.« *The Lancet*, Bd. 341, S. 313 f.
- Ratcliffe, J.M./Halperin, W.E./Frazier, T.M. et al. (1986): »The Prevalence of Screening in Industry: Report from the National Institut for Occupational Safety and Health National Occupational Hazard Survey.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 28, Nr. 10, S. 906-912
- Ravnskov, U. (1992): »Cholesterol Lowering Trials in Coronary Heart Disease: Frequency of Citation and Outcome.« *British Medical Journal*, Bd. 305, S. 15-19
- Reed, R. (1985): *Health Promotion Services: Evaluation and Impact Study*. Indianapolis
- Relman, A.S. (1980): »The New Medical-industrial Complex.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 303, S. 963-970
- Relman, A.S. (1991): »Shattuck Lecture - The Health Care Industry: Where is it Taken us?« *New England Journal of Medicine*, Bd. 325, S. 854-859
- Renner, C./Navarro, V. (1989): »Why is our Population of Uninsured and Underinsured Persons Growing? The Consequences of the 'Deindustrialization' of America.« *Annual Review of Public Health*, Bd. 10, S. 85 ff.

- Richardson, H.B. (1991): »Letter to the Editor.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 324, S. 60-61
- Rigotti, N.A./Bourne, D./Rosen, A. et al. (1992): »Workplace Compliance with a No-Smoking Law: A Randomized Community Intervention Trial.« *American Journal of Public Health*, Bd. 82, Nr. 2, S. 229-235
- Roan, S. (1991): »State's Anti-Smoking Plan Needs More Time.« *Los Angeles Times* vom 5.2.1991, Section B
- Robinson, J.C. (1986): »Hazard Pay in Unsafe Jobs: Theory, Evidence, and Policy Implications.« *The Milbank Quarterly*, Bd. 64, Nr. 4, S. 650-677
- Robinson, J.C. (1988): »Labor Union Involvement in Occupational Safety and Health, 1957-1987.« *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Bd. 13, Nr. 3, S. 453-468
- Rodriguez-Trias, H. (1984): »The Women's Health Movement: Women Take Power.« In: V.W. Sidel/R. Sidel (Hg.): *Reforming Medicine: Lessons of the Last Quarter Century*. New York, S. 107 ff.
- Roemer, R. (1990): »Fighting the Smoking Epidemic: Legislative and Economic Weapons.« *Archiv of Medical Research*, Suppl. 2, S. 69-77
- Rohwer, G. (1989): »'Kritik der ökonomischen Vernunft'. Anmerkungen zu einem Buch von André Gorz.« *Prokla*, Jg. 19, Nr. 76, S. 104-110
- Rosen, G. (1958): *A History of Public Health*. New York
- Rosen, G. (1975): »Die Entwicklung der sozialen Medizin.« In: H.U. Deppe/M. Regus (Hg.): *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte*. Frankfurt a.M., S. 74-131
- Rosenbrock, R. (1982): *Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb*. Frankfurt a.M.
- Rosenbrock, R. (1992): »Aids: Fragen und Lehren für Public Health.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 18: Wer oder was ist 'Public Health'? Argument-Sonderband 198. Hamburg, S. 82-114
- Rosenbrock, R. (1993): »Gesundheitspolitik.« In: K. Hurrelmann/U. Laaser (Hg.): *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, S. 317-346
- Rosenstock, L./Rest, K.M./Benson, J.A. et al. (1991): »Occupational and Environmental Medicine. Meeting the Growing Need for Clinical Services.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 325, Nr. 13, S. 924-928
- Rothstein, M.A. (1984): *Medical Screening of Workers*. Washington, D.C.
- Rothstein, M.A. (1986): »Medical Screening: A Tool with Broadening Use.« *Business & Health*, Bd. 3, Nr. 10, S. 7-9
- Rubenstein, C. (1982): »Wellness is All.« *Psychology Today*. Oktober, S. 28-37
- Russel, L.B.(1986): *Is Prevention Better than Cure?* Washington, D.C.
- Salmon, W. J. (1989a): »Dilemmas in Studying Social Change versus Individual Change: Considerations from Political Economy.« *Health Promotion*, Bd. 4, S. 43-51
- Salmon, W.J. (1989b): »Die Entwicklung der alternativen Medizin in den USA.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 14: Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie. Argument-Sonderband 186. Hamburg, S. 106-122
- Salmon, W.J. (Hg.) (1990): *The Corporate Transformation of Health Care. Issues and Directions*. Amityville, N.Y.

- Sapolsky, H.M. (1980): »The Political Obstacles to the Control of Cigarette Smoking in the United States.« *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Bd. 5, S. 277-290
- Sardell, A. (1988): *The U.S. Experiment in Social Medicine. The Community Health Center Program, 1965-1986*. Pittsburgh, PA
- Schaefer, H. (1976): »Die Hierarchie der Risikofaktoren.« *Mensch, Medizin, Gesellschaft*, Jg. 1, S. 141-146
- Schaefer, H./Blohmke, M. (1977): »Epidemiologie der koronaren Herzkrankheiten.« In: *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. II. Stuttgart, S. 1-67
- Schieber, G.J./Poullier, J. P. (1991): »International Health Spending: Issues and Trends.« *Health Affairs*, Bd. 10, Spring, S. 109 ff.
- Schroeder, E./Mucha, P. (1991): »Subjektiver Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der BRD und in den USA.« *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, Jg. 3, S. 112 f.
- Schuck, B./Wittes, J.T./Cutler, J.A. et al. (1987): »Change in Physician Perspective on Cholesterol and Heart Disease.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 258, S. 3521-3526
- Schucker, B. et al. (1991): »Change in Cholesterol Awareness and Action.« *Archives of Internal Medicine*, Bd. 151, S. 666-669
- Schwartz, J.L. (1987): *Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: United States and Canada, 1978-1985*. NIH-Publication Nr. 87-2940. Washington, D.C.
- Schwarzer, R./Leppin, A. (1991): »Social Support and Health: a Theoretical and Empirical Overview.« *Journal of Social and Personal Relationships*, Bd. 8, S. 99-127
- Scott, W.R. (1986): *Grundlagen der Organisationstheorie*. Frankfurt a.M.
- Shapiro, S.A./McGarity, T.O. (1989): »Reorienting OSHA: Regulatory Alternatives and Legislative Reform.« *Yale Journal on Regulation*, Bd. 6, Nr. 1, S. 1-63
- Shea, S./Misra, D./Ehrlich, M.H. et al. (1992): »Predisposing factors for Severe, Uncontrolled Hypertension in an Inner-city Minority Population.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 327, S. 776-781
- Sheldon, T.A./Smith, G.D. (1993): »Consensus Conferences as Drug Promotion.« *The Lancet*, Bd. 341, S. 100-102
- Shipley, R.H./Orleans, O.S./Wilbur, C.S. et al. (1988): »Effect of the Johnson & Johnson LIVE FOR LIFE Program on Employee Smoking.« *Preventive Medicine*, Bd. 17, Nr. 1, S. 25-34
- Shonick, W. (1988): »Public Health Services: Background and Present Status.« In: S.J. Williams/P.R. Torrens (Hg.): *Introduction to Health Services*. 3. Aufl. New York, S. 85-123
- Siegerist, H. (1956): *Landmarks in the History of Hygiene*. London
- Siegrist, J. (1991): »Soziale Krisen und Gesundheit.« *Prävention*, Nr. 2, S. 43 ff.
- Silverstein, M. (1988): »Labor Unions and Occupational Health.« In: B. Levy/D. Wegman (Hg.): *Occupational Health*. 2. Aufl. Little Brown, S. 537 ff.
- Silverstein, M. et al. (1985): »Mortality Among Workers Exposed to Coal Tar Pitch Volatiles and Welding Emissions: An Exercise in Epidemiologic Triage.« *American Journal of Public Health*, Bd. 73, Nr. 5, S. 1283-1287
- Simmel, G. (1989, 1900): *Philosophie des Geldes*. Frankfurt a.M.

- Skarfors, E.T./Selinus, K.I./Lithell, H.O. (1991): »Risk Factors for Developing Non-Insulin Dependant Diabetes: A 10-Year Follow-Up of Men in Uppsala.« *British Medical Journal*, Bd. 303, S. 755-760
- Skrabanek, P. (1990): »Nonsensus Consensus.« *The Lancet*, Bd. 335, S. 1446-1447
- Skrabanek, P. (1992): »Smoking and statistical overkill.« *The Lancet*, Bd. 340, S. 1208-1209
- Sloan, R.P. (1987): »Workplace Health Promotion: A Commentary on the Evaluation of a Paradigm.« *Health Education Quarterly*, Bd. 14, S. 181-194
- Slovic, P. (1987): »Perception of Risk.« *Science*, Bd. 236, S. 280-285
- Smith, G.D./Leon, D./Shipley, M.J./Rose, G. (1991): Socioeconomic Differentials in Cancer Among Men.« *International Journal of Epidemiology*, Bd. 20, Nr. 2, S. 339-345
- Smith, G.D./Pekkanen, J. (1992): »Should there be a Moratorium on the use of Cholesterol Lowering Drugs?« *British Medical Journal*, Bd. 304, S. 431-434
- Smith, R.L. (1991): *The Cholesterol Conspiracy*. St. Louis
- Sorlie, P./Rogot, E./Anderson, R. et al. (1992): »Black-white Mortality Differences by Family Income.« *The Lancet*, Bd. 340, S. 346-350
- Stamler, J./Wentworth, D./Neaton, J.D. (1986): »Is Relationship Between Serum Cholesterol and Risk of Premature Death from Coronary Heart Disease Continuous and Graded?« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 256, S. 2823-2828
- Staples, C.L. (1989): »The Politics of Employment-based Insurance in the United States.« *International Journal of Health Services*, Bd. 19, Nr. 3, S. 420-429
- Starr, P. (1982): *The Social Transformation of American Medicine*. New York
- Statistical Abstract of the United States*, hrsg. vom U. S. Bureau of Census, Sec. 13-15, Washington, D.C.
- Stebbins, K.R. (1991): »Tobacco, Politics, and Economics: Implications for Global Health.« *Social Science & Medicine*, Bd. 33, Nr. 12, S. 1317-1326
- Sterling, T.D./Weinkam, J.J. (1986): »Extent, Persistence and Constancy of the Healthy Worker or Healthy Person Effect by all and Selected Causes of Death.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 28, S. 348-353
- Stillman, F.A./Becker, D.M./Swank, R.T. et al. (1990): »Ending Smoking at the Johns Hopkins Medical Institutions: An Evaluation of Smoking Prevalence and Indoor Air Pollution.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 264, S. 1565-1569
- Stone, D.A. (1986): »The Resistible Rise of Preventive Medicine.« *Journal of Health Policy, Politics and Law*, Bd. 11, Nr. 4, S. 671-696
- Stone, D.A. (1989): *At Risk in the Welfare State*, Man. Boston
- Stone, D.A (1990): »Preventing Chronic Disease: The Dark Side of a Bright Idea.« In: Institute of Medicine (Hg.): *Chronic Disease and Disability*. Washington, D.C., S. 83-103
- Strandberg, T.E./Salomaa, V.V./Naukkarinen, V.A. et al. (1991): »Long-term Mortality after 5-Year Multifactorial Primary Prevention of Cardiovascular Diseases in Middle-aged Men.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 266, S. 1225-1229
- Sullivan, L.W. (1990): »Healthy People 2000.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 323, S. 165-167

- Syme, S.L. (1991): »Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit, Erfahrungen und Perspektiven.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 17: Rationierung der Medizin. Argument-Sonderband 196. Hamburg, S. 94-111
- Syme, S./Alcalay, R. (1982): »Control of Cigarette Smoking from a Social Perspective.« *Annual Review of Public Health*, Bd. 3, S. 179-199
- Taylor, R.C.R. (1983): »Die Konstruktion der Prävention: Wissenschaft und Ideologie in den USA.« In: M.M. Wambach (Hg.): *Der Mensch als Risiko*. Frankfurt a.M., S. 151-175
- Templin, N. (1990): »Johnson & Johnson 'Wellness' Program for Workers Shows Healthy Bottom Line.« *The Wall Street Journal* vom 21.5.1990
- Tesh, S.N. (1984): »The Politics of Stress. The Case of Air Traffic Control.« *International Journal of Health Services*, Bd. 14, S. 569 ff.
- Tesh, S.N. (1988): *Hidden Arguments. Political Ideology and Disease Prevention Policy*. New Brunswick
- The Expert Panel (1988): »Report on the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults.« *Archives of Internal Medicine*, Bd. 148, S. 36-69
- The Roper Organization (1978): *A Study of Public Attitudes Toward Cigarette Smoking and the Tobacco Industry in 1978*
- Thom, T.J. (1989): »International Mortality from Heart Disease: Rates and Trends.« *International Journal of Epidemiology*, Bd. 18, Nr. 3 (Suppl. 1), S. 199-210
- Thomas, G. (1981): *Exercise and Health: The Evidence and Implications*. Cambridge, MA
- Thurow, L.C. (1983): *Dangerous Currents: The State of Economics*. Oxford
- Tillery, W. (1975): »Safety and Health Provisions Before and After OSHA.« *Monthly Labor Review*, Bd. 98, Nr. 9, S. 42 ff.
- Tobacco Institute (1986): *In the Public Interest: Three Decades of Initiatives by a Responsible Cigarette Industry*. Washington, D.C.
- Townsend, P. (1990): »Individual or Social Responsibility for Premature Death? Current Controversies in the British Debate about Health.« *International Journal HS*, Bd. 20, Nr. 3, S. 373-392
- Townsend, P./Davidson, N. (Hg.) (1982): *Inequalities in Health. The Black Report*. London
- Türcke, C. (1989): »Habermas oder wie die kritische Theorie gesellschaftsfähig wurde.« In: G. Bolte (Hg.): *Unkritische Theorie*. Lüneburg, S. 21-38
- Tye, J.B./Warner, K.E./Glanz, S.A. (1987): »Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship.« *Journal of Public Health Policy*, Bd. 8, S. 492-508
- Uexküll, T. von/Wesiack, W. (1988): *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München
- Unger, F. (1993): »Im Westen Neues.« *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Jg. 38, S. 170-182
- U.S. Bureau of Census (1991): *Statistical Abstract of the United States*

- U.S. Congress, Office of Technology Assessment (OTA) (1983): *The Role of Genetic Testing in the Prevention of Occupational Disease*. OTA-BA-194. Washington, D.C.
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment (OTA) (1988): *Medical Testing and Health Insurance*. Washington, D.C.
- U.S. Public Health Service (1947): *Ten Years of Federal Grants-in-Aid for Public Health (1936-1946)*. Washington, D.C.
- U.S. Preventive Services Task Force (1989): *Guide to Clinical Preventive Services: An Assessment of the Effectiveness of 1969 Interventions*. Baltimore, MD
- Vanberg, V. (1984): »'Unsichtbare-Hand-Erklärungen' und soziale Normen.« In: H. Todt (Hg.): *Normengeleitetes Verhalten in den Sozialwissenschaften*. Berlin, S. 115-146
- Van Krieken, R. (1991): »Die Organisierung der Seele: Elias und Foucault über Disziplin und das Selbst.« *Prokla*, Jg. 21, Nr. 85, S. 602-619
- Viscusi, W. K. (1979): »Job Hazards and Worker Quit Rates: An Analysis of Adaptive Worker Behavior.« *International Economic Review*, Bd. 20, Nr. 1, S. 29-58
- Vogel, D. (1983): »The Power of Business in America: A Re-appraisal.« *British Journal of Political Science*, Bd. 13, S. 19-43
- Wallack, L. (1990): »Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches.« In: C. Atkin/L. Wallack (Hg.): *Mass Communication and Public Health*. Newbury Park, CA, S. 147-163
- Walsh, D.C./Egdahl, R. H. (1989): »Corporate Perspectives on Worksite Wellness Programs.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 31, S. 551-556
- Warner, K.E. (1986a): »Promotion of Tobacco Products: Issues and Policy Options.« *Journal of Health Policy, Politics and Law*, Bd. 11, Nr. 3, S. 367-392
- Warner, K.E. (1986b): »Smoking and Health Implications of a Change in the Federal Cigarette Excise Tax.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 255, S. 384-388
- Warner, K.E. (1987): »Health and Economic Implications of a Tobacco-Free Society.« *JAMA*, Bd. 258, S. 2080-2086
- Warner, K.E. (1989): »Smoking and Health: A 25-Year Perspective.« *American Journal of Public Health*, Bd. 79, Nr. 2, S. 140-143
- Warner, K.E. (1990): »Wellness at the worksite.« *Health Affairs*, Bd. 9, S. 63-79
- Warner, K.E. (1991): »Tobacco Industry Scientific Advisors: Serving Society of Selling Cigarettes?« *American Journal of Public Health*, Bd. 81, Nr. 7, S. 839-842
- Warner, K.E. (1992): »Effects of Workplace Health Promotion not Demonstrated.« *American Journal of Public Health*, Bd. 82, S. 126
- Warner, K.E./Ernster, V.L./Holbrook, J. H. et al. (1986): »Promotion of Tobacco Products: Issues and Policy Options.« *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Bd. 11, S. 367-392
- Warner, K.E./Goldenhar, L.M./McLaughlin, C.G. (1992): »Cigarette Advertising and Magazine Coverage of the Hazards of Smoking. A Statistical Analysis.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 326, S. 305-309
- Warner, K.E./Wickizer, T.M./Wolfe, R.A. et al. (1988): »Economic implications of Workplace Health Promotion Programs: Review of the Literature.« *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 30, S. 106-112

- Warram, J.H. et al. (1991): »Excess Mortality Associated with Diuretic Therapy in Diabetes Mellitus.« *Archives of Internal Medicine*, Bd. 151, S. 1350-1356
- Weber, M. (1973, 1913): »Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie.« In: M. Weber: *Soziologie - Universalgeschichtliche Analysen - Politik*. Stuttgart, S. 97-180
- Weber, M. (1964): *Wirtschaft und Gesellschaft*, Köln und Berlin
- Weber, M. (1973): *Soziologie. Universalgeschichtliche Analysen. Politik*. Stuttgart
- Weidenbaum, M./DeFina, R. (1978): *The Cost of Federal Regulation of Economic Activity*. Washington, D.C.
- Weisbrod, R.R./Pirie, P.L./Bracht, N.F. et al. (1991): »Worksite Health Promotion in Four Midwest Cities.« *Journal of Community Health*, Bd. 16, S. 169-177
- Westhoff, J. (1990): »Amerika wirbt fürs' Herz. 'Cholesterinkampagne' als Vorbild für die Bundesrepublik - Besuch bei der American Heart Association.« *Der Tagesspiegel* vom 23.6.1990
- White, L.C. (1988): *Merchants of Death: The American Tobacco Industry*. New York
- Whitehead, M./Dahlgren, G. (1991): »What can be done about Inequalities in Health?« *The Lancet*, Bd. 338, S. 1059-62
- Wilbur, C.S. (1983): »The Johnson & Johnson Program.« *Preventive Medicine*, Bd. 12, S. 672-681
- Wokutch, R.E. (1990): *Cooperation and Conflict in Occupational Safety and Health: A Multination Study of the Automotive Industry*. New York
- Woolhandler, S./Himmelstein, D.U. (1988): »Reverse Targeting of Preventive Care due to Lack of Health Insurance.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 259, S. 2872-2874
- Worden, J.K./Flynn, B.S./Geller, B.A. et al. (1987): »An Adult Communication Skills Program to Prevent Adolescent Smoking.« *Journal of Drug Education*, Bd. 17, S. 1-9
- World Health Organisation (1987): *World Health Statistics annual 1987*. Genf
- World Health Organisation (1988): *World Health Statistics annual 1988*. Genf
- Wysowski, D.K./Kennedy, D.L./Gross, T.P. (1988): »Prescribed use of Cholesterol-lowering Drugs in the United States, 1978 through 1988.« *Journal of the American Medical Association*, Bd. 263, S. 2185-2188
- Zola, I. (1972): »Medicine as an Institution of Social Control.« *Sociological Review*, Bd. 20, S. 487-504
- Zola, I. (1977): »Healthism and Disabling Medicalization.« In: I. Illich (Hg.): *Disabling Professions*. London

# Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

	Seite
Tabelle 1.1: Die fünf führenden Todesursachen in den USA und damit verbundene Risikofaktoren	19
Tabelle 1.2: Lebensstil und »selbstverursachte« Krankheiten	29
Abbildung 1.1: Die veränderte Bedeutung von chronischen und infektiösen Krankheiten für die Mortalität in den Vereinigten Staaten	44
Tabelle 1.3: Prioritätsbereiche der nationalen Gesundheitsziele für das Jahr 2000 (»Healthy People 2000«)	59
Abbildung 2.1: Die häufigsten Todesursachen in der US-amerikanischen Bevölkerung, 1977 bis 1987	75
Abbildung 2.2: Sterblichkeit durch Krebs, ausgewählte Krebskrankheiten, 1950 bis 1985, USA	81
Abbildung 2.3: Veränderungen des Realeinkommens 1977 bis 1990, nach Einkommensgruppen	84
Abbildung 2.4: Mortalität für ausgewählte Ursachen bei Personen im Alter von 25 bis 44 Jahren, nach ethnischer Herkunft, USA 1988	90
Abbildung 2.5: Durchschnittlicher Prozentsatz der Personen mit chronischen Einschränkungen der Lebensaktivitäten, nach Familieneinkommen und Rasse, USA, 1985 bis 1987	92
Abbildung 2.6: Einschränkungen der Lebensaktivitäten durch chronische Bedingungen, nach Einkommen und Rasse, 1983 bis 1988	93
Abbildung 2.7: Mortalitätsrate für Herzkrankheiten nach Berufsgruppen, USA, 1986	96

	Seite
Abbildung 2.8: Zigarettenraucher, nach Bildungsgrad, USA, 1970 bis 1987	97
Abbildung 2.9: Chronische Bedingungen im Altersverlauf nach sozioökonomischem Status (SES = Einkommen und Bildung)	102
Abbildung 5.1: Zigarettenraucher in Prozent der erwachsenen Bevölkerung, USA 1935 bis 1987	228
Tabelle 6.1: Anteil der Tarifverträge, in denen ausgewählte Arbeitsschutzprobleme geregelt werden	313
Tabelle 6.2: Anteil der Tarifverträge, in denen ausgewählte Arbeitsschutzprobleme geregelt werden	314
Tabelle 6.3: Anteil der gewerkschaftlich organisierten Arbeiter nach dem Gesundheitsrisiko der Beschäftigung	320
Tabelle 6.4: Verlorene Arbeitstage durch Arbeitskämpfe in der Industrie	332
Tabelle 6.5: Zeitbedarf für die Arbeitsschutznormierung durch die Arbeitsschutzbehörde OSHA	344
Abbildung 6.1: Anteil der Arbeitsschutzinvestitionen an den gesamten Investitionen in der Industrie 1972 bis 1983	347
Abbildung 6.2: Personelle Ausstattung der OSHA, 1971 bis 1984	355
Abbildung 6.3: Haushalte der OSHA, 1971 bis 1984, real und nominal	356
Abbildung 6.4: Dilemma betrieblicher Gesundheitsstrategie	364

## Verzeichnis der Abkürzungen

ACLU	American Civil Liberties Union
ACS	American Cancer Society
AHA	American Heart Association
AIHC	American Industrial Hygiene Council
AIHC	American Industrial Hygiene Council
ALA	American Lung Association
ASH	Action on Smoking and Health
ATP	Adult Treatment Panel
B.A.T.	British American Tobacco
BIOSEP	Biofeedback Smoking Education Program
BNA	Bureau of National Affairs
CDC	Centers for Disease Control
CDC	Centers for Disease Control
CDHS	California Department of Health Services
COSH	Committees/Coalitions on Occupational Safety and Health
CTR	Tobacco Industry Research Committee
DOL	Department of Labor
EAP	Employee Assistance Program
EPA	Environmental Protection Administration
EPA	Environmental Protection Agency
FAA	Federal Aviation Administration
FAO	Food and Agriculture Organization
FCC	Federal Communication Commission
FDA	Food and Drug Administration
FDA	Food and Drug Administration
FTC	Federal Trade Commission
HDL	High Density Lipoprotein
HMOs	Health Maintenance Organizations
ICWU	International Chemical Workers Union
KHK	Koronale Herzkrankheit

LDL	Low Density Lipoprotein
LRC-LRCCPPT	Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial
MRFIT	Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group
NCAB	National Cancer Advisory Board
NCAP	National Cancer Advisory Panel
NCEP	National Cholesterol Education Program
NCI	National Cancer Institute
NHLBI	National Heart Lung and Blood Institut
NIH	National Institutes of Health
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NIOSH	National Institute of Safety and Health
NLRB	National Labor Relation Board
OCAW	Oil, Chemical, and Atomic Workers
OMB	Office of Management and Budget
OMB	Office of Management and Budget
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
OSHAct	Occupational Safety and Health Act
OSHRC	Occupational Safety and Health Review Commission
OTA	Office of Technology Assessment
PATCO	Professional Air Traffic Controllers Organization
POSCH	Program on the Surgical Control of the Hyperlipidemias
UAW	United Automobile Workers
UCLA	Center for Cancer Control
WBGH	Washington Business Group on Health
WHO	World Health Organisaton