

Rosenbrock, Rolf

**Working Paper — Digitized Version**

## Politik der Prävention: Möglichkeiten und Hinderungsgründe

WZB Discussion Paper, No. P 91-203

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1991) : Politik der Prävention: Möglichkeiten und Hinderungsgründe, WZB Discussion Paper, No. P 91-203, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/77906>

**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

WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN  
FÜR SOZIALFORSCHUNG

P91-203

**Politik der Prävention -  
Möglichkeiten und Hinderungsgründe**

von

Rolf Rosenbrock

**Forschungsgruppe  
Gesundheitsrisiken und  
Präventionspolitik**

**W 497 (91.203)**

**papers**

**Research Group  
Health Risks and  
Preventive Policy**

## Abstract

Das Panorama der überwiegend chronisch und degenerativ verlaufenden Massenerkrankungen in industrialisierten Ländern erfordert eine Schwerpunktverlagerung der Gesundheitspolitik auf Interventionen vor der Manifestation klinischer Symptome: Gesundheitsförderung und Prävention. Vorhandenes Wissen über und Ansatzpunkte für solche Möglichkeiten werden bei weitem nicht genutzt: Wo überhaupt etwas geschieht, überwiegen mittelschichtorientierte Versuche der Beeinflussung des individuellen Verhaltens und des Konsums, meist ohne Berücksichtigung der das Verhalten (mit-)bedingenden Lebensverhältnisse. Gründe für diese - auch unter den Gesichtspunkten von Effizienz und Effektivität - falsche Steuerung liegen überwiegend in politisch gestaltbaren Durchsetzungschancen für Prävention und Gesundheitsförderung:

- der Gewichtung der kurativ orientierten Medizin,
- der Gewichtung des gesundheitlichen Arguments gegenüber dem ökonomischen Interesse,
- der Gewichtung der Marktsteuerung bei der Entwicklung und Verteilung gesundheitsbezogener Güter und Dienstleistungen,
- der Kraft 'gegentendenzieller Politik' in marktgesteuerten Gesellschaften.

Subjektiv wie objektiv gesundheitswirksame Innovationen kommen vor allem aus alten und neuen sozialen Bewegungen.

Dem Text liegt das Einführungsreferat zugrunde, das der Verfasser im Februar 1990 auf dem Kongreß der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in Berlin gehalten hat. Eine andere Fassung erscheint in: R. Müller/M. F. Schuntermann (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag - Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln: Bund Verlag 1991.

## Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe

In den letzten Jahren nimmt bei allen gesundheitspolitischen Akteuren die Präventionsrhetorik stark zu. Auf der Ebene programmatischer Wichtigkeitsbetuerungen kann über eine Benachteiligung des Themas Prävention und Gesundheitsförderung keine Beschwerde geführt werden. Aber entspricht der Zunahme an Rhetorik auch eine Verringerung der Kluft zwischen Möglichem und Tatsächlichem? Daran bestehen erhebliche Zweifel, sie sollen im folgenden begründet werden.<sup>1</sup>

Für die Bewertung der vorfindlichen Gesundheits- (und damit auch Präventions-)Politik bedarf es zunächst eines Maßstabes (und damit eines Zielbezuges) (I). Präventionspolitik läßt sich dann als die Aufgabe beschreiben, die sozialepidemiologisch wichtigen Risiken zu erfassen (II) und die Potentiale der Prävention daraufhin auszurichten und auszubauen (III). Wichtige Gründe für die evident großen Defizite werden auf der Ebene der politischen Steuerung und Regulierung identifiziert (IV). Abschließend werden einige Überlegungen zur politischen Dynamik und Akteurstruktur vorgetragen (V).

### I.

Jede Kritik braucht einen Maßstab. Der Maßstab der Kritik der beobachtbaren Präventionspolitik ergibt sich aus einem Verständnis von Gesundheitspolitik, deren erste Aufgabe es ist, Wahrscheinlichkeiten des Eintritts von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod zu senken und damit einen Beitrag zur Verminderung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod zu leisten: Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Funktionseinbußen, die über das normale Maß der Alterung hinausgehen, sollen soweit wie praktisch möglich und ethisch zulässig verhütet

werden, im Falle ihres Eintretens nicht nur physisch bekämpft, sondern auch subjektiv-individuell im Sinne höherer Autonomie und Lebensqualität verarbeitet werden können.

Eine Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdient, hätte dann hinsichtlich von Prävention und Gesundheitsförderung die Aufgabe, die materiellen, qualifikatorischen und rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die je individuellen und kollektiven Bedingungen und Voraussetzungen von Gesundheit so weit wie möglich erhalten bleiben bzw. sich entfalten können. Eine solche Gesundheitspolitik enthielte Antworten auf die in der 'Ottawa-Charter for Health Promotion' der WHO genannten, drei unbeantworteten Herausforderungen gegenwärtiger Gesundheitspolitik:<sup>2</sup>

- Bestehende erhebliche Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung für unterschiedliche soziale Gruppen als gesundheitspolitisches Problem anzuerkennen und zu bearbeiten,
- präventive Anstrengungen zu vermehren,
- die Fähigkeit der Menschen zu stärken, mit ihren Problemen von Gesundheit und Krankheit selbstverantwortlicher und kompetenter umzugehen und ihre persönliche Umwelt und ihr Verhalten gesundheitsgerechter zu gestalten und sich darin gegenseitig und auf politischer Ebene zu unterstützen.

Das fast schon ehrwürdige WHO-Ideal von Gesundheit als physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden wird unter diesem Blickwinkel eine nach oben hin offene Utopie, die im Maße der Entwicklung von Wissen, Ressourcen und Gesellschaft schrittweise konkretisiert und operationalisiert werden kann - eine Art richtunggebender Navigationspunkt.

Unter Berücksichtigung dieses Navigationspunktes läßt sich - zumindest grob - eine soziale Landkarte von Gesundheitsrisiken skizzieren, die kartographische Abbildung folgt dabei dem Axiom der Epidemiologie, nach dem Krankheiten nicht zufällig

in menschlichen Populationen verteilt sind. Sie folgen Gradienten der Zeit, des Raums, der Charakteristik von Personen und Gemeinden. Die Unterschiede sind Folge einer unterschiedlichen Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken. Eine dieser Logik folgende Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung existiert flächendeckend nirgendwo in der Welt, in der Bundesrepublik aber noch viel weniger als in anderen Staaten.<sup>3</sup> Dieses Defizit hat historische Gründe, die vor allem mit der Ausrottung des Fachs Sozialepidemiologie in Deutschland durch die Nazis zu tun haben.<sup>4</sup> Daß erst seit wenigen Jahren aussichtsreiche Initiativen entstanden sind, auch in der Bundesrepublik 'Schools of Public Health' zu gründen, stellt den Versuch dar, dieses Defizit aufzuholen.<sup>5</sup> Mit den ersten Jahresberichten des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen seit 1987<sup>6</sup>, mit dem Endbericht der GKV-Enquete des 11. Deutschen Bundestages (1990)<sup>7</sup>, mit dem von den Kassenärzten finanzierten Projekt(1990) 'Prioritäre Gesundheitsziele'<sup>8</sup>, mit den allerdings noch immer sehr unklaren Diskussionen über eine institutionalisierte Gesundheitsberichterstattung für die Bundesrepublik, vor allem mit einer Vielzahl von regionalen und kommunalen Einzelprojekten und regionalen Ansätzen<sup>9</sup> sind freilich Schritte zu erkennen, die dieses Defizit kleiner werden lassen können.

Aber auch schon die für die Bundesrepublik höchst lückenhaften Befunde aus Sozialepidemiologie, Sozialmedizin und Belastungsforschung ergeben ein eindringliches Bild von der Notwendigkeit der Prävention. Bei noch langsam steigender Lebenserwartung wird das Krankheits- und Sterbegeschehen in der Bundesrepublik Deutschland von wenigen, meist chronisch verlaufenden Krankheiten beherrscht. Diese Krankheiten nehmen damit den Rang von Volksseuchen ein. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, nicht entzündliches Rheuma, chronische Bronchitis, einige Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und der Leber, der Diabetes mellitus sowie Süchte und psychisch manifestierte Leiden erklären über drei Viertel sowohl des Krankheits- als

auch des Sterbegeschehens in den industrialisierten Ländern.<sup>10</sup> Die Dimensionen des Problems werden durch Berechnungen sichtbar, nach denen zum Beispiel im Jahr 1975 in der Bundesrepublik über 9 Millionen Lebensjahre durch 'vorzeitigem Tod' verloren gingen.<sup>11</sup> Wiederholte Hochrechnungen der Bundesanstalt für Arbeit ergaben zum Beispiel, daß von den männlichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Bundesrepublik nur ca. ein Drittel halbwegs gesund das Rentenalter erreicht. Je ca. ein Drittel stirbt vorher oder muß - ganz überwiegend wegen der genannten chronischen Erkrankungen - vorzeitig be-  
rentet werden.<sup>12</sup> Zur Veranschaulichung: Von 100 Bewohnern der Bundesrepublik Deutschland fühlen sich täglich 15 Menschen krank, davon sind zwei Drittel chronisch krank. Die Verbreitung der chronisch und überwiegend degenerativ verlaufenden Krankheiten nimmt zu und erfaßt auch zunehmend jüngere Altersgruppen.<sup>13</sup>

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten in epidemiologischer und damit für die Gesundheitspolitik maßgeblicher Perspektive drei gemeinsame Merkmale:

1. Sie können mit den Mitteln der Medizin durchweg weder verhindert noch geheilt werden. Auch eine Vervielfachung kurativ-medizinischer Bemühungen einschließlich der Vorverlegung der jeweils individuellen medizinischen Intervention durch Krankheitsfrüherkennung würde hieran, epidemiologisch gesehen, insgesamt nicht allzuviel ändern. Es müssen also gleichgewichtig nicht-medizinische Strategien einbezogen werden.<sup>14</sup> Dafür spricht auch die historische Erfahrung: Zumindest seit der Industrialisierung wurden alle großen Volkskrankheiten, zeitlich zuerst und in der Wirksamkeit überlegen, nicht mit den Mitteln der naturwissenschaftlichen Medizin, sondern durch Primärprävention überwunden. Das waren Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen, der Entlohnung, den Wohnverhältnissen, in der Er-

nahrung und in der Bildung - und damit dann auch Veränderungen im Verhalten.

Die Sterblichkeit an der größten europäischen Seuche des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, der Tuberkulose, war bereits auf weit unter die Hälfte ihres Spitzenwertes gefallen, als um 1880 der Erreger entdeckt wurde. Als schließlich - mehr als 60 Jahre später - eine wirksame Chemotherapie gefunden wurde, war die Sterblichkeit als Erfolg der Prävention um weitere drei Viertel gefallen, auf ungefähr ein Achtel des Ausgangswertes. Als die naturwissenschaftliche Medizin mit den ihr eigenen Instrumenten der Immunisierung und Therapie eingriff, konnte sie diesen Erfolg dann befestigen und sichern.<sup>15</sup>

Im Umgang mit der epidemiologisch relativ kleinen, neu aufgetretenen Infektionskrankheit Aids sind wir in bezug auf die Prävention gegenwärtig Zeugen einer möglichen, modernen Wiederholung dieser Erfolge: Prävention ist weltweit dort am erfolgreichsten, wo sie auf nicht repressiver lebensformbejahender und lebensweisestützender Verhaltensbeeinflussung in den und durch die jeweiligen Subkulturen bei gleichzeitigen Integrationsbemühungen um die überwiegend randständigen Betroffenenengruppen beruht.<sup>16</sup>

2. Der Anfang der meist langen und vielgliedrigen Verursachungsketten der chronisch degenerativen Krankheiten liegt durchweg lange vor dem manifesten Ausbruch der Krankheit. Er liegt ganz oder zum entscheidenden Teil außerhalb des Individuums, in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen, also in politisch gestaltbaren Bereichen.<sup>17</sup> Die saubere Umsetzung fundierter Programme vorausgesetzt, könnte in diesen Bereichen durch entsprechende Gestaltung und Steuerung sowohl der Zerstörung von Lebensqualität durch chronische Erkrankung als auch dem vorzeitigen Tod in erheblichem Umfang vorgebeugt werden. Eine interdisziplinäre Expertengruppe hat im Auftrage der US-amerikani-



schen Centers for Disease Control abgeschätzt, durch welche Faktoren in welchem Umfang sich das Sterben vor dem 75. Lebensjahr an den zehn wichtigsten Todesursachen beeinflussen ließe. Die Biologie einschließlich der Genetik des Menschen bringen es - als vorläufig nicht beeinflussbare Faktoren - auf 20 %, von Medizin und Krankenversorgungssystem ließe sich ein Beitrag von ca. 10 % erwarten. Über 70 % des vorzeitigen Sterbens werden auf Faktoren der Umwelt und der Lebensweise zurückgeführt, also auf jene Bereiche, die das Arbeitsfeld der Präventionspolitik ausmachen.<sup>18</sup> Die Untersuchung beschränkte sich auf Aussagen zur Sterblichkeit; die nicht minder wichtigen Verluste an Lebensqualität durch chronische Krankheit sind noch nicht berücksichtigt.

3. Sowohl das Risiko, zu erkranken oder zu sterben, als auch die Möglichkeit, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen, als auch die Chancen, die Krankheit physisch, psychisch und sozial zu bewältigen, sind sozial ungleich verteilt.<sup>19</sup> Nach einer für die Bundestagsenquete zur Strukturreform der Krankenversicherung durchgeführten Auswertung von Daten aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) geben Personen aus der unteren sozialen Schicht etwa doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand an wie Personen der obersten sozialen Schicht.<sup>20</sup> Nichts deutet daraufhin, daß sie klagsamer sind als Personen der Oberschicht.<sup>21</sup> In Großbritannien lag die Mortalitätsrate in den Jahren 1979 bis 1983 bei ungelernten Arbeitern im Alter zwischen 16 und 64 Jahren doppelt so hoch wie bei Akademikern dieser Altersstufe. Neuere Untersuchungen belegen, daß die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod in Großbritannien wieder und weiter zunimmt.<sup>22</sup> Ein 35jähriger Hochschullehrer hat - so eine Untersuchung aus Frankreich - ein im Durchschnitt um fast zehn Jahre längeres Leben vor sich als ein gleichaltriger angelernter Arbeiter.<sup>23</sup> Der versicherungsrecht-

lich weithin gewährleistete formal gleiche Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung hat es nicht vermocht und kann es auch nicht bewirken, daß die Schere der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod sich schließt.

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

### III.

Prävention ist also nötig. Aber ist sie auch möglich? Zumindest auf der Ebene praktischer Machbarkeit ist diese Frage zu bejahen. In bezug auf den leidigen Begriffstreit zwischen Verhaltensprävention, Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung lassen die seit den siebziger Jahren bei uns und im Ausland erzielten Forschungsergebnisse und erworbenen Erfahrungen nur den - freilich nicht sehr griffigen - Schluß zu, daß die Frage, ob Prävention auf die Veränderung gesundheitsrelevanter Arbeits- und Lebensverhältnisse oder auf die Verminderung gesundheitsriskanten Verhaltens der Betroffenen zielen soll, differenziert je nach Krankheit, nach Verursachungsbereich und nach betroffener Population auf Basis von Kriterien der Wirksamkeit und der ethischen Zulässigkeit zu beantworten ist. Also nach den gleichen Entscheidungsregeln, die auch jeder individuellen medizinischen Intervention zugrunde liegen sollten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Vielfalt von krankheitsgruppen- und bereichsspezifischen Strategien, in denen sich in unterschiedlichem Mitschungsverhältnis Komponenten der Verhältnisänderung und Verhaltensbeeinflussung mischen. Nur selten geht das eine ganz ohne das andere. Faßt man den Begriff 'Lebensweise' als subjektive, aber gesellschaftlich vermittelte und damit veränderbare Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster für gesundheitsrelevante Möglichkeiten oder Unmöglichkeiten des Handelns und Sichverhaltens für Individuen

und Gruppen, so ist damit das zentrale Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung benannt.<sup>24</sup> Im Rahmen dieses Konzepts finden sich erfolglose und erfolgreiche Beispiele sowohl für politische Versuche der Verhaltensbeeinflussung als auch der Verhältnisänderung. Umgekehrt verweisen Untersuchungen über die Mißerfolge regelmäßig auf exogene Ursachen des Scheiterns, nicht aber auf prinzipielle Unmöglichkeiten.

Zunächst ein Blick auf die **Verhaltensprävention**. Die großen alten Infektionskrankheiten wurden zum erheblichen Teil durch Veränderungen der persönlichen Hygiene besiegt - ein klarer Erfolg lebensweisebezogener Verhaltensprävention. Der Sicherheitsgurt beim Autofahren rettet in der Bundesrepublik jährlich über 2 000 Menschenleben. Entgegen manchen Legenden war er gesellschaftlich akzeptiert und wurde von mehr als der Hälfte der Autofahrer auch benutzt, bevor das Nichttragen mit 40 Mark Bußgeld bestraft wurde. Die damaligen Präventionskampagnen der 60er Jahre wirken für heutige Verhältnisse hinsichtlich ihres Lebensweisebezugs und ihrer Zielgruppenspezifität überraschend modern.<sup>25</sup> Das in die Lebenslage eingebettete Programm zur Zahnprophylaxe vor allem in Kindergärten und Schulen in der Schweiz hat dazu geführt, daß in Basel 68 % der Zehnjährigen ein kariesfreies Dauergebiss aufweisen, im Vergleich: in Berlin (West) beträgt diese Quote 18 %<sup>26</sup>. Auch die dramatischen Verhaltensanpassungen der Hauptbetroffenengruppen im Umkreis von Aids sind hier zu nennen.<sup>27</sup> Oder auch der Rückgang des Rauchens zum Beispiel in Kanada um ca. 30 %.<sup>28</sup> Diese vermehrbaren Beispiele zeigen, daß Verhalten durch öffentliche Politik in Richtung auf Meidung bzw. Minderung von Gesundheitsrisiken zu beeinflussen ist. Und zwar desto effektiver, je mehr entsprechende Strategien dem Motto der WHO folgen, das da lautet: Make the healthier way the easier choice, je besser also das Verhaltensangebot in die Lebensweise hereinpäßt. Dies ist - mit großen schichtenspezifischen Unterschieden - bei der Ernährung, den Alltagsdrogen (vor allem Alkohol und Zigaret-

ten) und bei der Bewegungsarmut bislang noch nicht ausreichend gelungen.

Aber wer wollte es einer Ehefrau und Mutter von zwei Kindern, die bei geringem Lohn monotone Schichtarbeit verrichtet, täglich eine Stunde aus dem ziemlich anonymen Satellitenviertel zur Arbeit und zurück unterwegs ist und sich nebenher noch um ihre kranke Mutter kümmert, schon glaubwürdig vermitteln, daß sie vor allem dadurch glücklicher und gesünder werden könnte, wenn sie faserreichere Kost zu sich nimmt, am Wochenende joggt, nicht raucht und kaum trinkt? Hier liegen klare Grenzen von Strategien, die isoliert Verhalten beeinflussen wollen.<sup>29</sup> Menschen, die ihr Leben unter solchen Belastungen zu organisieren haben, kommen auch regelmäßig nicht in die Kochkurse oder in ein Streßbewältigungstraining, wenn dies von den Krankenkassen oder der Volkshochschule angeboten und beworben wird. Eine - sicher unerwünschte, aber deshalb nicht weniger reale - Wirkung solcher Versuche der Verhaltensbeeinflussung besteht in einem zusätzlichen Verlust an Selbstbewußtsein bis hin zu Schuldbewußtsein bei der großen Mehrzahl der Angesprochenen, die diesen Angeboten eben nicht folgen können.<sup>30</sup>

Auf der Seite der **Verhältnisprävention** ist zum einen auf die großen und ehrwürdigen Erfolge der Arbeiterschutzgesetzgebung, der Ernährungs- und Bildungsverbesserung, auf technische Verbesserungen in der Arbeitswelt und Umwelt, auf einen anhaltend hohen Standard von Lebensmittelhygiene und vieles andere mehr zu verweisen. Ein auch schon klassisches Beispiel: Durch das Clean Air Act wurde im Stadtgebiet von London Anfang der 50er Jahre die offene Verfeuerung verboten. Die Mortalität an chronischer Bronchitis sank daraufhin innerhalb von zehn Jahren um ein Drittel, nach zwanzig Jahren war sie auf ca. die Hälfte abgesunken.<sup>31</sup> Es findet sehr viel mehr Verhältnisprävention statt, als jene anzunehmen scheinen, die hinter entsprechenden Projekten beständig subversive Absichten vermuten. Aber es wäre eben noch viel mehr möglich als das, was geschieht. Von einer 'healthy public policy', also von einer öffentlichen Po-

litik, die die Gesundheitsverträglichkeit ihrer Maßnahmen und Unterlassungen als ressortübergreifenden Querschnittsaspekt berücksichtigt, sind wir sternweit entfernt.<sup>32</sup> Die Gesundheit hat keine vergleichbar starke Lobby wie der Individualverkehr, für dessen Entfaltung in den sechziger Jahren die autogerechte Stadt zum Maßstab der Siedlungs- und Urbanitätsentwicklung erhoben wurde. Arbeitsmarktpolitik, Technologiepolitik, Verkehrs- und Bildungspolitik werden nicht auf ihre Gesundheitsverträglichkeit hin untersucht, geschweige denn gestaltet.

Einer solchen Betrachtung würde es nämlich auch zum gesundheitspolitischen Problem, daß 1989 in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich der 'stillen Reserve' über 3 Mill. Menschen arbeitslos waren, 1988 war bereits jeder sechste der registrierten Arbeitslosen länger als zwei Jahre arbeitslos. Vor allem in den östlichen Bundesländern ist für die nächsten Jahre mit seit den zwanziger Jahren hierzulande unbekanntem Arbeitslosenquoten von 30 % und mehr zu rechnen.<sup>33</sup> Arbeitslosigkeit enturzelt, zerstört das Selbstbewußtsein und nimmt den Menschen Sinn und Rhythmus.<sup>34</sup> Über die epidemiologisch dramatischen Gesundheitsprobleme, die durch Arbeitslosigkeit verursacht werden, gerät allzuoft in Vergessenheit, daß auch die Beschäftigten gesundheitlich längst nicht aus dem Schneider sind: neben einem hohen Sockel klassischer und in erheblichem Umfang vermeidbarer Gesundheitsbelastungen im Arbeitsleben wachsen neuartige, vor allem sozio-psychisch vermittelte Beanspruchungen stark an.<sup>35</sup> Eine systematische Durchforstung der Arbeitswelt auf vermeidbare Gesundheitsrisiken<sup>36</sup>, zum Beispiel im Hinblick auf Risikokonstellationen für Streßerkrankungen, aber auch zum Beispiel im Hinblick auf rheumapräventiv gestaltete Arbeitsabläufe, unter anderem im Hinblick auf Sitzen, Heben und Bewegen etc. findet nur unter besonderen betriebspolitischen Bedingungen oder in meist folgenlosen Modellversuchen statt.<sup>37</sup>

Der gesundheitsförderlichen Wirkung der in den letzten Jahren in Tarifkämpfen durchgesetzten Verkürzungen der Wochenarbeitszeit<sup>38</sup> stehen zahlreiche Belastungen aus neuen flexiblen und zunehmend Schicht- und Wochenendarbeit einbeziehenden Arbeitszeitregimes gegenüber. Die Durchsetzung dieser gesundheitspolitisch zum Teil hoch problematischen Veränderungen zum Teil gegen den Widerstand der Beschäftigten in den Betrieben und gegen die Gewerkschaften wird oft unter drohendem Verweis auf die Arbeitsmarktlage einseitig erzwungen. Unter den Beschäftigten wächst gleichzeitig der Anteil von Arbeitsverträgen mit mangelhafter sozialer Absicherung und ohne langfristige Perspektive: Ein Drittel der neu abgeschlossenen Arbeitsverträge sind mittlerweile Zeitverträge.

Die durch das sinkende Niveau sozialer Sicherheit entstehenden offenen und verdeckten Notlagen werden durch die Sozialpolitik ideologisch und materiell immer weiter individualisiert.<sup>39</sup> Der Zugang zu kompensatorischen Sozial- und Gesundheitsleistungen wird zum Teil drastisch erschwert. Der Sektor der offenen Armut nimmt zu.<sup>40</sup>

Die epidemiologisch zum Teil dramatisch krankheitsverursachenden bzw. -fördernden Wirkungen solcher Lebenslagen sind schon oft und stets eindeutig nachgewiesen worden.<sup>41</sup>

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

In der Umweltpolitik messen und kontrollieren wir zwar viel mehr Stoffe als früher und verhindern dadurch sicher auch manche Erkrankung. Aber einen Mechanismus, der verhindert, daß immer noch die große Mehrzahl der jährlich viele Tausend neuen Substanzen letztlich ohne genauere Prüfung ihrer gesundheitlichen Wirkungen auf den Markt und damit in Verkehr kommt, haben wir noch nicht gefunden.<sup>42</sup>

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

#### IV.

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

1. Die Bundesrepublik als eines der reichsten Länder der Erde ist sicherlich nicht am Rande ihrer materiellen Leistungsmöglichkeiten für die Gesundheit. Das kann der wichtigste Grund nicht sein.<sup>43</sup>
2. Auch der häufig gehörte Einwand, daß die Wirksamkeit vor allem unspezifischer Präventionsmaßnahmen erst noch erwiesen werden müsse, es fehle also an Wissen, bevor in Prävention investiert werden könne, trägt nicht. Ein Blick auf die Gesundheitsgeschichte lehrt etwas anderes. Viele äußerst wirksame Strategien der Krankheitsverhütung wurden quasi experimentell, das heißt ohne feste Kenntnis ihrer positiven Effekte, entworfen und umgesetzt. Gerade unspezifische Formen der Prävention, zu denen angesichts der multifaktoriellen Genese der modernen Volkskrankheiten keine Alternative sichtbar ist, können meist nicht im vorhinein ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen. John Snow, Rudolf Virchow und Max von Pettenkofer hatten falsche Vorstellungen über die Genese der Krankheiten, für die sie Präventionsstrategien vorschlugen, zum Teil auch durchsetzten und epidemiologisch bedeutende Erfolge damit erzielten.

Heute wissen wir sehr viel mehr. Denn vor allem in den siebziger Jahren wurden Strategien und Instrumente sozialer Prävention in bezug auf den Arbeitsschutz, auf gesundheitsbezogene Umweltpolitik, auf Stärkung der Selbstkompetenz, auf kommunale

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

Wenn Prävention also nötig und praktisch möglich ist, wenn es weder an Geld noch an Wissen fehlt, um mehr zu tun, als getan wird: woran liegt es dann? Im folgenden sollen vier Faktoren aus der Phalanx der Hinderungsgründe einer wirksamen Präventionspolitik benannt werden. Diese vier Faktoren bilden zwar sicher keine abgeschlossene Liste der Hinderungsgründe, aber in ihrer Summe stellen sie die gegenwärtig wohl wichtigsten Blockadepotentiale dar.

1. Problemverständnis und Maßnahmen der Gesundheitspolitik werden bei uns immer noch weitgehend aus dem Gesichtswinkel der kurativen Individualmedizin festgelegt.
2. In Entscheidungen staatlicher und betrieblicher Politik dominiert das ökonomische Moment immer noch weithin über das gesundheitliche Argument.
3. Es werden stark bevorzugt solche präventionsbezogenen Güter und Dienstleistungen entwickelt und produziert, die auf kaufkräftige Nachfrage am Markt stoßen.



4. Vom gegenwärtigen politischen Institutionengefüge geht keine gegentendenzielle Politik aus, die diese Hinderungsgründe zur Kenntnis nimmt und als solche thematisiert und behandelt.

ad 1: Problemverständnis und Maßnahmen der Gesundheitspolitik werden bei uns immer noch weitgehend aus dem Gesichtswinkel der kurativen Individualmedizin festgelegt.

Der auf Heilung und Linderung am erkrankten Individuum gerichtete Blickwinkel der kurativen Biomedizin führt nur sehr begrenzt weiter, wo er als privilegierter Ausgangspunkt für Prävention genommen wird. Denn die kurativ orientierte Individualmedizin betrachtet die Welt und behandelt ihre Patienten und Klienten zunächst einmal aus dem Gesichtswinkel der Erkrankung, also aus dem Gesichtswinkel der gescheiterten Prävention. Soziale Prävention und präventive Individualmedizin folgen zwei unterschiedlichen Leitfragestellungen. Die präventiv orientierte Individualmedizin fragt: wie erkennen wir möglichst früh, daß ein Individuum erkrankt, und was können wir dann dafür tun, um den individuellen Krankheitsprozeß zu stoppen bzw. umzukehren? Die Gegenfrage aus dem Leitbild der sozialen Prävention lautet: Unter welchen Bedingungen bleiben Menschen gesund beziehungsweise geht die Inzidenz der wichtigen Krankheiten zurück, und was können wir tun, um diese Bedingungen für so viele Menschen wie möglich herzustellen bzw. zu erhalten?<sup>44</sup>

Beide Strategietypen zielen heute in bezug auf wichtige Krankheiten mit unterschiedlichen Instrumenten, aber durchaus vergleichbarer Wirksamkeit, auf die Senkung der Wahrscheinlichkeit des dramatischen Ausbruchs von Krankheiten. Ob zum Beispiel zur Verhütung von Herzinfarkten mehr Schrittmacher und Bypass-Operationen oder zum Beispiel Kurse zur Verbesserung der Streßverarbeitung bei belasteten (noch) Gesunden epidemiologisch wirksamer sind, vermag heute niemand zu sagen. In kon-

kreter Effektivitätskonkurrenz stehen auch zum Beispiel Dauermedikation zur Blutdruck- oder Cholesterinsenkung einerseits und der Abbau von Lärm, Arbeitshetze und Schichtarbeit andererseits. Nichts deutet darauf hin, daß die medizinischen Interventionen in jedem Falle wirksamer sind als Interventionen der sozialen Prävention.<sup>45</sup>

Ein Blick auf die gesundheitspolitische Landschaft lehrt, daß die medizinischen Interventionsmöglichkeiten in diesem Wettbewerb finanziell und politisch allemal die besseren Entfaltungsmöglichkeiten vorfinden als Strategien der sozialen Prävention. Soziale Prävention wird also meist nicht einmal in die Lage versetzt, ihre Wirksamkeit beweisen zu können. Die Evaluationsanfordernisse an nicht-medizinische Interventionen sind in der Praxis höher gesteckt als die Beweislast, die medizinischen Innovationen aufgebürdet wird.

Dieser Wettbewerbsvorsprung der kurativen Individualmedizin soll an einem aktuellen Beispiel verdeutlicht werden: Der wichtigste Ansatzpunkt der Individualmedizin für die Prävention ist das Konzept der Früherkennung zur Frühbehandlung. Hier gibt es auch wichtige Erfolge: die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 4. Lebensjahr, die U1 - U8, sind ein gutes und sehr wirksames Instrument der Prävention, die Früherkennung auf Cervix-Karzinom und vielleicht auch auf Dickdarmkrebs und Brustkrebs mögen sinnvoll sein, wenn sie die Zielgruppen, vor allem in den Unterschichten, auch tatsächlich erreichen.<sup>46</sup> Auf dem Gebiet der Diagnostik hat die medizinische Technologie in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte zu verzeichnen. Dabei ist freilich auch die Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der Medizin immer breiter geworden. Befunde mit ungewissen, aber im Falle ihres Eintrittes dramatischen oder gar tödlichen Konsequenzen nehmen zu, ohne daß die Interventionsmöglichkeiten der Medizin dem auch nur annähernd folgen könnten.<sup>47</sup> Nimmt man die Ergebnisse vor allem der angloamerikanischen Sozialepidemiologie zum Maßstab, so ist

bereits heute in bezug auf große Teile der bei uns als wichtigste Leistung der von den Krankenkassen getragenen und finanzierten Präventionen, also bei den irreführend 'Vorsorgeuntersuchungen' genannten Früherkennungsprogrammen, ein epidemiologischer Nutzen nicht nachzuweisen.<sup>48</sup> Überdies werden sie von jenen am wenigsten in Anspruch genommen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Intervention noch relativ hoch wäre.<sup>49</sup> Niemand kann heute ernsthaft behaupten, daß auf dem Wege der immer größeren Früherkennungsprogramme die großen Volkskrankheiten unserer Zeit jemals besiegt werden könnten.

Es wäre also angebracht, und ist auch international üblich, mit neuen Früherkennungsprogrammen außerordentlich zurückhaltend zu sein, zumal sie wegen ihrer hohen sozialpolitischen Symbolwirkung auch dann kaum zurückgenommen werden können, wenn sich ihre Unwirksamkeit nachträglich erweist. Was geschieht stattdessen in der Bundesrepublik? Seit dem 1. Oktober 1989 wird jeder Versicherte ab dem 35. Lebensjahr dringend aufgefordert, sich alle zwei Jahre einer allgemeinen Check-Up-Untersuchung zu unterziehen. Der Rechtsanspruch (für Versicherte und Ärzte) ist unter der irreführenden Überschrift 'Gesundheitsuntersuchungen' im irreführend so genannten 'Gesundheitsreformgesetz' verankert.<sup>50</sup> In der internationalen Literatur finden sich keine auch nur halbwegs hinreichenden Belege für die epidemiologische Wirksamkeit derartiger Programme. Mit großer Leichtigkeit ist hier ein wissenschaftlich unausgewiesenes, aber eben individualmedizinisch angelegtes 'Präventionsprojekt' zum Gesetz geworden, dessen Kosten nach den Schätzungen des Gesetzgebers irgendwo zwischen jährlich zwischen 200 Millionen und 800 Millionen DM liegen sollen, für dessen epidemiologischen Nutzen aber jeder Beleg fehlt. Wenn man sich praktisch-politisch vor Augen hält, welcher politischen Anstrengungen es bedürfte, ein vergleichbar teures - und vielleicht in seinen gesundheitlichen Wirkungen sehr viel präziser absehbares - Projekt der sozialen Prävention durchzusetzen, also zum Beispiel die Durchforstung der Arbeitswelt in

bezug auf Risiken muskulo-skelettaler Verschleißerkrankungen, um den technischen und sozialen Arbeitsschutz auch nur auf den Stand von Skandinavien zu heben, dann erhält man ein Bild von der unterschiedlichen Nutzung medizinischer und nicht-medizinischer Gesundheitswissenschaften durch die Gesundheitspolitik.

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

Daß in den Entscheidungsprozessen von Staat und Unternehmen das ökonomische Moment über das gesundheitliche Argument dominiert, kann in einer Marktgesellschaft, die vorwiegend über einzelwirtschaftlich konzipierte ökonomische Hebel und Anreize gesteuert wird, nicht eben überraschen. Überraschen kann eigentlich nur, in welchem Umfang dies ge- bzw. verleugnet wird. Der gesundheitsgerechte Arbeitsplatz, die unterlassene Umweltverschmutzung, die personalintensive Betreuung kosten Geld und bringen keinen ökonomischen Gewinn, jedenfalls nicht aus der einzelwirtschaftlichen und meist nur kurzfristigen Perspektive der je einzelnen Entscheidungsträger. Gegen Automobil- und Benzinhersteller ist zum Beispiel kaum vernünftige Umwelt- und damit Gesundheitspolitik zu betreiben, ja nicht einmal ein Tempolimit durchzusetzen. Auch die Bindungswirkung staatlicher Schutznormen ist - das zeigen nicht nur die täglich bekannt werdenden Skandale, sondern nahezu durchgängig jede Untersuchung zum Arbeitsschutz<sup>52</sup> und zum Umweltschutz - in der Konfliktzone zwischen Gewinn und Gesundheit oft überraschend schwach. Die Beweislast für drohende oder eingetretene Schäden wird dabei zudem meist dem Schwächeren aufgebürdet. Ohne beständigen und immer neuen sozialen Druck sind auch hier kleine Fortschritte kaum zu erreichen. Aber daß dies andererseits nicht aussichtslos ist, zeigen ebenso zahlreiche Beispiele. In einer eigenen Untersuchung zum Arbeitsschutz fanden wir vor einigen Jahren, daß das Niveau des betrieblichen Gesundheitsschutzes in bezug auf nahezu alle technischen und erfaßbaren

sozialen Dimensionen desto höher liegt, je entwickelter die politische Artikulation und Interessenvertretung der Belegschaft ist.<sup>53</sup>

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

Die Dominanz der Ökonomie wirkt sich nicht nur als Behinderung oder gar Verhinderung von Prävention aus, sondern auch auf die Gestaltung von Prävention: Präventionsleistungen werden, überläßt man dies dem Markt, dann und fast nur dann entwickelt, produziert und abgesetzt, soweit sie als Waren und Dienstleistungen verkäuflich sind. Die vorwiegend von der Mittelschicht genutzte grüne Einkaufsecke für Biokost im Supermarkt ist ebenso ein beredtes Zeugnis für diesen Umstand wie das in den USA in den letzten Jahren sprunghafte Wachstum oft fragwürdiger Angebote auf dem Markt für 'health promotion' und 'body management'.<sup>54</sup>

Nancy Milio, die Autorin des richtungweisenden Buches 'Promoting Health through Public Policy' hat die Voraussetzungen und Folgen der Vermarktung der Idee von Prävention und Gesundheitsförderung in den USA untersucht. Diese Vermarktung - "profitization" - "hat dazu beigetragen, die Nordamerikaner glauben zu machen, 'Gesundheitsförderung' sei nicht ein Ziel, sondern ein Produkt; nicht ein Prozeß, in dem Menschen sich individuell und kollektiv um Wege zur Verbesserung der Gesundheit bemühen, sondern ein attraktives, gut verkäufliches 'Paket' zur Bereicherung ihrer Konsumwelt, nicht ein Instrument, um besonders gefährdeten sozialen Gruppen Gesundheitsressourcen verfügbar zu machen, sondern die Konzentrierung von Informationen für die relativ Gutgestellten, nicht ein Bündel gesundheitseffektiver Strategien und Politiken, sondern eine einkommensfördernde Methode für Investoren".<sup>55</sup>

Man muß wohl konstatieren, daß die meisten der für Gesundheitsförderung und Prävention notwendigen Veränderungen nicht in Form von käuflichen Waren und Dienstleistungen bewirkt werden können, daß der Markt für diesen Gesellschaftsbereich eine weitgehend untaugliche Regulationsform für die Steuerung von Entwicklung, Produktion und Verteilung ist.<sup>56</sup> Auf den Feldern, wo Prävention die Form von Waren und Dienstleistungen annehmen kann, sorgt die nach Kaufkraft und individuellen Präferenzen gesteuerte Verteilung über den Markt gerade nicht dafür, daß die Güter und Leistungen auch dort ankommen, wo sie am dringendsten gebraucht werden.

ad 4: Vom gegenwärtigen politischen Institutionengefüge geht keine gegentendenzielle Politik aus, die diese Hinderungsgründe zur Kenntnis nimmt und als solche thematisiert und behandelt.

Notwendige und mögliche Prävention, das sollten die bisherigen Erörterungen plausibel machen, unterbleibt in der Bundesrepublik, weil sowohl der disziplinäre Zugang und damit die Definition der Probleme als auch die Wirkungsrichtung der ökonomischen Triebkräfte dem ganz überwiegend entgegenstehen. Jede Regierung, die in der gegenwärtig sehr erfolgreich kapitalistischen Bundesrepublik Gesundheits- und Sozialpolitik zu machen hätte, wäre - jenseits aller Sonntagsreden mit dem obligaten Hohenlied auf die Prävention - mit diesen Faktoren konfrontiert und hätte sich zu überlegen, wie sie diese Misere schrittweise modifizieren oder gar mindern könnte. Gefordert wäre dabei eine Politik, die den genannten Haupttendenzen entgegenwirkt, also eine gegentendenzielle Politik. Davon kann in der Bundesrepublik gegenwärtig kaum die Rede sein. Das läßt sich am Beispiel des neues Sozialgesetzbuches V ('Gesundheitsreformgesetz') illustrieren.

Einerseits ist in diesem Gesetz nicht nur der Sekundärprävention (also der Früherkennung), sondern erstmals auch der Primärprävention im Recht der Krankenversicherung ein relativ-

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

Unterinstrumentierungen als Ergebnis politischer Kompromißfindung, bei der das Gute nicht durchsetzbar ist, das Thema selbst aber wegen hoher politischer Wertigkeit irgendwie bedient werden muß, sind in der Politik häufig, in der Politikwissenschaft wird das 'symbolische Politik' genannt. Aber auch von symbolischer Präventionspolitik durch die Kassen könnten ja noch wichtige Impulse ausgehen, wenn Präventionskampagnen in Umwelt, Arbeit und Gemeinde sich in deren Unternehmensziel integrieren ließen, wenn also die Institution selbst ein Interesse an solchen Aktivitäten haben könnte. Dies aber ist, wenn es denn je anders war, immer weniger der Fall: Bei allem guten Willen der Handelnden in der Selbstverwaltung und im Kassenmanagement, können auch sie im wesentlichen nur ausfüllen, was ihnen durch staatliche Regulierung an Handlungskorridor vorgegeben ist.<sup>57</sup> An dieser Stelle nun greift das Wirken politisch gewollter ökonomischer Anreizsysteme, auch bei den Kassen: Nach der erklärten Logik der gegenwärtigen Gesundheitspolitik und nach den Gesetzesvorhaben für die Reorganisation der gesetzlichen Krankenkassen in der nächsten Legislaturperiode sollen Krankenkassen in Zukunft immer stärker und mit differenzierten Tarifen und Leistungskatalogen um unterschiedliche Versichertengruppen konkurrieren; das heißt: sie

sollen mit den Mitteln der ökonomischen Konkurrenz um ihren institutionellen Erfolg kämpfen.<sup>58</sup> Welche Konsequenzen das für die Krankenversorgung hat, ist nicht das Thema dieses Beitrags. Ein Blick in die USA genügt um zu ahnen, wohin die Reise gehen kann: Dort haben in der Konsequenz einer solchen Politik zwischen 35 und 40 Millionen keinen, und 60 bis 95 Millionen Einwohner keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz. Dort vollziehen auch die Institutionen der kurativen Versorgung die sich öffnende Schere zwischen arm und reich immer krasser nach.<sup>59</sup> Für die Prävention durch Krankenkassen bedeutet eine solche ökonomische Steuerung, daß sie sich als Thema dem Unternehmensziel unterzuordnen hat. Es ist weder empirisch noch prognostisch zu sehen, was dabei außer zum Teil gewaltigen Public Relations-Maßnahmen und mittelschichtorientierten Kursangeboten für Kochen, Laufen, Streßbewältigung und Drogenbenutzung herauskommen soll.<sup>60</sup>

Es zeichnet sich eine Situation ab, in der die staatliche Politik beruhigt und beruhigend darauf verweisen kann, daß Prävention jetzt Kassenaufgabe ist, während gleichzeitig diese Institutionen weder über hinreichend Spielraum noch über Ressourcen und Motive verfügen, Strategien der Krankheitsverhütung tatsächlich als prioritäres Unternehmensziel zu verfolgen. Es bleibt abzuwarten, wie die Krankenkassen selbst, die alten und neuen sozialen Bewegungen, die kritischen medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsprofessionals und experimentierfreudige Teile des Staatsapparates mit dieser neuen Lage umgehen werden. Zweifellos vergrößert das neue Gesetz die Spielräume der Kassen für Prävention und Gesundheitsförderung. Es wird von ca. 1 Mrd DM gesprochen<sup>61</sup>, die die Kassen für diese Zwecke in Zukunft pro Jahr ausgeben können. Zweifellos ein verlockendes und vorläufig auch expandierendes Betätigungsfeld für Seriöses und Unseriöses aus den Feldern psychosoziale Betreuung, Sozialpädagogik und social marketing. Es ist allerdings dringend zu raten, nicht in blinden Aktionismus zu verfallen, sondern sich danach umzusehen, mit welchen Bünd-



nispartnern im politischen und sozialen Raum mehr als symbolische Präventionspolitik betrieben werden kann.

Wenn also auch von staatlicher Politik zumindest auf Bundesebene derzeit keine gegentendenzielle, sondern eher noch eine tendenzverstärkende Politik zu beobachten und zu erwarten ist, so hat dies für die Prävention zwei negative Konsequenzen. Zum einen wird dadurch auch weiterhin viel an notwendiger und möglicher Prävention unterbleiben. Zum anderen aber kann die Individualisierung und Vermarktung von Prävention sowie die Definition ihrer Probleme überwiegend aus dem Gesichtswinkel der Individualmedizin zu einer Interventionslogik führen, die nicht nur wesentlich unwirksamer ist als gesellschaftlich und gruppenspezifisch angelegte Lebensweiseintervention, sondern die auch die Tendenz zu einer immer stärker normierten Fremd- und Selbstdisziplinierung mit zunächst sanften und später dann scharfen Sanktionen bei Nichtbefolgung in sich birgt.<sup>62</sup> Dies kommt konservativer Gesellschaftssicht und Ethik entgegen: haben sich doch nach ihrem Urteil vor allem in der sozial-liberalen Reformphase die Selbstentfaltungswerte in beträchtlichem Umfang und über die Mittelschicht hinaus durchgesetzt. Dem ist - nach dieser konservativen Einschätzung - nur mit einer zwar subtilen, aber energischen Stärkung der 'Pflichtwerte' zu begegnen.<sup>63</sup> Die zum Teil absurden Kasteiungen, Rituale und Konsummuster, die sich in den USA sowohl in der überwiegend längst in Marktsegmente und Subkulturen zerfallenen holistic health-Bewegung als auch zum Beispiel unter den ca. 30 Mill. Joggern herausgebildet haben, zeigen mögliche Entwicklungstendenzen einer Kombination von Risiko-Individualisierung, Selbstinstrumentalisierung, Vermarktung und konservativer Ethik unter der Überschrift 'Gesundheitsförderung'. Auch unter gesundheitlichen Gesichtspunkten macht es vermutlich einen großen Unterschied, ob jemand durch lebensweisebezogene Gesundheitsförderung auf die tatkräftige Idee kommt und in die Lage versetzt wird, als Teil einer reflektierten und sozial eingebundenen Selbstentwicklung einen aktiven, aufmerksamen

und freundlichen Umgang mit Körper und Seele zu pflegen, oder ob er morgens schwitzend durch den Park hetzt, weil er sonst sozialen Abstieg und vorzeitiges Abschieben aus dem Arbeitsleben fürchten muß, weil er mit Outfit und Accessoires als Konsument vor seinen Nachbarn bestehen muß, weil er sonst mit höheren Kassenbeiträgen und niedrigerer Rente rechnen muß und weil ihm die Gesellschaft, einschließlich der psychosozialen Betreuer sagen, daß er ein schlechter Mensch ist, wenn er nicht rennt. Immerhin enthält das SGB V heute schon in § 1 den Kernsatz, daß 'der Versicherte für seine Gesundheit mit verantwortlich' ist und 'durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung... dazu beitragen soll, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden'. Von anderen Verantwortlichen und Gesundheitsgefährdungen ist dort nicht die Rede.

Für die Entwicklung wirksamer Prävention ergeben sich aus diesen Betrachtungen für die Bundesrepublik Deutschland keine besonders guten Perspektiven. Ein Blick über die Grenzen macht das Panorama nicht erfreulicher. Weltweit siegen ökonomisch und politisch derzeit die Kräfte des Marktes. Es wird immer schwieriger werden, deutlich zu machen, daß dieses Regulierungsprinzip für die Politikfelder Gesundheit und Krankenversorgung jedenfalls weitgehend ungeeignet ist, weil es ganz überwiegend zu kontraproduktiven Ergebnissen führt.<sup>65</sup> Das wußte Bismarck offenbar noch besser als viele der heute tonangebenden Gesundheitspolitiker. Auch der Sozialpolitiker Beveridge, der in Großbritannien in den 40er Jahren den später von konservativen Politikern schrittweise durch Elemente marktlicher Regulierung geschwächten National Health Service explizit als Ausnahmbereich von der Marktwirtschaft konzipierte, war bezeichnenderweise kein Sozialist, sondern ein wirtschaftsliberaler Marktwirtschaftler. Es steht zu befürchten, daß im Gefolge der deutschen Vereinigung sowie der gesellschaftlichen Umwälzungen in Osteuropa diese Erkenntnisse allzu leicht aus dem Blickwinkel geraten. Die Aufgabe, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung,

Prävention und Krankenversorgung gegen die der Logik nach immer auf Ungleichheit und Warenförmigkeit zielende Steuerung über den Markt zu sichern, ist eine Aufgabe, die mit den gegenwärtigen Umwälzungen nicht verschwinden, sondern sich globalisieren wird.

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

Zum einen: Eigentlich alle wesentlichen Fortschritte in der Prävention und im Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung sind - direkt oder indirekt - das Ergebnis von sozialen Konflikten mit mehr oder weniger organisierten Gruppen von Benachteiligten. Die zentralen Elemente des Sieges über die Infektionsseuchen des 19. Jahrhunderts, also die Stadtassanierung, der Mieterschutz, die Lebensmittelhygiene, der Arbeiterschutz einschließlich der Abschaffung der Kinderarbeit, die Schulpflicht etc. waren ohne die drohende oder reale Durchsetzungskraft der Arbeiterbewegung nicht denkbar. Analoges gilt auch zum Beispiel für die Erfolge der Frauenbewegung, die im Hinblick auf konkrete Gesundheitsprobleme durch Frauenhäuser, organisierte Stärkung der Eigenkompetenz, frauenfreundliche Krankenbehandlung und die Ausgestaltung des Mutterschutzes beachtliche Erfolge vorzuweisen hat. Die Schwulenbewegung, wo es sie gibt, setzt sich für lebensweisebezogene Prävention und gute Krankenversorgung bei Aids ein.

Zum anderen: Es gab und gibt wohl keine soziale Bewegung, die ohne das Gesundheitsmotiv in ihren zentralen Leitideen ausge-

kommen wäre. Das gilt für die Sklavenaufstände unter Spartacus, die sich gegen schlechte Ernährung und Gesundheit empörten. Es gilt für die Bauernkriege, die Französische Revolution, für die Umwelt- und Friedensbewegungen, für die gewerkschaftlichen Kämpfe um die 35-Stunden-Woche und auch für die Umwälzungen in der DDR.

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

1. Eine eigenständige Gesundheitsbewegung, also eine soziale Bewegung, die sich schichtenübergreifend und dauerhaft auf das kombinierte Oberziel Gesundheit und soziale Gleichheit hin orientiert und organisiert, hat es historisch nicht gegeben und kann sich wohl auch in Zukunft nicht entwickeln. Nicht nur die Erfahrungen mit den Lebensreformbewegungen in Deutschland oder dem Zerfall des holistic health movements in den USA oder auch ein Blick auf die knapp zehnjährige Geschichte der Gesundheitstage in der Bundesrepublik zeigen, daß solche Ansätze nach kurzer Zeit in selbstgenügsame Subkulturen, Geschäftszweige und Resignation versanden oder es günstigstenfalls zu sozialverpflichteter Berufsgruppen- oder Standespolitik bringen.
2. Es sind keineswegs nur die jeweils jüngsten und deshalb auch modernsten und medienwirksamsten Bewegungen und Gruppen, die tatsächlich vorzeigbare Erfolge hervorbringen. Der Beitrag, den zum Beispiel die Gewerkschaften nicht nur auf den 'klassischen' Gebieten der Krankenkassen-<sup>66</sup> und Rentenpolitik, sondern auch über Tarifpolitik, Arbeitszeitpolitik und Arbeitsschutzpolitik zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Bundesrepublik leisten, wird - trotz aller Halbheiten und Rückschläge - wahrscheinlich von keiner der neuen sozialen Bewegungen erreicht.<sup>67</sup>

Wesentliche Anstöße zu lebensweisebezogener Prävention und Gesundheitsförderung kamen und kommen demnach lebhafter von al-

ten und neuen sozialen Bewegungen (und zum Teil aus dem Wissenschaftsbetrieb und den Sozialversicherungen) als vom Staat oder vom Medizinsystem. Die institutionelle und regulative Vermittlung von sozialen Bewegungen, dem Staat, dem privaten Sektor, dem Wissenschaftsbetrieb und dem Medizinsystem andererseits sind komplex und bedürfen sicher noch weitergehender Untersuchungen.<sup>68</sup> Wo das Zusammenspiel in Form oft labiler Koalitionen über Disziplinen und Institutionen hinweg heute schon funktioniert, verbessern sich die Chancen sowohl für die zahlreichen erfahrungssammelnden lokalen und betrieblichen Präventionsprojekte als auch für die Etablierung von Gesundheitsberichterstattung und Schools of Public Health als der wissenschaftlichen Basis einer zielgerichteten Präventionspolitik.

## Fußnoten

- 1 In der deutschen Sozialpolitik hat es schon öfter einen Widerspruch zwischen hohem Programmkonsens und kaum vollzogener Umsetzung gegeben. Vgl. z. B. K. Hofemann/H.-U. Huster: Präventive Sozialpolitik: Ideologie und Realität. In: WSI-Mitteilungen 1979, Heft 10
- 2 vgl. G. Conrad/I. Kickbusch: Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung. In: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg: Argument 1988, S. 142 ff
- 3 Zum gegenwärtigen Stand vgl.: Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag, Sankt Augustin: Asgard, 3 Bände, 1990; W. Thiele/A. Trojan (Hg.): Lokale Gesundheitsberichterstattung, Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik, St. Augustin: Asgard 1990; als bislang anspruchsvollsten Umsetzungsversuch in der Bundesrepublik Deutschland: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990, Bielefeld: Idis 1991.
- 4 vgl. St. Leibfried/F. Tennstedt: Sozialpolitik und Berufsverbote im Jahre 1933, Bremen: Universität 1980; sowie: E. Hansen et al.: Seit über einem Jahrhundert. Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, Köln: Bund Verlag 1981.
- 5 vgl. U. Laaser, P. Wolters, F.X. Kaufmann (Hg.): Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung, Aktuelle Modelle für eine Public-Health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin/Heidelberg/New York: Springer 1990
- 6 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und Ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987 ff., Baden-Baden: Nomos 1987 ff.
- 7 Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, BT-Drucksache 11/6380, Bonn: Heger 1990 (im folgenden zit.: Endbericht GKV-Enquete)
- 8 Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele (Hg.): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen - Fakten - Perspektiven, Baden-Baden: Nomos 1990
- 9 z. B. H. Viefhues (Hg.): Gesundheitsförderung in den Gemeinden, Der Beitrag der kommunalen Gesundheitsförderung, Herne: bosof 1989. vgl. auch die vom Verf. entwickelte Reformoption "Prävention im Aufgabenkreis der GKV", in: Endbericht GKV-Enquete (s. Fußnote 7), S. 34 ff.

- 10 vgl. A. Labisch: Die Wiederaneignung der Gesundheit - zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs. In: Wie teuer ist uns Gesundheit, Argument-Sonderband AS 113, Berlin: Argument 1984, S. 13 ff.
- 11 vgl. U. Geißler: Verlust an Lebensjahren - durch vorzeitigen Tod - nach Krankheitsarten - 1952 und 1975, WIdO-Materialien 5, Bonn: BdO 1979
- 12 vgl. H. Bloß: Abgänge sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer nach Berufen bis 1985 und 1990. In: MittAB, 12. Jg., Heft 2, 1979; sowie: ders./E. Hoffmann: Abgänge sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer von 1980 bis 1985 und 1990. In MittAB (15. Jg.) Heft 4, 1982; vgl. auch Endbericht GKV-Enquete (s. Fußnote 7), S. 22 f.
- 13 K. Kern: Gesundheitszustand der Bevölkerung. In: Wirtschaft und Statistik 1989, S. 104 ff.
- 14 vgl. Th McKeown: Die Bedeutung der Medizin - Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt: Suhrkamp 1982
- 15 vgl. ebenda
- 16 vgl. R. Rosenbrock, Aids kann schneller besiegt werden, Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, Hamburg: VSA, 3. Aufl. 1987; sowie: Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages: Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung, Zwischenbericht BT-Drucksache 11/3267, Bonn: Heger 1988; Schlußbericht BT-Drucksache 11/7200, Bonn: Heger 1990
- 17 vgl. S. L. Syme: Social Determinants of Disease. In: Maxcy-Rosenau: Public Health and Preventive Medicine, 13th Edition, Norwalk: Appleton 1991; sowie L. Wallack/M. Winkleby: Primary Prevention: A New Look at Basic Concepts. In: Social Science and Medicine, 25. Jg, Heft 8, 1987, S. 923 ff.
- 18 zit. nach B. Badura: Zur Idee von Public Health und ihrer Realisierung in einer "Berliner Hochschule für Gesundheit", in: U. Laaser et al. (Hg.), s. Fußnote 5, S. 63
- 19 vgl. F. Hauß, F. Naschold, R. Rosenbrock (wiss. Bearb.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Gesundheitsforschung 55 des BMAuS, Bonn: BMAuS 1981
- 20 vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung", BT-Drucksache 11/3267, Bonn: Heger, S. 6 - 19 (im folgenden zit. Zwischenbericht GKV-Enquete)

- 21 vgl. H.H. Abholz, Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung. In: F. Hauß/F. Naschold/R. Rosenbrock, s. Fußnote 19, S. 64 ff.
- 22 M. Whitehead: The Health Divide: Inequalities in the 1980's, London 1987
- 23 G. Desplanques: Vortrag beim Deutsch-Französischen Arbeitstreffen der Demographen am 21. Okt 1983 in Reims. In: Wirtschaft und Statistik, 1984, S. 20
- 24 vgl. P. Bergerhoff, P. Novak, A. Schuckart: Förderungsempfehlungen für die Einrichtung eines Forschungsschwerpunktes "Lebensweisen und Gesundheit", vervf. Ms., Ulm 1989
- 25 vgl. P. Vieth: Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P88-203, Berlin: WZB 1988
- 26 vgl. A. Georg: Prävention in aller Munde?! In: Chronische Krankheit: ohne Rezepte; Argument Sonderband AS 182, Hamburg: Argument 1990, S. 65 ff; sowie: Endbericht GKV-Enquete (s. Fußnote 7), S. 79 ff.
- 27 vgl. R. Rosenbrock, A. Salmen (Hg.): Aids-Prävention, Berlin: Sigma 1990
- 28 vgl. F.W. Schwartz: Mehr Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Fragen des Nutzens und der Kosten. In: Sozialer Fortschritt, 1987, Heft 10, S. 223
- 29 vgl. T. Theorell/R. Rahe: Behavior and Life Satisfaction Characteristics of Swedish Subjects with Myocardial Infarction. In: Journal of Chronic Diseases, 25. Jg. 1972, S. 139 ff.
- 30 vgl. J.K. Ockene et al.: Benefits and Costs of Lifestyle Change to Reduce Risk of Chronic Disease. In: Preventive Medicine, 17. Jg., 1988, S. 224 ff.
- 31 vgl. H.H. Abholz/D. Borgers/K. Krusewitz: Chronische Bronchitis - Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle. In: Prävention, Argument-Sonderband AS 64, Berlin: Argument 1981, S. 52 ff.
- 32 vgl.: N. Milio: Promoting Health through Public Policy, Philadelphia: F.A. Davis 1981
- 33 Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik: Memorandum 90, Im deutsch-deutschen Umbruch: Vorrang für sozialen und ökologischen Umbau, Köln: papyrossa 1990, sowie: dies.: Memorandum 91, Aufbaupolitik in Ostdeutschland - Frieden und Ausgleich am Golf, Köln: papyrossa 1991



34 vgl. F.J. Land/H. Viefhues: "Arbeitslosigkeit" als Gegenstand sozialmedizinischer und medizinsoziologischer Forschung. Bochum:bosofo 1984

35 Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für Soziale Ordnung: Arbeit Leben und Gesundheit, Gütersloh: Mohn 1990

36 vgl. A. Arnold/R. Satzer: Belegschaftsbefragungen zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit. Düsseldorf: WSI 1986

37 W. Karmaus/U. Osterholz: Herausforderungen und Perspektiven der Bekämpfung rheumatischer Erkrankungen. In: Chronische Krankheiten: ohne Rezepte. Argument-Sonderband AS 182, Hamburg: Argument: 1990, S. 22 ff.

38 vgl. R. Müller: Kürzere Arbeitstage, ein gesundheitspolitisches Erfordernis ersten Ranges - arbeitsmedizinische Argumente. In: R. Müller et al.: Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung, Bremen: Universität 1985, S. 651 ff.

39 vgl. H. Kühn: Soziale Sicherheit und 'angebotsorientierte Wirtschaftspolitik'. In: WSI-Mitteilungen, 1985, Heft 2, S. 94 ff.

40 vgl. St. Leibfried/F. Tennstedt (Hg.) Politik der Armut und Die Spaltung des Sozialstaats, Frankfurt: Suhrkamp 1985; sowie: G. Haecker/W. Kirschner/G. Meinlschmidt: Zur Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern. Hg. von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin: SenGesSoz 1990

41 vgl. P. Townsend/N. Davidson: Inequalities in Health. The Black Report. Harmondsworth: Penguin 1982

42 vgl. dazu die Kontroverse D. Borgers und W. Karmaus: Werden wir alle vergiftet oder leben wir im saubersten Staat der Erde? In: Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie, Argument-Sonderband AS 186, Hamburg: Argument 1989, S. 59 ff.

43 vgl. Ph. Manow-Borgwardt: Ausgaben für Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P90-201, Berlin: WZB 1990

44 vgl. R. Rosenbrock: Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Konzept für eine Forschungsgruppe am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, vervf. Ms., Berlin 1988

45 vgl. L. Goldman/E. F. Cook: The Decline in Ischemic Heart Disease Mortality Rates - An Analysis of the Comparative Effects of Medical Interventions and Changes in Lifestyles. In: Annals of Internal Medicine, 101. Jg., 1984, S. 825 - 836; J. B. McKinlay/S. M. McKinlay: The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United

States in der Twentieth Century. In: Milbank Quarterly, Heft 2, 1977, S. 405 - 428; sowie;: M. Arnold/Chr. v. Ferber/K.D. Henke (Hg.): Ökonomie der Prävention am Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten. Gerlingen: Bleicher 1990

46 vgl. Zwischenbericht GKV-Enquete (s. Fußnote 20), S. 39 ff.

47 vgl. R. Rosenbrock: HIV-Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln, In: Kursbuch 94: Die Seuche, Berlin: Kursbuch 1988, S. 21 ff.

48 vgl. H.H. Abholz: Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? In: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg: Argument 1988, S. 63 ff.; sowie: ders.: Die Gesundheitsuntersuchung - ein Früherkennungsprogramm als Spiegel bundesdeutscher Gesundheitspolitik. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1, 1990, S 4 ff sowie auch die Kontroverse hierzu: L. Krimmel: Die Gesundheitsuntersuchung - ein Früherkennungsprogramm ohne Alternative. Erwiderung: H.H. Abholz: Die Gesundheitsuntersuchung - ein Früherkennungsprogramm ohne Alternative? In: Arbeit und Sozialpolitik Heft 5, 1990, S. 168 ff. Vgl. auch F.W. Schwartz: Gesundheitsförderung als zukunftsweisendes Instrument der Krankenversicherung. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 10.- 1990, S. 346 ff., insbes. S. 348

49 vgl. W. Thiele: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland - ein Literaturüberblick. In: F. Hauß/F. Naschold/R.Rosenbrock: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme...(s. Fußnote 19), S. 133 ff.

50 vgl. Jahrbuch für Kritische Medizin: "Gesundheitsreform" und die Folgen. Argument-Sonderband AS 190, Hamburg: Argument 1990

51 vgl. U. Osterholz: Gegenstand, Interventionsformen und Wirkung arbeitsweltbezogener Rheumaprävention. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, Berlin: WZB 1991

52 vgl. z. B. R. Rosenbrock: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt und New York: Campus 1982

53 ebenda

54 vgl. J.W. Salmon: Die Entwicklung der alternativen Medizin in den USA. In: Jahrbuch für Kritische Medizin - Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie, Argument-Sonderband AS 186, Hamburg: Argument 1989, S 106 ff; sowie: I. Braun/B. Joerges: Körper-Technik - Zur Wiederkehr des Körpers durch technische Erweiterung. In: Chronische Krankheit: ohne Re-

zepte. Argument-Sonderband AS 182, Hamburg: Argument 1989, S. 83 ff.

55 N. Milio: The Profitization of Health Promotion. In: International Journal of Health Services. 18. Jg., Heft 4, 1988, S. 579

56 vgl. A. Schmidt: Strukturreform ja - aber so nicht! In: Soziale Sicherheit, 37. Jg, Heft 5, 1988, S. 129 ff. sowie: WHO Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa: Neue Managementansätze im Gesundheitswesen (EUR/ICP/MPN 039), Kopenhagen: WHO 1990

57 vgl. R. Rosenbrock: Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Gesetzliche Krankenversicherung - ein Thema in einer Arena. In: F. Naschold (Hg.): Arbeit und Politik - Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der Sozialen Sicherung, Frankfurt und New York: Campus 1985, S. 367 ff.

58 vgl. Endbericht GKV-Enquete (s.Fußnote 7), S. 150 ff.

59 vgl. H. Kühn: Die Ökonomisierung der Gesundheit - am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens. In: WSI-Mitteilungen, Heft 2, 1990, S. 62 ff.

60 Auch Befürworter einer sozial verträglichen Orientierung der GKV in Richtung auf Konkurrenz bieten hierzu keinen Ausweg an. Vgl. z. B. F. Hauß: Organisationsreform der GKV und Chancen für eine neue Versicherungspolitik. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 10, 1989, S. 278 ff.; K.-J. Bieback: Herausforderung des § 20 SGB V - Gesundheitsförderung: Gestaltungsmöglichkeiten durch eigene Aktivitäten und Kooperation. In: Die Ortskrankenkasse DOK Heft 2, 1990, S. 77 ff.; K. Jacobs: Sinnvoller Kassenwettbewerb zur Gestaltung der gesundheitspolitischen Zukunft in Deutschland. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 4, 1990, S. 120 ff.; vgl. auch: R. Rosenbrock/F. Hauß (Hg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin: Sigma 1985

61 vgl. H. Seehofer: Eröffnungsansprache. In: Dokumentation des Internationalen AOK/WHO-Kongresses 'Gesundheit als Herausforderung' Zur neuen Rolle der Krankenversicherung, Hamburg: AOK o.J. (1990), S. 16 ff, hier: S. 17

62 vgl. M. M. Wambach (Hg.): Der Mensch als Risiko. Zur Logik der Prävention und Früherkennung, Frankfurt: Suhrkamp 1983

63 vgl. z. B. Zukunftsperspektiven gesellschaftlicher Entwicklungen. Bericht der gleichnamigen Kommission erstellt im Auftrag der Landesregierung von Baden-Württemberg, Stuttgart 1983

64 vgl. J.W. Salmon: Zur Entwicklung der alternativen Medizin s. Fußnote 54; sowie: H. Kühn: Die rationalisierte Ethik. Zur Moralisierung von Krise und Krankheit. In: Medizin, Moral und

Markt. Argument-Sonderband AS 146, Hamburg: Argument 1987,  
S 8 ff

65 vgl. A. Schmidt/E. Jahn/B. Scharf (Hg.): Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Bericht der Gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand. Düsseldorf: Bund, Band 1: 1987; Band 2: 1988; sowie die Darstellung der Kontroverse hierzu im Endbericht der GKV-Enquete (s. Fußnote 7), S. 279 ff.

66 zu den Möglichkeiten und Grenzen vgl. R. Rosenbrock: Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik. In: B. Riedmüller/M. Rodenstein (Hg.): Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt/Main: Suhrkamp 1989, S. 135 ff.

67 vgl. H. Kühn: Gesundheitsförderung und Interessenvertretung: Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 14. Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie, Argument-Sonderband 186, Hamburg: Argument 1989, S. 89 ff

68 vgl. Endbericht der GKV-Enquete (s. Fußnote 7), S. 32 ff., S. 54 ff.