

Kühn, Hagen; Rosenbrock, Rolf

Book Part

Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften: eine Problemskizze

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Kühn, Hagen; Rosenbrock, Rolf (1994) : Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften: eine Problemskizze, In: Rolf Rosenbrock, Hagen Kühn, Barbara Maria Köhler (Ed.): Präventionspolitik: gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, ISBN 3-89404-139-0, Edition Sigma, Berlin, pp. 29-53

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122462>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

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

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

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

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

Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze

Hagen Kühn und Rolf Rosenbrock

Gesundheitswissenschaften im Kontext eines sich wandelnden Mensch-Natur-Verhältnisses

Bis in die siebziger Jahre hinein wurde »gesundheitlicher Fortschritt« recht selbstverständlich gleichgesetzt mit »medizinischem Fortschritt«. Es dominierte die Meinung, die medizinische Versorgung sei, wenn nicht der einzige, so doch der wichtigste und entscheidende Faktor für Gesundheit und Lebenserwartung. Aber ebenso, wie die Grenzen des Glaubens, die zentralen Menschheitsprobleme ließen sich durch Innovationen in Naturwissenschaft und Technik lösen, in dieser Zeit sichtbar wurden, geschah dies auch im Hinblick auf die Gesundheit. Hier wie dort gerieten zunächst die »Grenzen des Wachstums« ins Blickfeld. Erst langsam begann sich die Einsicht aufzudrängen, daß Inhalt und Qualität des bisherigen industriellen Wachstums die – ebenso faszinierende wie bedrohliche – Untergrabung der natürlichen Lebensgrundlagen des Planeten beinhalten. Wenn auch noch überwiegend als Kritik und Opposition und nicht als dominierende Sicht- und Handlungsweise, erkennt man heute, daß Naturwissenschaft und Technik als integrierte Bestandteile des industriellen Wachstums geistige Ausdrucksformen und Praxis der in die Krise geratenen Mensch-Natur-Beziehung sind. So ist es auch mit der Medizin.

Zugespitzt gesagt: Die Fragen nach Reichtum und Armut, Gesundheit und Krankheit, langfristig tragfähiger Gesellschafts- und Produktionsentwicklung sowie der Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen nach dem Maß menschlicher Fähigkeiten und Bedürfnisse werden nicht mehr nur mit einem »Noch-Nicht« an wissenschaftlich-technischem Fortschritt, sondern zunehmend auch mit einem »So-Nicht« beantwortet. Das heißt nicht weniger, als daß die Menschheit sich bei der Erarbeitung ihrer Lebensvoraussetzungen in grundsätzlich anderer Weise zur Natur ins Verhältnis setzen muß, und zwar sowohl zur äußeren als auch zur »inneren« Natur, d. h. zu sich selbst als Naturwesen, in der Dimension des Individuums, der Gesellschaft und der Gattung.

Die Mensch-Natur-Verhältnisse zur inneren und äußeren Natur sind interdependent. Der einzelwirtschaftlich betriebenen Verwertung der Natur entspricht die Ökonomie der Arbeitskraft, dem Naturschutz der Arbeitsschutz. In diesem Kontext ist die naturwissenschaftlich-technische Medizin einerseits ein Produkt der Industriegesellschaft und reproduziert andererseits das industriegesellschaftliche Mu-

ster der Naturbeziehung gegenüber dem Naturwesen Mensch. Das Verhältnis des Ingenieurs eines Bergbau- oder Produktionsunternehmens zu der dem Menschen äußeren Natur ist nicht grundsätzlich verschieden von dem z. B. eines Chirurgen zur inneren Natur seiner Patienten. Auch das enorme Maß der Exklusivität, in dem die Biomedizin für die Bearbeitung der Fragen von Krankheit und Gesundheit als »zuständig« angesehen wird, und die Selbstverständlichkeit, mit der dies der Fall ist, entspricht dem industriegesellschaftlichen Rationalismus, der Fragen nach seiner Beziehung zum räumlich-zeitlichen Ganzen der Menschheitsentwicklung nicht stellt. Die Selbstverständlichkeit, mit der das geschieht, ersetzt nicht weniger als die fehlende Rückverbindung zu den Fragen der sozialen und ökologischen Lebensgrundlagen.

Gesundheitliche Lage und Entwicklung in reichen Ländern

Konzepte und Strategien einer Gesundheitspolitik, die diese Verbindung herstellen soll, können nicht länger auf Medizin- und Kostenpolitik reduziert bleiben (Rosenbrock 1989). Sie werden sich beziehen müssen auf die Entwicklung und Verteilung der Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen der Bevölkerung:

In der Bundesrepublik – und damit ungefähr repräsentativ für reiche Länder – entfallen bei durchschnittlich noch langsam steigender Lebenserwartung mehr als drei Viertel der als vorzeitig oder vermeidbar angesehenen Sterbefälle auf die vier Todesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößern chronische Krankheiten wie degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden und Süchte kontinuierlich ihren Anteil. Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten in epidemiologischer und damit für die Gesundheitspolitik maßgeblicher Perspektive gemeinsam, daß ein primär kurativ und individualmedizinisch orientiertes Versorgungssystem sie erst relativ spät und generell nicht besonders wirksam beeinflussen kann, trotz beachtlicher Erfolge in manchen Teilbereichen. Wichtige Anteile der Verursachung liegen nach international übereinstimmender Auffassung in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen und der Art und Weise, in der Menschen auf diese reagieren. Das macht sie politisch einflußbar. Nach Schätzungen der US-amerikanischen Centers for Disease Control ist der Einfluß der sozialen Umwelt und der Lebensweisen auf die Sterblichkeit etwa doppelt so hoch wie die Einflüsse der stofflichen Umwelt und

der biologischen Prädisposition, und diese wiederum doppelt so groß wie der Einfluß der medizinischen Versorgung (CDC 1984). Entsprechend groß werden auch die präventiven Potentiale eingeschätzt.

Im Zuge demographischer Veränderungen und als Ausdruck der gestiegenen Lebenserwartung wird der Anteil betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung weiterhin deutlich zunehmen: der Anteil der über 60jährigen in der Bundesrepublik wird von derzeit ca. 20 Prozent auf über 25 Prozent im Jahre 2010 und auf ca. 35 Prozent im Jahre 2035 steigen. Untersuchungen aus den USA zeigen, daß die Qualität der gewonnenen Lebensjahre bei wirksamer Flankierung durch Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung keineswegs zwangsläufig durch chronische Krankheiten und Multimorbidität eingeschränkt sein muß. Die gleichen Untersuchungen verweisen allerdings auch auf die nach Sozialschichten sehr ungleich verteilten Chancen, diesen Gewinn an Lebensjahren und Lebensqualität zu realisieren (Kühn 1993). Insgesamt ist mit einem wachsenden Anteil von Menschen mit chronischer Krankheit – und das heißt: mit bedingter Gesundheit – zu rechnen.

Sowohl Krankheitsrisiken als auch Bewältigungschancen (bei verhinderbaren Erkrankungen) sind trotz formal gleicher Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung sozial ungleich verteilt. Die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, meist ausgedrückt durch Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf bestimmt nach wie vor in erheblichem Umfang die Chancen für ein längeres Leben und eine verbesserte Gesundheitserwartung. Hohes Krankheitsrisiko, überdurchschnittliches Eingeschränktheit durch chronische Krankheiten, verminderte Lebenserwartung und geringe individuelle Selbsthilfefähigkeit im wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Sinne fallen häufig und systematisch zusammen. Diesen empirischen Grundsachverhalt in allen Industrieländern stellt die neoliberale Gesundheitspolitik, die Sozialstaatlichkeit durch »individuelle Selbstverantwortung« ersetzt, geradezu auf den Kopf. Im Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) gaben Personen der unteren sozialen Schicht etwa doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand an wie Personen der obersten sozialen Schicht (Deutscher Bundestag 1988). Die für die Bundesrepublik besonders lückenhaften Forschungsergebnisse zur sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod (Mielck 1993) decken sich mit den Erkenntnissen aus anderen, besser untersuchten Ländern (z. B. Townsend/Davidson 1982, Townsend 1990, Navarro 1990), nach denen die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod zunimmt.

Die politischen und wirtschaftlichen Umbrüche in Deutschland und Europa haben zu einer erheblichen Zunahme von Wanderungs- und Fluchtbewegungen sowie von Problemgruppen der Sozialpolitik (z. B. alte und neue Armut) geführt. Es ist zu befürchten, daß die Arbeitslosigkeit mit derzeit etwa vier Millionen registrierten Beschäftigungssuchenden ihren Höhepunkt noch nicht erreicht hat. Ar-

beitslosigkeit, Armut und Migration sind nach international übereinstimmender Auffassung epidemiologisch bedeutsame Gesundheitsrisiken (Oppolzer 1986; Kieselbach/Voigt 1992; Kurella 1992; Mielck 1993). Sie führen zu einem Anstieg der Krankheitslast in der Gesamtbevölkerung, dem mit den Mitteln der kurativen Medizin nicht oder nur marginal beizukommen ist.

Angesichts dieser Ausgangslage besteht, zumindest auf der Programmebene, weithin Konsens darüber, daß trendwendende Erfolge gegen die großen Gesundheitsprobleme und Krankheiten unserer Zeit vor allem durch Interventionen vor der Manifestation zu erzielen sind (WHO 1985, 1986; Projektgruppe 1990; GMK 1991; BMG 1993). In einer Schwerpunktbildung auf Prävention und Gesundheitsförderung wird deshalb die große Produktivitätsreserve der Gesundheitspolitik gesehen.

Obwohl es an einer sozialepidemiologisch angeleiteten Gesundheitsberichterstattung noch weitgehend mangelt, könnten bereits daraus unmittelbar politikanleitende Schlußfolgerungen für die Felder klassischer kompensatorischer Sozialpolitik sowie ihre Verursachungsbereiche (vor allem Arbeitsmarkt, Bildung, Wohnung, Verkehr) gezogen werden. Doch die Orientierungskraft gesundheitswissenschaftlicher Fakten und Erkenntnisse für die Institutionen der Politik ist gering: Es scheint, als würden die gesundheitlichen Implikationen unterschiedlicher Politiken in diesen Feldern öffentlich und wissenschaftlich um so weniger zur Kenntnis genommen, je gravierender die Gesundheit von Gruppen verletzt wird.

Die Sozialepidemiologie als Leitdisziplin einer politikorientierten Gesundheitsberichterstattung kann sich unter diesen Bedingungen nur schwer entwickeln. Aussagen über ihren möglichen Ertrag und ihre Schranken sind deshalb in erheblichem Umfang spekulativ. Allerdings verweisen wichtige Studien – vor allem in bezug auf Gesundheit und Arbeit sowie zur gesundheitlichen Bedeutung sozialer Unterstützung – auf die Fruchtbarkeit von Ansätzen, die

1. ihre Relevanz- und Operationalisierungskriterien aus der Aufgabenstellung des Abbaus sozial bedingter Ungleichheit vor Krankheit und Tod gewinnen;
2. materielle, stoffliche, physische und psychische Faktoren prinzipiell gleichberechtigt fassen;
3. diese Faktoren sowohl unter dem Gesichtspunkt von Risiken als auch von Ressourcen betrachten;
4. von der sozialen Vermitteltheit dieser Risiken und Ressourcen in der Lebensweise ausgehen und
5. die Mechanismen dieser Vermittlung im Kontext von Macht und Herrschaft unter dem Gesichtspunkt ihrer gesundheitsgerechten Gestaltbarkeit in die Untersuchung einbeziehen.

Bevölkerungsbezogene Gesundheitsanalysen, die diesen Kriterien genügen, sind freilich ebenso eine Utopie wie eine Gesundheitspolitik, die sich an den daraus zu gewinnenden Erkenntnissen orientiert. Aber Utopien können richtunggebende Navigationspunkte sein, und sie können zumindest zeigen, ob Strategien oder Entwicklungen der Richtung nach gesundheitlicher Weiterentwicklung eher förderlich oder abträglich sind. Es wäre schon viel gewonnen, würde erst einmal anerkannt, daß Gesundheitspolitik überall dort stattfindet, wo durch die populationsbezogene Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen und Verhaltensanreizen die Wahrscheinlichkeiten von Erkrankung, Progredienz, Chronifizierung, krankheitsbedingter Einschränkung der Lebensqualität und Tod – positiv oder negativ – beeinflusst wird. Bereits dann müßten Gegenstand, Institutionen und Vorgehensweisen der Gesundheitspolitik gründlich verändert werden (Rosenbrock 1993). Nicht zuletzt müßte die Rolle der Medizin ebenso neu überdacht werden wie die bisherigen Prioritäten.

Das führt zu den Wechselbeziehungen zwischen Prävention und Gesundheitsförderung auf der einen und Medizin auf der anderen Seite. Zwar kann im Einzelfall gelungene Prävention und Gesundheitsförderung die Inanspruchnahme der kurativen Medizin senken. Daran kann jedoch keineswegs die Hoffnung geknüpft werden, generell müsse sich dadurch das Angebot von und die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen verringern. Im Zuge der bislang in den USA geführten Debatten zur Rationierung medizinisch-kurativer Leistungen (Kühn 1992) ist der Versuch unternommen worden, präventive und kurative Leistungen unter dem scheinbar einheitlichen Maßstab der »gewonnenen Lebensjahre« oder – methodisch ausgefeilter – der »quality adjusted life years« gegeneinander aufzurechnen. Das Ergebnis war, daß den – unter der Armutgrenze lebenden – Klienten des Medicaidprogramms kurative und betreuende Leistungen für Kranke verweigert wurden zugunsten präventiver (medizinischer) Leistungen. Solche Varianten von Gesundheitspolitik als technokratischem Risikomanagement laufen dem hier gemeinten Konzept entgegen. Zu diesem Konzept gehört die zivilisatorische Errungenschaft, daß dem leidenden Menschen Hilfe nicht vorenthalten bleiben darf. Diese Regel des Vorrangs der Hilfe (»rule of rescue«) kann von einer Präventionspolitik nur um den Preis der Aufgabe ihres humanistischen Gehalts gebrochen werden. Die unbestreitbaren Fehlallokationen im Bereich der kurativen Medizin können nicht durch einen scheinbar einheitlichen Maßstab für drohende und eingetretene Risiken, sondern nur durch die Vitalisierung von Wirksamkeitsmaßstäben in der Medizin selbst (Cochrane 1972) überwunden werden. In wirkliche Effektivitäts- und Effizienzkonkurrenz treten Biomedizin und soziale Prävention nach diesem Verständnis nur dort, wo sich ihre Bemühungen auf den gleichen Gegenstandsbereich richten: auf die Verminderung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten in Populationen. In die-

sen Bereich dringt die Biomedizin gegenwärtig sehr dynamisch ein (Kühn 1993b; Payer 1992). Die Entwicklung tragfähiger Meßmethoden hierfür ist die Gesundheitswissenschaft der Öffentlichkeit bislang noch schuldig.

Sozialepidemiologie, wie wir sie uns vorstellen, wird immer nur Orientierung für gesundheitspolitische Entscheidungen sein können und sich dagegen wehren müssen, als technokratischer Entscheidungsersatz mißbraucht zu werden. Wie sich an der Dynamik von Entwicklung und Nutzung z. B. von Kosten-Effektivitäts-Analysen beobachten läßt, ist der Bedarf an Formeln, mit denen die Subjekte der Entscheidungen diesen selbst fernbleiben können, sich entantworten können, durchaus groß. Daß die Methoden dazu jedoch nicht taugen, liegt nicht zuletzt an ihrer wissenschaftsimmanent nicht aufhebbarer Vieldeutigkeit: Die Frage, ob Gesundheitsprobleme nach Maßgabe ihrer absoluten Größe (ausgedrückt in Lebensjahren oder -qualität), ihrer sozialen Verteilung, der Dringlichkeit in der Wahrnehmung der Betroffenen, der Kosteneffektivität oder der politischen Durchsetzbarkeit angegangen werden sollen, läßt sich nicht sozialepidemiologisch begründen, sondern ist – nolens, volens – nur im politischen Diskurs zu klären. Das mag diejenigen beruhigen, denen die Vorstellung einer nach quantitativen Risiko- und Ressourcenmaßen ablaufenden Gesundheitspolitik zu Recht wie ein technokratischer Alptraum erscheint. Und es mag diejenigen beunruhigen, die – ebenso zu recht – in der öffentlichkeits- und politikwirksamen Skandalisierung von Klein- oder Nicht-Risiken («Gift der Woche») und der Nicht-Thematisierung gesellschaftlicher Groß-Risiken jede Rationalität abhanden kommen sehen. Von welchem Aspekt man es aus betrachtet: den Gesundheitswissenschaften stellt sich die Aufgabe, die Größe und soziale Verteilung gesundheitlicher Risiken und die ihnen entgegensetzenden präventiven Möglichkeiten aufzuklären und den vielstimmigen, zum Teil von ganz anderen Rationalitäten geprägten öffentlichen gesundheitspolitischen Diskurs, in dem sie eine Stimme unter vielen sind, selbst zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung zu machen. Die Risikowahrnehmung durch Bevölkerungsgruppen folgt allerdings weder den Regeln der Epidemiologie noch jenen der öffentlichen Institutionen. Die Einrichtung der »Risikokommunikation« mag – wenn sie erfahrbar nichttechnokratisch und transparent ist – im positiven Fall im zivilgesellschaftlich-demokratischen Sinne öffentliche Entscheidungsfindungsprozesse befördern können, Unterschiedlichkeit und Gegensätzlichkeit von Interessen wird sie nicht aus der Welt schaffen.

Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung

Analytisch lassen sich mit Prävention und Gesundheitsförderung zwei Zugänge zur Krankheitsverhütung unterscheiden, wobei in der je konkreten Intervention die Trennschärfe zunehmend abhanden kommt. Das traditionell der *Prävention* zugrundeliegende Denkmuster geht von der zu verhindernden Krankheit aus. Im zweiten Schritt versucht man, Frühindikatoren oder Vorstufen zu erfassen, um dann weiter zu Risiken bzw. Risikokonstellationen fortzuschreiten. Je nach der Verfügbarkeit medizinischer und/oder sozialer Interventionsmöglichkeiten wird – idealiter – sodann nach Kriterien der Leidensminimierung und Lebensverlängerung, der Ethik und der Kosteneffektivität mit medizinischer Früherkennung (zwecks Frühbehandlung) und/oder Risikosenkung mittels sozialer Prävention interveniert. Mit zunehmendem Abstand der Intervention vom zu prävenierenden medizinischen Endpunkt nimmt in der Tendenz der Anteil individuenbezogener Interventionen ab, bis hin zu Maßnahmen, die sich an die ganze Bevölkerung richten. Dabei tritt häufig nicht nur die Personen-Spezifität, sondern auch die Ziel- (bzw. Krankheits-)Spezifität in den Hintergrund, weil mit gleichen bevölkerungsbezogenen Interventionen die Wahrscheinlichkeit des Eintritts für mehrere Krankheiten gesenkt wird (Rosenbrock 1992).

Hier liegt konzeptionell und praktisch der Überschneidungsbereich mit der *Gesundheitsförderung*. Dieser, seit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 von der WHO weltweit propagierte (und von der Bundesrepublik programmatisch unterstützte) strategische Ansatz beruht auf Theorien, die Erkrankung als Störung der Balance zwischen Belastungen/Risiken einerseits und Ressourcen andererseits interpretieren. Mit der strategischen Orientierung, »allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen« (WHO 1986), verbindet sich deshalb nicht nur die Vorstellung, Menschen in den Stand zu setzen, Risiken für ihre Gesundheit sensitiver wahrzunehmen und aktiver an ihrer Minderung zu arbeiten, sondern auch die durch viele Untersuchungen gut belegte (Antonovsky 1987; Karasek/Theorell 1990) Erwartung, daß sich mit zunehmender situativer und strategischer Transparenz, Qualifikation, wachsenden Entscheidungsspielräumen sowie durch materielle und ideelle soziale Unterstützung (Berkman/Syme 1979) die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung erhöht und damit die Erkrankungswahrscheinlichkeit unspezifisch sinkt. Das hierzu von Antonovsky (1987) vorgelegte Modell der »salutogenesis« eines »sense of coherence«, der aus den Elementen »comprehensibility«, »manageability« und »meaningfulness« im Hinblick auf Belastungen, Anforderungen und Handlungschancen in den wesentlichen Lebensbereichen besteht, ist mit einer ganzen Reihe anderer, überwiegend sozialpsychologischer

Modelle und Theorien zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit verträglich (Udris et al. 1992): zu nennen sind unter anderem »internal locus of control« (Rotter 1975), »self-efficacy« (Bandura 1977), »hardiness« (Kobasa 1982), »control of destiny« (Syme 1991), »health belief« (Kirscht 1988). Analog zur Debatte in der sozialen Prävention gibt es auch bei der Gesundheitsförderung Auseinandersetzungen darüber, ob die angesteuerte Stärkung des »sozialen Immunsystems« (Caplan 1964) eher durch professionelle, vorwiegend sozialpädagogisch induzierte Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreichbar ist (Schwarzer 1992) oder sich als Folge veränderter Informations- und Partizipationschancen herstellt (Rappaport 1985). Theoretische und praktische Ansätze der Gesundheitsförderung sind dabei keineswegs auf den Bereich der Primärprävention beschränkt. Vielmehr versprechen gerade Projekte der Gesundheitsförderung mit chronisch-kranken, älteren Patienten (Schwartz 1990, Minkler in diesem Band) sowie im Krankenhaus (Pelikan et al. 1993) einen hohen, aber hinsichtlich seiner Voraussetzungen und Instrumente weiter klärungsbedürftigen Nutzen bei bedingter Gesundheit.

Die Gesundheitswissenschaft, vor allem im angelsächsischen Sprachraum, ist über das Stadium der begrifflichen Definitionen und Abgrenzungen – wie auch über den Streit zwischen der Prävention durch Verhaltensbeeinflussung und durch Veränderungen risikorelevanter Verhältnisse – hinaus und kann sich auf eine Vielzahl von positiven wie negativen Erfahrungen stützen.

Zunächst ein Blick auf die *Prävention durch Verhaltensbeeinflussung*. Die großen alten Infektionskrankheiten wurden zum erheblichen Teil durch Veränderungen der persönlichen Hygiene überwunden, die gesellschaftlich und politisch ermöglicht wurde – ein 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. Das in die Lebenslage eingebettete Programm zur Zahnprophylaxe vor allem in Kindergärten und Schulen in der Schweiz hat im Verbund mit Fluoridierungsprogrammen dazu geführt, daß in Basel 68 Prozent der Zehnjährigen ein kariesfreies Dauergebiß aufweisen, im Vergleich: in Berlin (West) beträgt diese Quote 18 Prozent (Deutscher Bundestag 1990). Auch die dramatischen Verhaltensanpassungen der Hauptbetroffenengruppen im Umkreis von Aids sind hier zu nennen. Der Rückgang des Rauchens beispielsweise in Kanada und den USA um ca. 30 Prozent innerhalb von wenig mehr als zwei Jahrzehnten verweist auf präventive Potentiale (dazu Kühn, in diesem Band).

Diese Beispiele zeigen, daß Verhalten durch öffentliche Politik in Richtung auf Meidung bzw. Minderung von Gesundheitsrisiken zu beeinflussen ist. Der Effekt ist um so größer, je besser das Verhaltensangebot der jeweiligen Lebensweise ent-

spricht (WHO-Motto: »Make the healthier way the easier choice«), je mehr soziale Unterstützung die Menschen erfahren und je weniger restriktiv ihre Lebensbedingungen sind. Übersehen wird häufig der banale Sachverhalt, daß die sozial geprägten Unterschiede der Lebensweise auch unterschiedliche – materielle, soziale, physische und psychische – Spielräume der Verhaltensänderung implizieren: Wer wollte es einer Ehefrau und Mutter von zwei Kindern, die bei geringem Lohn monotone Schichtarbeit verrichtet, täglich eine Stunde aus dem anonymen Satellitenviertel zur Arbeit und zurück unterwegs ist und sich nebenher noch um ihre kranke Mutter kümmert, schon glaubwürdig vermitteln, daß sie dadurch glücklicher und gesünder werden könnte, daß 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. Menschen, die ihr Leben unter solchen Belastungen zu organisieren haben, kommen auch dann nicht regelmäßig in die Kochkurse oder in die erlebnisorientierte Rückenschule, wenn diese von den Krankenkassen oder der Volkshochschule angeboten und beworben werden. Hinzu kommt noch, daß der gesundheitliche Nutzen aus solchen Verhaltensänderungen für Angehörige der unteren sozialen Schichten wahrscheinlich geringer ist als für Angehörige mittlerer und höherer Sozialschichten (Blaxter 1990).

Eine – sicher unerwünschte, aber deshalb nicht weniger reale – Wirkung solcher Versuche der Verhaltensbeeinflussung besteht in einem zusätzlichen Verlust an Selbstbewußtsein bis hin zu Schuldgefühlen bei der großen Mehrzahl der Angesprochenen, die diesen Angeboten eben nicht folgen können. Das Ergebnis der Überforderung durch die Verhaltens- und Verantwortungszumutungen der populären Gesundheitsimperative des Lebensstils besteht nicht selten im Arztbesuch mit anschließendem Medikamentenkonsum. Millionenfach wird die Angst vor Fehlnahrung durch lipidsenkende Medikamente bekämpft, obwohl für diese ein Nachweis der Lebensverlängerung nicht erbracht werden konnte (Borgers 1993). Prävention in diesem Sinne treibt die Medikalisierung voran.

Die *Verhältnisprävention* hat auf ihrem Erfolgskonto die großen und ehrwürdigen Erfolge der Arbeiterschutzgesetzgebung, der Ernährungs- und Bildungsverbesserung, technische Verbesserungen in der Arbeitswelt und Umwelt, einen anhaltend hohen Standard z. B. der Lebensmittelhygiene und viele technische und soziale Regelungen des Zusammenlebens. Diese werden in der Regel nur dann bewußt, wenn sie verletzt werden bzw. nicht funktionieren. Der ideologische Affekt gegen »staatliche Regulierung« hätte wahrscheinlich ausgespielt, wenn den Bürgern bewußt würde, in welchem Ausmaß ihr gesundheitliches Wohlbefinden durch buchstäblich tausende unsichtbarer »Regulierungen« gesichert wird. Vielleicht würden sie dann sogar dazu übergehen, nicht für oder gegen »Regulierung« zu sein, sondern lernen, das Was und Wie ins Zentrum der Betrachtung zu stellen.

Ein schon klassisches Beispiel der Möglichkeiten ist das Clean Air Act im Stadtgebiet von London. Anfang der fünfziger Jahre wurde damit 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. Seit einigen Jahren finden unter dem Stichwort »erweiterter Arbeitsschutz« auch international eine Debatte und zahlreiche Modellprojekte statt, die auf eine organisatorische und technische Gestaltung betrieblicher Arbeit abzielen, in deren Rahmen Entscheidungsspielräume und Verhaltensanreize für die Beschäftigten in Richtung auf höhere Partizipation, Lernchancen und Kommunikation verändert werden.

Soziale und dazu noch krankheitsunspezifische Präventionskonzepte haben eine unvergleichlich höhere Beweislast zu tragen als das individuenbezogene Vorgehen der Medizin. Das wirkt um so schwerer und praxishemmender, als es noch an Kriterien und Methoden fehlt, mit denen sie ihre Effektivität überhaupt angemessen überprüfen und nachweisen können. Es ist durchaus positiv, daß die Legitimation von gesundheitsbezogenen Aktivitäten heute in der Regel wissenschaftsförmig sein muß. Aber der häufig gehörte Einwand, die Wirksamkeit vor allem unspezifischer Präventionsmaßnahmen müsse erst noch erwiesen werden, bevor in Prävention investiert werden könne, ist nicht selten motiviert durch das Interesse, den Status quo unverändert zu lassen. Ein Blick auf die Gesundheitsgeschichte lehrt hingegen, daß viele äußerst wirksame Strategien der Krankheitsverhütung quasi experimentell, ohne sichere Kenntnis ihrer positiven Effekte, entworfen und umgesetzt wurden. 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 Ätiologie und Pathogenese von Typhus bzw. Cholera, für die sie Präventionsstrategien vorschlugen, zum Teil auch durchsetzten und epidemiologisch bedeutende Erfolge damit erzielten. Hier gilt es, Wege zu finden zwischen dem empiristischen Dogmatismus, mit dem man jegliche Praxis zu blockieren vermag, und dem »anything goes«, mit dem sich die Wissenschaft aus ihrer gesellschaftlichen Verantwortung stehlen kann. Diese Wege sind durchaus gangbar: 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 auch erprobt. Bis auf wenige Ausnahmen wurden sie jedoch nie den wissenschaftlichen Möglichkeiten entsprechend implementiert und verallgemeinert. Auch erfolgversprechenden Ansätzen wurde im Zuge von Wirtschaftskrise, Massenarbeitslosigkeit und Finanzknappheit in dem Maße die materielle und

politische Basis entzogen, wie die gesellschaftliche Innovationsbereitschaft (wieder) abnahm.

Ohne die Bereitschaft zu sozialer Innovation, zur Umverteilung von Gesundheitsressourcen und Verbreiterung von Handlungsmöglichkeiten sind wirksame Verbesserungen für unterprivilegierte Gruppen und damit Schritte zur gesundheitlichen Chancengleichheit kaum denkbar. Programme, die diesen Sachverhalt z. B. im Sinne »positiver Diskriminierung« dieser Gruppen und Schichten aufnehmen, sucht man vergebens im präventionspolitischen Repertoire. Zur Begründung und Ergebniskontrolle solcher notwendig komplexen Strategien sind die Methoden der herkömmlichen quantitativen Evaluationsverfahren ganz offensichtlich ungeeignet. Deshalb bedarf es vordringlich eines gesellschaftlichen Klimas, in dem der notwendige »Vertrauensvorschuß« auf Basis eines politischen »common sense« über Notwendigkeit und Richtung von Veränderung nicht jedes einzelne Mal von Grund auf neu erstritten werden muß. Dieses Klima – symbolisiert in Begriffen wie »Lebensqualität«, »Humanisierung der Arbeit« oder »Präventive Sozialpolitik« – gab in den siebziger Jahren zahlreichen Projekten den ersten entscheidenden Auftrieb, hielt aber nicht lange genug an, um die entwickelten Ansätze zur Blüte und Reife zu bringen. Die siebziger und frühen achtziger Jahre erweisen sich im Rückblick – entgegen mancher Legende – nicht als Jahrzehnt der gescheiterten Prävention, sondern als Jahrzehnt einer gescheiterten Präventionspolitik, die im Gestrüpp mächtiger Interessen hängengeblieben ist. Der Verweis auf angebliche oder tatsächliche Wissenslücken fungierte dabei häufig als bloßer Vorwand fürs Nichtstun.

Das führt zur Frage nach den Bedingungen, unter denen gesundheitswissenschaftliche Konzepte erdacht, erforscht, begründet und umgesetzt werden können.

Das Darwinsche Gesetz der Präventionspolitik

Macht, Herrschaft und partikulare Interessen spielen nun keineswegs nur in der Umsetzung von Forschungsergebnissen eine Rolle, sie sind ebenso von Einfluß auf die Forschungsfragen, -methoden und -prozesse. Je weniger das den Subjekten transparent ist, desto mehr. Das mag deutlich werden am Beispiel eines Phänomens in der Präventionsforschung: der »normativen Ätiologie« (Kühn 1993, S. 118-161). Um es zu verstehen, muß man sich von der landläufigen Meinung verabschieden, derzufolge sich Prävention auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Vorstellungen über die Krankheitsursachen und deren Verteilung gründet. Eine Untersuchung der

amerikanischen Präventionspolitik führte zur Gegenthese, die sich in Analogie zum Darwinschen Evolutionsmodell ausdrücken läßt.

Es lassen sich Regelmäßigkeiten einer gesellschaftlichen »Zuchtwahl« von Präventionskonzepten erkennen. Die soziale »Umwelt« selektiert und mutiert präventive Ideen, Ansätze oder Konzepte in einer Weise, in der nur die Angepaßtesten überleben. »Survival of the fittest« meint dabei das Überleben nicht des »Stärksten«, sondern des am besten an den gesellschaftlichen Status quo *Angepaßten*. Die anderen scheiden auf dem Weg von der Idee über die Forschung zur Praxis entweder aus oder mutieren. Ergebnis dieser gesellschaftlichen, d. h. interessen- und machtdeterminierten »Zuchtwahl« ist dann nicht eine analytische, sondern eine normative Ätiologie, die sich – da Wissenschaftsförmigkeit Legitimationsbedingung für Gesundheitskonzepte ist – freilich als solche nicht zu erkennen gibt. Die Überlebensbedingungen eines Konzepts sind also primär abhängig von der Verträglichkeit der je spezifischen praktischen Handlungskonsequenzen mit dem Status quo des jeweiligen Feldes. Das jeder präventiven Intervention zumindest implizit zugrundeliegende Modell der Krankheitsentstehung ist damit nicht länger die unabhängige, sondern wird zur abhängigen Variablen.

Entsprechend hierarchisiert die normative Ätiologie die Überlebenswahrscheinlichkeit von Konzepten und Projekten nach Dimensionen der ihnen impliziten Modelle der Krankheitsentstehung:

Auf der *ersten* Stufe mit den besten Überlebenschancen befinden sich Konzepte der Verursachung durch Erreger oder genetische Bedingungen, die zu pathogenen Mikroereignissen im menschlichen Körper führen; dies ist das ureigene Feld der Medizin. Das Muster heißt: aus dem unveränderten Feld wird das Agens entfernt.

Es folgen *zweitens* jene »Risikofaktoren«, die unmittelbar als ein individuelles »Fehlverhalten« angesehen werden. Die pathogenen Ursachen verbleiben beim Individuum, befinden sich dort aber auf der Verhaltensebene, die in der dominierenden Sichtweise wiederum auf Faktoren des sogenannten »Lebensstils« reduziert werden. Typische Schwerpunkte lebensstilorientierter Prävention sind:

- Rauchen
- Alkoholgenuß
- Bewegungsmangel (Jogging, Schnellgehen, Gymnastik etc.)
- Übergewicht
- Fehlernährung (tierischen Fette, Zucker und Kochsalz, zu wenig Ballaststoffe etc.)
- »Streß« (im Sinne der Unfähigkeit zu entspannen).

Nimmt man die solcherart legitimierte »subjektiven Risikofaktoren« unter die Lupe, kann man ersehen, daß auch die Überlebenswahrscheinlichkeiten innerhalb der Verhaltensdimension hierarchisiert sind. Ganz offensichtlich haben individuell-vermeidende Verhaltensweisen im Konsum- und Freizeitbereich das eindeutige Übergewicht gegenüber sozial-verändernden Verhaltensweisen in Arbeit und Öffentlichkeit. Warum sollte z. B. das Erlernen »gesunden Kochens« in Kochkursen für Hausfrauen per se einen höheren Gesundheitseffekt haben als die Aneignung von Kenntnissen und die Übung von Verhaltensweisen, mit denen ihr Ehemann sich in der Arbeit zusammen mit seinen Kollegen gegen Lärm, Staub oder inkonsistente Anforderungen zur Wehr setzen könnte? Ist die subjektive Unfähigkeit zu letzterem nicht auch ein »subjektives Risiko«? Warum findet man es aber nicht in der »Hitliste« der subjektiven Risikofaktoren? Weil es nicht erforscht ist? Warum wird es nicht erforscht?

Deutlich schlechtere Überlebensbedingungen haben es dann auf der *dritten* Stufe chemische und physikalische Faktoren der physischen Umwelt, zum Gegenstand gesundheitsbezogener Interventionen zu werden. Zwar werden solche Risiken im Zuge des Umweltbewußtseins häufiger thematisiert, aber häufig gibt die Öffentlichkeit sich mit dem Medienereignis zufrieden.

Am schlechtesten bestellt ist es *viertens* schließlich um die Chance von gesellschaftlichen Bedingungen und Verhältnissen, zum Gegenstand präventiver Interventionen zu werden. Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und die Beweislast schwerer als bei Versuchen, in Bereiche wie Arbeit, Verkehr oder Wohnbedingungen oder soziale Probleme wie Armut, Erwerbs- oder Machtlosigkeit unter Gesundheitsaspekten zu intervenieren.

Die »Zuchtwahl« der Präventionskonzepte erfolgt nicht nur durch Selektion (d. h. Faktoren der oberen Stufen überleben nicht), sondern auch durch Mutation, d. h. Faktoren der oberen Ebenen verändern sich und werden zu solchen der unteren Ebenen. Beispiel einer Mutation bietet der Bedeutungswandel des Begriffes »Streß« von einer arbeitsstrukturellen Ursache zur mangelhaften Fähigkeit des Arbeitnehmers, sich entspannt zu verhalten. Auch die Medizin holt sich das ihre, das sie an die Verhaltensbeeinflussung verloren hat, durch Mutation zurück. Sobald ein Verhaltensproblem wie z. B. die Ernährungsweise, auf physiologische Werte (z. B. den Cholesterinspiegel) reduziert und damit wieder der ersten Stufe zugewiesen werden kann, ist es erneut mit den Mitteln der technisch-pharmakologischen Medizin behandelbar.

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.

Da dieser Reduktionismus der normativen Ätiologie letztlich herrschaftsbedingend ist, ist es auch kein Wunder, daß die Tendenz, Gesundheitsprobleme zu individualisieren und den Verursachungsebenen Körper und Psyche zuzuordnen, in herrschaftlichen, d. h. politisch konservativen Zeiten zu- und in Reformperioden abnimmt. Auch das läßt sich empirisch leicht nachvollziehen. 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, müssen dazu die jeweiligen sozialen Beziehungen analysiert werden, innerhalb derer Theorien, Normen, Ideologeme usw. den sozial Handelnden plausibel werden.

Im hier zur Diskussion gestellten Zusammenhang kommt es nur auf die wohl kaum bestreitbare Feststellung an, daß Akteure, ob Individuen oder Institutionen, die sich entsprechend dieser normativen Hierarchie von Krankheitsursachen (d. h. den dadurch nahegelegten Präventionsstrategien) verhalten, durch die Gesamtheit der wissenschaftsbetrieblichen Umwelt in vielfältiger und sich oft spontan herstellender Weise belohnt werden. 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.

Ökonomie, Medizinsystem und Prävention

Unter den Hindernissen, die Präventionspolitik im hier skizzierten Sinne entgegenstehen, ragen zwei heraus. Das ist zum einen der Ökonomismus als politische Grundhaltung, die alles und jedes an seinen (vermeintlichen) Auswirkungen auf die privaten Investitionsentscheidungen relativiert (»Standort Deutschland«) und zum anderen der ideologische und praktische »Imperialismus« des Medizinsystems, verstanden als Einheit aus medizinischer Wissenschaft, Ausbildungsbetrieb, Anbietern medizinischer Leistungen, industriellen Zulieferern, staatlicher Medizinpolitik und Medizinpublizistik.

Ökonomie

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. Auf Versuchen, gegen Automobil- und Benzinhersteller risikobezogene Umwelt- und damit Gesundheitspolitik zu betreiben, können kaum politische Karrieren begründet werden. Selbst über eine empirisch durchaus kalkulierbare Risikosenkung durch Tempolimits entscheidet bislang ausschließlich Macht und Interesse. Auch die Bindungswirkung existierender staatlicher Schutznormen ist – das zeigen nicht nur die täglich bekannt werdenden Skandale, sondern nahezu durchgängig Untersuchungen zum Arbeits- und zum Umweltschutz – in der Konfliktzone zwischen ökonomischer Verfügungsmacht 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 hier selbst 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 lag, je entwickelter die politische Artikulation und Interessenvertretung der Belegschaft war (Kühn 1982; Rosenbrock 1982; Hauß 1983).

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«.

Die kommerzielle wie nichtkommerzielle Umsetzung der Gesundheitsförderung über den Markt klammert bereits notwendigerweise die gesundheitsbezogene Aktivierung der Menschen aus und filtert auf dem Weg von der Idee zur Praxis

substantielle Elemente wie das der Aktivierung, des verändernden Tätigwerdens, der Gewinnung von Gesundheitsressourcen heraus (Grace 1991). Marktförmigkeit ist nicht inhaltlich neutral, sondern die Bedingungen der Verkäuflichkeit wirken sich auf Inhalte und Verteilung aus.

Nancy Milio, Autorin des richtungweisenden Buches »Promoting Health through Public Policy« (1981), zeigte dies an der Vermarktung der Idee von Prävention und Gesundheitsförderung in den USA. Diese Vermarktung (»profitization«) 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« (Milio 1988).

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. Selbst auf den Feldern, wo Prävention die Form von Waren und Dienstleistungen annehmen kann, sorgt die an kaufkräftigen Präferenzen orientierte Verteilung über den Markt gerade nicht dafür, daß die Güter und Leistungen auch dort ankommen, wo sie am dringendsten gebraucht werden.

Medizinsystem

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 (1972) treffend mit dem Begriff der »Medikalisierung« bezeichnet worden.

Der auf Heilung und Linderung am erkrankten Individuum gerichtete Blickwinkel der kurativen Biomedizin führt nur sehr begrenzt weiter, wo er als privile-

gierter 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?

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 z. B. zur Verhütung von Herzinfarkten mehr Schrittmacher und Bypass-Operationen oder aber Kurse zur Verbesserung der Streßverarbeitung bei belasteten (noch) Gesunden epidemiologisch wirksamer sind, vermag heute niemand zu sagen. In konkreter Effektivitätskonkurrenz stehen auch beispielsweise Dauermedikation zur Blutdruck- oder Cholesterinsenkung einerseits und der Abbau von Lärm, inkonsistenten Anforderungen, Zeitdruck und Schichtarbeit andererseits. Nichts deutet darauf hin, daß die medizinischen Interventionen in jedem Falle wirksamer sind als Interventionen der sozialen Prävention.

Worauf es zunächst ankäme, ist die Förderung eines Bewußtseins von der Notwendigkeit, Nutzen und Kosten der medizinischen wie der sozialen Prävention mit gleichen Maßstäben zu messen. Wie weit entfernt wir davon sind, mag ein Beispiel verdeutlichen: Im Zuge des Gesetzgebungsprozesses zum Gesundheitsreformgesetz hatte man sich entschlossen, einen allgemeinen »Gesundheits-Check-up«, d. h. eine umfassende Vorsorgeuntersuchung für jeden über 35jährigen Versicherten zu finanzieren. Eine solche Versicherungsleistung existiert in keinem anderen Land, ihre Effektivität war bereits damals gemäß dem Stand der Wissenschaft als nicht gegeben anzusehen. Das zeigen auch die Erfahrungen seither (Abholz 1993). Als Entscheidungsgrundlage reichte eine Schätzung aus, die die Kosten irgendwo zwischen 200 und 800 Millionen DM bezifferte. Man stelle sich – als Gedankenexperiment – die Beweislasten über den anzunehmenden Nutzen und die Beurteilung der dazu ins Verhältnis gesetzten Kosten für ein Projekt sozialer Prävention vor.

Worauf beruht die in diesem Beispiel schlaglichtartig aufscheinende Hegemonie des Medizinsystems in der Gesundheitspolitik und den Anschauungen über

Gesundheit in den Industrieländern? Sieht man einmal von der wirtschaftlichen und interessenpolitischen Stärke einer der mittlerweile größten Branchen und eines statushohen Berufsstands ab, so fällt seine große Kompatibilität im funktionsteiligen Zusammenhang der industriellen Marktgesellschaft ins Gewicht – seine 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 marktkonformen Weise als Kaufwunsch wahrzunehmen, der in diesem Fall durch die Medizin vermittelt wird.

Diese Individualisierung und Transformation von Gesundheitsproblemen kommt nicht nur den Erfordernissen der Ökonomie, sondern auch denen des politischen Systems entgegen: denn die Transformation eines Bedürfnisses, beispielsweise nach Entlastung vom Arbeitsdruck in Nachfrage nach Beruhigungsmitteln und Entspannungskursen oder des Bedürfnisses nach guter Luft und erholsamer Umwelt in Nachfrage nach Pauschalreisen, verwandelt potentiell politischen Bedarf in private Nachfrage. In dem Maße, in dem sich ein politisches Gestaltungsproblem in ein wirtschaftliches Versorgungsproblem verwandelt, entsteht für Politik und Wirtschaft ein doppelter Nutzen: Zum einen werden mögliche gesellschaftliche Konflikte (die »politischen Kosten« sozialer Veränderungen) durch Individualisierung abgebaut: 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. Zum anderen schafft die individuelle Nachfrage in der Epoche notorisch 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 bloß 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. Daß sie die Legitimation liefert, Probleme zu marginalisieren, die unter gegebenen institutionellen Bedingungen weniger leicht verdaulich sind, ergibt sich von selbst.

Soziale Prävention besitzt auch nicht die Faszination der »technischen Lösung«, d. h. des Versprechens, aus dem unveränderten Zusammenhang (menschlicher Körper, Bevölkerungsgruppe) das pathogene Agens durch Medikamente, Substitute oder Therapien zu entfernen. Ein solches Angebot muß nicht mit viel Kritik und Mißtrauen rechnen, zu groß ist das daran geknüpfte Wunschenken, 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 herausragende Beispiele.

Die technische Lösung macht soziale und politische Änderungen überflüssig. Die Sozialisationsbedingungen, in denen auch die Individuen die »technological fix mentality« erlernen, sind wirkungsvoll. 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 diesem 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 ist damit zugleich die Hegemonie des Medizinsystems legitimiert.

Gesundheitswissenschaften

Dies verweist auf das eingangs angeführte Mensch-Natur-Verhältnis, das – wie seine ideologische Entsprechung: die Faszination von der technischen Lösung – in die Krise gekommen ist. In den Veränderungen, die heute in den Gesundheitswissenschaften aufkeimen, werden zwei fundamentale, die herkömmliche Seinsweise des wissenschaftlich-technischen Fortschritts betreffende Kritikpunkte sichtbar:

Erstens schöpft die herrschende Sicht- und Handlungsweise nur diejenigen Möglichkeiten der Technikentwicklung aus, die Aussicht haben, im Rahmen der herrschenden Produktionsweise verwertet zu werden (Berman, in diesem Band). So auch die dominierende Medizin. Diese ist nämlich nicht nur »naturwissenschaft-

lich reduziert«, sondern sie ist es auch im Sinne einer reduzierten Naturwissenschaft. Dabei sind die reduktionistischen Praxiskriterien vorwiegend »ordnungspolitischer«, institutioneller Natur, etwa dergestalt, daß nur nach solchen Lösungen gesucht wird, die sich als individuelle, im Prinzip verkäufliche Dienstleistung erbringen lassen.

Zweitens trägt die praktizierte Wissenschafts- und Technikgläubigkeit (die tatsächlich eine selektive und einseitige Technik im Sinn hat) dazu bei, daß Möglichkeiten der *politischen und sozialen Innovationen* zur Lösung der Zukunftsprobleme weder hinreichend erkannt und untersucht, noch mit den erforderlichen politischen und ökonomischen Ressourcen ausgestattet werden. Ein Blick auf die staatliche Förderung der Gesundheitsforschung mag hier als Beleg genügen. So wie die Industriegesellschaften um das ökonomische Wachstum (d. h. die Summe aller Akkumulationen von Kapital) herum organisiert sind, entsprechen auch die in ihre Institutionen eingebauten Macht- und Herrschaftsverhältnisse diesen Prioritäten. Daher ist weder die Erweiterung von Naturwissenschaft und Technik noch die zukunftsorientierte Reorganisation der Gesellschaft im Sinne einer neuen (ökologischen) Mensch-Natur-Beziehung möglich, ohne daß den institutionellen Strukturen der Industriegesellschaften ein Wille dazu eingeschrieben ist. Das gilt konkret auch für Medizin, Prävention und Gesundheitsförderung als den gesundheitsbezogenen Ausdrucksweisen der jeweils herrschenden Mensch-Natur-Beziehung.

Möglichkeiten und Grenzen gegentendenzieller Präventionspolitik

Vom gegenwärtigen politischen Institutionengefüge geht kaum eine 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 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 Mängel schrittweise mindern könnte. Gefordert wäre dabei eine Politik, die den genannten Haupttendenzen entgegenwirkt, also eine gegentendenzielle Politik. Davon kann gegenwärtig kaum die Rede sein.

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 (in wirtschaftlicher, politischer, kultureller Hinsicht) abhängen. Risikoorientierte Prävention bedarf Mechanismen »positiver Diskriminierung«, d. h. der Bevorzugung jener Bevölkerungsgruppen mit zugleich hohem Krankheitsrisiko und geringer individueller wie sozialer Selbsthilfemöglichkeit. Sie kann sich in Konzepten der Belehrung und Belieferung nicht erschöpfen. Die Verhaltensziele müssen veränderndes Sozialverhalten einschließen, statt individuelles Coping gegenüber einem unveränderten Status quo anzustreben. Erfolgreiche Gesundheitsförderungsprojekte zeichnen sich dadurch aus, daß sie sich die Aktivierung der tatsächlich in einem konkreten sozialen Zusammenhang erreichbaren Ressourcen zum Ziel setzen (Minkler, in diesem Band).

Wesentliche Anstöße zur Produktion von Gesundheit durch Politik kamen und kommen lebhafter von alten und neuen sozialen Bewegungen als vom Staat oder vom Medizinsystem. Wer in Theorie und Praxis daran interessiert ist, mit den Mitteln der Politik Gesundheit zu fördern oder zumindest Krankheit und vorzeitigen Tod zu mindern, tut deshalb nicht nur gut daran, seinen Blick über Medizin und Krankenversorgung hinaus zu erweitern, sondern auch daran, dies nicht nur und vielleicht nicht einmal in erster Linie als Gesundheitspolitik aus der Perspektive des Staates zu begreifen. Eigentlich alle wesentlichen Fortschritte in der Prävention und im Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung sind – direkt oder indirekt – das Ergebnis von sozialen Konflikten mit mehr oder weniger organisierten Gruppen von Benachteiligten. Die zentralen Elemente des Sieges über die Infektionsseuchen des 19. Jahrhunderts, also die Stadtsanierung, der Mieterschutz, die Lebensmittelhygiene, der Arbeiterschutz einschließlich der Abschaffung der Kinderarbeit, die Schulpflicht etc. waren ohne die drohende oder reale Durchsetzungskraft der Arbeiterbewegung nicht denkbar. Analoges gilt auch z. B. 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 erfolgreich für lebensweisebezogene Prävention und gute Krankenversorgung bei Aids ein.

So selten uns in der Geschichte reine »Gesundheitsbewegungen« begegnen, so häufig stoßen wir auf soziale Bewegungen, die sowohl für ihre Identität als auch für ihre Bündnisfähigkeit das Gesundheitsmotiv in ihre zentralen Leitideen aufgenommen haben. Das gilt für die Sklavenaufstände unter Spartacus, die sich

zunächst gegen schlechte Ernährung und Gesundheit empörten. Es gilt auch für die Bauernkriege, die Französische Revolution, für die gewerkschaftlichen Kämpfe um die 35-Stunden-Woche, für Friedens- und Umweltbewegungen etc.

Was folgt daraus für die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften?

Prävention als Ausschaltung oder Minderung von Gesundheitsrisiken bedeutet nicht zuletzt, daß in soziale, wirtschaftliche, kulturelle Gegebenheiten eingegriffen wird. Dabei werden sowohl Geld und Macht, als auch Verantwortung und Verhaltenslasten verteilt und umverteilt. Gesundheitswissenschaftler neigen aber zu einer Sichtweise, in der gerade diese Aspekte ihres Gegenstands weitgehend ausgeklammert, der sozialwissenschaftlichen Analyse entzogen und damit gefestigt werden. Diese Sichtweise existiert nicht nur subjektiv. Der Wissenschaftsbetrieb hat sie auch weitgehend normiert und institutionalisiert. Damit bleiben die sozialen und politischen Wandlungsprozesse, als deren Teil Gesundheitssicherung sich entweder durchsetzt, modifiziert wird oder scheitert, weitgehend unbegriffen. An die Stelle der wissenschaftlichen Analyse tritt der Alltagsverstand mit seinem Mangel an Distanz, seinem Wunschenken und seinen Ängsten. Der unbegriffene Widerspruch zwischen Erwartung und Realität wird zugedeckt mit der wohlfeilen Klage, in der sogenannten Praxis sei eben alles anders.

Gesundheitswissenschaftler, die sich, um ihrer Erkenntnisfähigkeit willen, der sozialen Realität ihrer professionellen Existenzweise stellen wollen, kommen nicht umhin, wissenschaftliche Anstrengungen zur »Objektivierung des objektivierenden Subjekts« (Bourdieu 1988, S. 10) zu unternehmen. Gesundheitsbezogene Sozialwissenschaft wird ohne die Mühe fundierter Ideologiekritik an sich selbst, also der Analyse ihrer »versteckten« Werte und Interessen, nicht sinnvoll zu entwickeln sein. Interesse, Herrschaft und Macht sind auch unter den parlamentarisch-demokratischen Verhältnissen nicht neutral gegenüber pathogenen oder gesundheitsfördernden Bedingungen. Die den Institutionen und Machtverhältnissen am besten angepaßten Instrumente haben häufig den geringsten Gesundheitseffekt und umgekehrt. Bringt man z. B. die verschiedenen Arten von Arbeitsschutz-Maßnahmen in eine Reihenfolge nach dem Kriterium ihrer Angepaßtheit an die betrieblichen Macht- und Herrschaftsverhältnisse, so stehen an vorderster Stelle Selektion bei der Einstellung und Entlassung, ärztliche Untersuchungen, Verhaltensregeln und Sanktionen, während gesundheitsbezogene Änderungen der technischen, organisatorischen und sozialen Arbeitsbedingungen, also eine Form der sozialen Prävention mit

hohem präventiven Potential im Maßstab der Gesellschaft (Public Health), auf der letzten Position steht.

In den heutigen, sich auf die öffentliche Gesundheit (im Sinne von Public Health) orientierenden Gesundheitswissenschaften läßt sich durchaus ein Bewußtsein dafür erkennen, daß es um die Überwindung der mit dem Quasi-Monopol der modernen Medizin gesetzten beiden Schranken geht (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994): des Denkens und Handelns im *individuellen Maßstab* zugunsten von Orientierungen in der gesellschaftlichen Dimension (Public Health) und der *naturwissenschaftlich-technischen Schranken* zugunsten sozialer und politischer Innovationen. Die Notwendigkeit einer solchen, noch immer weitgehend utopischen, Aufhebung des Monopols der Biomedizin zeigt sich in der Prävention und Gesundheitsförderung ungleich viel deutlicher als in der Krankenversorgung. Zu zeigen, daß dies aber nur einer Wissenschaft möglich ist, welche die sozialen Bedingungen ihres Handelns und der gesundheitspolitischen Praxis selbst zum Gegenstand ihrer Untersuchungen macht, anstatt sie bequem in die Black-box von »Rahmenbedingungen« abzuschieben, ist ein Ziel der Forschungsgruppe »Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik«.

Literatur

- Abholz, H.H. (1993): »Was bringt die Gesundheitsuntersuchung? Eine Beurteilung nach der Auswertung des ersten Jahres.« In: *Arbeit und Sozialpolitik*, Jg. 47, H. 11-12, S. 36-42
- Antonovsky, A. (1988): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, London
- Badura, B. et al. (1987): *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie*. Berlin
- Bandura, A. (1977): »Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.« In: *Psychological Review*, Bd. 84, S.191-215
- Berkman, L./Syme, S. (1979): »Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alamida County residents.« In: *American Journal of Epidemiology*, Bd. 109, S. 186-204
- Blaxter, M. (1990): *Health and Lifestyles*. London
- Borgers, D. (1993): *Cholesterin: Das Scheitern eines Dogmas*. Berlin
- Bourdieu, P. (1988): *Homo academicus*. Frankfurt a.M.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1993): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge. Kongreßbericht*. Hamburg
- Caplan, G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*. London
- CDC – U.S. Centers for Disease Control: »Ten leading causes of death in the United States« (Atlanta 1984). Zit. in: G.S. Everly/R.H.L. Feldman (1987): *Occupational Health Promotion*. New York: Wiley, S. 8
- Cochrane, A L. (1972): *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections of Health Services*. Abingdon/Berks: Burgess & Son

- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1988): *Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«*. BT-Drucksache 11/3267. Bonn
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1990): *Endbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«*. BT-Drucksache 11/6380. Bonn (auch erschienen in der Reihe »Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung«, 3/90, 2 Bde. Bonn 1990)
- GMK (1991): *Ergebnisniederschrift der 64. Sitzung der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder*. Ms. Wiesbaden, 24./25. Oktober 1991
- Grace, V.M. (1991): »The Marketing of Empowerment and the Construction of the Health Consumer: A Critique of Health Promotion.« In: *International Journal of Health Services*, Bd. 21, S. 329-343
- Hauß, F. (1983): *Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb*. Frankfurt a.M., New York
- Karasek, R.A./Theorell, T. (1990): *Healthy Work*. New York: Basic Books
- Kieselbach, Th./Voigt, P. (Hg.) (1972): *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR*. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag
- Kirscht, J.P. (1988): »The Health Belief Model and predictions of health actions.« In: D. Gochman (Hg.): *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum, S. 27-41
- Kobasa, S.C. (1982): »The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health.« In: G.S. Sanders/J. Suls (Hg.), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, S. 3-32
- Kühn, H. (1982): *Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten*. Frankfurt a.M., New York
- Kühn, H. (1990): »Ökonomisierung der Gesundheit. Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens.« In: *WSI-Mitteilungen*, H. 2, S. 62-75
- Kühn, H. (1991): »Rationierung im Gesundheitswesen – Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte.« In: *Rationierung der Medizin*. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 17, Argument-Sonderband 193. Hamburg, S. 40-72
- Kühn, H. (1993a): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA*. Berlin
- Kühn, H. (1993b): »Arzt-Konsumenten-Verhältnis: Der gesunde Patient.« In: *Arzt-Konsumenten-Verhältnisse*. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 21. Hamburg 1993, S. 6-20
- Kurella, St. (1992): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Literaturstudie für die Jahre 1985-1991*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 92-202. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Mielck, A. (1993): »»Gesundheitliche Ungleichheit« als Thema von Forschungs und Gesundheitspolitik.« In: ders. (Hg.), *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialapodemologischen Forschung in Deutschland*. Opladen
- Milio, N. (1981): *Promoting Health through Public Policy*. Philadelphia
- Milio, N. (1988): »The profitization of health promotion.« In: *International Journal of Health Services*, Jg. 18, S. 573-588
- Navarro, V. (1990): »Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States.« In: *The Lancet*, Bd. 336, S. 1238-1240
- Oppolzer, A. (1986): *Wenn Du arm bist, muß Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit*. Hamburg: VSA
- Payer, L. (1992): *Disease Mongers. How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making you Feel Sick*. New York

- Pelikan, J.M./Demmer, H./Hurrelmann, K. (1993) (Hg.): *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung*. Weinheim, München: Juventa
- Rappaport, J. (1985): »Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des »empowerment« anstelle präventiver Ansätze.« In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, H. 2, S. 257-278
- Rosenbrock, R. (1982): *Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb*. Frankfurt a.M., New York
- Rosenbrock, R. (1993): »Gesundheitspolitik.« In: K. Hurrelmann/U. Laaser (Hg.), *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag, S. 317-346
- Rosenbrock, R. (1989): »Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturform des Gesundheitswesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung.« In: B. Riedmüller/M. Rodenstein, (Hg.), *Wie sicher ist die soziale Sicherung?* Frankfurt a.M., S. 137-164
- Rosenbrock, R. (1992): »Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe.« In: R. Müller/M.F. Schuntermann (Hg.), *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag*. Zum Gedenken an Alfred Schmidt- Köln: Bund-Verlag
- Rotter, B. (1975): »Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement.« In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Jg. 43, S. 56-67
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1994): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin
- Schwartz, F.W. (1990): »Gesundheitsförderung als zukunftsweisendes Instrument der Krankenversicherung.« In: *Arbeit und Sozialpolitik*, H. 10, S. 346 ff.
- Schwarzer, R. (1992): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen
- Syme, L. (1991): *Individual and Social Determinants of Disease: Experineces and Perspectives*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P91-205. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
- Townsend, P. (1990): »Widening inequalities of health.« In: *International Journal of Health Services*, Bd. 20, 1990, S. 363-372
- Townsend, P./Davidson, N. (1982): *Inequalities in Health. The Black Report*. Harmondsworth: Penguin
- Udris, I./Kraft, U./Mussmann, C./Rimann, M. (1992): »Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept.« In: *psychosozial* 52, Jg. 15, H. IV, S. 9-22
- WHO (1985): *Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa: Einzelziele für »Gesundheit 2000«*. Kopenhagen: WHO
- WHO (1986): *Ottawa Charta for Health Promotion*. An international conference on health promotion »The move towards a new public health«, 12.-21. November 1986. Ottawa
- Zola, I. (1972): »Medicine as an Institution of Social Control.« In: *Sociological Review*, Bd. 20, S. 487-504