

Heft 8

Soziale Prävention

Autor

Jens-Uwe Niehoff

Vorwort zur 3. Auflage

Soziale Prävention gestaltet Lebensbedingungen, die menschlichen Bedürfnissen gerecht werden. Solche Bedingungen müssen sowohl erhalten wie auch immer wieder neu geschaffen werden. Wie diese beschaffen sein sollen und welche davon den Mitmenschen sowie der Umwelt zugemutet werden können, bedarf der demokratischen Vereinbarung. Soweit der Schutz von Menschen und deren Befähigung ihr Leben zu bewältigen, ein Gesellschaftsziel ist, ist soziale Prävention auch ein soziales Kohärenzversprechen. Im Gegensatz zu präventiven individualmedizinischen Interventionen, fordert soziale Prävention Interessen- und Machtkonflikte um die Gestaltung von Zukunft heraus.

Vorsorgliches politisches Entscheiden und gesellschaftliches Handeln sind deshalb die Schlüssel zum Erfolg sozialer Prävention. Das unterscheidet sie grundsätzlich von einer ichbezogenen Achtsamkeit.

Soziale Prävention wirkt mittels Normen für das Gemeinschaftsleben. Normensetzungen werfen jedoch die Frage nach der Selbst- und Fremdbestimmung in den jeweiligen Bevölkerungen auf. Die Bewertung der Bedingungen für das Leben von Bevölkerungen und dessen Zukunftsfähigkeit ist dann unvermeidlich.

Jens-Uwe Niehoff, 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Prävention und sozialer Wandel	717
2	Geschichte der sozialen Prävention	725
3	Themen der sozialen Prävention	740
4	Theorie der sozialen Prävention.....	742
5	Soziale Prävention und Verantwortung	750
6	Soziale Prävention im Wandel	759
6.1	<i>Leitbilder der Gesundheit.....</i>	<i>760</i>
6.2	<i>Leitbilder sozialer Prävention</i>	<i>762</i>
6.3	<i>Regulationskonzepte sozialer Prävention</i>	<i>765</i>
6.4	<i>Leitbildkonflikte der sozialen Prävention</i>	<i>767</i>
6.5	<i>Präventionsleitbilder und Entscheidungsfreiheit</i>	<i>769</i>
6.6	<i>Entscheidungsprobleme sozialer Prävention.....</i>	<i>777</i>
6.7	<i>Methoden sozialer Prävention</i>	<i>783</i>
6.8	<i>Prioritäre Entscheidungsfindungen</i>	<i>787</i>
6.9	<i>Standards und Normen.....</i>	<i>793</i>
6.10	<i>Soziale Prävention und Hoheitliche Pflichten</i>	<i>797</i>
6.11	<i>Soziale Prävention und Sozialverhalten</i>	<i>799</i>
6.12	<i>Bevölkerungsweite präventive Interventionen</i>	<i>804</i>
6.12.1	<i>Präventive Massenscreenings.....</i>	<i>807</i>
6.12.2	<i>Arbeitsmedizinische Eignungsuntersuchungen</i>	<i>810</i>
7	Gesundheitsförderung (Health Promotion).....	814
7.1	<i>Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung.....</i>	<i>819</i>
7.2	<i>Handlungsfelder der Gesundheitsförderung.....</i>	<i>820</i>
7.3	<i>Methoden der Gesundheitsförderung.....</i>	<i>822</i>
7.4	<i>Soziale Prävention und Gesundheitsförderung.....</i>	<i>828</i>
7.5	<i>Gesundheitsförderung und Globalisierung.....</i>	<i>830</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 1: Kriterien zur Beurteilung prioritärer Präventionsprobleme.....</i>	<i>788</i>
<i>Tab. 2: Die Matrix der Präventionskonzepte.....</i>	<i>806</i>
<i>Tab. 3: Handlungs- und Interventionsfelder der Gesundheitsförderung.....</i>	<i>822</i>
<i>Tab. 4: Verflechtung von ökologischen und Problemen der Einkommenssicherung .</i>	<i>831</i>
<i>Tab. 5: Verflechtung von sozialen Konflikten und Gesundheitswirkungen.....</i>	<i>833</i>

1 Prävention und sozialer Wandel

Homo sapiens ist das einzige Lebewesen, das in den Generationenfolgen die gesundheitlichen Verhältnisse seiner Art aktiv verändert.

Seit Beginn der neolithischen Revolution sind solche Wandlungen eine der vielen Facetten der sozialen Evolution. Sie sind das Ergebnis eines beständigen gesellschaftlichen Lernprozesses über das Leben der Art und über Wege, dieses zu verbessern. Dieser Lernprozess betrifft die Potentiale von Homo Sapiens ebenso wie die Hemmnisse diese auch tatsächlich zu entfalten.

Der gesundheitliche Wandel kennt dramatische Katastrophen und große Erfolge. Homo Sapiens hat sich in seiner bisherigen Geschichte jedoch immer als erfolgreicher Gestalter seiner Lebensbedingungen und so auch seiner gesundheitlichen Verhältnisse erwiesen. Allerdings verbraucht er dabei auch seine Lebensbedingungen und macht es zu einer unabweisbaren präventiven und vorrangigen Notwendigkeit, diese zu erhalten und auch wiederherzustellen. Soziale Prävention ist dann ein unabweisbarer Aspekt von Zukunftsgestaltung und der hierbei entstehenden und auszutragenden Konflikte.

Die Gewinne an mittlerer Lebensdauer, die Überwindung der bloßen Naturabhängigkeit, vor allem die des Hungers und großer Epidemien gehören zu dieser Geschichte. Sie sind wichtige Voraussetzungen, um die biologischen Potenziale der Art nutzbar zu machen. Die bisherigen Erfolge nutzen jedoch weiterhin nicht allen unserer Art, und sie geben auch keine Sicherheiten für die Zukunft. Der Erfolg Weniger ging und geht häufig zulasten Vieler. Tiefgreifende soziale Ungleichheiten, vor allem der Widerspruch zwischen einer vergesellschafteten Warenproduktion und der Aneignung ihrer Gewinne durch Einzelne sind zugleich Antrieb und Folge dieser Geschichte. Verteilungskonflikte und der sukzessive Verbrauch der global verfügbaren Lebensgrundlagen gefährden die Zukunft von Homo Sapiens. Dem vorzubeugen ist die letztendliche Aufgabe einer sozialen Prävention, die nur durch aktive Zukunftsgestaltung erreicht werden kann. Alle Diskussionen um die Vermeidung von Krankheiten ist bedeutungslos, wenn die Vernichtung der Bedingungen für das Leben auf unserem Planeten nicht verhindert werden kann. Diese Gefährdung ist keine Folge der Befriedigung essenzieller menschlicher Bedarfe, sondern Folge der Anhäufung gewaltiger Reichtümer durch Wenige weit jenseits dessen, was diese in ihrer Lebenszeit je konsumieren können.

Beispiel

Oxfam (Abkürzung für die 1941 gegründete Organisation „Oxford Committee for Famine Relief“ und seit 1965 ihr offizieller Name) schätzt, dass 85 Personen, also etwa 0,00001% der Weltbevölkerung, über ein Vermögen verfügen, das im Jahre

2014 dem von 50% der Erdbevölkerung entsprach. Das bedeutet aber auch, dass 85 Personen etwa mehr als die Hälfte der globalen Ressourcen für sich nutzen. Ein Prozent der Weltbevölkerung verfügte nach Oxfam über rund 60 Billionen Euro. Analog asymmetrisch ist dann auch die Macht über die Zukunftsgestaltung des Planeten und seiner Bevölkerungen verteilt.

Es ist unsinnig, die Aufgaben der sozialen Prävention von denen einer ökologischen Prävention zu unterscheiden. Beide sind essenziell und untrennbar verknüpft. Die Notwendigkeiten ökologischer Prävention folgen aus der Existenz des vergesellschafteten lebenden Homo Sapiens. Der Megakonflikt sozialer Prävention ist das Ergebnis kaum auflösbarer Interessengegensätze heutiger und künftiger Generationen. Soziale und ökologische Prävention meinen dann das Gleiche: Zukunftssicherung. Sie haben in unterschiedlichen geschichtlichen wie regionalen Kontexten jedoch verschiedene Inhalte und Wertigkeiten.

Soziale Prävention zum Schutz der Gesundheit ist im günstigsten Fall wissenschaftsbasiert und eine von der Mehrheit der Bevölkerungen getragene politische Präferenz. Von diesem „günstigen Fall“ ist ein großer Teil der Menschheit weit entfernt und auch aktiv ausgeschlossen. Das abstrakte Leitbild der sozialen Prävention ist dennoch die Sicherung der existentiellen Voraussetzungen für das Leben von Menschen. Dieses Leitbild muss einschließen, die ungewünschten Folgen unserer heutigen Existenzweise und auch zurückliegender Handlungsfolgen zu korrigieren. Das setzt voraus, dies als notwendig zu erkennen und handlungsleitend zu machen. Das konkrete Leitbild ist für die Mehrheit hingegen die Bewältigung des Lebensalltags unter den jeweils gegebenen regionalen und für den Einzelnen kaum gestaltbaren Bedingungen. Diese sind zudem global von erheblichen sozialen und ökologischen Benachteiligungen geprägt. Es gibt bislang kein Konzept, diese Benachteiligungen auszugleichen, ohne den Verbrauch des Planeten weiter zu forcieren.

Soziale Prävention ist so eine der unabdingbaren Regulationszwänge der vergesellschafteten Lebensweise von Homo Sapiens. Hierzu gehört auch die allgemeine Verfügbarkeit von Wissen und das Leitbild einer hinreichenden sozialen Kohärenz der eine Region bevölkernden Menschen.

Die trotz gewaltiger Katastrophen bislang insgesamt positive Bilanz der epidemiologischen Transition bietet angesichts der heutigen globalen gesellschaftlichen und ökologischen Problemlagen keine Garantien für die Zukunft. Dies ist u.a. die Folge der fortbestehenden erheblichen Benachteiligungen eines großen Teils der Menschheit und der dramatischen Gefährdungen unserer gemeinsamen Lebensgrundlagen. Und es ist auch die Folge der ungleichen Entwicklung, die die Voraussetzung für die Anhäufung von Reichtum ebenso, wie sie die Ursache sozialen Elends und ökologischer Vernichtung ist.

Die epidemiologische Transition war geschichtlich vor allem ein Resultat des produktiven Wandels und der Eingrenzung von Not und Hunger. Das Motiv des Wandels war nie nur der Wunsch, es möge dem Einzelnen besser gehen. Das Motiv war immer

auch, es möge den Mitmenschen besser gehen und ebenso den Nachfolgenden. Spätestens seit Robinson Crouse wissen wir, dass Menschen als Einzelwesen nicht leben können. Jedoch: Der Wandel der Motive des Handelns ist Teil der Zivilisationsgeschichte, deren Resultate sich dann in den Lebenswirklichkeiten spiegeln.

Dass die geschichtlich gewaltigen Gewinne an Gesundheit auch das Ergebnis bewusster und auf Wissen gegründeter präventiver und vorausschauender kollektiver Entscheidungen gewesen wären, kann wohl eher erst seit der industriellen Revolution angenommen werden. Immerhin hat aber Homo Sapiens seine bisherige Evolution erfolgreich überlebt. Prävention war und ist dabei geschichtlich eher ein Nebenprodukt des Wandels der materiellen Lebensgrundlagen als das sie ein vorgedachter (gesundheits-)politischer Entwurf gewesen wäre. Sie folgte den Zwängen elementarer gesellschaftlicher (Über-)Lebensbedürfnisse. Sie folgte eher nicht oder erst sehr spät vorausschauenden Risikoerwägungen und umfassenden vorsätzlichen präventiven Normensetzungen für die sozialen und ökologischen Interaktionen.

Soziale Prävention war und ist Folge gesellschaftlichen Wandels. Es war und ist offenkundig zumeist das primäre Ziel, Herrschaftsmacht zu sichern wirtschaftliche Stabilität zu fördern, soziale Spannungen auf Grund sozialer Benachteiligungen einzugrenzen, die Verfügbarkeit von Arbeitskräften zu vergrößern, Gewaltmonopole zu erhalten und auszuweiten und die eigene Zukunft zu schützen. Im Besonderen letzteres Ziel gewinnt geschichtlich spät als kollektive Absicht an Bedeutung, vor allem erst, seit der Verbrauch der Lebensgrundlagen durch eine unregelmäßige Nutzung der menschlichen Existenzbedingungen als eine allgemeine Bedrohung erlebt wird.

Soziale Prävention wird so geschichtlich erst spät zu einem wissensbasierten und vorsätzlichen politischen Handlungsmotiv. Dies ist mehreren Ursachen geschuldet: den Erkenntnisständen, nicht regulierten Macht- und Bereicherungsinteressen von Minderheiten sowie von konkurrierenden Interessen und gesamtgesellschaftlichen Handlungsunfähigkeiten. Zwar haben Menschen immer versucht, Gefahren abzuwehren und sich zu schützen sowie ihr Zusammenleben zu regulieren, doch kann wohl erst seit etwa dem 18. Jahrhundert vor allem für Teile Europas von einer durch die Wissenschaften geleiteten Prävention als einer hinreichend akzeptierten politischen Strategie gesprochen werden, die für die Mehrheit der Bürger der Staaten auch wirksam wird. Zuvor war Prävention schlicht nur ein Überlebensmotiv und für soziale Eliten Teil ihrer Wohlstandsattitüden sowie eine Strategie der Machtsicherung. Teil dieser Geschichte sind aber auch falsche Annahmen über das was die Gesundheit schützt.

Beispiel

Der zweifache Nobelpreisträger Linus Pauling (1901-1994) folgte bei ansonsten unbestreitbaren großen Leistungen der pseudowissenschaftlichen Idee, Vitamin C in hohen Dosen genommen, sei im Falle von „Erkältungen“ ein wirksames Therapeutikum. Vitamin C war nach seiner Überzeugung auch ein wirksames

Prophylaktikum gegen Krebs. Von diesen unhaltbaren Thesen unberührt, gründen ganze Wirtschaftsimperien ihre Geschäftsmodelle weiterhin auf den Thesen dieser sog. orthomolekularen medizinischen Prävention.

Der Blick auf die Gesundheitsverhältnisse heutiger Bevölkerungen erlaubt zwei Feststellungen. Die eine besagt, diese Verhältnisse spiegelten alle für die jeweiligen heutigen Bevölkerungen relevanten Gesundheitsgefährdungen. Die andere besagt, dass diese Verhältnisse alle bisherigen geschichtlichen Erfolge der Prävention repräsentieren würden. Es stellt sich dann aber auch die Frage, ob es so etwas wie einen idealen präventiven „Endzustand“ gibt und welche Merkmale diesen auszeichnen würden. Die dann wichtigste Frage wäre, ob dies ein Zustand maximaler Homogenität oder ein Zustand der maximalen Heterogenität und Varianz der physio-psychischen Phänomenologie von Homo Sapiens wäre. Die hieraus herzuleitende nächste Frage lautete dann, welche regulatorischen Bedingungen für solche „Endzustände“ jeweils erfüllt sein müssten. In jedem Fall wären sie das Ende aller Impulse für Wandel und Veränderung. Sie bedeuteten Stillstand und eine Art präventives Schlaraffenland. Einen solchen Zustand wird es nie geben, und es gibt auch keine guten Gründe, ihn für erstrebenswert zu halten.

Soziale Prävention steht dennoch in dem Grundkonflikt von beständigen Wandlungsbedarfen und -zwängen und der Illusion einer perfekten Welt. Die Kernfrage sozialer Prävention ist also die nach den Bedingungen unter denen Bevölkerungen leben, leben wollen und tatsächlich leben können. Sie bezieht sich folglich immer auf die Verhältnisse, die Bevölkerungen zueinander und zu ihren Lebensumwelten haben, die sie zudem in erheblichem Umfang selbst schufen. Vorstellungen, Prävention sei ein Leben im Einklang und in Harmonie mit der Umwelt sind realitätsfern, zukunftsfeindlich und bestenfalls elitäre Lebenskonzepte.

Soziale Prävention ist Verhältnisprävention und gesellschaftlicher Wandel.

Die „Verhältnisse“ oder Bedingungen unter denen Homo Sapiens lebt sind neben den natürlichen Gegebenheiten (Ressourcen, Klima, naturgebundene Gefahren etc.) vor allem die von ihm als Art, nicht als Einzelwesen, erzeugten Lebensbedingungen. In Bezug auf diese Bedingungen entwickelt er die Art und Weise seines Alltagslebens (Lebensstile) und gibt sie an die nächste Generation weiter. Für die Zugänge der Sozialmedizin zur Verhältnisprävention ist deshalb von Belang, dass die Lebensverhältnisse von Menschen deren individuelle Lebensstile nachhaltig prägen. Lebensstile sind dann alle relativ stabilen und nur schwer veränderbaren Verhaltensweisen, die in ihrem Gesamtzusammenhang die Beziehungen von Individuen zu sich und zu ihrer Umwelt prägen. Lebensstile charakterisieren die Individualität, und deren Vielfalt das gesellschaftliche Leben. Sie sind in erheblichem Umfang von der Bildung, den

sozialen Leitbildern und den (positiven) Erfolgsversprechen und -erfahrungen von Familien und sozialen Gruppen und wiederum jeweils deren Erfahrungswelten bestimmt. Gruppenzugehörigkeiten und Gruppenanerkennung prägen so die Rahmenseetzungen und Leitbilder des Gesamtverhaltens, darunter auch die gesundheitsrelevanten Verhaltensmuster (siehe hierzu auch Dahrendorf, R.: *Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der sozialen Rolle*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 17. Auflage 2010).

Aktive Verhältnisprävention normiert immer auch die Lebensstile von Individuen. Verhältnisse und Verhalten können folglich nicht getrennt bewertet werden. Dieser Zusammenhang spielt heute auch in gesundheitsbezogenen Marketingstrategien und -techniken eine Schlüsselrolle. Die Methodik der Erzeugung eines gewünschten Konsumverhaltens und entsprechender Kaufentscheidungen, ist zumeist an die Lebensverhältnisse der adressierten Käuferschichten und an die in diesen sozialen Milieus präferierten Leitbilder sehr präzise adressiert. Das gilt im Besonderen auch für so zentrale Lebensstilaspekte wie das Ernährungs- und das Risikoverhalten, die bildungsabhängigen Gesamtverständnisse der jeweiligen Lebensbedingungen, die auf die Gesundheit bezogenen Handlungsmotivationen oder die Fähigkeiten und sozialen Möglichkeiten, das eigene Leben aktiv zu gestalten.

Beispiel

Das Rauchen ist zweifellos eine sehr wirksame Gesundheitsgefährdung. Dieses Wissen reicht jedoch nicht für eine wirksame soziale Prävention. Eine Studie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat deshalb untersucht, wer die „Raucher“ sind, für die Präventionskonzepte jeweils zu konzipieren wären („Deutsche Befragung zum Rauchverhalten – DBRA; https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/abteilung_fuer_allge-meinmedizin_id304/dateien/Projekte/Projekt_DEBRA_fin.pdf; Zugriff 05.03.2017). Die Studie bestätigt das vorliegende Wissen: „Sowohl beim Schulabschluss als auch beim Haushaltsnettoeinkommen zeigte sich ein (...) Zusammenhang“. Je niedriger Bildungsgrad und Einkommen, desto höher ist der Anteil an Rauchern. Vor allem in bildungsfernen und armen Schichten ist der Tabakkonsum hoch. Außerdem sind den Wissenschaftlern zufolge sozial schwächere Bevölkerungsgruppen weniger erfolgreich bei dem Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören. (<https://web.de/magazine/gesundheit/studie-rauchen-arme-schlecht-gebildete-rauchen-32905020>, Zugriff 06.09.2018)

Unter den auf Lebensstile begrenzten Präventionskonzepten der Minimierung „horizontaler Ungleichheit“ werden die Probleme der „vertikalen Ungleichheit“ oft ausgeblendet. Wirksame Prävention verlangt jedoch beiden sehr spezifische Aufmerksamkeit zu widmen. Dabei gibt es keinen Grund zur Entgegensetzung von Verhältnis- und Verhaltensprävention, ein Sachverhalt, der im Kontext von Präferenzentscheidungen für das sog. „Health Belief Model“ (siehe unten) erneut aufgegriffen werden muss.

Der Wandel von Gesundheitsgefährdungen und deren sozialstrukturelle Verteilung sind prominente Gegenstände der sozialmedizinischen Analytik. Hier begegnet Sozialmedizin dem Handeln der gesellschaftlichen Akteure. Wer dann sozialen Wandel fordert, muss akzeptieren, dass Prävention maßgeblich ein normatives Handlungskonzept ist. Das verlangt gesellschaftliche Konsense, aber auch Kontrollen und Sanktionen. Soziale Prävention berührt Interessen, ist unvermeidbar konfliktgeladen und ggf. repressiv und freiheitsbegrenzend. Die Alternative ist der Verzicht auf soziale Prävention und die Begrenzung auf Appelle und Zwänge zur Lebensstilkorrektur, z.B. durch aktive Preisgestaltungen.

Die medizinischen Fachgebiete können zur sozialen Prävention nur Beiträge leisten. Sie haben nicht die legale Definitions- und auch nur begrenzt die Handlungskompetenz zur Änderung von Lebensweisen. Ihre wichtigsten Beiträge sind die Bereitstellung und die Distribution von Wissen über die Ätiologie und die Pathogenese von Krankheiten, über spezifische individuelle Lebensbedürfnisse im Falle von Kranksein und Behinderung sowie über Lebensbedingungen, die es Menschen ermöglichen, ihre Erwartungen an das Leben zu realisieren. Und hierzu gehört auch der Schutz von Menschen, die für ihre Bedürfnisse nicht selbst eintreten können.

Wissen kann die Medizin der Öffentlichkeit sowie im unmittelbaren Kontakt mit Patienten beratend und interventiv verfügbar machen. Ihre Wirkungen bleiben jedoch mehrheitlich auf den Kontakt mit Patienten begrenzt. Prävention ist folglich nur denen verfügbar, die diesen Kontakt suchen und sich aktiv (auch) um Prävention bemühen. Dieser Kontakt ist zumeist an diagnostische und therapeutische Ziele, bzw. konkrete individuelle Krankheitszustände gebunden. Prävention bleibt im Kontext der medizinischen Versorgung so auf deren Ziele begrenzt. Sie erreicht Personen, die (oft dauerhaft) behandlungsbedürftig und im Gefolge des demografischen Wandels mehrheitlich älter als der Bevölkerungsdurchschnitt sind. Die Mehrheit der Menschen erreicht sie nicht.

Eine herausgehobene Bedeutung hat Prävention hingegen für solche medizinischen Fachgebiete, denen von der Legislative explizite Präventionspflichten als exekutive Aufgaben zugewiesen sind. Wenngleich unterschiedlich organisiert und handlungsmächtig, verfügen praktisch alle Staaten hierzu über Strukturen und Institutionen. Deren typische Aufgaben sind neben der präventiven Begleitung von Schwangerschaft und frühem Kindesalter, vor allem an solche medizinischen Spezialisierungen gebunden, deren Wissenschafts- und Praxiskonzepte auf Gesamtheiten von Menschen orientiert sind. Das betrifft auch Leistungen zur präventiven Krankheitsfolgenbewältigung und zur Sicherung der funktionellen Gesundheit (Rehabilitation). Die für solche Aufgaben etablierten Organisationsstrukturen und Fachbezeichnungen variieren global erheblich, finden sich aber alle gemeinsam in einem bevölkerungswirksamen Handlungsanspruch im Auftrag der Legislative wieder (Public Health).

Soziale Prävention wirkt durch legale Normen gesellschaftlich interventiv. Sie ist ein Gestaltungsfaktor des sozialen Lebens. Dieser erweitert prinzipiell den Zugang zur Prävention und thematisiert das Verhältnis von Individuum, Gesellschaft und der

Macht relevanter Akteure. Sie ist konfliktbeladen, weil Menschen als Einzelwesen nur sehr begrenzt die Verfügungsmacht über ihr Leben haben und ihr Individualitätsverständnis oft die Autonomie von Risikoentscheidungen einschließt. Wenige haben hingegen über das Leben von Menschen in erheblichem Ausmaß Entscheidungsmacht. Zudem vermögen es Politiken in den vielfältigen präventiven Handlungsfeldern oft nur begrenzt, ihren Machtanspruch gegen andere, vor allem wirtschaftliche Interessen durchzusetzen. Soweit Präventionsnormen legalisierte Normen sind, erzwingt deren Verletzung die Frage nach der Schuld. Deren Feststellung verlangt ggf. auch die medizinische Sachverhaltsermittlung.

Die sozialen Verhältnisse umfassen somit

- die Ziele, die Art und die Weise der Produktion und der Nutzung natürlicher Ressourcen
- die Verteilung und Zugänglichkeit der Existenzmittel sowie deren Definition
- die Regulationen der Austauschverhältnisse zwischen den Menschen und mit ihrer Lebensumwelt

Dies sind Präventionsfelder, die individuell lebensstilprägend zugleich aber auch sozialspezifisch sehr verschieden sind oder sein können.

Soziale Prävention ist durch die jeweiligen Bedarfe und Möglichkeiten der Eingrenzung von lebensumweltlichen Gesundheitsgefahren bestimmt.

Die Lebensumwelten sind global längst und weitestgehend vom Menschen verändert und gestaltet. Sie sichern Wenigen nahezu unbegrenzte Macht und materielle Verfügbarkeiten, reduzieren Viele jedoch auf ein Dasein als Konsumenten, reduzieren Menschen zu Verbrauchern und benachteiligen einen erheblichen Teil der globalen Bevölkerung in der Teilhabe an einem selbstbestimmten Leben. Prävention ist so eine soziale Ordnungs- und Kontrollkraft, die jeweils abzuwägen hat, wo die Grenze zwischen der Regulation der Lebensweise und der Regulation von individuellen Lebensstilen gezogen werden muss. Es geht dann immer auch um die Instrumente der Regulationen. Verbote, Appelle, Aufforderungen, Kontrollen, Haftungen, Strafandrohungen, Ratsschläge und Hilfen sind typische Instrumente der Regulation. Mit der Diskussion um sog. *nudge* (siehe unten) kommen auch neue hinzu. Viele bewirken allerdings auch Repression und dann auch Widerstand.

Wenn Bevölkerungen die Bedingungen ihres Lebens selbst gestalten, erzeugen sie auch ihre (räumlichen und zeitgebundenen) Existenzbedingungen und verändern sie zugleich. Die Lebensweise schafft so den Rahmen für die Entstehung individueller Lebensstile und Verhaltensmuster, ggf. die Notwendigkeiten für deren Sanktionierung. Dieser Rahmen ist in vielfacher Hinsicht als das Möglichkeitsfeld kollektiver wie individueller Existenz zu beschreiben und zwingend an Verantwortung gebunden.

Eine für die Prävention zentrale Frage ist die nach der Entscheidungsmacht, bzw. nach der Verteilung dieser Macht in einer Bevölkerung. Da Entscheidungen zur Prävention, gleichgültig, ob diese die allgemeine Lebensweise oder die individuellen Lebensstile betreffen, Präferenzentscheidungen sind, sind entsprechende

Entscheidungsmechanismen ein Kernproblem sozialer Prävention. Soziale Prävention ist aber an mindestens einen grundlegenden Konsens gebunden. Dieser Konsens besagt, dass die gesellschaftlichen Existenzbedingungen das Resultat von Entscheidungen handlungsmächtiger Akteure sind und deren Entscheidungen der Legitimation bedürfen. Entscheidungsoptionen setzen Freiheit, im elementarsten Sinne die Freiheit von Not und Zwang voraus. Soziale Prävention verlangt also die Anerkennung gesellschaftlicher Handlungsbedarfe auch im Konflikt mit individuellen Interessen und die Freiheit, diese Konflikte auch auszutragen.

Zwei gegensätzliche Sichten stehen einander gegenüber. Die eine erwartet die Unterwerfung des individuellen Wollens unter den Willen „Aller“. Offen bleibt dann, wer diesen Willen formuliert, vertritt und durchsetzt. Eine andere Sicht verzichtet auf eine soziale Verantwortung und macht die Verantwortung eines jeden Menschen ausschließlich für sich selbst zum alleinigen Maßstab des Handelns. Dies wäre für etliche der Traum von einer deregulierten Lebensweise, in der sich der Stärkere durchsetzt und für sich reklamieren darf, deshalb auch der Bessere zu sein.

2 Geschichte der sozialen Prävention

Soziale Prävention ist Teil der vom Menschen geschaffenen Lebensordnungen.

Die Geschichte der Prävention ist nicht geschrieben. Das kann hier auch nicht geleistet werden. Wichtig ist allein festzuhalten, dass seit der neolithischen Revolution der soziale Wandel immer von einem Wandel der Präventionsbedarfe wie auch vom Wandel der Reaktionen auf diese Bedarfe begleitet war. In diesem Zusammenhang muss dann auch verstanden werden, dass die Freiheitsgrade für die Gestaltung der Lebensverhältnisse geschichtlich zunächst immer auch erworben werden müssen. Dieser „Erwerb“ geht dann auf die Erschließung neuer Lebensperspektiven (Wanderung, Verdrängung, Urbarmachung, Erschließung von Ressourcen und deren Sicherung, Warenproduktion, Urbanisierung etc.) zurück.

Bedarfe und Antworten auf sie sind Spiegel der Zeit. Bedarfe folgen dem Notwendigen, dem, was jeweilig den abzuwendenden Gefährdungen zeitgeschichtlich zwingend zuzurechnen ist. Das Handeln spiegelt hingegen das Wissen der Zeit, die Potentiale zur Gefahrenabwehr und die Interessen der politischen Mächte, Notwendiges zu tun. Wo Wissen endet, beginnen der Glaube, die verzweifelte Hoffnung und die Irrationalität auch des präventiven Handelns. Das hat sich bis heute auch nicht geändert. Eine „evidence based prevention“ findet trotz aller Fortschritte auch in der Gegenwart ihre Grenzen am Irrtum, am Nichtwissen, an tradierten Verhaltensweisen und oft auch nur am Glauben an die Botschaften des Produktmarketing. Fakten haben dann häufig gegen Meinungen, Glauben, Vermutungen, Befürchtungen, Traditionen und Unwissen keine Chance. Die Geschichte der Prävention ist so selbst eine der Facetten der Zivilisations- und Erkenntnisgeschichte von Homo Sapiens.

Soziale Prävention hieß geschichtlich zunächst nur, das Überleben der Gruppe zu sichern, für Nahrung zu sorgen, vor der Umwelt Schutz zu suchen, sich gegen Gewalt zu verteidigen und wenn nötig, den Lebensort zu wechseln. Soziale Prävention ist gemeinschaftliches Wollen und Handeln und gegen Individualinteressen deutlich abzugrenzen. Die hieraus entstehenden Konflikte wird es wohl schon geben, seit es vergesellschaftetes Leben gibt. Bestenfalls haben sich die Methoden der Konfliktlösung geändert. Privilegiert waren Lebensorte, an denen die Natur reichlich versorgte. Die frühen archaisch lebenden Gruppen konnten ohne solidarische Prinzipien dennoch nicht überleben. Deren rigorose Durchsetzung war ein zwingendes Ordnungsmuster, das weitgehende Gleichheit erzwang. Freiheit hieß also immer auch in solidarischer Gemeinschaft zu leben.

Beispiel

Zu den großen und bedeutsamen Gesundheitsgefahren auch der europäischen Vergangenheit gehörte die Lepra. Die Betroffenen, die sog. Aussätzigen, mussten

*außerhalb der Städte leben. Das sog. 3. Laterankonzil beschloss 1179: „Die Lep-rakranken dürfen nicht mit den Gesunden zusammenleben.“ Sie waren so im Sinne des Wortes „Ausgesetzte“. Das Lukas Evangelium 16:19-21 gibt dieser „Präventi-onsmaßnahme“ noch eine andere Deutung: „Es war einmal ein reicher Mann, der sich in Purpur und feines Leinen kleidete und Tag für Tag herrlich und in Freuden lebte. Vor der Tür des Reichen aber lag ein armer Mann namens Lazarus, dessen Leib voller Geschwüre war. Er hätte gern seinen Hunger mit dem gestillt, was vom Tisch des Reichen herunterfiel. Stattdessen kamen die Hunde und leckten an sei-nen Geschwüren.“ Die Verbreitung dieser Krankheit folgte den sich im Mittelalter ausweitenden Handelsbeziehungen und den christlichen Eroberungskriegen im Nahen Osten. Sie verschwand allerdings auch wieder aus Europa, ohne dass es hierzu erklärende spezifisch wirksame Präventionsprogramme gegeben hätte. Die Lepra ist so ein prominentes Beispiel für die Wirksamkeit der Verhältnispräven-tion. (Siehe hierzu auch McKeown, T. (1976): *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?* Basil Blackwell, Oxford.)*

Mit der Ansammlung von Reichtum und Rechten Weniger in der sog. Antike wurden öffentliche karitative Leistungen Grundlagen des Erhalts der gesellschaftlichen Sys-teme und der Begrenzung sozialer Konflikte. Dies war wohl auch der Fall, wenn größer werdende Agglomerationen von Menschen in Dörfern und Städten zu komplexeren sozialen Differenzierungen und ordnenden Regeln führten. Zu diesen gehörten vor allem solche für das Gemeinschaftsleben, auch hygienische Normen und deren Durch-setzung. Die Schriften des Konfuzius, des Zoroaster oder des Deuteronomiums ge-ben hierfür bis weit in die Vergangenheit des feudalen Zeitalters zurückreichende wichtige Belege (siehe hierzu auch Heft 4). Teil der Prävention waren aber offenbar immer auch Bestrafungen, Ausschlüsse aus der Gemeinschaft und auch Tötungen.

Beispiel

Der Ausschluss behinderter und kranker Menschen aus der Gesellschaft und die Forderung nach ihrer Tötung, z.B. durch Platon, Aristoteles und Seneca sind frühe mitgeteilte Zeugnisse, entsprechende Praktiken dürften älter sein. Die Verfolgung und Tötung sog. „Hexen“ im europäischen frühen Mittelalter, aber auch in der Gegenwart einiger afrikanischer Kulturen reihen sich hier ebenso ein, wie die rassis-tischen Verbrechen und die Verfolgung von „fremden“ Religionen, der Sozialdarwi-nismus, die Verfolgung von Juden, „rassische“ Säuberungen, Genozid, Euthanasie und die Verfolgung Andersdenkender oder der Strafvollzug auch an psychisch Kranken. Interpretationen von medizinischen Hilfebedarfen als selbstverschuldet sind hier ebenso zuzuordnen.

Mit der wachsenden Eigenproduktion von Existenzmitteln wurde deren Lagerung und dann auch Verteilung ein Element der Vorsorge. Die Ungleichheit im Zugang zu den Nahrungsmitteln, die Privatisierung von Grund und Boden, aber auch die Arbeitstei-lung und die Privilegierung von Wissen und Macht erzeugten soziale Ungleichheit.

Diese spiegelte sich immer auch in den gesundheitlichen Verhältnissen und bewirkte Unfrieden, wie auch Bemühungen um die Legitimation von Ungleichheiten und Benachteiligungen als höherer Wille. All dies waren zugleich die Begleiter sich etablierender, sich verfestigender und sich weiter differenzierender sozialer Strukturen. Im Erfolgsfall folgte hieraus eine Vergrößerung der Menschengruppen, die unter urbanen Bedingungen lebten und immer auch zu einer Zunahme der Ordnungsbedarfe führte. Differenzierung stabilisierte zugleich die sozialen Strukturen, gefährdete sie aber auch im Falle der Erfolgslosigkeit.

Die Aufbrüche der Menschheit in ein besseres Leben mündeten immer wieder auch im Verfall und in Krisen. Die Ausbreitung von Seuchen, die räuberisch motivierte Unterwerfung anderer Völker, die Kolonialisierung, die Sklavenhaltung, Rechtlosigkeit, Benachteiligungen und Frondienste machten und machen die Schaffung „gerechter“ Welten zu einem vordringlichen Präventionsziel. Prävention war so immer ein Aspekt der sozialen Konflikte und Angst war ihr Motor.

Mit der industriellen Revolution verschwanden in Westeuropa allmählich die frühen Formen der feudalen Machtstrukturen und Produktionsweisen sowie ihrer Formen des Warenhandels. Diese hatten eine Lebensweise geprägt, die Eigentum in den Händen einiger Familien konzentrierte und der übergroßen Mehrheit Not, bedingungslose Abhängigkeit, schwerste Benachteiligung und vor allem auch tiefe Unbildung ließ. Für etliche Bevölkerungen auf allen Kontinenten hat sich das bis heute auch nicht oder nur graduell geändert.

Die Industrialisierung leitete schließlich gesellschaftliche Wandlungsprozesse ein, die zunächst zwar nur Wenige, dann aber auch für größere Teile der Bevölkerungen von einer sukzessiven Verbesserung der Lebensverhältnisse, die gesundheitlichen eingeschlossen, gefolgt war oder zumindest hierzu Hoffnung ließ. Die Regulation der Arbeit, Verbote der Kinderarbeit, Schulpflichten, eine durch Wissenschaft begründete Hygiene vor allem des städtischen Lebens, die Kolonialisierung des amerikanischen Kontinents und die Plünderung Afrikas, Asiens und Australiens schufen für einen Teil der Weltbevölkerung Verhältnisse, die auch in den gesundheitlichen Bedingungen ihre Niederschläge fanden. Wenngleich als sozialer Modernisierungsprozess für Teile der Weltbevölkerung zu beschreiben, hatte auch dieser Wandel viele Opfer. Industriearbeit (auch durch Kinder geleistet), die nicht bewältigte Urbanisierung, Kriege, Kolonialisierung, der Verlust tradierter sozialer Strukturen, Entwurzelung oder die Verschärfung sozialer Unterschiede, Umweltzerstörungen in nicht gekanntem Ausmaß sowie eine kaum gezügelte Ausbeutung von Mensch und Natur hatten, lokal wie global, dramatische Folgen. Sie bewirkten für die Einen Chancen. Für die Anderen bedeuteten sie Massenelend, auch mit der Folge großer Ungleichheiten in den Gesundheitsverhältnissen der „neuen“ Zeit.

Die Geschichte der Prävention unterliegt spätestens seit dem Beginn der industriellen Revolution und der ihr folgenden Massenproduktion von Waren einem paradigmatischen Wandel. Dieser Wandel kann als ein dramatischer Schub in der Vergesellschaftungsgeschichte und des Übergangs von einer vor allem agrarischen Lebensweise

innerhalb feudaler Ordnungsmächte zu einer Lebensweise mit bürgerchaftlichen staatlichen Ordnungen beschrieben werden. Er kann aber auch als eine Geschichte weitgehend neuer sozialer Differenzierungsmechanismen gesehen werden, denen immer auch gesundheitliche Differenzierungen folgten. Es machte für die Eigner der Produktionsmittel und der Waren keinen Sinn, diese nur anzuhäufen. Sie mussten auch verkauft werden. Es endete langsam eine Zeit, in der die Mehrung von Reichtum durch feudale Plünderungen und Diebstähle möglich war. Das neue Kredo hieß Industriearbeit. Die Massenproduktion von Waren verlangte Käufer und der Gewinn an Reichtum hing von deren Kaufkraft ab. Zudem waren soziale Spannungen und Unruhen dem Gewinnziel abträglich. Die, auch gesundheitliche, Verelendung war den Wirkprinzipien des heranwachsenden Industriezeitalters nicht hilfreich.

Die Übergänge in das neue Zeitalter änderten schrittweise, aber grundlegend, die Regulationsinteressen für das soziale, vor allem aber das wirtschaftliche Leben. Die Mechanismen der Eigenversorgung gepaart mit gewaltigen Abgabelasten an feudale weltliche und kirchliche Landeigentümer, eng verbunden mit schwerster Arbeit und erheblicher Not, gegründet auf Rechtlosigkeit, Gehorsam und Bildungsmangel, widersprachen den Produktions- und Verteilungsbedürfnissen einer sich schrittweise verändernden industriellen Lebenswirklichkeit. Landflucht war eine der Folgen, Slumbildung und Kriminalisierung, Alkoholsucht und Prostitution, aber auch eine große Zahl von Kindern ohne Familien waren weitere Folgen. Prävention hieß nun vor allem Sicherung der sozialen Ordnungsgefüge durch die Macht des Staates, sie hieß Hygiene, Sanierung der Lebensverhältnisse und Schulpflicht sowie Fürsorge für Alte, Arme, Behinderte und Kranke.

Vor allem die Staaten Westeuropas traten seit dem 18. Jahrhundert mit unterschiedlichem Tempo und Erfolg in diese geschichtliche Zeitenwende ein. Erhebliche städtische Agglomerationen von Menschen in den neuen Zentren der industriellen Produktion, die Industriearbeit und die Urbanisierung erzeugten soziale und umwelthygienische Probleme, deren Bewältigung existentielle Bedeutung für ganze Staaten erlangte. Es bedurfte neuer Infrastrukturen der Versorgung und Entsorgung, einer zumindest elementaren Bildung sowie der Sicherung hinreichender sozialer Stabilität im Falle von Krankheit, Behinderung und Alter sowie für die große Zahl elternloser Kinder. Die Sicherung des Zugangs zu Trinkwasser, bzw. trinkbarem Wasser und zu Nahrungsmitteln, zu Kleidung und Obdach wurden gesellschaftliche Existenzbedingungen. Das galt in gleicher Weise für die Sicherheit vor Gewalt und Kriminalität im Alltagsleben oder für die ökonomische Sicherheit im Alter und im Falle von Krankheit oder für Frauen, die mit ihren Kindern ohne Schutz waren.

Die Schaffung sozialer und urbaner Infrastrukturen, die legale Regulation des wirtschaftlichen wie des Alltagslebens, elementare Formen des Gesundheitsschutzes, vor allem die Regulation des Arbeitslebens, die „Befriedung“ sozialer Konflikte und die Vermeidung von Epidemien wurden Aufgaben, auf die dringlichst reagiert werden musste. Die außergewöhnliche Differenzierung der Existenzweisen, die „Vergesellschaftung“ von neuen Gesundheitsgefahren und die Entstehung von Massenelend waren ein Aspekt des sozialen Wandels. Ein anderer Aspekt betraf die neu

heranwachsenden Bildungsbedürfnisse einer entstehenden Industriearbeiterschaft und betraf auch die Regulationszwänge insbesondere des städtischen Lebens.

In Hessen gab im Jahre 1837 mit seiner „Fabrikrede“ der Ritter von Buß (1803-1873), u.a. Arzt, Theologe, Staatsrechtler und Politiker, hierfür ein bedeutsames erstes, wenngleich wirkungsloses parlamentarisches Signal. Der katholische Staatsrechtler und Abgeordnete forderte, die Industrialisierung mit sozialpolitischen Zielen zu vereinen. Er verlangte staatliche Hilfs- und Bildungsmaßnahmen und staatliche Hilfen bei Existenzgründungen für die Opfer der Industriearbeit, Arbeitszeitbegrenzungen und Unfallschutz.

Vor allem aber wuchs die Einsicht, dass die vorfindlichen Gesundheitsverhältnisse keine „göttliche Ordnung“ waren, wie die Süßmilch (*J. P. Süßmilch: Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben. Verlag Daniel August Gohls, Berlin 1742*), noch vermutete, sondern durch den Menschen verändert werden konnten. Nicht nur die Abwehr von dramatischen hygienischen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, auch die Versorgung Kranker und das wachsende Interesse an der „Amortisierung“ von Investitionen in die Berufsbildung durch die Vermeidung „vorzeitigen“ Sterbens forderten soziale Präventionskonzepte und ihnen folgende Maßnahmen.

Die neue Lebensordnung bedurfte des Wachstums der Bevölkerungen, hinreichenden sozialen Friedens, mehr Bildung und strikte urbane Ordnungsgefüge. Neben der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit sowie der Tuberkulose, der Cholera und dem Typhus, aber auch sexuell übertragbaren Krankheiten waren es vor allem die dramatischen industriebedingten Umweltprobleme (Wasser, Boden und Luft), die hygienischen Gefährdungen durch die Trinkwasserversorgung und die fehlende Entsorgung von Fäkalien und Abfall, die dramatische Herausforderungen waren. Vor allem der Typhus und die Cholera ließen in den Städten die Etablierung hygienischer Standards zu existentiellen Herausforderungen werden.

Es entstand ein neuer Begriff, der der „Volksgesundheit“. Er wurde zu einem wichtigen Aspekt der Herausbildung des neuen bürgerlichen Staatsmodells und zu einem Symbolbegriff für scheinbar von Allen gemeinsam erfahrenen Bedrohungen. „Volksgesundheit“ wurde zu einem Identifikationsbegriff gemeinschaftlicher Sorge und Prävention und hatte zudem den Vorteil, für nahezu jegliches politische Programm nutzbar zu sein.

In den diesen Anfängen der industriellen Revolution folgenden etwa zwei Jahrhunderten wurden die Folgen dieses Wandels zu außergewöhnlich wirksamen Determinanten des sozialen, des epidemiologischen und des demografischen Wandels. Einige wichtige Aspekte lassen sich verallgemeinern, obwohl die Bevölkerungen der Erde in diese Revolution zu unterschiedlichen Epochen eintraten und sie verschieden durchliefen oder heute gerade erst beginnen, sie zu durchschreiten. Die typischen gesellschaftlichen Präventionserfordernisse waren nun

- die Stabilisierung der sozialen Ordnungen durch die Sicherung des inneren sozialen Friedens und einer hinreichenden Homogenität von Verhaltensmustern und gesellschaftlichen Wertevorstellungen für das Gemeinschaftsleben,
- die Regulation des Lebens durch soziale (informelle und legale) Normen, die Vermittlung solcher Normen, ihre Kontrolle und die Sanktionierung von Normenverletzungen,
- der Erhalt der produktiven Funktionalität von Menschen durch die Sicherung der Reproduktion, der Arbeitsfähigkeit und der militärischen Verwendbarkeit, spezifisch von Männern,
- die Selektion von Menschen nach klassifizierenden Wertekonzepten,
- Konzepte einer Gesundheitspflicht des Einzelnen und von Familien gegenüber religiösen Ordnungsideen, gegenüber der Gesellschaft und dem Staat,
- die Urbanisierung und schrittweise „soziale Hygienisierung“ des gesellschaftlichen Lebens,
- die Auseinandersetzung mit übertragbaren Krankheiten (Lepra, Pocken, Pest, Cholera, Typhus, Tuberkulose, Syphilis, Influenza etc.),
- Mangelkrankheiten (Hunger, Skorbut, Rachitis etc.).

Im Besonderen die Schaffung hygienischer Regeln für das städtische Leben und für die Fabrikarbeit sowie die schrittweise Überwindung des Nahrungsmangels waren Ergebnisse der dramatischen gesellschaftlichen Umwälzungen im Gefolge der industriellen Revolutionen. Die globalen Bevölkerungen durchlebten und durchleben diese Veränderungen zu unterschiedlichen Zeiten und mit unterschiedlichem Erfolg. Die Brechung von Bildungsmonopolen und die Entstehung einer qualifizierten Arbeiterschaft, aber auch die eines vermögenden Bürgertums erweiterten die Lebensziele über das nackte Überleben hinaus. Arbeiter wollten Kleinbürger werden. Sozialer Aufstieg wurde so ein Präventionsmodell. Nur die Zunahme der Produktivität der Arbeit vermochte allerdings, Menschen von einer Arbeit zu befreien, die ausschließlich der nackten Existenzsicherung diene.

Nicht nur die Begrenzung der Gefährdungen durch übertragbare Krankheiten durch die Sanierung der Lebensbedingungen und durch die Formulierung von Lebenszielen jenseits des Überlebens (Kultur, Genuss, Selbstverwirklichung, Bildung, Wissenschaft, Globalisierung der Weltwahrnehmung etc.) schufen neue Kontexte für Leitbilder der Prävention und der Gesundheit.

Die großen sozialen Präventionserfolge verbanden sich mit den geschichtlichen Umbrüchen in der Produktion. Der Übergang von der bäuerlichen und vorindustriellen zur industriellen Warenproduktion war mit massiven sozialen Umwälzungen verbunden. Land-Stadt-Wanderungen, die Auflösung tradierter Familienverbünde, neue soziale Differenzierungen, industrielle Kinder- und Frauenarbeit, neue Arbeitsrisiken und übertragbare Krankheiten aller Art veränderten die Gesellschaften. Es entstanden aber auch neue soziale Regelungszwänge, die das hygienische wie auch das materielle Elend betrafen. Mit der Entfaltung der kapitalistischen Produktionsweise entstanden

so neue Gesundheitsgefährdungen, aber auch neue und erhebliche Präventionspotenziale.

Die Gefährdungen betrafen die neuen Infektionsrisiken und Arbeitsgefährdungen, die enormen Probleme der Trinkwasserversorgung und Abfallbeseitigung. Hygiene und Sozialausgleich wurden existenzielle Bedingungen, ebenso Bildung und vor allem Berufsbildung sowie die Armutsbekämpfung und die Fürsorge für Invalidisierte, für Alte und für elternlose Kinder. Neben dem „neuen“ arbeitsbedingten Krankheiten, der Influenza, den Unfall- und Gewaltfolgen waren vor allem die Cholera, der Typhus und die Tuberkulose die Schrecken der Zeit. Diese Schrecken hatten allerdings für die verschiedenen sozialen Schichten jeweils unterschiedliche Bedeutung und so blieben auch die Sichten auf politische Handlungsnotwendigkeiten sehr verschieden.

Beispiel

Louis-Rene Villermè (1782-1863) gilt als einer der französischen Pioniere der Arbeits- und der Sozialhygiene. Er beschrieb sehr früh Phänomene der sozialspezifischen Verschiedenheit des menschlichen Phänotyps und führte diese auf die Lebensbedingungen schon der Kinder zurück. Analoge Beobachtungen berichtete er auf der Grundlage soziodemografischer Studien auch für die mittlere Lebensdauer sowie die Morbidität. An Findelhäusern ließ er Schilder mit der Aufschrift anbringen „Hier lässt man Kinder auf Staatskosten sterben.“. Seine Studie zu den Gesundheitsfolgen der Arbeit von Webern und Textilarbeitern an 760.000 Arbeitern und Arbeiterinnen gehört bis heute zu den bedeutendsten Gesundheitssurveys, die es je gegeben hat.

Beispiel

Das englische „sanitary movement“ sah in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts die Prävention vor allem der Cholera als eine hygienische, jedoch ingenieurstechnisch zu bewältigende Herausforderung. Ihr wichtigster Repräsentant E. Chadwick (1800-1890) erreichte 1848 für England den „Public Health Act“ sowie die Gründung des „Board of Health“, ein Erfolg, der auch in den USA analoge Entwicklungen beförderte. John Snow (1813-1858) erkannte, dass die Cholera durch das Trinkwasser verbreitet wurde und die Choleraepidemie des Jahres 1854 ihren Ausgang von einer einzigen Wasserpumpe nahm. Die von ihm veranlasste Entfernung der Pumpenschwengel bekämpfte erfolgreich die Epidemie, löste aber nicht das Problem der Versorgung mit Trinkwasser. In der Broadwick Street in London erinnert ein Denkmal bis heute an dieses Ereignis. Dieses führte in den folgenden Jahren ab 1856 dann auch zum Bau eines Kanalnetzes, das die Ableitung der Abwässer über die Themse schrittweise überwand. Dabei handelte es sich um die erste europäische Kanalisation, die dann auch für andere Städte, so auch für Berlin und Greifswald zum Vorbild wurde.

Beispiel

In Preußen hatte eine Feldstudie zu den Ursachen einer Typhusepidemie R. Virchow (1821-1902) zu der Überzeugung geführt, Epidemien fänden ihre Ursache in den Lebensverhältnissen und diese zu bessern sei Aufgabe der sozialen Prävention. Der von ihm als Kommunalpolitiker durchgesetzte Bau einer Kanalisation ab 1872 in Berlin nach dem Londoner Vorbild gehört dann zweifellos zu seinen großen Verdiensten. Eine analoge Leistung ist z.B. auch dem Schüler von R. Koch, F. Löffler (1852-1915) zuzurechnen, der die Schaffung einer solchen Kanalisation in der Universitätsstadt Greifswald erreichte.

Beispiel

Der Chemiker M. v. Pettenkofer (1818-1901) folgte der bereits von Hippokrates (um 460–375 v. Chr.) begründeten Miasmahypothese. Miasmen wurden als die Folgen fauliger Prozesse in Luft und Wasser sowie giftiger Ausdünstungen des Bodens vermutet, die mit der Luft fortgetragen wurden und so zur Weiterverbreitung von Krankheiten führten. Danach galt diese Annahme auch als der Ursprung von Seuchen und war für lange Zeit das maßgebliche erklärende Paradigma der Epidemiologie übertragbarer Krankheiten. Diese Auffassung hatte trotz der Arbeiten von Pasteur und Koch noch lange Bestand. Folglich galt die Bekämpfung der Miasmen als eine entscheidende Prävention z.B. der Cholera oder des Typhus. Diese Auffassung prägte nachhaltig auch die politischen Konzepte der Urbanisierung. So hatte Pettenkofer z.B. erheblichen Anteil an der städtebaulichen Umgestaltung Neapels. Das von ihm gegründete Hygieneinstitut hatte zu seiner Zeit Weltgeltung und war das Modell für die Johns Hopkins School of Hygiene und die Etablierung des Public Health Institutes in Baltimore.

Beispiel

Der Miasmahypothese folgte auch Georges-Eugène Haussmann (1809-1891). Als Präfekt des französischen Departements Seine wurde er unter der Regentschaft von Napoleon III. zum Neugestalter von Paris. Der von ihm veranlasste Neubau der Stadt mit breiten sonnendurchfluteten Alleen und der Abdrängung der Arbeiterschaft in die Vorstädte folgte u.a. auch einer Präventionsidee. Sein Konzept findet sich in der englischen Sprache bis heute als „Haussmannisation“. Der soziale Kontext dieser „Neurbanisierung“ von Paris ist in den Werken von E. Zola (1840-1902) anschaulich beschrieben.

Beispiel

O. v. Bismarck (1815-1895) ging in Deutschland einen anderen Weg der Prävention und folgte dabei auch anderen Zielen. Soziale Friedenssicherung durch Elemente des Sozialausgleichs für die Arbeiterschaft als Präventionskonzept schufen eine

sich selbst verwaltende und finanzierende Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die den Staat von subsidiären Lasten freihielt und die Leistungsfähigkeiten der sozialen Sicherungen indirekt an den Wirtschaftserfolg der Industrieunternehmen knüpfte. In seinen Memoiren schrieb er dann „Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte.“ Bismarck, Gesammelte Werke. Friedrichsruher Ausgabe, 1924-1935, Band 9, Seite 195-196. Eine darüberhinausgehende soziale Prävention blieb in Deutschland dann folgerichtig auf kommunale Maßnahmen begrenzt.

Ingenieurtechnische Maßnahmen der Ver- und Entsorgung sowie eine kommunale Hygiene, Urbanisierung, die Abdrängung der Ärmsten in vorstädtische Slums, Regulierung der Industriearbeit, soziale Mindestsicherungen, und die Ausfaltung der Bakteriologie als Forschungsfeld sowie eine sich schrittweise etablierende empirische Forschung zu den gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen sozialer Benachteiligungen wurden im 19. Jahrhundert in Westeuropa und Nordamerika zum zentralen Kredo der Prävention und zu einem die Medizin und die Sozialwissenschaften integrierenden Forschungsfeld. Vor allem eine Frage trieb die neuen Mittelschichten um: Warum sind Menschen ungleich? Für die einen war das die Folge vertikaler sozialer Ungleichheit, für die anderen Ausdruck erfolgreicher sozialer Selektion unterschiedlicher menschlicher Qualitäten. Prävention und sozialdarwinistische Ideologien gingen eine bis in die Gegenwart fortwirkende wirkmächtige Allianz ein.

Die Suche nach den Ursachen der Ungleichheit fand kontroverse Erklärungen, die in den Präventionskonzeptionen tiefe Spuren hinterließen. Wer der Auffassung folgte, die gesundheitliche Ungleichheit folge der sozialen, forderte sozialen Ausgleich als wichtigste Präventionsmaßnahme. Jene, die meinten sie sei die Folge höheren Willens oder Folge sozialer Selektion und Entartung forderten im besten Fall die Stabilisierung der Gesellschaft wie sie war, im schlimmsten Fall die Ausmerzung der Entarteten (siehe hierzu z.B. Reich, Eduard: *Ueber die Entartung des Menschen, ihre Ursachen und Verhütung*. Enke Verlag 1868).

Eugenik, Heiratsverbote, Asylierung Kranker und Sterilisierung wurden – im 19. Jahrhundert zunächst nur Forderungen – im 20. Jahrhundert praktizierte „Präventionspolitik“. Deutschland ging einen Schritt weiter. Präventive Tötungen wurden politisches Programm und Realität.

Beispiel

Der sog. Erwachsenen euthanasie fielen zwischen 1933 und 1945 mindestens 70.000 Bewohner von Heil- und Pflegeanstalten sowie Bewohner von Heimen für Menschen mit Behinderungen zum Opfer. Ab 1939 betraf die Kinder-Euthanasie auch erkrankte, kognitiv oder körperlich beeinträchtigte Säuglinge und Kinder. Wenngleich 1941 offiziell eingestellt, wurde die sog. „wilde Euthanasie“ mittels Medikamenten oder Verhungern gezielt fortgeführt. Die „Indikationen“ waren

Schizophrenie, Epilepsie, Encephalitis, Schwachsinn, Paralyse, Corea Huntington, Demenz, andere neurologische Endzustände, Menschen, die länger als fünf Jahre in einer Anstalt waren, kriminelle „Geisteskranke“, Menschen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen oder nicht „deutschen oder artverwandten Blutes“ waren. Die gutachtliche Indikationsbegründung war eine ärztliche Aufgabe, und sie wurde wahrgenommen.

Die präventionskonzeptionelle Frage nach Bedingungen, die es ermöglichen Krankheit zu vermeiden oder zumindest mit ihr partizipativ zu leben, wurde in die Frage umformuliert, welches Leben wert sei, gelebt zu werden. Der Konflikt zwischen den „richtigen“ Bedingungen für das Leben und der Bereitschaft/Pflicht von Menschen sich an die vorfindlichen Bedingungen durch „richtiges“ Verhalten anzupassen ist, wenngleich in den Folgerungen modifiziert, fortdauernd ein zentraler Konflikt der Prävention.

In den Jahren nach dem 2. Weltkrieg setzte sich dieser Konflikt in veränderter Form fort. Die in vielen Bevölkerungen beobachtete Zunahme der mittleren Lebensdauer war bei fortbestehenden erheblichen sozialen Differenzierungen, unvermeidlich mit einem grundlegenden Wandel der Sterbeursachen verbunden. Es dominierten nun die Sterbeursachen der Gewinner des sozialen Wandels. Für deren Sterbeursachen wurde nun das „bessere“ Leben verantwortlich gemacht. Prävention musste folglich dieses „bessere“ Leben bekämpfen: Lieber arm und gesund, als reich und krank, lautete das neue Kredo der Prävention. Das Argument der sozialen Ungleichheit als prioritäres Präventionsproblem hatte scheinbar seine Begründungskraft verloren und wurde, in etlichen Staaten gezielt, aus der öffentlichen Wahrnehmung gedrängt. Diese Verdrängung schloss die empirische Analytik zur sozialen Ungleichheit ein.

Beispiel

Während global ein positiver Trendverlauf der Lebensdauer berichtet wird, gibt es auch Ausnahmen. Solche Ausnahmen sind z.B. die Veränderungen der mittleren Lebensdauer in Russland und in den USA zwischen 1990 und bis in die Gegenwart (2022). Während für Russland die mittlere Lebensdauer der Männer insgesamt abgenommen hat, jedoch keine sozial differenzierenden Daten vorliegen, zeigen die USA bei insgesamt verminderter Lebensdauer dramatische Unterschiede nach der Hautfarbe. So hatten 2008 weiße Männer mit mehr als 16 Jahren Schulbildung eine um 14,2 Jahre höhere mittlere Lebensdauer als schwarze Männer mit weniger als 12 Jahren Schulbildung. Diese Unterschiede nehmen zu (<http://www.info-sperber.ch/Gesundheit/lj>, Zugriff 30.01.2017). In den USA ist somit der Abbau der sozialen Unterschiede, die immer auch Bildungsunterschiede sind, zwischen der schwarzen und der weißen Bevölkerung ein erhebliches (und mit keinem anderen Merkmal vergleichbares) Präventionspotenzial.

Die neue industrielle Produktionsweise hatte auch die Transformation von Homo

Sapiens in einen neuen Typus von Arbeitspersonen bewirkt. Diese waren nun auch Konsumenten und „Verbraucher“ der von ihnen produzierten Waren. Die Forcierung des massenhaften Verbrauchs der global verfügbaren natürlichen Ressourcen und die dramatische Vermehrung der Entsorgungslasten erlangten die Bedeutung neuer existenzieller Gefährdungen. Ressourcenverbrauch und Konsumptionsdruck jenseits der Existenzsicherung wurden zu einem bestimmenden Merkmal der neuen Lebensweise und zu ihrem Funktionsprinzip. Dieser Wandel führte in neue Präventionsprobleme und in neue Präventionskonzepte. Deren wichtigstes Merkmal wurde eine Ideologie, die alle Bedarfe von Menschen als Waren klassifizierte und die Rationalität ihres Kaufs und Gebrauchs als souveräne individuelle Käuferentscheidung bezeichnete. Dies sollte auch für die Prävention gelten, die so zu einer Ware und Käuferentscheidung wurde. Es galt nun als Prävention, das Käuferverhalten, nicht die Gewinninteressen der Produzenten zu regulieren: Wer nicht krank ist hat richtig gekauft.

Das Präventionsleitbild vom „richtigen“ Leben wird zum Leitbild vom „richtigen“ Konsum.

Die Auffassung, Prävention sei eine individuelle Konsumentenentscheidung war die logische Folgerung aus den Arbeiten der neoliberalen Wirtschaftstheoretiker, die so auch zu den dominierenden Präventionstheoretikern wurden. Sie ist der Gegenpol der sozialen und solidarischen Präventionsstrategien des 19. und 20. Jahrhunderts. Sie ersetzte diese konsequent durch eine risikodifferentielles und individualisiertes Käufermodell. Dessen Kern war die Annahme, Risikovermeidung sei keine soziale Aufgabe, sondern eine von individuellen verhaltensökonomischen Inzentes getriggerte Käuferentscheidung. Dieser Wandel hatte zwar bereits im 19. Jahrhundert begonnen, gewann aber in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts erheblich an Breite und Bedeutung.

Beispiel

Zum Symbol dieser Entwicklung wurde in Deutschland das „Reformhaus“. Das deutsche „Reformhaus“ stand für eine soziale Gesundheitsbewegung (Lebensreformbewegung). Sie hatte sich seit der Mitte des 19. Jahrhunderts etabliert und propagierte einen „natürlichen“ Lebensstil, vegetarische Ernährung und eine Änderung der Bekleidungsgewohnheiten (vor allem die Abschaffung des geschnürten Mieders). Sie setzte sich, fortdauernd wirksam, zudem für homöopathische Therapien statt medizinischer Interventionen ein. Mit weltweiter Ausstrahlung vollzog sich eine ähnliche Entwicklung in den USA. Dort praktizierte J.H. Kellogg (1852–1943) am Battle Creek Sanatorium. Dieses war die Gründung einer religiösen Sekte. Kellogg propagierte für diese Sekte ein naturheilkundliches Kurprogramm, das den Fleischverzehr, Alkohol, Tabak und Kaffee verbot. Auf die Miasmahypothese gestützt, verfolgte das Kurprogramm eine Präferenz für Frischluft und Sonne. Auf dieser Grundlage entwickelte sich später ein Weltkonzern. Heute steht

diese Bewegung für die Propagierung von Vollkorngebäck, Margarine, von mit Vitaminen künstlich angereicherten Fruchtsäften, vielfältigen Nahrungsergänzungsmitteln, natürlichen Körperpflege- und Kosmetikmitteln sowie natürlichen Heilmitteln, einer biologischen und veganen Ernährung.

Während soziale Prävention randständig zu werden schien, gewannen zwei neue Strategien an Bedeutung: die eine zielte auf die individuelle physische und mentale Verhaltensoptimierung mit Hilfe der Medizin und einer Psychologie der (Selbst-)Achtsamkeit und die andere auf eine Optimierung des bedingungslosen Anpassungswillens an die Anforderungen von Erfolg und Karriere in der gewandelten Arbeitswelt. Aus der Arbeitshygiene wurden Coaching und Konfliktmanagement.

Die Aufgaben der sozialen Prävention folgen dem Wandel der Lebensweisen von Bevölkerungen. Sie gehen in der bisherigen Geschichte der Prävention dem Wandel nicht voraus.

Es ist unrealistisch davon auszugehen, dass dem sozialen und dem produktiven Wandel umfassende und vor allem langfristige Folgeabschätzungen der gesundheitlichen Folgen vorausgehen können oder geschichtlich gegangen wären. Allerdings war in einer Makroperspektive die soziale Evolution von Homo Sapiens erfolgreich. Er konnte seine mittlere Lebensdauer wesentlich erhöhen, Hunger als regelhafte Erfahrung eingrenzen, große Anteile seiner Art vom Zwang zur unmittelbaren Existenzsicherung befreien und z.B. die Wirkungen natürlicher Katastrophen und Epidemien erheblich reduzieren. Unbewältigt blieben soziale Benachteiligungen, Kriege und große Industrieunglücke sowie die notwendigen präventiven Bemühungen um die langfristige Existenzsicherung auf unserem Planeten. Gesundheitsfolgeabschätzungen waren diesen Ereignissen zumeist nicht explizit intendiert.

Solange Menschen ihre Verhältnisse ändern, erzeugen sie auch neue Gefährdungen ebenso wie die jeweils verfügbaren Potenziale, ihnen vorzubeugen. Gesundheit ist somit auch ein funktionaler Begriff für die Fähigkeit, unter den gegebenen Bedingungen der Lebensweise das Leben meistern und die Zukunft nachfolgender Generationen sichern zu können. Mit dem Wandel der Lebensweise ändern sich jedoch nicht nur diese Fähigkeiten, sondern es ändern sich auch die Ansprüche und Erwartungen an das Leben.

Allerdings: Wandel ist von Konflikten begleitet. Er folgt Leitbildern, die oft nur begrenzt zu konsentieren sind. Prävention folgt so immer auch den sich wandelnden sozialschichtspezifischen politischen Interessen und den Konzepten, diese durchzusetzen.

Prävention ist Teil der sozialen Konfliktgeschichte und ihr Spiegel.

Zwei Weltkriege hatten im 20. Jahrhundert Europa und große Teile Asiens zerstört. Rassenhygiene und Sozialdarwinismus stürzten nicht nur Staaten, sondern auch intellektuelle Eliten in ein präventionskonzeptionelles Elend. Allerdings profitierte die Prävention auch von außergewöhnlichen Fortschritten der Natur- und Sozialwissenschaften. Das 20. Jahrhundert war so zugleich präventiver Fortschritt und durch die Konsequenzen eines gesellschaftlichen wie wissenschaftlichen Totalversagens bei der Deutung der Befunde der empirischen Sozialmedizin und der Epidemiologie geprägt. Die Folgen waren die programmatische Vernachlässigung dieser Wissenschaften, in einigen Staaten ihr Verbot.

Dieses Versagen spiegelt sich zum einen in der sozialdarwinistischen Deutung der empirischen Phänomene der gesundheitlichen Ungleichheiten und Benachteiligungen. Zum anderen spiegelt es sich in der Erklärung der Phänomenologie der epidemiologischen Transition, besonders des Wandels der Todesursachenstrukturen infolge und als Voraussetzung der Zunahme der mittleren Lebensdauer in vielen Bevölkerungen und der Zunahme der Prävalenzen sog. chronisch Kranker. Als selbstverschuldete „Zivilisationsfolgen“ gedeutet, hatten diese dann einen gravierenden Einfluss auf die Präventionskonzeptionen und die Ausgestaltung der Krankenversicherungen. Zu den Besonderheiten der Wahrnehmung der Gesundheitsprobleme gehörte zudem, dass die dauerhaften Einflüsse zweier Weltkriege und der großen Wirtschaftskrisen auf die Lebensverläufe der jeweils spezifisch betroffenen Geburtskohorten kaum zur Kenntnis genommen wurden. Zudem verbreitete sich eine Interpretation der Transition, nach der nicht die sozialen Unterschichten, sondern die Oberschichten die Gesundheitsopfer des sozialen Wandels waren. Diese besetzten mit ihren Interessen dann auch die präventionskonzeptionellen Diskurse.

Bereits in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts und vermutlich dann künftig auch im 21. sind es zwei weitere Megatrends, die die Präventionsdebatte bestimmen: Ökologie und prädiktive Medizin. Soziale Prävention wird, z.T. programmatisch durch eine primäre Orientierung auf die individuelle Verantwortung und eine psycho-physische Optimierung der Individuen (Augmentation), medizinische Dauerüberwachung und prädiktive Interventionen (prädiktive Medikalisierung und Chirurgie) ersetzt. Mit den begründenden Argumentationen wird sukzessive die Wahrnehmung von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsproblemen privatisiert und ausgeblendet. Die Folgen sind die Marginalisierung sozialmedizinischer Empirie und die Relativierung des Sozialausgleichs als einer sozialpolitischen Handlungsstrategie zugunsten von Selektions- und individuellen Optimierungskonzepten.

Die Erzeugung digitalisierter Präventionsprodukte für die individuelle Konsumtion, verbunden mit Gewinnorientierung und Zweckbindung von Aufwendungen für die Gesunderhaltung und die Selbstoptimierung der Lebensverläufe von Menschen entsprechen den jeweiligen Marktinteressen. Die Ernährung und die Lebensmittelproduktion

werden gleichsam zu einer neuen Leitfigur der Präventionsdebatte. Das geschichtlich gravierende Problem war der Hunger und der hygienische Mangel der Lebensmittel, ebenso die Notwendigkeit ihrer Konservierung durch Trocknung, Salzungen und Räuchern. Mit der Entstehung neuer Mittelschichten im Ergebnis der industriellen Entwicklungen wird nicht nur die verfügbare Menge von Lebensmitteln, sondern auch der ihnen zugeschriebene gesundheitliche Wert zum sozialen Statussymbol. Seit dem 19. Jahrhundert artikulieren auch die sog. Mittelschichten verstärkt ihre Gesundheitsbedürfnisse. Nach dem 2. Weltkrieg und der Überwindung seiner Folgen werden diese zu einer breiten sozialen Norm mit hohem Konformitätsdruck.

Die Geschichte der Prävention spiegelt sich in den Interessen der politisch durchsetzungsfähigen sozialen Schichten.

Die Geschichte der Prävention ist Teil der Gesellschaftsgeschichte von Bevölkerungen. Sie verdeutlicht, dass sich auch in den Gesundheitsleitbildern erhebliche sozialschichtspezifische Differenzierungen spiegeln. Während für einen Teil der Bevölkerung „bewusste“ Ernährung sukzessive ein Merkmal der eignen sozialen Positionsbeschreibung wurde, blieb für einen anderen Teil der Weltbevölkerung die Verfügbarkeit von ausreichender und zumindest hinreichend unbedenklicher Nahrung ein wichtiges Präventionsproblem. An der Ernährungsfrage spiegelt sich so, wie nur bei wenigen anderen Beispielen, die scharfe Trennung der sozialschichtspezifischen Präventionsinteressen.

Die sich vor allem seit dem 19. Jahrhundert vollziehende massive Trennung der Präventionsinteressen zwischen den sozialen Schichten ist auch ein Aspekt der Geschichte der Sozialmedizin. Sie verstand sich ursprünglich als Advokat der Unterschichten und forderte Maßnahmen des Sozialausgleichs sowie der Besserung elementarer Bedingungen des Lebens und des Arbeitens, mit besonderen Schutzbedürfnissen für Kinder und Mütter. Weltweit ist heute aber auch zu beobachten, dass Präventionskonzepte vor allem die Interessen von Mittel- und Oberschichten bedienen, die der Unterschichten hingegen global in erheblichem Umfang auf karitative Aktionen und moralische Appelle begrenzt und abgedrängt bleiben.

Sog. Gesundheitsbewegungen sind zum Symbol dieses sozialen Perspektivwandels geworden. Prototypisch stehen hierfür Wünsche nach biologisch produzierten Lebensmitteln, „natürlichen“ Heilverfahren, verkehrsberuhigten innerstädtischen und dörflichen Wohngebieten, Veränderungen der Energieproduktion und -verteilung, chemische, biologische und physikalische Belastungsfreiheit im eigenen Lebensraum. Prävention wird zum Problem des individuellen Konsumverhaltens und zu einem Regelungsverlangen, dessen Kernmechanismus die Bilanzierung von Kosten und Gewinnen ist. Fehlverhalten ökonomisch zu bestrafen heißt dann, Prävention über die Bepreisung und die Besteuerung des Konsums zu bewirken und so für Teile der

Bevölkerung nicht erreichbar zu machen. Die erheblichen sozialdifferentiellen Potenziale hierzu werden problemlos akzeptiert.

Der Wandel der Gesundheitsverständnisse spiegelt diese Entwicklungen: Über Jahrtausende reduzierte sich die Interpretation von Gesundheit auf Vorstellungen von Schicksalsfügungen, Reproduktions-, Arbeits-, Leistungs- und Wehrfähigkeit sowie auf anatomische, physiologische und psychische Leistungsparameter, auf Seuchenbekämpfung und Hygiene. Sozialer Chancenausgleich und die „Humanisierung der Arbeitswelt“ waren die Programme. Die Gegenwart macht Prävention zum Konsummodell für Mittelschichten und zu einem Modell der „Verbesserung“ oder Optimierung des Menschen.

Die Erzeugung datenbasierter und scheinbar individualisierter Prädiktionsmodelle und die Konsumtion gesundheitsfördernder Produkte, verbunden mit Techniken der Selbstoptimierung werden zum Zeittrend. Dieser folgt der Individualisierung und der Präferenz für die Verfolgung vor allem der eigenen Interessen.

3 Themen der sozialen Prävention

Die sozialpräventiven Aufgaben folgen der skalierenden Bewertung von Gefährdungen, ihrer bevölkerungsbezogenen Verteilung und den Annahmen über ihre zeitbezogene Relevanz.

Eine Auswahl aktueller sozialer Präventionsthemen ist bereits in Heft 6 dargestellt. Auf andere Weise und mit einer eher globalen Perspektive zusammengefasst betreffen sie

- die elementare Existenzsicherung (Ernährung, Kleiden, Wohnen, Bildung), Gefahrenabwehr, Gewaltprävention, Armuts- und Suchtprävention, Kriegs- und Vertreibungsprävention
- den Schutz vor Ausbeutung, Sklaverei, Kinderarbeit oder Unterbezahlung
- den Schutz der Biosphäre und der verbleibenden natürlichen Ressourcen
- global wirksamer Arbeitsschutz und Haftung für Arbeitsrisiken,
- Flüchtlingsschutz
- Schutz von Menschen mit gefährdeter Autonomie
- Zugangssicherung zu Bildung, Arbeit und sozialer Partizipation
- Diskriminierungs- und Benachteiligungsfreiheit
- die Hygiene kommunaler Lebensbedingungen
- Erhalt, Aufbau und Festigung antiepidemischer Regime
- Korruptionsprävention in den globalen Gesundheitssystemen.

Sozialmedizin kann diese Aufgaben nicht tragen. Sie kann jedoch wichtige Beiträge liefern.

Mindestens in den folgenden Handlungsfeldern verbleibt Prävention eine global zu festigende öffentliche Pflichtaufgabe:

- Messung und Bewertung von durch die Bedingungen für das Alltagsleben und die Erwerbsarbeit gegebenen Gesundheitsgefährdungen
- Pandemieprävention
- Normensetzung für das Austauschverhältnis von Produktion- bzw. Wirtschaftsinteressen und regionalen wie globalen natürlichen Existenzbedingungen
- Planung, Koordination und Supervision von Präventionskonzepten als Teil gesellschaftlicher Gesamtstrategien
- Hilfe und Schutz für Menschen mit begrenzter Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, z. B. Kinder und Jugendliche, Schwangere, Behinderte, Flüchtlinge und Vertriebene und Personen, die im allgemeinen Interesse hohen Gefährdungen ausgesetzt sind sowie Migranten und Opfer sozialer und umweltlicher Katastrophen,
- Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheits- und Katastrophenschutz
- Aufsicht über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens

- gesundheitlicher Konsumenten- und Verbraucherschutz
- Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln incl. frei verkäuflichen Arzneimitteln sowie Lebensmittelzusatzstoffen

4 Theorie der sozialen Prävention

Grundlage jeder Prävention sind prädiktive Modelle zu Gesundheitsfolgen.

Eine auf wissenschaftliche Rationalität gegründete soziale Prävention muss sich auf Erkenntnisse zu objektiven und realen Sachverhalten stützen können, die im Rahmen ihrer jeweils definierten Bedingungen reproduzierbar, verallgemeinerbar und nicht widerlegbar sind. Sofern dies gegeben ist, kann sich die Prävention auf eine Theorie berufen. Exakt diese Eigenschaften bewirken den unwiderlegbaren Praxiswert von Theorien und unterscheidet sie von Meinungen, Vermutungen, Hypothesen und Glaubensvorstellungen. Da Theorien immer nur innerhalb der ihnen gesetzten Rahmenbedingungen gelten, sind sie Modelle der Wirklichkeit, die sich mit der Erweiterung oder Änderung der Rahmenbedingungen ebenfalls verändern und auch erweitern können. Es gibt folglich keine evidenzbasierte Prävention ohne eine Theorie, und es ist unsinnig, eine Theorie für das Gegenteil der Praxis zu halten. Es gibt also allein begründetes und unbegründetes präventives Handeln.

Beispiel

Die These „Arbeit macht krank“, ist keine Theorie. Sie ist schlicht inhaltsleer. Solange nicht definiert ist, unter welchen Bedingungen diese Aussage gelten soll, ist folglich ein bezügliches Präventionskonzept auch nicht zu erarbeiten. Das gilt Analog für die These „Arbeit macht oder erhält gesund“.

Die Beschreibung der Rahmenbedingungen und die ursächlich sachverhaltserklärenden Fakten erlauben die Vorhersage eines Ereignisses oder Zustands, wenn gleiche Bedingungen und gleiche kausale Fakten gegeben sind. Dies hat die Epidemiologie mit ihren Wahrscheinlichkeitskalkülen zu leisten (siehe Heft 3). Weil dies häufig Gegenstände von Missverständnissen sind, sei angemerkt, dass selbstverständlich auch subjektive Sachverhalte objektiv und real existieren und fakten- und datenbasiert zu beurteilen sind.

Theorien sind die jeweils beste verfügbare Kenntnis über die Wirklichkeit und können/müssen Grundlage des Handelns sein. Anders als Vermutungen, als Thesen oder auch als Hypothesen, können Theorien nicht falsch sein, allerdings ungenau, unvollständig und der Verbesserung bedürftig. Es gibt deshalb keinerlei Begründung, eine Theorie als „unvollkommenes“ Wissen zu qualifizieren oder dem Erfahrungsbezug nachzuordnen. Theorien sind die jeweils bestverfügbaren Grundlagen einer evidenzbasierten Prävention. Es gibt auch keine Begründung für eine Argumentation, die die Deskription gegenüber einer kausalen Aussage disqualifiziert. Sie ist vielmehr deren Bedingung. Allerdings sind sie bei präventiven Nutzungszielen nur ausnahmsweise als deterministisch zu interpretieren. Die außergewöhnliche Vielfalt des Homo

Sapiens und seiner Lebensweisen zwingt allerdings dazu, prädiktive Theorien in probabilistischen Kontexten zu argumentieren und zu nutzen. Hieraus folgt, dass epidemiologische Theorien gegenüber Einzelfällen nie apodiktisch beweisführend genutzt werden können und der relationalen Bewertung bedürfen. Epidemiologie als Entscheidungsgrundlage bedarf deshalb stets des Kontextes entscheidungstheoretischer Voraussetzungen, Mechanismen und Übereinkünfte.

Der für die Prävention entscheidende Aspekt ist die Wiederholbarkeit von Ereignissen unter gleichen Rahmenbedingungen. Je stärker die Rahmenbedingungen variieren, desto schlechter sind Prädiktionen und desto unsicherer sind Präventionserfolge sowie die Vermittelbarkeit präventiver Theorien an die Adressaten.

In der Präventionstheorie konkurrieren zwei Prädiktionsmodelle: das eine kann als deterministisch, das andere als probabilistisch beschrieben werden. Die Wahrscheinlichkeit eines krankhaften Ereignisses als Folge einer Ursache ist im ersten Fall exakt 1. Das Ereignis folgt zwingend seiner Ursache. Im 2. Fall ist die Ereigniswahrscheinlichkeit >0 und kleiner <1 . Das Ereignis gilt dann als Gefährdung oder Risiko unter der Bedingung A, bzw. unter den Bedingungen A, B und folgender. In einer qualitativen Interpretation darf auch alles was je Ursache einer Erkrankung war und sich wiederholen kann, als Risiko bezeichnet werden. Das Maß des Risikos ist dann die Wiederholungswahrscheinlichkeit, bei nur qualitativen Stellungnahmen die Wiederholungsvermutung. Der Zusammenhang zwischen Ursache, bzw. Risiko und Wirkung kann zudem durch die Intensität des Zusammenhangs (siehe Force of Morbidity) und über die Messung der Zeit zwischen Einwirkung und den jeweils zählbaren Folgeereignissen gemessen werden (siehe kumulierte Inzidenz). Für die Prävention ergeben sich hieraus formal folgende Ansätze:

- die Vermeidung einer Gefahr durch Ausschluss ihrer Bedingungen,
- die Intensitätsminderung einer gefährdenden Einwirkung,
- die Minimierung der Sensitivität des Objekts der Einwirkung,
- die Beeinflussung der Dauer zwischen einer Exposition und der hinnehmbaren Wirkung.

Dabei hängt die Intensität (impact) sowohl von der Expositionsgröße, aber auch von der Sensitivität des Objekts zum Zeitpunkt der Exposition ab. Zudem gibt es einen Zusammenhang zwischen der Intensität der Einwirkung und ihrer Dauer.

Der Zusammenhang zwischen Einwirkung und Folge ist also durch eine Reihe von Variablen konditioniert, die zudem miteinander interagieren können. In der Regel wird deshalb die Vorhersage eines Ereignisses nur als eine konditionierte Wahrscheinlichkeit möglich sein.

Beispiel

Der ungeschützte Sturz aus der Höhe x ist tödlich. Der Sturz aus der gleichen Höhe unter schützenden Bedingungen kann in der überwiegenden Zahl der Stürze nicht

tödlich sein. Der sachverständige Gutachter kann also berechtigt folgern, die Todesfolge des Sturzes wäre möglicherweise vermeidbar gewesen, wenn es geeignete Schutzmaßnahmen gegeben hätte.

In der Präventionstheorie ist unter gutachtlichen Aspekten also zwingend zwischen deterministischen und probabilistischen Vorhersagen zu unterscheiden. Das sprachliche Äquivalent für Determinismus ist „muss“, das für Probabilismus ist „kann“.

Beispiel

Menschen müssen sterben. Es ist aber auch richtig zu sagen, dass der Tod eines Menschen zu diesem Zeitpunkt vermeidbar gewesen wäre.

Deterministische Vorhersagen gründen oft in genetisch fixierten Eigenschaften. Probabilistische Vorhersagen sind der Regelfall der Prävention. Es ist unsinnig, deterministische Sachverhalte für exakter als probabilistische zu halten. Allerdings unterscheidet sich bei beiden der Bewertungskontext für präventive Ziele zwischen der sog. Dispositions- und der Expositionsprävention grundlegend.

Die Begründung von Prävention wirft vor diesem Hintergrund eine Reihe von Problemen auf. Diese sind zunächst methodischer Art. Die Epidemiologie verfügt im Kontext der Prävention nur über wenige Wahrscheinlichkeitsmaße. Im Kontext der Prävention sind diese die kumulierte Inzidenz und die Fatalitätsrate. Beiden ist gemeinsam, dass die interessierenden Ereignismengen pro Zeiteinheiten bezogen auf einen Anfangsbestand gesunder oder bereits kranker Personen gemessen werden. Die ermittelten Wahrscheinlichkeiten sind konditionale Wahrscheinlichkeiten. Es gilt dann: Die Einflussgröße A führt zum Ergebnis B unter der Bedingung C, bzw. den Bedingungen C_n . Diese Rahmenbedingungen sind bei einer großen Zahl, vermutlich bei der Mehrheit der vorkommenden Krankheiten erheblich variant. In der Folge dieser Konditionalität resultieren Unsicherheiten in der Prädiktion, mindestens aber bei der Bewertung ihrer Relevanz. Neben den klassischen Variablen Alter, Geschlecht und soziale Lage spielen dabei immer auch konkurrierende Wahrscheinlichkeiten eine Rolle. Dies ist so bedeutsam, weil soziale Prävention immer auch abwägende Präferenzentscheidungen erfordert.

Beispiel

Tabakkonsum kann Krebs erzeugen. Wenn die durchschnittliche Expositionszeit 40 Jahre beträgt und der Konsum mit 18 begonnen hat, ist das relevante Ereignisalter durchschnittlich ab dem 58. Lebensjahr zu erwarten. In einer Bevölkerung mit einer durchschnittlichen Lebensdauer von 75 Jahren ist dies ggf. eine

erhebliche Gefährdung. In einer Bevölkerung mit einer durchschnittlichen Lebensdauer von 50 Jahren sind offenkundig andere Gefährdungen prioritär.

In der Prävention geht es nicht allein um die Bewertung der Gefährlichkeit einer Exposition (Force of Morbidity), sondern um die Bewertung der Relevanz. Der Maßstab solcher Bewertungen ist im sozialmedizinischen Kontext aber nicht das Maß der „Force“, sondern deren Verbreitung in oder deren Durchdringung einer Bevölkerung.

Beispiel

Der Biss einer Kobra ist zweifelsfrei eine dramatische Gefährdung für das Opfer. Ob dies jedoch ein relevantes soziales Präventionsproblem ist, hängt von der Wahrscheinlichkeit ab, einer Kobra zu begegnen.

Für die Prävention spielt das Verhältnis von deterministischen und probabilistischen Modellen eine entscheidende Rolle. Der Umgang mit probabilistischen Aussagen erzeugt erfahrungsgemäß Unsicherheiten. Es ist deshalb eine zwingende Norm, Bewertungen im Einzelfall auf der Basis einzelfallbezogener Sachverhaltsklärungen vorzunehmen. Probabilistische Begründungen sind bei Einzelfallentscheidungen hingegen nicht zwingend hinzunehmen. Umgekehrt ist auch die Kausalität im Einzelfall noch kein zwingendes soziales Präventionsargument.

Beispiel

Die Aussage, die Ursache einer Fraktur bei dem 80jährigen Herrn A war ein Sturz, ist ggf. kausal richtig begründet. Die Aussage, der Sturz des dreijährigen Kindes B. hat nicht zu einer Fraktur geführt, weil die Knochen noch elastischer sind, ist ggf. ebenso richtig begründet. Präventionskonzeptionell ist es hinreichend zu folgern, dass die Sturzprävention im hohen Alter wichtiger sein kann als bei Kindern, weil die Sturzfolgen verschieden sind. Es ist kausal auch richtig, wenn argumentiert wird, dass Stürze alter Menschen häufiger zu Frakturen führen als bei Kindern, also bei beiden nicht streng deterministisch gedeutet werden dürfen.

Wissenschaftsgeschichtlich wirkt in der scheinbaren Widersprüchlichkeit von deterministischen und probabilistischen Aussagen die Übertragung von Kausalitäten in der Physik der Mechanik auf Bevölkerungen, bzw. auf Mengen mit ungleichen Eigenschaften ihrer Elemente.

Beispiel

Eine Tasse, die vom Tisch fällt, fällt immer nach unten. Aber nicht jede fallende Tasse zerbricht.

Tief beeindruckt von dem „Versagen“ des Determinismus der klassischen Physik (heute vor allem durch die Relativitätstheorie, die Quantenphysik und die Chaostheorie) haben die deutschen Ärzte Max Verworn (1863-1923) und David von Hansemann (1858-1920) für die Medizin gefolgert, es gäbe keine Kausalität. Es gäbe nur Bedingungen, und sie haben deshalb versucht, eine Theorie des „Konditionalismus“ zu begründen.

Sie haben damit eine Unsicherheit erzeugt, die bis heute fortwirkt. Sie dürfte aber auflösbar sein, wenn man sich vergegenwärtigt, dass kausale Aussagen ex-post Aussagen, probabilistische Aussagen hingegen ex ante Aussagen sind. Prävention bedarf keiner Rechtfertigung durch eine ex-post Kausalität. Sie wäre auch unsinnig, da Vergangenes zu verstehen, nicht aber zu verändern ist. Analog ist Zukünftiges nicht vorherzusagen, sondern nur als Möglichkeit zu erwägen. Tatsächlich geht es also nicht um den Widerspruch von Kausalität und Konditionalität. Es geht um die Erklärung tatsächlicher Ereignisse und um die Sicherheit bei der Begründung zukunftsbezogener Optionen für das Handeln. Bedingungen sind nicht der Gegensatz der Kausalität, sondern beschreiben ihren Wirkrahmen.

Es ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert, dass z.B. A. Quetelet (1796- 1874) sich in seiner Sozialen Physik des Menschen (*Physique sociale ou essai sur le développement des facultés de l'homme, Brüssel 1869*) vor allem mit biologisch phänotypischen und epidemiologischen Daten auseinandersetzte und so für Menschen unter gleichen Bedingungen nach kausal gleichen Folgen suchte und diese als Gesetzmäßigkeiten nach naturwissenschaftlichen Maßstäben deutete. Eine kleine Folge seiner Studien war im Übrigen der Body-Mass-Index. Von offenbar fortdauernder Bedeutung ist vor diesem Hintergrund die Überzeugung (Hoffnung), in den Genen den „festen“ Boden des Determinismus wiederzufinden. Die präventive Erzeugung des richtigen Genoms soll dann Gesundheit erzeugen.

Es gilt allgemein: Nicht die Intensität einer Gefährdung, sondern deren Verbreitung entscheidet über die präventiv handlungsorientierende Relevanz. Diese folgt unter der Voraussetzung einer Abkehr von der inhumanen Idee eines „richtigen“ oder „heilen“ Menschen relationalen Abwägungen.

In bevölkerungsbezogenen Stellungnahmen sind Prognosen quantitative Vorhersagen, die im Rahmen ihrer Randbedingungen immer richtig sind. Korrektes Arbeiten vorausgesetzt, sind dann die Ergebnisse auch nicht bestreitbar. Bestreitbar ist hingegen die Gültigkeit der angenommenen Randbedingungen. Der kritische Diskurs kann also nicht dem Prognoseergebnis, sondern allein der Gültigkeit der jeweilig festgelegten konditionierenden Bedingungen der Prognose gelten. Quantitative Prognosen zu

den Wirkungen von Gefährdungen und analog dann auch zu den Präventionswirkungen werden deshalb zumeist in Form von Szenarien entwickelt. In diesem Sinne sind Prognosen Modellvarianten zur Zukunft, selbst aber keine Zukunftsmodelle.

Beispiel

Eine Prognose besagt, dass unter der Annahme, die Exposition x würde präventiv vermieden, würde dies im Zeitraum t_0 - t_1 die Menge der neu Erkrankenden um den Faktor y reduzieren. Diese richtige Prognose kann nicht ungeprüft als eine Vorhersage für die positiven Wirkungen einer Vermeidung der Exposition x unter allen denkbaren Bedingungen gelten.

Risikobewertungen und die Bewertung von Präventionswirkungen sind unterschiedliche Aufgaben und bedürfen auch unterschiedlicher Konzepte. Wenngleich bedeutungsgleich werden die Begriffe Prognose und Prädiktion oft in unterschiedlichen Kontexten benutzt. Der Begriff „Prädiktion“ ist zumindest in der Medizin durch die massenhafte Nutzung diagnostischer Tests geprägt. Die Testungen selbst sind dabei durch Indikationen sehr oft schwach begründet. Sie dienen eher der Minimierung von Haftungsrisiken und der „Entängstigung“ und dem Nachweis von Aktivität, nicht der Klärung eines ärztlichen Entscheidungsproblems. Eine typische Rechtfertigung ist dann das Präventionsargument. Dabei wird oft nicht wahrgenommen, dass die Interpretationsbedingungen solcher Tests unter dem Ziel einer Diagnosefindung und unter dem einer ausschließenden präventiven Begründung deutlich verschieden sind. Diagnostische und prädiktive Testungen sind also verschieden zu bewerten (siehe hierzu das Standardwerk von Galen, R.S.; Gambino, S.R.: *Beyond Normality: Predictive Value and Efficiency of Medical Diagnoses*, Churchill Livingstone, 1976 ISBN 10: 0471290475).

Bei einer diagnostischen Testung geht es um die Beantwortung der Frage, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Person krank/gesund ist, die ein positives/negatives diagnostisches Testergebnis aufweist. Im Kontext der Prävention lautet die Frage, mit welcher Wahrscheinlichkeit Personen unter Risiko in welcher zu kalkulierenden Zeit erkranken, bzw. nicht erkranken. Es geht also um die Abschätzung der Relevanz einer Risikoprävention in Abwägung der quantitativen Relationen der Resultate von sinnhaften und nicht sinnhaften präventiven Interventionen. Dabei ist zu beachten, dass prädiktive Kalkulationen mit jeder Änderung der Randbedingungen zu erneuern sind. Sie sind – mit erheblichen praktischen Folgen – auch nie abschließend fertig. Eine Folge ist ihre Manipulationsfähigkeit.

Beispiel

Von 100 Personen, die im Alter von 18 Jahren mit einer riskanten Sportart beginnen, werden sich nach den empirisch ermittelten „positiven predictive values“ in

den nächsten 10 Jahren 20 erheblich verletzen, 80 hingegen durch die sportliche Aktivität physisch, psychisch oder sozial profitieren. Kann die Zahl der „Gewinner“ durch Veränderungen im Trainingsregime vergrößert werden, müssen auch die predictive values neu ermittelt werden.

In der klinischen Praxis spielen Prädiktionen eine große Rolle, um Gefährdungen, Behandlungsergebnisse und -komplikationen im Einzelfall abzuschätzen. Das gilt analog für bevölkerungsweite Screenings. Die Grundlage der Prädiktion sind sowohl quantitative Studien als auch Erfahrungen. Beurteilt werden die Ergebnisse nach den normativen Grundsätzen der sog. evidence based medicine als Instrumente einer personalisierten Medizin. Es ist hingegen kein klinisches Entscheidungsproblem, ob bei 80 „Vorteilen“ 20 „Nachteile“ hingenommen werden können oder müssen. Dies ist auch kein sozialmedizinisches Entscheidungs-, wohl aber ein sozialpräventives Expertise- und Beratungsproblem.

In der sozialen Prävention sind Prognosen wichtige Kalkulationsgrundlagen für die Häufigkeit von relevanten (z.B. krankhaften) Ereignissen in Abhängigkeit von der Zeit, die seit einer die Wirkungen ermöglichenden Exposition vergangen ist. Beurteilt wird die Zeit mit dem Ziel bevölkerungsbezogener Gefährdungs- und Bedarfsschätzungen. Solche quantitativen Kalküle spielen auch eine große Rolle, wenn die Effekte einer Prävention abgeschätzt und prioritäre Aufgaben bewertet werden sollen.

Prädiktionen zielen aber auch auf die Messung, ggf. experimentelle Bestimmung der Intensität einer kausal zurechenbaren Wirkung. Eine solche gefährdende Kraft (force of morbidity, force of mortality), kann dann bezüglich ihrer bevölkerungsspezifischen Verbreitung (Durchdringung) beschrieben werden und zur Abschätzung von quantitativen Auswirkungen genutzt werden.

Beispiel

Für Europa gilt ein sog. 1 Stundengrenzwert von 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ für NO_x . Dieser Grenzwert soll in 12 Monaten nicht öfter als 18mal überschritten werden. Der hinnehmbare durchschnittliche Wert beträgt für den Zeitraum von 12 Monaten 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Solchen Grenzwerten liegen Kalkulationen der sog. Inzidenzdichte oder der sog. durchschnittlichen Inzidenzdichte zugrunde. Das spezifische sozialmedizinische Forschungsproblem ist dann, zu ermitteln, welche Bevölkerungsgruppen wie lange unter diesen Bedingungen leben, und wie sich in ihnen die gesundheitlichen Folgen verteilen. Es reicht folglich nicht, Grenzwerte zu vereinbaren, es bedarf immer auch einer Beurteilung der sozialspezifischen Verteilungsmuster ihrer Über- und Unterschreitung und der Programmentwicklung für die Prävention. Aus sozialmedizinischer Sicht sind also nicht die Grenzwertbestimmungen der Arbeitsauftrag, sondern die Charakterisierung der Anzahl und der Struktur der Gefährdeten. In der Regel wird sich immer

zeigen, dass es keine Gleichverteilung der Gefährdungen über die Bevölkerung gibt. Es wird sich auch zeigen, dass die Besorgnis der nicht oder gering Betroffenen größer als die der erheblich Gefährdeten ist. Exakt hier öffnet sich das präventionsbezogene Arbeitsfeld der Sozialmedizin: Es gilt, wenn bekannt ist WAS Menschen gefährdet oder schützt, zu ermitteln WER gefährdet oder geschützt ist.

Die hierbei auftretenden Probleme sind nicht trivial. Für die öffentliche handlungsmotivierende Wahrnehmung wird die Mitteilung ausreichend sein, dass eine Bevölkerungsanzahl x von Grenzwertüberschreitungen betroffen ist und eine Anzahl y an Gesundheitsfolgen leidet. Für sozialmedizinische Stellungnahmen wird dies, vor allem, wenn vergleichende Betrachtungen erforderlich sind, nicht reichen. Es muss das Bestreben sein, sowohl konkurrierende Risiken, attributierbare Risiken als auch spezifische altersabhängige Sensitivitäten im Kontext der vertikalen und der horizontalen Ungleichheiten zu charakterisieren.

Beispiel

Die Aussage, in Indien sterben mehr Menschen an NO_x als in Luxemburg beschreibt die Größe der Präventionsaufgabe, nicht aber die Relevanz. Die Überwindung von absoluter Armut, die geschätzt 363 Millionen Inder im Jahr 2014 betrifft, kann zu anderen Einschätzungen führen (<https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2014-07/indien-armutsgrenze-bericht-hilfsprogramme>; Zugriff 08.01. 2019) und kann in Indien andere Prioritäten erzwingen, während es der erreichte Wohlstand im Vergleichsland vollständig rechtfertigen kann, NO_x als das prioritäre Präventionsthema zu qualifizieren.

Zu den methodischen Bedingungen der sozialen Prävention gehört, dass sie auch soziale Kontrolle ist. Sie muss also mindestens durch soziale Akzeptanz legitimiert sein, wenngleich Prävention nie auf vollständiger Zustimmung beruhen wird. Soziale Prävention ist also immer auch repressive soziale Kontrolle. Im globalen Vergleich ist nicht auszuschließen, dass das soziale Kontrollmotiv auch wichtiger als das Präventionsziel sein kann.

5 Soziale Prävention und Verantwortung

Die Zuweisung von Verantwortungen für die soziale Prävention setzt Normen für Maßnahmen zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen voraus.

Soziale Normen regulieren das gesellschaftliche Leben innerhalb einer Bevölkerung und ggf. zwischen Bevölkerungen. Das Argument „Verantwortung“ bewertet dann die einzelnen Akteure bei der Einhaltung der ihnen zugewiesenen Pflichten. Normenverletzungen implizieren ggf. Schuld und die Notwendigkeit, Schuldfähigkeit zu prüfen und zu sanktionieren. Dies macht nur Sinn, wenn für konkrete Handlungen vorausschauende Folgeabschätzungen möglich und in konkreten Entscheidungssituationen für das Handeln alternative Optionen, also die Freiheit der Entscheidung verfügbar sind, bzw. war. Im Gegensatz zur Beurteilung der Verantwortung in einem konkreten Schadensfall (Krankheit, Behinderung, deren wirtschaftliche Schadensfolgen, Kausalität, Schuldfähigkeit etc.) bezieht sich die Verantwortlichkeit im Falle der sozialen Prävention auf ein probabilistisches Argument: Die Verletzung einer Präventionsnorm hätte eine ungewünschte Folge haben können, eine Folge, die nicht oder nicht allein den Verursacher betrifft.

Beispiel

Die Anschnallpflicht beim Autofahren ist in vielen Staaten eine präventive Norm. Die Sanktionierung im Falle einer Normenverletzung bezieht sich auf keine reale Schadensfolge. Im Falle eines Unfalls ist dies dann anders, wenn die Unfallfolgen in Relation zur Normenverletzung stehen. Sehr viel schwieriger ist dieser Sachzusammenhang jedoch zu beurteilen, wenn bekannt ist, das Anschnallen würde einen Präventionseffekt haben, der Rechtsgeber aber auf eine Anschnallpflicht verzichtet und die Frage zu beantworten ist, ob dies eine Pflichtverletzung gegenüber notwendigem und möglichem Gesundheitsschutz ist.

Im Alltagsleben sind Menschen formellen (oft skalierenden) Normen (Gesetze, Geboten, Anordnungen, Verboten etc.) und informellen Normen (kulturelle Regeln, Sitten, Erwartungen) konfrontiert. Die legale Regulation und sog. politische Korrektheit stehen dabei für zwei unterschiedliche, sich ergänzende und auch konkurrierende Konzepte.

Beispiel

In einem Gerichtsstreit zu den Bürgerrechten in den USA im Jahre 1793 argumentierte das Gericht, es sei politisch nicht korrekt, einen Toast auf den Staat, statt auf das Volk auszubringen. Seither ist in den USA die „politische Korrektheit“ ein

eigener legaler Normenbegriff. (Manske, A.: „Political Correctness“ und Normalität. Die amerikanische PC-Kontroverse im kulturgeschichtlichen Kontext. Synchron Wissenschaftsverlag der Autoren, Heidelberg 2002, ISBN 3-935025-33-5)

Heute konkurriert „politische Korrektheit“ in vielen Bevölkerungen und Teilen ihrer sozialen Strukturen mit einer rechtlichen Normierung des sozialen Lebens durch die Legislative. Diese Konkurrenz ist ein Aspekt der neoliberalen Deregulierungsziele, die im Besonderen auch für sozialpräventive Normierungen von erheblicher und offenbar auch wachsender Bedeutung sind. Es wird auf diese Weise die Verantwortung der Risikobewertung und -vermeidung durch Individuen und juristische Personen gegen eine gesellschaftliche Verantwortung, bzw. gegen die Verantwortung ihrer durch Wahlen legitimierten Repräsentanz gestellt. Diese gleichsam „entstaatlichte“ Verantwortung gibt der Selbstkontrolle und der informellen Kontrolle den Vorzug vor legislativen Normen und hoheitlicher Supervision. Das Credo lautet dann, „das macht man nicht“ und dieses ersetzt den legalen Imperativ, „das darf man nicht“. Trotz dieser Kontroverse ist die zunehmende Verrechtlichung der präventiven Normierungen global eher die Realität.

Aus sozialmedizinischer Sicht ist eine solche Entgegensetzung problematisch. Ein erster Grund ist die Untrennbarkeit von individueller und gesellschaftlicher Verantwortung. Ohne Bezug aufeinander bleiben beide Verantwortungen inhaltsleer. Ein zweiter Grund ist die Ungleichverteilung von Handlungsverständnissen über den Lebensverlauf eines jeden Menschen. Ein dritter Grund ist die ungleiche Verteilung von Handlungsoptionen und -macht in einer Bevölkerung. Schließlich sind die zumeist positiv bewerteten Anstrengungen die Ungleichheit in der Entscheidungsfähigkeit Handelnder möglichst zu erhalten und zu verfestigen (Marketing, Anreizsysteme, Hierarchiebildungen), ein vierter Grund. Da sozialer Evolution immer auch Differenzierung, Arbeitsteilung, Spezialisierung und Verantwortungsteilung immanent ist, sind dies gute Gründe, hoheitliche präventive Verantwortungen zu erhalten und auch zu verfestigen, ggf. auch auszuweiten.

Soziale Prävention verschiebt keineswegs die Grenzen von individuellen und gesellschaftlichen Verantwortungen. Sie verlangt allerdings Konsense zu den Grenzen zwischen privaten und öffentlichen Verantwortungen. Diese Grenzziehungen sind schwierig und umso schwieriger, je komplexer, heterogener und größer Bevölkerungen sind. Das hat ggf. auch variierende Repressionswirkungen von Normen zur Folge.

Die Frage, was kann den Wandel von Gesundheitsgefährdungen und deren ungleicher Verteilung in einer Bevölkerung bewirken und was, ggf. wer trägt hierfür Verantwortung, ist für die soziale Prävention eine Schlüsselfrage. Das ist auch für individuelle gutachtliche Aufgaben von grundlegender Bedeutung.

Beispiel

Ein eine Gefährdung beschreibender Gutachter kann zu der Einschätzung kommen, dass Herr A dem Risikocluster der „Raucher“ angehört und von diesem Cluster eine Mehrheit X als Folge des Rauchens in einem Zeitraum y erkranken wird. Er kann jedoch nicht feststellen, ob aus dieser Feststellung bereits prädiktiv „Schuld“ folgt. Er kann auch nicht klären, wem diese zuzurechnen wäre.

Aus der Perspektive der sozialen Prävention ist allerdings zu entscheiden, ob, bzw. bis zu welchem Punkt es sich um eine private Verantwortung handelt und inwieweit sie ggf. öffentliche Interessen tangiert.

Beispiel

Der Autor erinnert folgende Anekdote: Während eines Aufenthaltes als Gastwissenschaftler an der University of California Los Angeles traf er dort eine hoch renommierte Rechtswissenschaftlerin, die nachdrücklich forderte, mit allen Mitteln des Rechts gegen das Rauchen (nicht gegen die Raucher) vorzugehen. Sie erläuterte mir ihre Haltung mit dem Verweis auf die ethische Verwerflichkeit des Umstands, dass mit einer so schwerwiegenden und allgemein bekannten Gesundheitsgefährdung die großen Tabakkonzerne gewaltige Profite machen würden. An der University of Berkley hatte der Autor ein ähnliches Gespräch mit einer anderen Wendung. Der Gesprächspartner erläuterte, die Raucher seien Sünder wider Gott und die Bekehrung, ggf. die Bestrafung von Sündern sei das wichtigste Glaubensgebot.

Bezüglich der Prävention ist die Grenzziehung zwischen privater oder öffentlicher Verantwortung zu entscheiden, weil von ihr die Grenzziehung zwischen Selbst- und Fremdkontrolle abhängt. Es geht um die Relationsfindung von individueller Entscheidungsfreiheit und öffentlich-rechtlichen Pflichten und Verpflichtungen, die Gesundheit der Allgemeinheit unter Schutz zu stellen. Solche Grenzziehungen werfen für die soziale Prävention im Besonderen dann Probleme auf, wenn die „Verstaatlichung“ von Gesellschaften und deren normative Ökonomisierung auch die Grenzziehung zwischen Privatheit und Öffentlichkeit betrifft.

Entsprechende Präventionsdiskurse sind untrennbar mit den jeweiligen Auffassungen zum Verhältnis von Individuum und Gesellschaft verbunden. Dieses Verhältnis wird aktuell mit der (freiwilligen?) Preisgabe der Privatheit neu definiert. In Waren- und Konsumentengesellschaften lösen sich die tradierten Vorstellungen von Privatheit weitgehend auf. Zu den Kernkonflikten der sozialen Prävention gehört deshalb die Regulierung sowie die Deregulierung der Grenzen zwischen dem privaten wie dem öffentlichen Leben. Es finden sich im globalen Vergleich beide Extreme: die Forderung nach weitestgehender Privatisierung der Prävention (auch Entstaatlichung oder Entbürokratisierung genannt). Wir finden aber auch die Bereitschaft zu weitgehender

öffentlicher Regulation und Überwachung (Datenbasierung, prädiktive Medizin, Handlungskontrolle und -bewertung im öffentlichen Raum). Die jeweilig gesellschaftlich präferierten und ggf. parteipolitisch in Anspruch genommenen Leitbilder bestimmen so auch die Handlungsoptionen für die soziale Prävention.

Beispiel

Es kann nicht ernstlich argumentiert werden, es sei eine private Entscheidung, Hunger zu erleiden, freiwillig ungeschützt krankmachenden Arbeits- und Umweltbedingungen ausgesetzt zu sein oder krankmachende Produkte zu konsumieren. Offen ist aber die Frage, ob trotz sozialer Zugänglichkeit, die Folgen von Impfverweigerung, von Praktiken der „Selbstoptimierung“ etc. in allgemeiner Verantwortung getragen werden sollen. Das ist sicher keine Entscheidung der Wissenschaften, wohl aber eine für die Prävention sehr wesentliche Wahloption. Etwa die strittige Frage der Impfpflicht wirft dann auch die Frage auf, ob es ein Recht gibt, andere Personen zu gefährden und im Krankheitsfall solidarische Hilfen zu beanspruchen. Zwar gäbe es in jedem Fall eine ärztliche Hilfespflicht, nicht zwingend aber eine Pflicht zu einer kollektiven Kostenübernahme. (Für den Geltungsbereich des SGB V wäre hierzu die Norm der § 52 zu prüfen.) Dieses Problem potenziert sich, wenn es um elterliche Verweigerungen für das Impfen von eigenen Kindern geht und dann zu prüfen wäre, ob es sich hierbei um strafrechtlich relevante Gefährdungen des Kindeswohls handelt.

Soweit es sich bei der Bewertung von Verantwortungen um Aufgaben handelt, die auch des medizinischen Sachverstands bedürfen, geht es um Beratungen, Sachverhaltsermittlungen (Gutachten), um rechtlich explizit legitimierte Eingriffe in das Alltagsleben von Menschen (Schutz) und um die Überwachung gesellschaftlicher Akteure im Rahmen der von der Judikative zugewiesenen Pflichten und Rechte. Die strittigen Argumentationsfelder sind evident. Sie betreffen immer die Frage nach der Vermeidbarkeit, nach der Legitimation normativer Freiheitsbegrenzungen und nach der Schuld bei Normenverstößen. Sie betreffen aber auch die Konsequenzen im Falle notwendiger Folgenbewältigung für Einzelne wie für die gesamte Gesellschaft.

Beispiel

Es darf bezweifelt werden, dass der Konsum von fair gehandeltem Kaffee die Präventionsprobleme der Produzenten löst. Es ist aber in jedem Fall die Anerkennung der Tatsache, dass zurechenbare Präventionsdefizite beim tausende Kilometer entfernten Produzenten vom Käufer der Waren über den Preis mitzutragen sind.

Bei der Suche von Gründen der Verantwortungsverweigerung sind die populären Argumentationsmuster stets gleich: Freiheitsrechte, Schicksal, Selbstverschulden,

genetische Ungleichheit. Exemplarisch sind dann auch die Konsequenzen zu beschreiben: Schicksal steht für höhere Fügungen und biologische Varianz, nonkonforme Lebensstile berechtigen zu Strafe, Ächtung oder Solidaritätsentzug und das Verschulden Dritter für Haftungsansprüche und Strafe, Freiheit schließlich für Selbstverantwortung und Solidaritätsverweigerung.

Diese Argumentationen spiegeln sich geschichtlich wie aktuell in divergenten Präventionskonzepten: Schutz der „Volks Gesundheit“ vor allem Fremden, Sanktionierung des individuellen Verhaltens und Haftungsanspruch bei Fremdverschulden, bzw. Verlust von Hilfsansprüchen oder Schutz der Vielfalt und Toleranz gegenüber Nonkonformität. Die Deutungsmächte über die Ursachen sich wandelnder Gefährdungen und ihre (vor allem regionale und soziale Ungleichverteilung) bestimmen somit auch die präventionspolitischen Strategieentscheidungen.

Der Begriff der „Volks Gesundheit“ spielt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle. Er vermittelt den Eindruck einer zu schützenden „völkischen“ Homogenität, die auch für die Gesundheitsprobleme in einer Bevölkerung gelten soll: Homogenität als Identitätsideal. Die Wortwahl verschleiert zugleich die präventionspolitisch bedeutsame Tatsache der sozialen (vertikalen) Ungleichheiten und der auch sozialspezifisch horizontalen Normierungen und Diskriminierungen. „Volks Gesundheit“ ist nicht nur ein deskriptiver Begriff, sondern Teil politischer Ideologien, die sich gern in den Mantel von Kultur, Erfahrung und nationaler Tradition kleidet und über ein Präventionsmotiv weit hinausreicht. Das gilt analog für die Privatisierung des Rechts auf Normensetzung, -kontrolle und -sanktionierung.

Beispiel

Die Ideologie eines „gesunden“ Volkes zieht sich in vielen Varianten durch die Geschichte vieler Gesellschaften. Die völkischen und „rassenhygienischen“ Ideen des Schriftstellers und Politikers A. de Gobineau (1816-1882), dann die der Sozialdarwinisten und schließlich die nationalsozialistischen Präventionsverbrechen sind als historische Last nicht überwunden. Sie finden in Überlegungen und Forschungsstrategien zur „Optimierung“ (Begrenzung) der genetischen Vielfalt von Homo Sapiens neue Argumentations- und auch Wirtschaftsfelder. Im Gegensatz hierzu steht der Machtanspruch eines bedingungslosen individuellen Eigeninteresses, das Solidarität ausschließt. In seiner überaus wirkungsmächtigen Schrift „Freedom and Capitalism“ schreibt der Nobelpreisträger für Ökonomie M. Friedman (1912-2006): „Few trends could so thoroughly undermine the very foundations of our free society as the acceptance by corporate officials of a social responsibility other than to make as much money for their shareholders as possible.“ (Friedman, M.: Freedom and Capitalism. University of Chicago Press, 1962). Unter diesem Einfluss bringt M. Thatcher (1925-2013) ihr politisches Credo auf den Punkt: „There is no such thing as society: there are individual men and women, and there are families“ (M. Thatcher, Interview for Woman's Own, 1987 Sep 23). Diese ideologischen Positionen haben unter dem Begriff „Neoliberalismus“ zeitgeschichtliche Dimensionen erlangt, Solidaritätsansprüche im Gefährdungs- und im

Krankheitsfall begrenzt und schließlich weltweit den Weg in neue völkisch-nationale Politikmuster geebnet. Zwei ihrer vielen Opfer waren und sind die soziale Prävention und die rechtlichen und organisatorischen Infrastrukturen des Public Health.

Soziale Prävention formuliert Handlungsziele für die Gesundheit, die nur kollektiv erreicht werden können.

Zu den zentralen Fragen der sozialen Prävention gehört in der Gegenwart die nach der Erhaltbarkeit der fundamentalen Lebensbedingungen sowie einer allgemeinen sozialen Sinnggebung, Motivation und Handlungsfähigkeit. Prioritär sind Gemeinschaftsziele, die individuell übergreifend Gesamtheiten von Menschen und künftigen Generationen betreffen.

Das Argument des „ökologischen Gleichgewichts“ spielt dabei eine auch die Öffentlichkeit bewegende Rolle. Die Gleichgewichtserwartung unterstellt die Möglichkeit einer Mensch-Umwelt-Beziehung, die ohne „Umweltverbrauch“ auskommt. Eine solche Erwartung ist an mindestens vier Bedingungen geknüpft:

1. Die Energiegewinnung muss unabhängig von nicht erneuerbaren Ressourcen sein bzw. auf Ressourcen zurückgreifen, die sich von außen erneuern lassen.
2. Die Produktion menschlicher Existenzmittel muss auf die Existenzbedarfe begrenzt bleiben und auf erzeugbare sowie recyclebare stoffliche Grundlagen aufbauen.
3. Bedarfszuwächse und deren Strukturwandlungen dürfen nur den beiden vorhergehenden Prinzipien folgen.
4. Asymmetrisch konsumierende Verbräuche sind an die Bedingungen geschlossener Stoffwandlungszyklen zu knüpfen.

Es gibt derzeit keine gesellschaftspolitischen Handlungsoptionen, die diese Bedingungen erfüllbar erscheinen lassen. Deren Schaffung wird somit eine der entscheidenden Zukunftsinnovationen sein. Diese sind nur scheinbar vorrangig technischer Natur. Sie sind vielmehr Innovationen, die nur aus einer Lebensweise folgen können, deren Wesen die Gestaltung global gleicher Existenzrechte aller ist. Dies wird keine Ökologie des Gleichgewichts sein können, wenn die Gleichheit der Anspruchsrechte akzeptiert, bzw. politisch durchgesetzt werden können. Gleichgewichte sind einer ständigen Störung unterworfen, wobei populationsbezogene Strukturvariablen eine zentrale Bedeutung haben werden. Das schließt die Varianz von Gesundheitsgefährdungen und deren Folgen unmittelbar ein und macht solche Optionen auch zu einem sozialmedizinischen Arbeits- und Forschungsfeld.

Die Konfliktpole der Diskussion um die Verantwortung für den Schutz der Gesundheit sind die Eigen- und die gesellschaftliche Verantwortung. Die jeweiligen Konfliktlösungen, die den globalen Bevölkerungen angeboten werden, sind demokratische

Mitgestaltungsrechte des Seins der Gemeinschaft und alternativ die Option, jeder müsse sich um seine Gesundheit selbst kümmern. Da beide Aspekte unzweifelhaft richtig sind, kann ein Konflikt nur entstehen, wenn es um die Abgrenzungen zwischen einer Verantwortung nur für sich oder auch um eine solidarische Verantwortung für das Gemeinschaftsleben geht. Wenngleich in seiner treibenden Wirksamkeit seit der Weltwirtschaftskrise von 2008 begrenzt, sind in vielen Staaten die Wirkungen des Versuchs einer neoliberalen Wende auch im Gesundheitsschutz nicht überwunden. Einer der wichtigsten fortwirkenden Mechanismen sind dabei die globalisierte Produktionsweise und der unregulierte Handel mit Waren ohne Normen bezüglich ihrer Notwendigkeit und der ihrer Herstellung. Das betrifft u.a. auch den Vertrieb von Substanzen, die wegen vorgeblicher präventiver Wirkungen beworben werden. Es ist festzuhalten, dass sich mit den neoliberalen Wirtschaftspolitiken auch die Probleme der Verantwortung für eine soziale Prävention grundlegend verändert haben. Die Verantwortungskonflikte haben mit der Verbreitung der ideologischen Positionen zur Deregulierung und Entstaatlichung, in anderen Kontexten auch „Entbürokratisierung“ und „Individualisierung“ genannt, weltweit eine außergewöhnliche Gestaltungsmacht über das soziale Leben erlangt.

Die methodische Umsetzung zielt global auch auf die Privatisierung der sozialen Prävention, also auf die Verlagerung staatlicher Aufgaben (hier Public Health) in privatrechtlich ausgestaltete Leistungen. Die „Stärkung“ der privaten Entscheidungsfähigkeiten durch Steuersenkungen und durch die Befreiung von den „Bevormundungen“ durch die Legislative und ihre exekutiven Organe sind typische Argumentationen. Der Markt, vor allem ein individualisierter souveräner Käufermarkt, soll die staatlichen Regulationsfunktionen ersetzen (siehe hierzu auch Libbe, J.: *Kommunale Daseinsvorsorge vor dem Hintergrund des europäischen Wettbewerbsregimes und veränderter Aufgabenwahrnehmung*. In: *Globalisierung und Lokalisierung: zur Neubestimmung des Kommunalen in Deutschland*. Waxmann Verlag, 2006, ISBN 3-8309-1698-1).

Beispiel

*Die marktgesellschaftlichen Transformationen (siehe hierzu Polany, K.: *The Great Transformation: The Political and Economic Origins of our Time*. Beacon Boston, Boston 2001, Erstausgabe 1944, ISBN 0-080705643X) betreffen in vielen Ländern der Bundesrepublik Deutschland die Übertragung staatlicher Präventionsaufgaben (Vorsorgeuntersuchungen, Umwelthygiene, Impfungen, Lebensmittelüberwachung, gesundheitlicher Verbraucherschutz etc.) auf privatrechtliche Dienstleistungsunternehmen. Seit 2017 ist, z.B. in den USA der gesundheitliche Arbeitsschutz deutlich reduziert worden, ebenso die rechtlichen Regulierungen des Umweltschutzes. Analoge Beispiele finden sich auch in der EU. Im Besonderen sog. global player werden kaum reguliert. An die Stelle von Normen treten oft Selbstverpflichtungen und der Verzicht von Staaten, diese Verpflichtungen zu kontrollieren. In China lautet das von einigen Gesundheitsökonomen vorgetragene Argument, die Übertragung (u.a.) von Präventionspflichten auf die Bürger sichere eine Begrenzung der*

Sparquoten und verstärke positiv die aktive Zirkulation von Geld im Wirtschaftskreislauf.

Eine in der Gegenwart eher als reformbedürftig qualifizierte Sicht steht für eine allgemeine und gesellschaftlich garantierte Pflicht zur präventiven Sicherung menschengerechter Bedingungen für die Erwerbsarbeit und für das Alltagsleben. Dieser „Reformbedarf“ erstreckt sich offenbar auch auf Kompensationsansprüche für individuell nicht auszugleichende und sozial verursachte gesundheitsriskante Lebensbedingungen. Daran ändert auch die wachsende Anerkennung der Schutzbedarfe der Ökosphäre unseres Planeten nichts, da diese vor allem verlangen würden, die Konsumausweitungen und die Ressourcenvernichtungen der globalen Kriegsindustrien zu beenden.

Soziale Prävention setzt die These voraus, dass die Chancen zur Selbstbestimmung der Menschen für ihr Leben maßgeblich von ihrer gesellschaftlichen Stellung abhängen und diese Chancen in unterschiedlichen Bevölkerungen erheblich ungleich verteilt sind. Tatsächlich bestimmt das Ausmaß der sozialen und wirtschaftlichen Sicherheit auch das Ausmaß der Selbstbestimmbarkeit des eigenen Lebens, ist also selbst unmittelbare Folge von Ungleichheiten und Benachteiligungen.

Beispiel

Nach protestantischer Lehre legitimiert nur eigene Arbeit auch das Leben. Luther beruft sich dabei auf Paulus: „... wer nicht arbeitet, soll auch nicht essen“. „Müßiggang ist Sünde wider Gottes Gebot, der hier Arbeit befohlen hat. Zum anderen sündigst du gegen deinen Nächsten.“ (Luther, M.: An den christlichen Adel deutscher Nation. Von des christlichen Standes Besserung. (Erstdruck Wittenberg 1520); siehe hierzu auch die calvinistische Arbeitsethik.) Diese Sichten beantworten nicht die Frage, zu wessen Nutzen dieses Gebot erfüllt werden soll. Bei der Beantwortung dieser Frage geht es um die demokratische Begründung ökonomischen Handelns. Hierzu schreibt ein Kritiker der Ideologie des sog. „biblischen Kapitalismus“: ‘Economic democracy’ is the system whereby two wolves and a sheep vote on what to have for dinner.’ North, G. <https://www.gary-north.com/public/departments57.cfm>, Zugriff 12.12.2018. Ergänzend ist anzumerken, dass die Zahl der Schafe erheblich größer als die der Wölfe ist. Letztere verfügen jedoch über das Recht zur Wahl.

Die Konzepte der sozialen Prävention spiegeln im globalen Vergleich die jeweilig wirksamen politischen Realitäten zum Verhältnis von Bürger und Staat.

Im Gefolge der Individualisierungsdebatte ist seit den 1970er Jahren eine von mehreren wichtigen Entwicklungen in der Prävention der Siegeszug der These von der positiv verhaltensregulierenden Macht der Käufermärkte. Ob also globale Produktionsprozesse und die Verteilung ihre Ergebnisse präventionskonform sind, die Umwelt, speziell das Ökosystem bewahren und das Klima schützen werden, ob Nahrungsmittel nicht gesundheitsschädigend sind, wird über das individuelle Käuferverhalten, nicht über die Anbieter entschieden. Folglich sei die Regulation der Käufer, z.B. durch Steuern und Bedrohungskampagnen, die entscheidende Präventionsoption. Diese Position ist für ihre Protagonisten dann von zwingender Zwangsläufigkeit, wenn die Kernbedingungen der sog. Marktgesellschaften geschützt werden sollen. Tatsächlich liegen die Konflikte jedoch anders und der so gesicherte Schutz der Anbieter bleibt schwer zu konsentieren.

Ein erster Konflikt betrifft das Verhältnis von subsidiären und solidarischen Prinzipien des sozialen Ausgleichs von Gesundheitsgefährdungen und deren Folgen.

Ein zweiter Konflikt betrifft das Verhältnis von subsidiären Prinzipien und dem Haftungsrecht beim Ausgleich von Gesundheitsgefährdungen und deren Folgen.

Ein dritter Konflikt betrifft das Verhältnis von solidarischen Prinzipien und dem Haftungsrecht beim Ausgleich von Gesundheitsgefährdungen und deren Folgen.

1. In der Regel sind Vorsorgepflichten verfassungsrechtlich Aufgaben des Staates. Die Vorhaltung von hoheitlichen Strukturen für die soziale Prävention ist die zwingende Konsequenz. Es liegt dann in der Verantwortung der jeweiligen Legislativen, die Pflichtaufgaben der sozialen Prävention festzulegen und hierfür geeignete Strukturen vorzuhalten. Deren Aufgaben sind hoheitlich ausgestattet und bewirken das Recht, kontrollierend und intervenierend, ggf. sanktionierend, präventiv aktiv zu sein. Defizite bei diesen Aufgabenausstattungen werden in einigen Staaten durch die Selbsthilfe, oft auch gewerkschaftliche Selbsthilfen, in anderen durch internationale Hilfen von Organisationen der UN oder von karitativen Einrichtungen oder eben auch gar nicht kompensiert.
2. Es existiert kaum ein Konflikt, wenn das Prinzip Subsidiarität auch für Gefährdungsfolgen, die medizinische Versorgung und die Rehabilitation, ggf. für die Pflege gilt. Die Nutzung haftungsrechtlicher Prinzipien ist allerdings oft wirkungslos, weil die Opfer etwa der Bophal-, Tschernobyl- oder der Fukushima-Katastrophe kaum Möglichkeiten haben, ihre Ansprüche aus eigener Kraft durchzusetzen oder, weil die „Täter“ wirtschaftlich nicht in der Lage sind, den Haftungsansprüchen zu genügen.
3. Solidarische und subsidiäre Sicherungsprinzipien bewirken gemeinsam die Verschiebung der Sicherungslasten aus Haftpflichten in eben diese. Das ist unter der Bedingung globaler Wirtschaftstätigkeit und der Verlagerung gesundheitsriskanter Produktionen in sog. Billiglohnländern von besonderer Bedeutung, weil diese zu einer Risikoübernahme kaum in der Lage sind.

6 Soziale Prävention im Wandel

Mit dem gesellschaftlichen Wandel ändern sich die Bedarfe, Konzepte und Interessen an einer sozialen Prävention.

Solche Wandlungen finden in den präferierten Themen und Leitbildern der Prävention ihren Ausdruck. Präventionsleitbilder sind deren Spiegel und zugleich die gesellschaftlich wirksamen gesundheitsbezogenen Handlungsorientierungen. Sie formen sich in der Regel zunächst als ideen-, interessen- oder wertegebundene Programme und sind dann auch nur informell normensetzend. Solche Programmatiken streben jedoch nach Anerkennung als formelle Normen. Sie konkurrieren mit anderen Leitbildern spätestens dann, wenn es um Präferenzentscheidungen für oder gegen andere Interessen geht. Sie sind politische Identifikationskonzepte sozialer Schichten und Gruppen. Diese Konzepte konkurrieren mit andern und so auch mit „verstaatlichten“ Schwerpunktsetzungen und Normen. Sie sind so Ausdruck und Motor des sozialen Wandels innerhalb einer Bevölkerung.

Beispiel

Es steht wohl außer Zweifel, dass Gesundheitsbewegungen und ökologische Initiativen, unabhängig davon, ob sie mehrheitsfähig sind, die Präventions- und Zukunftsdebatten in vielen Bevölkerungen erheblich beeinflusst und verändert haben. Sie sind dabei weniger Spiegel veränderter Probleme als veränderter sozialstruktureller Gegebenheiten und Interessenkonstellationen.

Wenn anerkannt wird, dass Prävention die Möglichkeiten von Menschen vergrößern und nicht eingrenzen soll, ist die Pluralität von Leitbildern eines der wichtigen Realitäten sozialer Prävention. Diese Pluralität entsteht nicht aus der Beliebigkeit der Interessen, sondern aus ihrer Bündelung in unterschiedlichen sozialen Gruppierungen, die je für sich themengebunden hinreichend homogen sind. Als problematisch kann jedoch diskutiert werden, dass verschiedene gruppengebundene Leitbilder gegeneinander konkurrieren und den „Verlierern“ dann nur die Option bleibt, sich zurückzuziehen oder sich anzupassen. Auch ursprünglich basisdemokratische Gesundheitsbewegung streben schließlich nicht nach Pluralität, sondern nach durchsetzungsfähiger Macht.

Neue und ergänzende Leitbilder sind derzeit in vielen Staaten der Erde

- die Fokussierung auf neue Deutungen des Gesundheitsbegriffs,
- die „Entstaatlichung“ und kommunale Dezentralisierung der präventiven Aktivitäten,

- die Thematisierung alternativer wirtschaftsstrategischer Lebensweise- und Produktionsmodelle als Präventionsleitbilder,
- die Globalisierung, Pluralisierung, und Regionalisierung der Aktionsprogramme,
- die Forderung nach basisdemokratischen Entscheidungskonzepten.

6.1 Leitbilder der Gesundheit

Gesundheit ist ein übergreifender Begriff, der die Zustände „Kranksein“ und „Gesundsein“ einschließt.

Es macht deshalb keinen Sinn, Leitbilder zur Gesundheit je nach den inkludierten und exkludierten Zuständen von Gesundheit zu unterscheiden. Dies ist selbstverständlich für zustandsbezogenes Handeln anders. Für die Medizin ist Krankheit handlungsleitend, wenn sie mit Behandlungsbedürftigkeit (und je nach Rechtskreis mit Arbeitsunfähigkeit) verknüpft ist. Diese bestimmt sich nach dem Stand des medizinischen Wissens und ist durch die ICD klassifiziert. Kranksein bezeichnet dann Zustände, die auch bei gleichen Klassennamen erheblich variieren können. Krankheit und Kranksein sind keine kongruenten Begriffe und Gesundheit nicht ihr Gegenteil.

Beispiel

Es ist im deutschen Sozialrecht beständige Rechtsprechung, dass Krankheit nur bei Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Aus dieser Rechtsprechung folgt, dass Prävention im Kontext der Medizin die Vermeidung von Behandlungsfähigkeit und von Arbeitsunfähigkeit ist und bei Kindern und Nichtarbeitenden nur auf die Vermeidung von Behandlungsbedarf, bzw. die präventive Vermeidung von „Normabweichungen“ abzielen kann. Diese Rechtsprechung folgt dem Sozialgesetzbuch V und gilt folglich auch nur innerhalb dessen Rahmensetzungen.

Vorstellungen zur sozialen Prävention greifen darüber hinaus. Dies illustriert das Definitions-konzept der WHO, „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Präambel zur Gründungsverfassung der WHO, 1948). Vor dem geschichtlichen Hintergrund der zurückliegenden sozialdarwinistischen und „rassenhygienischen“ Ideologien und Verbrechen war dieses Gesundheitsverständnis eine Befreiung. Sie blendete allerdings aus, dass „vollständiges Wohlbefinden“ kein der Lebenswirklichkeit gemäßes Handlungsziel ist. Konflikte, Risiken, Ärger, Auseinandersetzungen und Belastungen sind notwendige und unvermeidbare Erfahrungsinhalte der Menschen und ihrer individuellen Entwicklung. Die Fähigkeit, diese zu bewältigen ist eines der Ziele wirksamer Prävention.

Nach dem Systemtheoretiker und Vertreter des sog. Strukturfunktionalismus Talcott Parsons (1902-1979) ist „Gesundheit ... ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.“. Gesundsein ist in dieser Sicht eine funktionelle Bedingung von gesellschaftlichem Leben. (Parsons. T.: *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*. In: Alexander Mitscherlich, Tobias Brocher, Otto von Mering und Klaus Horn (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Köln und Berlin: Kiepenheuer & Witsch. 1967, S. 57–87.) Die von Parsons gegebene Deutung klärt allerdings nicht, was eine „optimale Leistungsfähigkeit“ ist und wer diese definiert. Ein solches funktionsorientiertes Gesundheitsbild zu akzeptieren, setzt voraus, dass konsentierende Konzepte zum Verhältnis von Individuum und Gesellschaft verfügbar sind.

Eine andere Position vertritt Aaron Antonovsky (1923-1994). Für ihn ist Gesundheit jede beliebige Position auf einem Kontinuum von Gesundsein und Kranksein, die durch den Kohärenzsinn von Individuum gleichsam selbst reguliert wird. (Antonovsky, A.: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen 1997; Franke, Alexa: *Salutogenetische Perspektive* (2015) doi:10.17623/BZGA:224-i104-1.0).

Über diese und weitere gesundheitskonzeptionelle Sichten gewinnt die Medizin kaum einen ihren Handlungskonzepten entsprechenden Zugang zur Diskussion. Prävention begrenzt sich in einem medizinischen Verständnis auf die Vermeidung von Krankwerden mittels medizinischer Interventionen und macht medizinische Normenverständnisse zu den Kriterien ihres Handelns. Da es keine universelle Prävention für Individuen geben kann, sind die Präventionsansätze hier immer selektiv krankheitsgebunden und individualisiert. Die Individualmedizin hat bestenfalls begrenzte Zugänge zur sozialen Prävention. Dort, wo die unmittelbare Hilfenachfrage Kranker verlassen wird, muss sie sich auch mit den sozial- oder gesundheitswissenschaftlichen Deutungen auseinandersetzen.

Die Einordnung dieses Forschungsfeldes in einen Komplex von „Gesundheitswissenschaften“ geht auf den Arzt und Sozialhygieniker Adolf Gottstein (1857-1941) zurück, der diesen Begriff 1907 erstmalig prägte (*Die soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele*. Zeitschrift für Soziale Medizin, Leipzig 1907, Heft 1 und 2, S. 3).

Die populären Vorstellungen zu dem was Gesundheit ist sind sowohl individuell erfahrungsgebunden wie auch sozialkulturell geprägt und variant. Sie verändern sich im Laufe der Geschichte wie auch im individuellen Lebensverlauf. Gesundsein ist so ein erlebtes Befinden und eine sehr komplexe Projektion von Erwartungen, psychophysisch und sozial konditionierten Befindlichkeiten und Selbstwahrnehmungen sowie von Anforderungen der Lebensumwelt. In diesem Sinne kann Risikovermeidung kein bedingungsloses Leitbild der sozialen Prävention sein da das Leben mit Risiken auch im Gesundheitsbezug essenziell ist.

Die Definitionskompetenz für Interventionen im Falle von Krankheit liegt bei der Medizin, die für Gesundheit bei den betroffenen Bevölkerungen und deren sozialen Gliederungen. Das bedeutet aber auch, dass eine „Globalisierung“ der Prävention

zunächst eher über medizinische als über sozialwissenschaftliche Konzepte möglich ist, solange eine globale „Einheitsgesellschaft“ kein Leitbild für Zukunftsprojektionen ist. Dem immer wieder neu artikulierten Mantra von dem Respekt vor der kulturellen Vielfalt als Präventionsleitbild steht allerdings ein erheblicher Druck entgegen, der zwangsläufig der dominanten Kraft der globalen Produktionswelt und auch der der Kultur definierenden Industrien folgt. Die Forderung und der politische Zwang zur Vereinheitlichung und Uniformierung der globalen Lebensweisen und kulturellen Ausdrucksformen bestimmt heute und künftig auch die soziale Prävention.

6.2 Leitbilder sozialer Prävention

Soziale Prävention bestimmt die „Gesellschaft“ als ihren entscheidenden Akteur.

Ein solcher allgemeiner Leitsatz zwingt zur Klärung dessen, was „Gesellschaft“ meint. Sie bezeichnet eine Menge von Personen, die nach für sie gemeinsam geltenden Regeln zusammenleben und interagieren. Gesellschaftsprägend ist die Heterogenität ihrer Mitglieder, die sich immer in einer Struktur spiegelt. Die Organisation ihres Zusammenlebens erfolgt über Ordnungen und Normen, über Verantwortungsteilung und -übertragung auf Institutionen, die als Organe der Gesellschaft fungieren und zumeist einen Staat konstituieren.

Der konzeptionelle Ansatz sozialer Prävention gründet somit auf normativen Handlungsorientierungen, die – mittels welcher Methoden auch immer – legitimiert sind und konsentierten Zielen folgen.

Evidenzbasierte Handlungsziele der sozialen Prävention erfreuen sich im globalen Vergleich bei den gesellschaftspolitisch handlungsmächtigen Akteuren nicht unbedingt großer Beliebtheit. Soziale Präventionskonzepte sind folglich immer Gegenstände politischer Konflikte. Das ist vor allem der Fall, wenn sie soziale Heterogenität und Benachteiligung, die Humanisierung der Arbeit oder den Schutz der Ökosphäre präferieren.

Beispiel

Das American Journal of Public Health informierte im Dezember 2018 über eine Delphi-Studie unter chinesischen Experten (The 20 Most Important and Most Preventable Health Problems of China: A Delphi Consultation of Chinese Experts. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2018.304684>). Die 70 Experten identifizieren, offenbar ohne größere Konflikte als besonders bedeutsame Gesundheitsprobleme der 1,4 Milliarden Bevölkerung 9 nicht übertragbare und 4 übertragbare Krankheiten, 2 „ungesunde“ Verhaltensweisen, 2 „ungesunde“ Umweltbedingungen sowie Verkehrsunfälle, die Kontamination von Nahrungsmitteln mit Pestiziden und Hormonrückständen sowie den Antibiotikamissbrauch als

die 20 wichtigsten vermeidbaren Gesundheitsprobleme. Sie folgerten, die 20 vermeidbaren Gesundheitsprobleme sollten die chinesische Gesundheitspolitik der nächsten 20 Jahre bestimmen.

Die Wirkungen solcher expertengestützten Handlungsleitbilder können im vorliegenden Beispiel als erheblich vermutet werden. Eine Studie mit anderem gesundheitskonzeptionellem Design hätte wohl ebenso zeigen können, dass Reichtum, Partnerschaft, der Besitz eines Autos und einer Wohnung, Zugang zu medizinischer Versorgung, die erlebte Fürsorge durch die Kinder und Enkel im Alter, gutes und reichliches Essen sowie soziale Anerkennung dominierende gesundheitsbezogene Leitbilder sind. Der Autor dieses Heftes hatte über neun Jahre die Möglichkeit in einem Teil Chinas, mit einer Gesamtbevölkerung von reichlich 400 Millionen Einwohnern gelehrt und geforscht zu haben. Dem Urteil der Delphi-Experten ist aus seiner Erfahrung mindestens hinzuzufügen, dass der Mangel an qualifiziertem medizinischem Personal (besonders in den ländlichen Regionen), Probleme der Zugänglichkeit zur medizinischen Versorgung, erhebliche arbeitsmedizinische Probleme, die qualitativ oft bedenkliche Überversorgung zahlungsfähiger Patienten, vor allem von Kindern und Schwangeren und Unter- und Fehlversorgung der ländlichen Bevölkerung drängende Probleme sind. Das gilt auch für das weitgehende Fehlen wirksamer Behindertenhilfen und für die Folgen fortbestehender, wenngleich rasch abnehmender absoluter und relativer Armut. Zu den prioritären Problemen gehört auch die massenhafte Unwissenheit über die sozialen Bedingungen der Prävention, im Besonderen in Bezug auf die Folgen der Luftverschmutzung, des Alkohol- und Tabakmissbrauchs sowie des Missbrauchs von Medikamenten. Hierzu gehört dann auch ein außergewöhnlicher auf Kindern und Jugendlichen ruhender Leistungsdruck der Familien, die von ihnen ihre Versorgung im Alter erwarten. (Siehe hierzu auch Wei Zhang, Navarro, V.: *Why hasn't China's high-profile health reform (2003–2012) delivered? An analysis of its neoliberal roots.* journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0261018313514805; Zugriff 18.12.2018.) Die Verengung der Problemwahrnehmungen präventiver Aufgaben ist keine chinesische Besonderheit. Sie ist mit wechselnden Beispielen ein globales Problem.

Eine wichtige Frage ist die nach den von den Bevölkerungen, den Wissenschaften und der Politik der Staaten geteilten Leitbildern der Prävention. Das schließt die Frage ein, wer jeweils die Definitionsmacht über solche Leitbilder hat. Zumindest hat diese Macht auch Macht über Menschen. Dieser Sachverhalt zieht sich mit wechselnden Mächten durch die Geschichte und spiegelt seine aktuelle Wirklichkeit in der demokratisch kaum zu regulierenden Macht sog. sozialer Medien. Aber auch dies ist kein Defizit der Gegenwart.

Der Zugang der Wissenschaften zur Prävention ist der des Anspruchs, „richtiges“ gesundheitsrelevantes Entscheiden zu begründen. Die Begründung von „Richtigkeit“ folgt nicht zwingend dem Erkenntnisstand der Forschung. Sie wäre idealerweise fakten- und datenbasiert sowie von politischen, wirtschaftlichen und

Marketinginteressen unabhängig. Es wird unterstellt, Rationalität sei ein, möglicherweise das maßgebliche individuelle wie soziale Entscheidungskonzept. Tatsächlich ist Leben – individuelles wie auch gesellschaftliches – durch viele und auch widersprüchliche sowie durch sich mit dem Wandel der Lebensbedingungen ändernde Rationalitäten bestimmt. Es gibt folglich kein unkonditioniertes und widerspruchsfreies rationales Handeln, wie es etwa von U. Beck („Auf dem Weg in eine andere Moderne“; 1986, Suhrkamp Verlag; ISBN 978-3-518-11365-3) postuliert wurde.

Beispiel

Es wird als ein typisches Verhalten von Minenarbeitern in Staaten Südamerikas (vor allem aus Peru und Bolivien) berichtet, vor der Einfahrt in (oft illegal) betriebene Minen reichlich Kokablätter zu konsumieren. Das begrenzt u.a. den Glukoseverbrauch, erhöht den Blutdruck und nimmt die Angst sowie die Schmerzen der Arbeit. Diese Tätigkeit ist die einzige Möglichkeit für ihre Familien und für sich selbst ein Minimum an Existenzsicherung zu erlangen und reicht oft nicht, wenigstens den Schulbesuch der Kinder zu ermöglichen. Zu diesen Arbeitern gehören deshalb auch Kinder. Der Drogengebrauch wird so zu einer Überlebensgarantie, nicht zu einem prioritären Präventionsproblem. Die Priorität muss die grundlegende Verbesserung der Bedingungen für das Leben sein. Der Kokagebrauch ist so zugleich gesundheitsschädigend und rational. Seine Strafverfolgung oder der gute Rat, achtsam mit der eigenen Gesundheit umzugehen, sind demgegenüber irrationale präventive Konzepte.

Prävention ist in diesem Beispiel nicht das Verbot von Kokablättern, sondern die Chance zur Existenzsicherung ohne den Zwang zu solchen Formen der Arbeit. Diese Präventionsleistung kann von der Medizin nicht erbracht werden. Was sie leisten kann, ist die Beschreibung der physiologischen Wirkungen und die sozialpräventive Thematisierung von Alternativen zu solchen Lebensbedingungen. In diesem Sinne schafft soziale Prävention neue soziale Chancen und begrenzt sie nicht.

Die Ideenwelten des 19. und des frühen 20. Jahrhunderts nach denen die Medizin gleichsam die Wissensressource sei, die eine richtige Lebensweise definieren und ggf. interventionell bevölkerungsweit durchsetzen könne, sind heute eher kritisch zu sehen. Die medizinischen Wissenschaften haben nicht die Definitionskompetenz für das „richtige“ Leben. Sie sollten diese auch nicht anstreben.

Was von diesen Diskussionen bleibt ist die „Eroberung“ einer gesellschaftspolitischen Position, die „Gesundheit“ zur Anerkennung als soziales Handlungsfeld führte. Diese Entwicklungen fanden und finden sich global unter sehr unterschiedlichen Bezeichnungen: Sanitary Movement, Hygiène Sociale, Public Health, Sozialmedizin, Sozialepidemiologie, Occupational Health, Arbeitshygiene, Condizioni Sanitarie, Gesundheitsmanagement, Disease Control, Kommunale Hygiene, Umwelthygiene, Lebensmittelhygiene, Gesundheitsökonomie, Gesundheitsförderung etc.

Gemeinsam ist ihnen die Absicht, das Leben in den essenziellen Beziehungen der Menschen zu ihrer Umwelt nach Maßgabe einer wissenschaftlichen Rationalität zu regulieren. Allerdings: Dies setzt voraus, dass Methoden der Regulation, Normensetzung und Normenkontrolle mehrheitsfähig oder zumindest politisch gewollt und dann auch durchsetzungsfähig sind. Soziale Prävention ist so immer auch die Repräsentation eines politischen Willens und seiner Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den relevanten Akteuren und gegenüber alternativen Handlungsbedarfen.

6.3 Regulationskonzepte sozialer Prävention

Soziale Prävention wirkt durch die Regulation des gesellschaftlichen Lebens.

Die Bereiche der Regulation betreffen das Zusammenleben der Menschen, ihr Verhalten zur Umwelt und zueinander, aber auch die Akzeptanz der Rechtsnormen. Der wichtigste Regulationsbereich ist die Regulation der wirtschaftlichen Aktivitäten. Der präventiven Regulation des gesellschaftlichen Lebens stehen allerdings regional wie global erhebliche Widerstände entgegen. Diese Widerstände betreffen mehrheitlich Wirtschafts- und Machtinteressen. Soweit ungleiche Beziehungen die Voraussetzungen des Machterhalts sind (Immerman, R.H.: *Empire for Liberty. A history of American Imperialism from Benjamin Franklin to Paul Wolfowitz. Princeton University Press, 2010, ISBN 978-0-691-12762-0*), sind solche Widerstände Teil des Alltags der sozialen Prävention. Es ist deren regelhafte Folge, dass der Regulation des Individualverhaltens der Vorzug vor der sozialen Prävention gegeben wird. Crawford hat das „*victims blaming*“ genannt (Crawford, R. (1977): *You are dangerous to your health. The ideology and politics of victim blaming. Int. J Health Services, 7:663-680*).

Die Regulation des sozialen Lebens folgt so gesellschaftlichen Leitbildern und jeweils deren Begründung. Ihre Voraussetzung sind handlungsfähige und -willige gesellschaftliche Akteure sowie Wissen über Regulationsdefizite und deren gesundheitliche Folgen. Soziale Prävention ist so in die Konflikte um die Zukunftsgestaltung, um durchsetzungsfähige Interessen und um die Beziehungen der Bevölkerungen und Staaten zueinander eingebunden.

Daran ändert auch das makroökonomische Wissen um die wirtschaftlichen Vorteile hinreichender sozialer Kohärenz nichts. Solange die konkreten Formen der Produktion auf große Mengen billigster Arbeitskräfte zurückgreifen können, bewegen sich die Produktionsketten im Wettbewerb um niedrigste variable Kosten um den Erdball. Der Schutz der Gesundheit und der sozialen Sicherheit ist dabei kein wesentliches Bedenken, wenn Regulationen dies nicht erzwingen (Wilkinson, R.G. (1994): *Health, Redistribution and Growth*, in: Glyn, A., Miliband, D. (eds.) *Paying for inequality: the economic cost of social injustice. London: Rivers Oram Press*; Wilkinson, R.G. (2005): *The Impact of Inequality: How to make sick Societies Healthier, London: Routledge*).

Die Bemühungen der Vereinten Nationen um eine globale soziale Prävention werden u.a. von einer ihrer Behörde, der Weltgesundheitsorganisation, getragen. Die WHO übernimmt eine inhaltlich und konzeptionell orientierende und konkrete Hilfeleistungen koordinierende Funktion ohne eigene legislative und exekutive Kompetenzen. Neben konzeptionell definitorischen Angeboten liegen ihre Arbeitsschwerpunkte auf der Hilfe für Säuglinge, Kinder und antiepidemische Handlungsstrategien sowie auf Appellen, die dem Ziel dienen sollen, den Stellenwert der Prävention und der Krankenversorgung in den gesamtpolitischen Aktivitäten der Staaten zu stärken und zu unterstützen. Es ist eine ihrer Kernpositionen, Prävention sei ein wirtschaftlicher Vorteil für die Staaten und solle deshalb integraler Bestandteil praktisch aller Politikfelder sein. Da Prävention und im Besonderen auch soziale Prävention politisch interventive Aktion ist, ist sie immer auch gesellschaftspolitisch interventive Arbeit, die nicht unabhängig vom „Mainstream“ der globalen gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitischen Konflikte wirksam werden kann.

Beispiel

Die maßgeblich von finanzindustriellen Globalisierungsinteressen getriebenen Deregulierungskonzepte der legalen Ordnungen der Staaten und nachfolgend auch die Übertragung von Aufgaben der sozialen Prävention und Daseinsvorsorge auf privatwirtschaftliche Träger außerhalb eines öffentlich-rechtlichen Ordnungsrahmens, haben auch für die soziale Prävention neue Bedingungen geschaffen. Im Besonderen die zunehmende Kurzfristigkeit von an Investitionen gebundenen Gewinnerwartungen führen zu Konzentrationen von Reichtum und ihnen folgender Macht mit erheblichen zivilisatorischen Gefährdungspotenzialen für die Zukunft des Lebens auf der Erde.

Heute notwendige Präventionsentscheidungen müssen zunehmend auf Langfristigkeit angelegt werden und stehen damit im Widerspruch zu immer kürzer werdenden Steigerungserwartungen von Kapitalrenditen. Wer also formuliert soziale Präventionsbedarfe und ist Träger ihrer Befriedigung? Die Repräsentanten dieser Entwicklungen argumentieren hier, Prävention müsse vor allem der Selbstverantwortung als Alternative zur sozial normativen Regulation folgen.

Die Wahrnehmungs- und Wirkziele sozialer Prävention sind Gesamtheiten von Menschen sowie deren Chancen, ihre Potenziale zu leben. Die präventiven Zugänge liegen überall dort, wo die Eigenverantwortung nicht greifen kann. Dies ist der Fall, wenn es um die Gestaltung gesundheitsgerechter Bedingungen für die kindliche und jugendliche Entwicklung, um gesundheitsgerechte(re) Bedingungen des Arbeitens und des Lebens oder um die Hilfe bei der Sicherung von Autonomie und von Selbständigkeit im alltäglichen Leben bei dauerhaftem Kranksein und Behinderung geht. Ein Problem von dramatisch wachsendem Gewicht ist dabei der irreparable Verbrauch der Ökosphäre.

6.4 Leitbildkonflikte der sozialen Prävention

Konflikte um soziale Präventionsleitbilder spiegeln die Konflikte um die Leitbilder der Zukunft gesellschaftlicher Lebensweisen.

Solche Konflikte betreffen Entscheidungen über prioritäre Präventionsziele, über die Präventionsmethoden und über die den jeweiligen Akteuren zuzuweisenden Verantwortungen. Die Wirksamkeit sozialer Prävention hängt von diesen Entscheidungen ab. Sie sind mit den vorfindlichen Interessen konform, wie sie ihnen auch widersprechen. Sozialer Wandel ist so immer auch von Konflikten um die Ziele, die Wege und die Dringlichkeiten von präventiven Maßnahmen begleitet. Prävention ist auf diese Konflikte jedoch auch angewiesen.

Unter den Bedingungen von Massenarmut und gesundheitlichem Elend von Mehrheiten der Bevölkerungen sind die Leitbilder überschaubar: Armutsüberwindung und die Begrenzung ihrer Folgen ist die wichtigste Aufgabe der sozialen Prävention. Sozialausgleich und soziale Prävention sind dann auch weitgehend kongruente Ziele. Das hat sich in jenen Ländern geändert, in denen absolute Armut und soziale Verelendung keine Mehrheitsprobleme mehr sind.

Beispiel

Zur Armut unter den Bevölkerungen unseres Planeten liegen keine verlässlichen Daten vor. Die einzige in Annäherung verwertbare Quelle ist das Worldfactbook des Geheimdienstes der USA, des CIA (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2046.html?countryName=&countryCode=®ionCode=%C2%A1>, Zugriff 21.12.2018). Die Zählweise beschreibt der Dienst so: "National estimates of the percentage of the population falling below the poverty line are based on surveys of sub-groups, with the results weighted by the number of people in each group. Definitions of poverty vary considerably among nations. For example, rich nations generally employ more generous standards of poverty than poor nations."

Danach ist grob zu schätzen, dass in der Zeitperiode etwa von 2000 – 2015 17 Staaten eine Armutsquote von unter 10% hatten. Weitere 34 Staaten hatten eine Armutsquote von 10 bis unter 20 % und 25 Staaten eine Quote von 20 bis unter 30%. Weitere 31 Staaten sind mit einer Armutsquote von 30 bis unter 40% einzuordnen und Staaten mit einem Anteil von Menschen, die als arm zu klassifizieren sind, der 40% überschreitet. Für 67 Länder liegen keine Schätzungen vor. Der Vergleich hat Mängel in der Glaubhaftigkeit, infolge der unterschiedlichen Zeitperioden der Zählungen und auf Grund der unterschiedlichen Assessmentkriterien von absoluter und relativer Armut in den jeweiligen Ländern. Das schließt einen direkten Ländervergleich aus, ermöglicht aber eine annähernde Beschreibung der Varianz der länderspezifischen Lebensbedingungen.

Mit den quantitativen Proportionsänderungen in den Sozialstrukturen entstehen weltweit neue relative und absolute Mehrheiten, die auch ihre spezifischen Gesundheitsinteressen formulieren und durchsetzen. Sozialausgleich ist für diese „sozialen Aufsteiger“ nicht unbedingt ein Präventionsthema. Viele von ihnen angehören in vielen Ländern zudem einem Anteil der Bevölkerung, der bereits im Rentenalter ist und für den medizinische Versorgung garantiert ist. Prävention bedeutet für sie vor allem ein Konsumversprechen und gesicherte gesundheitliche Dauerüberwachung. Probleme wie relative Armut, schlechte Arbeitsbedingungen und langfristige Folgen der Konsumwelten sind nicht die Alltagsprobleme solcher neuen Mehrheiten. Für Viele wird Zukunft als Bruch mit der eigenen Erfahrung und Erinnerung wahrgenommen und eher als Bedrohung denn als Chance gesehen. Traditionelle Sozialkonflikte werden zu demografischen Konflikten umdefiniert, medial wirksam inszeniert und interessengebunden instrumentalisiert.

Die Bestimmungsmerkmale dessen was ein „richtiges“ und was ein „falsches“ Leben ist, folgen diesem Wandel: Dem Bedürfnis satt zu werden folgt das Bedürfnis nach Gesundsein erzeugender Kost. Präventive Leitbildkonflikte werden zu Konflikten zwischen sozialem Gleichheitsstreben und dem Anspruch auf gelebte und die erreichte soziale Position verteidigende Individualität. Wenn es sozialem Wandel dann gelingt, sozialen Aufstieg weiter zu befördern, werden sich die Leitbildproportionen weiter verschieben: die Erfolglosen werden zu Schuldigen an ihren Lebenswirklichkeiten.

Es gehört zum „guten politischen Ton“ zu fordern, dass alles zu tun sei, um die Bevölkerung, die Gesellschaft und ihre Wirtschaft sowie die Umwelt zu schützen. Dies ist die denkbar freundlichste Umschreibung der Konflikte, die in einer solchen Zielorientierung verborgen sind. Selbst, wenn diese Forderungen zu konsentieren wären, bliebe Prävention ein Konzept der sozialen Kontrolle und eines Handelns unter der Bedingung einer nur begrenzten Vorhersehbarkeit von Zukunft. Sie bleibt dann immer auch ein soziales Konfliktfeld der Normenakzeptanz und -verweigerung.

Prävention greift, so sie formell normiert ist, in das individuelle wie in das soziale Leben ein. Das führt zu der Frage, wie weit legale Regelungen in individuelle Verhaltensentscheidungen eingreifen dürfen, sollen oder müssen und wer ggf. dann über Kontroll- und Sanktionsrechte verfügt. Wenn gesellschaftlich akzeptiert wird, dass die Vielfalt der Individualitäten Teil des sozialen Reichtums ist, muss zwingend auch die Frage beantwortet werden, wie weitgehend die varianten individuellen Leitbilder toleriert werden können oder auch müssen, bzw. mittels welcher Strategien variante Lebensleitbilder normativ konsentiert werden können. Die schlimmste Quelle der präventiven Varianzbegrenzung ist dabei die Angst vor dem Anderssein und die ihr folgende Zurückweisung sozialpräventiver Normen.

Beispiel

Die Ideologen der sog. Rassenhygiene im 19. und im 20. Jahrhundert schufen die „geistigen“ Grundlagen der dann folgenden, vor allem deutschen Präventions-

verbrechen. Diese folgten Leitbildern, die für viele Menschen konsensfähig waren. Die Begründungen sind mehrheitlich wohl eher geglaubt als verstanden worden. Ihre Wirksamkeit setzte ihre Verbreitung voraus, und es muss davon ausgegangen werden, dass die Denkmuster tief verwurzelt waren und blieben. Offensichtlich sind sie auch in der Gegenwart wirksam und werden an nachfolgende Generationen weitergetragen. Sie sind Teil von Richtigkeitskonzepten, die Wissen, Vielfalt und Anderssein ablehnen, völkische Homogenität fordern, in ihrer Tendenz antitolerant und diskriminierend sind. Sie fordern für sich zudem Handlungsmacht. In diesem Sinne sind Präventionsleitbilder oft populistisch und werden als Konzepte positiver wie negativer Diskriminierung auch zielgerichtet mit präventionskonzeptioneller Argumentation erneut eine politische Programmatik und Meinungen werden durch Wissen ersetzt.

Für die Leitbilddiskussion ist der Unterschied zwischen der Forderung nach Gleichheit vor dem Recht und der Wunsch nach Individualität von menschlichem Dasein und Verhalten von grundlegender Bedeutung. Die Gleichheit vor dem Recht ist, so sie gegeben ist, einer der wesentlichen Zivilisationserfolge. Sie ist allerdings immer auch repressiv, weil autonomiebegrenzend. Sie ist deshalb auch nie völlig zu konsentieren. Soziale Prävention ist deshalb von einem erheblichen Konfliktpotential begleitet. Das trifft gleichermaßen für individuelle wie auch für soziale Präventionsleitbilder zu. Prävention ist immer Hoffnung auf Wandel und zugleich Angst vor ihm, Projektionsfläche für Ängste vor Identitätsverlust und Anlass, für diesen nach Schuldigen zu suchen.

6.5 Präventionsleitbilder und Entscheidungsfreiheit

Soziale Prävention stellt die Freiheit individueller Entscheidungen für Lebensmodelle und Handlungsweisen unter den Vorbehalt kollektiv akzeptierter Normen.

Freiheit wird allgemein als die Möglichkeit zur Entscheidung zwischen einer endlichen Menge von Optionen verstanden und auf Vorstellungen von Freizügigkeit begrenzt. In diesem Sinne ist der Begriff Freiheit ohne den der Option inhaltsleer. Es ist deshalb von fundamentaler Bedeutung, wie Entscheidungen und deren Wählbarkeiten verteilt sind. Im Kontext der Prävention sind Entscheidungsfreiheiten durch objektive Wahlmöglichkeiten und durch kollektive Willensbildungen konditioniert und auch begrenzt.

Beispiel

Die biologischen Lebensverläufe (Ontogenese) aller Lebewesen sind mit erheblicher Varianz genetisch determiniert, also nicht wählbar. Die Nutzung dieser Potenziale ist hingegen durch individuelle Entscheidungen in den Grenzen gegebener

sozialer Bedingungen modifizierbar. Das Ausmaß der Wählbarkeit von Lebensverläufen bestimmt so auch die Präventionspotentiale.

Es ist das oberste Ziel der sozialen Prävention, Optionen für die Entfaltung individueller Potenziale zu schaffen und die Grenzen ihrer Wählbarkeit zu erweitern. Dabei geht es nicht um die Erweiterung der Beliebigkeit von Freizügigkeiten. Es geht darum, die Wählbarkeit durch die Begrenzung von Wahlprivilegien zu demokratisieren und dem Wissen zu deren Rationalität zu unterwerfen.

Von Elementarbedürfnissen und Schutzreflexen abgesehen, werden Präventionsleitbilder erworben. Kenntnisse über die Entstehung und die Weitergabe von Leitbildern der Prävention können helfen, Prävention als Aspekt des Lebensalltags zu verfestigen. Sie sind Teil der Selbstkonstruktion der Persönlichkeit. Es entstehen so aber auch Spannungsfelder zwischen den Ansprüchen an die Individualität und den Zwängen der Fremdbestimmung. Solche Konflikte sind offenbar Teil der Sozialisationsprozesse vor allem von heranwachsenden Menschen, spielen aber wohl in allen Altersklassen eine Rolle.

Hurrelmann bestimmt Sozialisation als „Prozess, durch den in wechselseitiger Interdependenz zwischen der biopsychischen Grundstruktur individueller Akteure und ihrer sozialen und physischen Umwelt relativ dauerhafte Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsdispositionen entstehen.“ (Hurrelmann, K., Bauer, U., Grundmann, M., Walper, S. (Hrg.) Handbuch Sozialisationsforschung. 2015, 8. Aufl., Julius Beltz GmbH & Co. KG; ISBN 978-3-407-83183-5)

Zur Varianz der individuellen Präventionsleitbilder, zu ihrer Verteilung und über die zurechenbaren Konflikte ist nur wenig Wissen verfügbar. Solche individuellen Leitbilder wirken jedoch als alltägliche Handlungs- und Verhaltensorientierung. Sie werden über Erziehung, Bildung und Vorbilder sowie über Medien und kulturelle Muster erworben und müssen sich oft als Teil von Gruppennormen im Lebensalltag der Menschen bewähren. Dabei dürfte deren Nutzen bei der Suche nach sozialer Anerkennung oft wichtiger als der tatsächliche individuelle präventive Nutzen sein. Besonders wichtige Fakten betreffen dabei die Alters-, Geschlechter- und Sozialspezifität solcher Leitbilder und den Anpassungsdrucks an sie.

Beispiel

Empirische Studien konnten zeigen, dass je nach Lebensalter dem Gesundheitsbegriff sehr unterschiedliche und auch widersprüchliche Vorstellungen assoziiert werden. Danach verbinden mit dem Gesundheitsbegriff

Personen in der Altersgruppe 18 – 25 Jahre mehrheitlich z.B.

- *den Wunsch nach erfolgreicher Partnerschaft mit Eltern, Freunden und einem noch gesuchten oder bereits gefundenen Lebenspartner; Freundschaften, Liebe und sozialen Kontakten wird ein hoher Gesundheitswert zugemessen*

- *positive Selbstwahrnehmung, Selbstvertrauen, Erfolg und Anerkennung, Achtung und erlebtes Vertrauen der Umwelt*
- *die Erfahrung der eigenen Möglichkeiten, der Risikobewältigung, aber auch Schutz, Vertrauen in Kritik, Ehrlichkeit und Offenheit*
- *die Suche nach Unabhängigkeit und Bewährung*
- *Selbsterfahrung von Freiheitserleben und -erproben, aber auch Anpasstheit an Gruppennormen*

Personen im Erwerbsalter verbinden mit dem Gesundheitsbegriff z.B.

- *Sicherheit für die Familie*
- *Berufserfolg, Einkommenssicherheit, Vorsorgefähigkeit*
- *Akzeptanz und Anerkennung*
- *positiv gelebte Sexualität*
- *Durchsetzungs- und Konfliktfähigkeit*
- *Entspannung, Konsum und Genuss*
- *Belastbarkeit*
- *Anpasstheit an Gruppennormen und Gruppenerlebnisse*

Personen im Rentenalter assoziieren mit dem Alter zunehmend sehr konkrete Gesundheitsziele, wie z.B.

- *Autonomie und Selbständigkeit*
- *Risikovermeidung*
- *Aktivität und Mobilität*
- *Partnerschaft und Gemeinschaft*
- *Integrationserhalt und Teilhabe*
- *Sicherheit und Zuwendung*
- *nicht Kranksein*
- *Beschwerdefreiheit und erfolgreiche Bewältigung von Krankheitserlebnissen*

(Niehoff, J.-U.: Gesundheitsleitbilder. Forschungsbericht, Charité, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, 1994)

Präventionsleitbilder wirken als Regulationskonzepte. Diese Regulatoren sind Teil der Definitionsmächte öffentlicher Handlungsnormen und entsprechen der Spannbreite der auf Durchsetzung drängenden politischen Interessen. Sie sind so zugleich ein Spiegel der geschichtlich jeweils wirksamen Menschen- und Gesellschaftsbilder und Handlungsmotive.

An den Diskursen hierzu ist die Sozialmedizin zunächst nur sachverständig beteiligt. Sie misst und bewertet Wirkungen der gegebenen Lebensbedingungen und deren Einflüsse auf die Gesundheit der jeweilig betroffenen Bevölkerungen. Hierbei geht es um die Identifizierung und um die Messung der Intensität von Gefährdungen (force of morbidity) und deren soziodemografische „Durchdringung“ einer Bevölkerung. Spätestens dann, wenn es um die Bewertung der aktuellen und der künftigen Relevanz von Gefährdungen geht und prioritäre Ziele vorzuschlagen sind, bzw. Handlungsempfehlungen gegeben werden sollen, steht soziale Prävention im Konflikt mit den jeweiligen gesellschaftlich relevanten Akteuren. Der Grundkonflikt formiert sich stets um eine Frage: Ist die Verursachung und Vermeidung von Gesundheitsgefahren ein individuelles oder ein gesellschaftliches Problem? Die Antwort auf diese Frage wird entscheiden, ob Prävention primär Einfluss auf die Betroffenen (z.B. individuelles Risikoverhalten, Anpassungsbereitschaft, Widerstandspotentiale gegen soziale Fehlentwicklungen etc.) oder auf deren Lebensbedingungen nehmen soll.

Beispiel

Es wird beobachtet, dass bei einem Teil der Jugendlichen, die Prävalenz der Übergewichtigen zunimmt. Bei einem anderen Teil nimmt hingegen die Prävalenz von Untergewichtigkeit und Mangelernährung zu. Beide Gruppen unterscheiden sich u.a. durch die soziale Schichtzugehörigkeit. Aus der Sicht der Wissenschaften ist ein erstes wichtiges Problem die Normierung des Körpergewichts, das als präventiv interventionskritisch zu beurteilen ist. Zudem ist an beiden Enden der Verteilung zu entscheiden, was „ideal“ oder zumindest präventionskonzeptionell als Ziel für eine Optimierung der Relation von Körpergewicht und Präventionserfolg vorgegeben werden soll. Dabei ist auch zu entscheiden, ob es hinreichend ist, nur „Hochrisikopersonen“ als Präventionsziel zu bestimmen. Die Alternativen wären präventive Interventionen auch bei „Niedrigrisikopersonen“. Die Frage lautet also, ob sehr hohe Körpergewichte oder auch geringere oder gar die Erreichung „idealer“ Körpergewichte zum Interventionsziel gewählt werden sollen. Die Entscheidung wird in jedem Fall in öffentliche Informationskampagnen münden müssen, die sich entweder nur an wenige oder an möglichst viele Personen richten. Zumindest dürfte als sicher gelten, dass solche Kampagnen bei „Hochrisikopersonen“ weniger erfolgreich sind als bei Personen, die wie auch immer begründete Normen nur geringfügig oder gar nicht überschreiten. Vor allem adressieren beide Problemkreise sehr verschiedene soziale Strukturen.

Die Konfliktfelder betreffen hier die Widersprüchlichkeit sog. „high risk strategies“ und sog. „mass strategies“, auch „population strategies“ nach G. Rose (1926-1993) (siehe hierzu Rose, G., Marmot, M., Khaw, K.T. (2008): Rose's Strategy of Preventive Medicine. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780192630971.001.0001>). Der Entscheidungskonflikt trifft auf die Frage, ob Maßnahmen der Prävention eher auf einzelne Personen mit Merkmalen einer hohen Gefährdungsintensität gerichtet oder bevölkerungsorientiert auf Menschen mit eher geringer Gefährdungsintensität

fokussiert werden sollten (Paradoxon der Prävention, siehe hierzu auch Heft 3). Es ist zudem zu klären, wie sich über die Skala der „interventionspflichtigen“ Körpergewichte die sozialen Schichten verteilen, da sich Prävention schließlich nicht an Körpergewichte, sondern an konkrete Menschen mit konkreten Lebensrealitäten wenden soll.

Da hohe Gefährdungsintensitäten eher wenige Menschen betreffen und deshalb wenige epidemiologische „Fälle“ erzeugen, sind bevölkerungsweite Effekte zu erreichen, wenn große Bevölkerungsgruppen mit niedriger Inzidenzdichte das Präventionsziel sind. Dieses Problem wird auch als „volksgesundheitliche“ Wirksamkeit argumentiert und erfordert Klarstellungen.

Die besondere Bedeutung des Themas folgt aus einer Ideologie, die Volk als eine biologisch-genetische Identität deutet und sich damit gegenüber anderen Gemeinschaftsidentitäten abzugrenzen versucht. Der Begriff „Volk“ ist in dieser Deutungswelt von der These einer weitgehenden kulturellen und genetischen Homogenität im Sinne einer archaischen Ursprünglichkeit geprägt. Dies ist für einige Menschengruppen der Weltbevölkerung als zutreffend anzunehmen, für die großen modernen Bevölkerungen mit genetischer Vielfalt aber nicht zu bestätigen. Da genetische Varianz, nicht Homogenität, den evolutionären Vorteil schafft, sind Versuche, einen präventiven Schutz vor vermuteter oder gewollter Homogenität anzustreben, für Homo Sapiens zukunftsfeindliche Konzeptionen. Solche Denkweisen haben mit der Gleichsetzung von „Volk“ und „Rasse“ sowie mit dem Sozialdarwinismus im 20. Jahrhundert und vor allem in Deutschland einen verbrecherischen Höhepunkt erreicht. Sie sind weltweit aber nicht verschwunden und nennenswert wirksam.

Der Begriff der „Volksgesundheit“ im Sinne einer biologischen Identität und Homogenität macht keinen präventionskonzeptionellen Sinn und ist zutiefst menschenfeindlich. Er durchdringt jedoch wie ein Krake die Präventionsdebatte, wenn Krankheit als wirtschaftlicher Schaden am „Volk“ gedeutet wird.

Beispiel

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Deutschland schätzt für das Jahr 2016 den volkswirtschaftlichen Schaden durch krankheitsbedingte Ausfälle von Arbeitskräften auf insgesamt 75 Milliarden Euro. Den Verlust an Arbeitsproduktivität beziffert sie auf 133 Milliarden Euro. Diese „Schäden“ deutet sie zugleich als volkswirtschaftliches Präventionspotenzial. Würden Arbeitnehmer wegen Krankheit nicht arbeitsunfähig, würde jedoch nicht das „Volk“ um diese Beträge reicher, sondern die Arbeitgeber. Das „Volk“ hätte nur einen Anteil, wenn entsprechende Kostenvorteile und ggf. höhere Steuereinnahmen dem allgemeinen Wohl Benachteiligter zugutekämen (siehe hierzu auch https://www.bund.de/Content/DE/DEBehörden/B/BAuA/Content/DE/Home/homepage_node.html;jsessionid=758CA40D3F590034BE4FD280E4CF0051.1_cid3; Zugriff, 08.09.2017).

Die Schwierigkeit mit solchen Potenzialschätzungen umzugehen ist offensichtlich: Es kommt eher selten vor, dass wegen Krankheit Produktionslinien geschlossen werden. Ausnahmen sind bevölkerungsweite Epidemien. Die Mehrheit der Folgen wird durch die Mehrarbeit der „Gesunden“ aufgefangen. Solche und analoge Potenzialberechnungen für den Nutzen von Prävention mittels Schadensermittlung werden auch in der Umkehrung argumentiert: Wie hoch ist der Schaden durch Prävention? Wie hoch ist der Schaden durch angemessene Entlohnung? In jedem Falle bleibt die Frage, ob der Gewinnschaden eines Arbeitgebers ein Schaden für das „Volk“ oder eben nur einer für diesen ist.

Ökonomische Effizienzerwägungen sind allerdings die am stärksten wirkenden Unterstützungsargumente für die soziale Prävention, zumindest, wenn die Kosten-Nutzen-Relationen präventive Interventionen zu rechtfertigen scheinen. Dabei ist evident, dass es für die Rechtfertigung von Eingriffen in autonome Lebensstilentscheidungen und wirtschaftliche Lebensweisen unterschiedliche rechtfertigende Argumente gibt. Es wird offenbar unterstellt, dass das Argument, die Vermeidung eines zu hohen Körpergewichts sei präventiv notwendig, wirksamer ist als das Argument eines ökologisch zwingenden Strukturumbaus der industriellen und agrarischen Wirtschaftstätigkeit. Geforderte Lebensstil- oder alternativ Lebensweiseänderungen erzeugen offensichtlich unterschiedliche Ängste und Interessen an Präferenzentscheidungen.

Das Argument „Prävention“ ist auch ein wirkungsstarkes Marketingargument (prevention sells). Es muss in der Regel keiner Evidenzbasierung unterworfen werden, kann also beliebig eingesetzt werden. Soziale Prävention ist gegen solche marktgetriebenen Megatrends immer nachrangig und weist Benachteiligten zudem Selbstverschulden für ihre Lebenslagen zu. Der Wandel eines Menschenbildes vom kollektiven Produzenten seiner Lebensverhältnisse zu einem durch Marketing geformten individuellen Verbraucher und Konsumenten ist selbst zum Problem der sozialen Prävention geworden.

Soziale Prävention wirft drei grundsätzliche Fragen auf:

1. Ist hinreichende soziale Kohärenz ein akzeptiertes Gesellschaftsziel?
2. Ist Prävention ein Handlungs- und Verteilungsziel, das über die Interessen der jeweils heutigen Akteure und deren Interessen hinausgehen muss?
3. Können/sollen soziale Präventionsziele über die Mechanismen von Anbieter- und Käufermärkten erreicht werden?

Sozialpräventive Aufgaben müssen sich mit der Vielfalt der Interessen und der ungleichen Machtverteilung der relevanten Akteure auseinandersetzen. Dabei gilt: Wenige bestimmen viel, Viele bestimmen wenig.

Gehorsam und Anpassung an soziale Normen sind klassische Präventionsmodelle. Die Herausforderung an Leitbilder der Toleranz gegenüber dem „Anderssein“ und die Forderung nach Homogenität in den Lebensstil- und Verhaltenspräferenzen sind und waren Zeichen der Zeit, ebenso wie die Verweigerung von Toleranz. Gleichzeitig

gelten aber auch Individualität und Selbstbestimmung als Alternativen zu Solidarität sowie als Ideale sozialer Lebensweisen und werden ggf. mit Nachdruck vorgetragen. Diese konstituieren den neuen Menschen als Kunden und nicht länger als solidaritätsfähiges Wesen. Der wirtschaftspolitische Neoliberalismus gewinnt auch für die soziale Prävention global paradigmatische Bedeutung.

Beispiel

„Im Mittelpunkt der politischen Anstrengungen stehen nicht mehr die Fürsorge und die Versorgung von behinderten Menschen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen.“ Bundestagdrucksache 14/5070, S.92 siehe auch: Entschließung des Deutschen Bundestags vom 19.05.2000, siehe auch: Änderung des Artikel 3 Abs. 3, Satz 2 Grundgesetz 1994.

Diese politische Konzeption stellt die klassischen Public Health Strategien vor erhebliche Probleme. Sie folgt dem Konzept der Selbstverantwortung und Subsidiarität, nicht dem der Solidarität.

Die gern zitierte These von R. Virchow (1821-1902), die Medizin sei eine soziale Wissenschaft und seine so ausgedrückte Erwartung, die Gesellschaften sollten sich nach den „Richtigkeitsvorstellungen“ einer wissenschaftlichen Medizin entwickeln, war und ist bleibend eine bedeutsame Feststellung. Sie besagt nichts anderes, als die Gestaltung präventiver Lebensverhältnisse zu einem Gesellschaftsziel zu machen.

Diese These ist allerdings auch problematisch: gesellschaftlich wirksames Handeln bedarf der Legitimation und eines hinreichenden Konsenses. Prävention ist deshalb immer auch ein optionales und demokratisches Entscheidungsproblem. Präventives gesellschaftliches Handeln muss, soll es gegen konträre Interessen durchgesetzt werden, auch legitimiert sein. Die Präferenz „Gesundheit“ sei das wichtigste Handlungsziel, ist in der Realität nicht zwingend über alle Individualinteressen und Lebenskonzepte hinweg auch geteilt. Die Frage ist also zu beantworten, wie soziales Präventionshandeln als kollektive Entscheidung etabliert werden kann. Das schließt die Frage nach dem Grenzen tolerierbarer Varianz von Lebenskonzepten ein.

Das wirft grundsätzlich die Frage auf, ob Zukunft (hier soziale Präventionsbedarfe) tatsächlich immer ein (prioritäres) Entscheidungskriterium ist. Diese Frage ist zumindest geschichtlich zu verneinen oder nur dann zu bejahen, wenn sie den Interessen von Handlungs- und Entscheidungsmächtigen, die bislang eher nie auch legitimierte Mehrheiten waren, entsprachen. Dies dürfte für sehr große Teile der Menschheit auch in der Gegenwart gelten. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass gesellschaftliche Entwicklungen, auch die Bildungszugänge deprivilegiert und eine wachsende Zahl der Menschen von der Besorgnis um ihre tägliche Existenzsicherung befreit haben. Wo

dies gelang, entstanden implizit wie explizit immer auch erhebliche neue Präventionspotentiale.

Soziale Prävention ist ein gesellschaftlicher Entscheidungskonflikt.

Eine zentrale Funktion sozialer Prävention ist in diesem Kontext die prospektive Folgeabschätzung, Risikobewertung und Risikokommunikation. Zukunftsentscheidungen werfen jedoch mindestens drei Probleme auf: (1) die Prädiktion von Zukunft, (2) das „richtige“ prospektive Handeln und (3) dessen Legitimation. Diese drei Problemfelder betreffen auch das Verhältnis von Wissenschaft und Politik. Formal handelt es sich hierbei um analytische Gegenstände der Entscheidungstheorie, inhaltlich um Fragen der Formulierung und Durchsetzung von Interessen.

Die bezeichneten Probleme betreffen aus wissenschaftlicher Perspektive die Ermittlung und Bewertung von Risiken. Aus politischer Sicht betreffen sie die Legitimation von Entscheidungen, die direkt oder indirekt für die Bevölkerung gesundheitsrelevante Folgen haben: Wann ist der Gesetzgeber berechtigt, ggf. verpflichtet, normative Entscheidungen mit gesundheitlichen Wirkungen für alle oder für Teile einer Bevölkerung zu treffen?

Die Risikobewertung neuer Technologien und Produkte oder auch die Bewertung politischer Entscheidungen betrifft die Anzahl erzeugter Fälle von Krankwerden je Zeiteinheit (siehe Heft 3). Dabei ist die Beurteilung der sozialen Folgewirkungen sehr viel schwieriger als die potenzieller ätiologisch relevanter Sachverhalte.

Soziale Präventionspflichten, z.B. der besondere Schutz von Müttern und Kindern, Pflichtimpfungen, Verbote des Drogengebrauchs, Arbeitsschutz, Umweltschutz, öffentliches Ordnungsrecht etc. bedürfen im mehrheitlich geteilten Staatsverständnis der Legalisierung durch eine gemeinschaftliche Willensbildung. Diese ist immer dann eher unproblematisch, wenn individuelles Handeln andere Personen unmittelbar gefährdet. Das ist etwa das Argument bei der Verkehrssicherheit, dem Arbeitsschutz oder auch dem Rauchverbot, wenn es das sog. Passivrauchen verhindern soll. Sehr viel schwieriger (und in vielen Staaten auch nicht durchsetzbar) ist die Anwendung des gleichen Prinzips im Falle industrieller Luftverunreinigungen, des Masseneinsatzes von Pestiziden oder im Falle von Kriegshandlungen oder ihrer Vorbereitungen, die immer auch Unbeteiligte betreffen etc. Hierbei handelt es sich um grundsätzliche Entscheidungsdilemmata, die Gegenstand der Entscheidungstheorie und im Falle politischer Entscheidungsfindungen der sog. Sozialwahltheorie (engl. social choice theory) sind. Diese von K. Arrow, der gelegentlich auch als Begründer der Gesundheitsökonomie benannt wird, begründete und mit einem Nobelpreis gewürdigte Theorie (*Kenneth J. Arrow: Social Choice and Individual Values. 2. Auflage. Wiley, New York 1963, ISBN 0-300-01363-9*) gilt für Entscheidungen, die als kollektive Entscheidungen über die Präferenzen des einzelnen Individuums hinausgehen und deshalb konsentiert werden müssen.

Selbst wenn anerkannt wird, das soziale Leben sich nie zu 100% auf einen Totalkonsens der Zustimmung zu einem Entscheidungsvorschlag berufen muss, muss geklärt werden, ab wann ein Entscheidungsvorschlag mehrheitsfähig ist und unter welchen Umständen Entscheidungen auch Entscheidungen von Minderheiten sein dürfen, auf demokratische Konsense also verzichtet werden darf.

Beispiel

„Klassiker“ solcher Diskussionsführungen sind z.B. die Schulpflicht, die Impfpflicht, das Drogenverbot, Regelungen im Natur- und Umweltschutz, Solidarpflichten, die rechtliche Regulierung von medizinischen Dienstleistungen und Produkten etc.

Arrow fasst diese Problemlagen kollektiver Entscheidungsfindungen in seiner Sozialwahltheorie zusammen und formuliert Kriterien, nach denen die Wahl von Präferenzen zu beurteilen ist. Die Theorie kollektiver Entscheidungen bemüht sich zu verstehen, wie aus der Summe individueller Präferenzen eine kollektiv getragene Entscheidung entsteht. Mit dem sog. Arrow-Theorem gilt als annehmbar, dass Methoden der Logik und der Mengenlehre in der Lage sind, Präferenzentscheidungen zu treffen, die bei Wahlentscheidungen zumindest keine grundsätzlichen Probleme bewirken (axiomatische Sozialwahltheorie). Die probabilistische Sozialwahltheorie bemüht sich hingegen, Wahlparadoxien mittels des Wahrscheinlichkeitskalküls zu beschreiben.

Da soziale Präventionsprogramme im Idealfall gesellschaftlich konsentiert sein sollten, sind auf sie die Probleme der sozialen Präferenz- und Entscheidungsfindung anwendbar. Im Anwendungsfall von kollektiven Präventionsentscheidungen treten allerdings auch grundsätzliche Probleme einer demokratischen Legitimation auf. Diese betreffen vor allem die Frage, wie notwendige soziale Präventionsentscheidungen zu treffen sind, wenn die votierende Bevölkerung oder starke Minderheiten diese Entscheidungen ablehnen, bzw. wenn die Zeithorizonte der Wirkungsbeurteilung weit über die fernere Lebensdauer der Entscheidungsberechtigten hinausgehen, sie also mit ihren heutigen Interessen über die Zukunft nachfolgender Generationen entscheiden.

6.6 Entscheidungsprobleme sozialer Prävention

Soziale Prävention bedarf der Legitimation ihrer Normensetzungen.

Niemand bestimmt sein Leben vollständig selbst. Vorstellungen von einem sich und seine Lebensrisiken selbst und unabhängig bestimmenden Individuum sind naiv und sofern propagiert, zumindest reduktionistisch, ggf. politisch zwecksetzend. Es gibt

immer Bedürfnisse, die an die Individualität gebunden sind, ebenso wie es Bedürfnisse gibt, die Menschen nur dank ihrer Vergesellschaftung befriedigen können. Folglich gibt es Präventionsbedarfe, die individuellen Risikoentscheidungen zuzurechnen sind, wie es auch Präventionsbedarfe gibt, die aus Risiken des vergesellschafteten Lebens resultieren.

Vergesellschaftung meint hier, dass Menschen nur in und durch die Interaktion mit anderen Menschen leben und sich entwickeln können. Sie ist zugleich die Voraussetzung der sozialen Evolution. Vergesellschaftung und die Abhängigkeit von ihr finden ihren Ausdruck in allem, was das Leben der Menschen bestimmt: die gemeinsame Gefahrenabwehr, die Erzeugung von Wissen und dessen Distribution, die Arbeitsteilung, die Erzeugung und Verteilung von Gütern, Gesundheitsschutz, Umweltschutz, gegenseitige Hilfe etc. Die Diskussion um die Gesundheitsfolgen der Produktionsweise und der asymmetrischen Anhäufung von Reichtum oder der Umweltzerstörung macht ohne die Reflexion der vergesellschafteten Lebensweise keinen Sinn. Menschliches Leben ist ohne sie nicht möglich. Wie immer die sozialen Interaktionen geformt sind, sie sind die Voraussetzungen aller sozialen Beziehungen, Konflikte, gesundheitlicher Chancen und Risiken, der Wertschöpfung, der Erwerbsarbeit oder auch der Entstehung und Überwindung der sozialen Ungleichheit.

Ohne eine vergesellschaftete Lebensweise machen Konzepte der sozialen und individuellen Prävention folglich keinen Sinn. Individualität und Gesellschaftlichkeit sind keine Gegensätze, sondern gegenseitig wirkende Bedingungen. Die besondere Bedeutung liegt jedoch in der Tatsache, dass die Verhältnisse zwischen den Menschen nie symmetrisch balanciert sind. Die Asymmetrie von Gefährdungsursachen und Präventionspotentialen, von Verantwortung und Macht, von Interessen und Einfluss sind maßgebliche Aspekte sozialer Prävention und machen „Entscheidungsfindungen“ zur Prävention zu ihren wichtigsten Bedingungen.

Damit werden die Mechanismen der Identifizierung von präventiven Mehrheitsinteressen und Willensbildungen zu Präventionskonzepten Schlüsselthemen der sozialen Prävention. Solche Mechanismen sind problembehaftet, weil an der Bildung eines Mehrheitswillens nie alle Personen einer Bevölkerung beteiligt sind oder werden. Ausgeschlossen sind mindestens alle nicht Abstimmungsfähigen und -berechtigten und jene, die sich nicht beteiligen wollen. Ausgeschlossen sind aber auch alle, die, obwohl von Präventionsentscheidungen betroffen, noch nicht geboren sind. Zudem kann die Relevanz eines Entscheidungsproblems innerhalb einer entscheidungsberechtigten Bevölkerung erheblich ungleich verteilt sein. Es ist zudem eine regelhafte Erfahrung, dass Menschen, die hochriskant leben in vielen Bevölkerungen ein eher marginaler Teil sind und dann kaum die Möglichkeit haben, ihre Bedarfe gegen Mehrheiten durchzusetzen. Sie sind dann von der „Solidarität“ hinreichend vieler Advokaten ihrer Interessen abhängig. Mit anderen Worten: In der sozialen Prävention ist Demokratie ein so essenzielles wie auch fragiles Argument.

Für die Relationsfindung von individuell selbstbestimmten und kollektiv zu entscheidenden präventiven Normen haben die globalen Bevölkerungen sehr unterschiedliche

Mechanismen. Anordnungen, „Grenzwertdebatten“, Medienkampagnen, informelle und legale Normen, Drohungen, Zertifizierungen, Absprachen, Selbstverpflichtungen, Meinungsäußerungen von „Experten“, Lobbyaktivitäten oder ethische Appelle, Steueranreize, Boni gehören ebenso zu diesen Mechanismen, wie die Verbreitung von Angst, pseudowissenschaftlichen „Wahrheiten“, Tatsachenfälschungen oder die Inszenierung von konkurrierenden prioritären Interessen. Diese Mechanismen setzen mehrheitlich mediale Hoheiten voraus. Evidenzbasierte präventionsorientierte Mehrheitsentscheidungen sind so oft schwer zu erzeugen. Liegen sie vor, sind sie gegen Minderheitsvoten dennoch oft nicht durchzusetzen.

Beispiel

Der Autor war eingeladen, vor ca. 30 erwarteten Ärzten zu einem sozialmedizinischen Thema der Prävention eine Weiterbildung anzubieten. Zur Überraschung des Referenten wie der Veranstalter erschien keiner der eingeladenen Kollegen. In der Nachbearbeitung zeigte sich als Grund, dass sie alle alternativ die kurzfristig medial beworbene Veranstaltung eines wegen Kindeswohlgefährdung strafrechtlich verfolgten „Kollegen“ besuchten, der eine (seine) obskure Krebstherapie und Krebsprävention anbot, vorzogen und bereit waren, dessen Verkündigungen zu vertrauen.

Die Schwierigkeiten einer evidenzbasierten Prävention sind offenkundig. Es ist zu entscheiden, wo individuelle Autonomie endet und wie präventive Normensetzungen zu legitimieren sind, zumal, wenn unklar ist, ob sie eine mehrheitliche Zustimmung finden. Zwischen den Polen „Basisdemokratie“ und der „Weisheit eines ‚guten‘ Führers“ ist dies ein weites Feld, zumal zur Kenntnis genommen werden muss, dass in ihrer Geschichte Prävention eher selten das Ergebnis kollektiver Entscheidungen war.

Das „Demokratiedilemma“ ist auch nicht aufzulösen, wenn über der Prävention der Glaube an eine unabhängige gute Macht schwebt, gleich welchen Namen sie trägt, z.B. den der Wissenschaft. Auch deren Autorität bedarf der Rechtfertigung, mindestens durch formale Korrektheit und Unabhängigkeit von Interessen. Die Präventionskonsequenz ist so simpel wie das Konstrukt selbst: Gesundheit folgt der Regulation der Lebensbedingungen oder der Optimierung und dem Zwang zur Anpassung der Menschen an sie.

Die Diskussion hierzu ist kontrovers, weil der Kernkonflikt um eine gesellschaftliche oder eine individuelle Präventionsverantwortung schwer auflösbar ist und im Grunde keine wirkliche Grenzziehung kennt. Das ist nicht die Folge unzureichenden empirischen Wissens, sondern die Folge von komplexen Interessensgegensätzen einiger weniger, aber öffentlichkeits- und handlungsmächtiger Akteure und der ggf. erheblichen Mehrheit der ihnen Folgenden. Diese Auseinandersetzungen gewinnen mit der sog. Globalisierung zusätzlich an Bedeutung, wenn es sich um Gefährdungen handelt, die nur grenzüberschreitend, ggf. global zu prävenieren sind.

Globalisierung verlangt immer auch die Vereinbarung gemeinsamer Normen. Diese Vereinbarungen werden zwischen Anspruchsmaximierung und Anspruchsminimierung immer Kompromisse sein. Mit der Entdeckung der Rohstoffe „Meinung“ und „Daten“ und ihrer kommerziellen Nutzung und Verwertung schaffen die Quadrillionen von (Meinungs-)Datenspuren der Milliarden von Erdenbewohnern eine neue Präventionsrealität, zumal, wenn der Handel mit Meinungen kommerziell attraktiver ist als der mit Wissen und mit Tatsachen. Nahezu beliebige Rasterbildungen erzeugen den Eindruck von Individualisierung, sind aber nichts anderes als Verlust von Individualität in der Beliebigkeit ihrer Klassifizierbarkeit. Der Verlust der Privatheit und die Überwachung des individuellen Risikoverhaltens sowie die „Pflicht“ zur präventiven Konditionierung und Optimierung (Augmentation) wird so potenziell eine neue soziale Gestaltungsoption für jene, die die Verfügungsmacht über die individuellen Bedürfnisäußerungen erlangen wollen. Die Verfügbarkeit von Kenntnissen über die Privatheit durch Impactmessungen und Wahrscheinlichkeitskalküle erübrigt dann auch demokratische Entscheidungsfindungen zur sozialen Prävention.

Beispiel

Es ist weniger als eine Utopie, die Zahl der Schritte pro Tag, die Minuten auf dem Heimtrainer, den Blutdruck und den Blutzuckerspiegel, das Konsum- und Ernährungsverhalten, die Informations- und Bildungsinteressen oder die Sozialkontakte fortlaufend zu ermitteln und extern zu bewerten. Die Frage, ob jemand, der sich nicht gesundheitskonform verhält dann auf Leistungen, die von einer dritten Partei bezahlt werden, Anspruch hat, wird dann ggf. auf komplexerer Wissensbasis neu zu beantworten sein. Gesundheit wird zur Metapher für Korrektheit und für den individuellen Beitrag zur Staatsräson und zu des Volkes Willen. In der Ideenkontroverse (siehe unten) zwischen Rudolf Virchow und Ernst Haeckel hätte Haeckel dann gesiegt.

Soziale Prävention muss sich als Demokratiekonzept immer wieder neu beweisen. Sie setzt allerdings einen gesellschaftlichen Auftrag voraus und muss sich der Kritik stellen, ggf. auch eine repressive Sehnsucht nach verordneter Sicherheit zu sein. Die Konflikte scheinen kaum auflösbar: Welcher Preis ist für Sicherheit zu zahlen? Kann es zugleich Risikofreiheit und Entwicklung geben? Wessen Sicherheit und wessen Entwicklung sind gemeint? Vor wem und für wen ist Sicherheit anzustreben?

Die ideale Vorstellung von Selbstbestimmung ist ein sinnvolles Gesellschaftsmodell nur so weit wie alle entscheidungsfähigen Personen über Möglichkeiten der Selbstbestimmung verfügen. Neben den wirtschaftlich Unabhängigen sind das jene, die die Entscheidungsmacht haben.

Im engeren Präventionskontext ist das die Entscheidungsfähigkeit über die freie Verfügbarkeit von sauberer Luft, von Nahrung, von Wohnung, von Kleidung, von Bildungszugängen, von medizinischer Versorgung, von sozialer Sicherung, von

Rechtssicherheit etc. In erweiterten Kontexten ist dies das Recht, die Zukunft nächster Generationen zu sichern. Alternativen existieren jedoch nie unkonditioniert. Die Wählbarkeit der Lebensbedingungen ist deshalb grundsätzlich als soziales und eher seltenes Privileg zu kennzeichnen.

Aus dem Gesamtzusammenhang der theoretischen Überlegungen zu kollektiven, bzw. aggregierten Entscheidungsfindungen von K. Arrow sind nach der hier vertretenen Auffassung für die soziale Prävention vor allem vier Kriterien von besonderer Bedeutung:

1. Das Kriterium der „Nicht-Diktatur“

Es besagt im hier aufgerufenen Kontext, dass sozialpräventive Präferenzentscheidungen verlangen, für alle Entscheidungsberechtigten ein gleiches Wahlrecht, bzw. ein gleiches Stimmengewicht zu sichern. Das ist im Falle präventiver Entscheidungen zur Gestaltung von gesundheitsgerechten Bedingungen für das Leben und Arbeiten kaum realistisch. Präventionsentscheidungen entziehen sich zumeist einer kollektiven Entscheidungsfindung. Weder sind positive Präventionsentscheidungen typischerweise Mehrheitsentscheidungen, noch folgt die Unterlassung notwendiger Prävention dem Mehrheitswillen. Sie folgen Interessenbindungen und Urteilsbildungen, die eher Experten überantwortet werden, als dass sie das Ergebnis einer demokratischen Wahlentscheidung wären. Das gilt für die Vergangenheit ebenso wie für die Gegenwart. Als ein besonderes Problem erweist sich dabei die Prävention von Gefährdungen von Minderheiten, wenn die Maßnahmen die Interessen aller betreffen. Solidarität mit den Gesundheitsgefährdungen von Minderheiten ist aber eine unabwiesbare Forderung, auch wenn sie nicht mehrheitsfähig ist. Die Asymmetrien von Gefährdungs- und Präventionsfolgen kann Entscheidungen erfordern, für die in demokratischen Wahlen keine Mehrheiten zu finden sind. Diese Art von Präventionskonflikten gewinnt durch die neuen Medien, die privatisierte Eigentümermacht über Informationen und Daten sowie deren Manipulationspotential der Öffentlichkeit künftig weiter an Bedeutung, wenn es nicht gelingt, „big data“ unter demokratische Vorbehalte zu stellen.

2. Das Kriterium, der Unabhängigkeit von irrelevanten Alternativen

Es besagt, dass Wahlentscheidungen möglichst auch Präferenzen jenseits einer alternativlosen ja-nein Entscheidung ermöglichen sollten. Diese Art von Präferenzen für die soziale Prävention bedarf jedoch zunächst einer Skalierung. Diese kann unmöglich Teil des Wahlprozesses sein, es sei denn, die Präferenzskalierung wird selbst zum Gegenstand kollektiver Entscheidungsfindungen. Solche Verfahren sind manipulationsanfällig, u.a., weil die Darstellung von gegeneinander unabhängigen Optionen sowie deren Vollständigkeit kaum möglich ist. Bereits die Technik der Skalierung kann das Wahlergebnis entscheiden. Das sog. Allgemeine Unmöglichkeitstheorem, auch Arrow-Paradoxon besagt mit voller Wirksamkeit gerade auch für soziale Präventionsentscheidungen, dass es keine vollständigen sozialen Rangordnungsentscheidungen geben kann, die aus der Aggregation individueller Präferenzen vertretbar folgen könnten.

3. Das Kriterium der Vollständigkeit

Es besagt, dass die Entscheidungen durch individuelle Präferenzalternativen bestimmt werden. Das setzt jedoch voraus, dass die Alternativen vollständig bekannt und erläutert sind. In der Präventionspraxis führt dies zu einer erheblichen Herausforderung für Urteile, die von Experten vorgetragen werden und mit den Methoden des Marketings in der Öffentlichkeit verbreitet werden. „Evidence based preventive policy making“ ist vor diesem Hintergrund eine Forderung, die an die Voraussetzung unabhängiger und überprüfbarer Assessments gebunden ist. Diese Voraussetzung ist in der Vielfalt der Entscheidungsprobleme jedoch kaum zu erfüllen.

4. Das Majoritätskriterium

Es besagt, dass sich eine Entscheidungsalternative durchsetzt, wenn sie die absolute Mehrheit findet, dass bedeutet nicht, dass sie im Sinne eines wissenschaftlichen Sachurteils auch richtig sein muss. Demokratische Mehrheitsurteile können nach Maßstäben von Wissenschaft also durchaus falsch sein. Dieser Sachverhalt ist ein häufiges Präventionsdilemma, zumal wenn falsche Entscheidungsargumente sinnvolle Wirkungen haben (siehe die Miasmahypothese). Es bleibt zudem offen, was Majorität bedeutet, wenn es keine Pflicht zur Wahlteilnahme gibt und Mechanismen existieren, die wesentliche Teile der Entscheidungsbetroffenen von der Wahl ausschließen.

Präventionsgeschichte und Gegenwart sind voller Beispiele für die Konflikte zwischen allgemeinen und Partikularinteressen, zwischen dem Wollen Einzelner wie von Mehrheiten und dennoch (objektiv) notwendigen Präventionsmaßnahmen im Interesse der Mehrheit und künftiger Generationen. Die Auflösung dieser Konflikte erfolgt oft durch legale Normensetzungen, aber auch durch informelle Normen und Methoden der Verhaltenssteuerung durch Sanktionen oder alternativ durch Boni. Sanktionen, ebenso wie Boni sind aber unter der Präferenz für demokratische Entscheidungen sehr problematisch. Das Problem sind dabei die sozial asymmetrischen Wirkungen solcher Strategien.

Beispiel

Das Impfen gehört zu den typischen konfliktbesetzten Präventionsmaßnahmen. Soweit es sich nur um ein individuelles Angebot an rechtlich entscheidungsfähige Personen handelt, ist eine Impfverweigerung unproblematisch. Das ändert sich, wenn das Ziel die Prävention von Epidemien ist oder die Verweigerung sich auf Personen ohne eigene legale Entscheidungsfähigkeit bezieht. Das Reizwort ist dann die Impfpflicht, ggf. verstärkt durch einen legalen Impfwang. Analoge Beispiele sind der Einsatz von jodiertem Kochsalz in der Lebensmittelproduktion oder auch die Trinkwasserfluoridierung. Die KfZ-Anschnallpflicht, die Helmpflicht als Maßnahme des Unfallschutzes, der Umweltschutz oder der Emissionsschutz und Maßnahmen zur Regulation des legalen und des illegalen Drogengebrauchs sind analoge Beispiele.

Solche Beispiele lassen sich beliebig multiplizieren, etwa bezüglich der Agrarindustrie, der Energie- oder der Autoindustrie. Der rechtlich gewährte Schutz von Eigentümerinteressen macht Diskussionen zu präventionskonzeptionellen Demokratiegeboten ohnehin zur Farce. Die Legitimation von präventionsmotivierten Eingriffen in die individuelle Autonomie ist in der Regel immer dann gegeben, wenn es um den Schutz der Bevölkerung geht und sich dieser Schutz gegen benennbare Verursacher richtet. Das grundsätzliche Problem ist die Asymmetrie der Präventionskompetenz und des Präventionswillens. Die oft apostrophierte Gleichheit vor dem Recht bedeutet nicht Gleichheit vor dem Leben.

6.7 Methoden sozialer Prävention

Soziale Prävention grenzt diese von individualisierten Präventionskonzepten der Medizin, der Psychologie und vom Produktmarketing zur Selbstoptimierung ab.

Die wichtigsten bevölkerungswirksamen Präventionspotentiale sind

- die Überwindung von Armut
- die Hygiene des kommunalen Lebens,
- Lebensmittelhygiene
- gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen
- der Schutz der Ökosphäre (Wasser, Boden Luft, Klima)
- Infektionsschutz und Epidemieprävention
- Schutz für Schwangere, Säuglinge und Heranwachsende
- Katastrophenschutz
- die Verhinderung von Kriegen und Vertreibung
- Unfall- und Gewaltprävention, Missbrauchsprävention
- die qualitative Standardisierung von Waren und Dienstleistungen
- Einschränkung des Drogen- und Medikamentenmissbrauchs
- Regulierung der Beziehungen von Menschen und Bevölkerungen zueinander

Die Methoden der Nutzung dieser Potentiale sind die Schaffung von Normen und die Sanktionierung von Normenverletzungen. Da Gesundheitsgefährdungen in wachsendem Maße globalisiert sind, verlangt deren Prävention auch global wirksame Normen und Programme. Allerdings gehört nicht nur die ungleiche Fähigkeit der Staaten, sondern auch deren ungleiche Bereitschaft zu bevölkerungswirksamen und grenzüberschreitenden Konzepten zu den Realitäten der sozialen Prävention. Gier, sozialdarwinistische Ideologien und nationale Egoismen stehen wirksamer sozialer Prävention verbreitet im Wege. Fehlende Normen und Kontrollen von Normenverletzungen sowie mangelnde Bereitschaften zum globalen Handeln sind als gesellschaftliches Präventionsversagen zu bewerten.

Sozialpräventive Programme setzen vereinbarungsfähige Ziele voraus. Präventives Handeln steht in diesem Sinne auch für positive soziale Interventionen. Diese sind eher selten das Ergebnis demokratischer Entscheidungsprozesse, sondern von Aushandlungen der Interessengruppen. Die Durchsetzungsfähigkeit von Präventionszielen wird von der Handlungsmacht der relevanten Akteure bestimmt. Die Wirksamkeit der Interventionen steht jedoch immer unter dem Vorbehalt ihrer Sinnhaftigkeit und öffentlichen Überprüfbarkeit. Argumente der Bedrohung und Interessen an ungleichen Markt- und Wettbewerbsbedingungen sind allerdings der konträre „Lebensalltag“ sozialer Prävention.

Beispiel

Standardargumente gegen die Forderung nach Niedriglohnverboten zur Armutsbekämpfung sind die Gespenster „Wettbewerbsnachteil“ und „Arbeitslosigkeit“. Massentierhaltung, Antibiotika- und Pestizideinsatz sowie Boden- und Wassergefährdung sind in vielen Ländern der Alltag einer industrialisierten Landwirtschaft. Die Abwehr der Kritiker erfolgt regelhaft mit dem Argument drohender Hungerkatastrophen und außergewöhnlicher Preisanstiege. Tatsächlich vernichtet die „moderne“ Agrarexportwirtschaft jedoch Arbeitsplätze und trägt Mitverantwortung für globale Präventionsdefizite.

Die Handlungskonzepte der sozialen Prävention sind in der Regel überschaubar und nur in dem Maße relevant, wie sie von der Legislative mit exekutiven Instrumenten ausgestattet sind. Sie setzen folglich den politischen Willen voraus, sie auch zu politischen Handlungszielen zu machen. Die Abwehr präventiver Handlungskonzepte erfolgt typischerweise mit dem Argument der Privatheit von Risikoentscheidungen und dem der Selbstverantwortung für ein präventionskonformes Leben. Soziale Prävention wird hingegen als Bürokratie denunziert.

Das absolut prioritäre Thema sozialer Prävention sind die Wirkungen des Wandels der Produktionsprozesse und der Verteilung ihrer Ergebnisse. Deren Wirkungen schließen die Erzeugung und Überwindung sozialer Ungleichheit und sozialer Benachteiligung sowie den Verbrauch der natürlichen Lebensressourcen ein. Gegenwärtige Interessen stehen dabei im Konflikt mit Zukunftsinteressen.

Der Mangel an Zugängen zu den regionalen und globalen Ressourcen, zu Bildung und sozialer Sicherheit, absolute und relative Armut, physisch und psychisch vernichtende Arbeitsbedingungen für die Einen und positives Erfolgserleben für die Anderen, Ohnmacht durch extreme Armut und unkontrollierbare Macht durch extreme Anhäufungen von Reichtum sind die Realitäten, denen soziale Prävention global konfrontiert ist.

Zwei (präventive) Handlungskonzeptionen stehen einander gegenüber. Eine strebt nach einem Gleichgewicht von Naturerneuerung und Naturverbrauch sowie eine weitgehend gleiche Verteilung der Gewinne, der Chancen und der Risiken. Eine andere

favorisiert den deregulierten Wettbewerb um Lebenschancen und -risiken als präventives Erfolgsmodell. Sie akzeptiert die Unvermeidbarkeit von Gewinnern und Verlierern. Sie sieht hierin die Quelle von Wandel, Wachstum und Entwicklung. Die eine forciert die Regulationsdichte und fordert maximale Gleichverteilung. Die andere sieht so ihre Freiheitsrechte gefährdet und argumentiert soziale Gleichheit als Entwicklungshindernis.

Die Idee des Gleichgewichts der sozialen Interessen und der Austauschbeziehungen zwischen Mensch(heit) und Umwelt, bzw. deren „nachhaltige“ Nutzung einerseits und der an Gewinnmaximierung gebundenen extensive Ressourcenverbrauch andererseits bestimmen auch den sozialen Präventionsdiskurs: Wertegeleitete Regulation versus der Regulation durch Märkte sind die konfligierenden präventionskonzeptionellen Alternativen.

Diese Kontroverse ist alt und hatte einen ersten Höhepunkt im 19. Jahrhundert, prototypisch mit dem Konflikt zwischen Rudolf Virchow (1821-1902) und seinem Schüler Ernst Haeckel (1834-1919). Während Virchow postulierte: *„Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft“*, argumentierte Haeckel, *„die Politik ist angewandte Biologie“*.

Virchow forderte die kommunale soziale Verantwortung unter Einbeziehung des medizinischen Sachverständes. Haeckel wurde zum Mitbegründer einer sozialdarwinistischen eugenischen Sozialpolitik (Mann, G.: *Biologismus – Vorstufen und Elemente einer Medizin im NS*. In: J. Bleker et al.: (Hrsg.): *Medizin im „Dritten Reich“*, Köln 1993, S. 25 ff.) in Verbindung mit einem ökologischen Politikkonzept: *„Unter Oecologie verstehen wir die gesamte Wissenschaft von den Beziehungen des Organismus zur umgebenden Aussenwelt, wohin wir im weiteren Sinne alle „Existenz-Bedingungen“ rechnen können. Diese sind theils organischer, theils anorganischer Natur; sowohl diese als jene sind, wie wir vorher gezeigt haben, von der grössten Bedeutung für die Form der Organismen, weil sie dieselbe zwingen, sich ihnen anzupassen.“* (Ernst Haeckel (1834-1919): *Generelle Morphologie der Organismen. Allgemeine Grundzüge der organischen Formen-Wissenschaft, mechanisch begründet durch die von Charles Darwin reformierte Descendenz-Theorie. Band 2, Berlin 1866, S. 286.*)

Mit einer anderen Konsequenz, jedoch ebenfalls im Kontext präventiver Ziele, wiederholte sich dieser Dissens in der Kontroverse zwischen H. Selye (1907-1982), dem Begründer des „Allgemeinen Anpassungssyndroms“ (Stress) und dem Theorem der Salutogenese nach A. Antonowsky (1923-1994). Der Biochemiker Selye meinte, Stress beeinträchtigt nicht nur das Wohlbefinden und verursache psychosomatische und psychische Störungen, sondern auch die Krankheiten des Verdauungssystems und der Haut sowie Schlafstörungen, Depressionen und Burnout, Krankheiten des Herzens und des Kreislaufsystems und der Bluthochdruck seien Stressfolgen. Ein stressarmes Leben, die Vermeidung von Anstrengungen und Selbstachtsamkeit waren seine wichtigsten Präventionsbotschaften. Diesem Theorem lag zuallererst ein monistisches Denkmodell zugrunde, das sowohl Haeckel als auch dem Sozialdarwinismus nahe war. *„Es ist ein biologisches Gesetz, daß der Mensch ebenso wie niedrige Tiere für irgendein Ziel kämpfen und arbeiten muß, das es nach seiner Meinung wert ist.*

Wir müssen unsere angeborenen Fähigkeiten nutzen, den 'Eustreß' der Erfüllung zu genießen. Nur durch Bemühung, häufig durch aggressive, egoistische Bemühung, können wir unsere Leistungsfähigkeit erhalten, und unser homöostatisches Gleichgewicht mit der umgebenden Gesellschaft und der unbelebten Welt sicherstellen. Um diesen Zustand zu erreichen, müssen unsere Aktivitäten bleibende Ergebnisse zeitigen; die Früchte der Arbeit müssen sich ansammeln, und einen Kapitalgewinn schaffen, der den Bedarf der Zukunft decken kann. Um hierbei Erfolg zu haben, müssen wir die wissenschaftlich erhärtete Tatsache akzeptieren, daß der Mensch einen unausweichlichen Drang verspürt, egoistisch nach Dingen zu streben, die sich speichern lassen, um seine Homöostase in unvorhergesehenen Situationen, mit denen ihn das Leben konfrontieren kann, zu stärken. ... In der Natur gibt es kein Beispiel für eine Kreatur, die ausschließlich vom Altruismus und dem Wunsch, andere zu schützen geleitet ist. Ein Gesetz des universellen Altruismus wäre tatsächlich im höchsten Grade unmoralisch, da es von anderen erwarten würde, daß sie sich mehr um uns als um sich selbst kümmern. ... Wie können wir ein ethisches Gesetz entwickeln, das den Egoismus und die Arbeit zur Ansammlung persönlichen Reichtums als moralisch korrekt anerkennt?" (Selye, H. Gesundheit und Stress-Konzept. In: Füllgraf, G. (Hrsg.) - Bewertung von Risiken für die Gesundheit. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York 1977)

Sollte diese Auffassung für die Wissenschaften konsensfähig sein, hätte sie für die soziale Prävention paradigmatische Konsequenzen. A. Antonovsky verbleibt zwar auch auf einer nur individuellen Deutung des Gesundseins, geht aber dennoch einen anderen Weg. Es ist seine grundlegend andere Sicht, dass Belastungen allgegenwärtig und individuell nicht oder nur begrenzt vermeidbar sind. Für ihn ist der menschliche Normalzustand aber nicht das Gleichgewicht, sondern ein dynamisches Ungleichgewicht. Deshalb komme es darauf an zu lernen, mit der Heterostase umzugehen. Damit werden Motivation, Handlungskompetenz und Sinnverständnis zentrale Präventionsziele. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass der Autor dieses salutogenetischen Konzepts dem Postulat folgt, Gesundsein sei das Resultat einer individuellen Bemühung. Prävention sei dann die selbstbestimmte Regulation des Lebens unter den jeweils individuell verfügbaren Sinngebungen. Dieser Ansatz verschiebt die Präventionspotenziale von der Gestaltung der Lebensverhältnisse zur verhaltensseitigen individuellen Bemühung um ihre Bewältigung durch Anpassung. Dies ist im Kontext konkreter individueller Gefährdungen und für Bewältigungsstrategien von dauerhaftem Krank- und Behindertseins ein nützliches edukatives Konzept. Es ist jedoch an Voraussetzungen gebunden, die ressourcenseitig zunächst sozial geschaffen werden müssen. Es ist somit gegenüber krankmachenden sozialen Benachteiligungen ein individuelles Anpassungs- jedoch kein bevölkerungsorientiertes soziales Präventionskonzept. Es vermag so eher bei vertikalen als bei horizontalen Ungleichheiten präventionsunterstützend zu sein.

6.8 Prioritäre Entscheidungsfindungen

Soziale Prävention setzt Entscheidungen zu prioritären Zielen und Methoden voraus.

Prioritäre Entscheidungen sind unverzichtbare strategische Elemente sozialer Prävention. Das bedeutet nicht, Aufgaben der sozialen Prävention seien jeweils auf eine einzige Aufgabe zu begrenzen. Festlegungen zur Dringlichkeit sind für die Öffentlichkeit sichtbare Bewertungen von Problemwahrnehmungen der Politik und Vorgaben zur Rangfolge von Allokationen. Damit werden die sachlichen Begründungen und die Mechanismen entsprechender Entscheidungsfindungen immer auch eigenständige Analysefelder (evidence based decision making).

Präferenzentscheidungen folgen unter dem Einfluss von Interessen dem politisch bewerteten Problemdruck und/oder werden zwischen sog. Stakeholdern, bzw. Lobbyisten ausgehandelt. Ihre Korrektive sind ggf. das Recht und richterliche Entscheidungen. Da soziale Prävention oft wirtschaftliche Zukunftsentscheidungen tangiert, sind prioritäre Entscheidungen zumeist keine Wahlentscheidungen zwischen einer Menge von unterschiedlichen Optionen. Sie konkurrieren vielmehr um die Zustimmung von Interessenträgern oder sind lediglich Nebenprodukt anderer Entscheidungen. Die Geschichte der Prävention ist vor diesem Hintergrund kein Beispiel demokratischer Präferenzentscheidungen zu den prioritären Zielen, Aufgaben und Methoden der Präventionspolitik. Explizite Präventionserwägungen gewinnen im Grunde erst seit dem 19. Jahrhundert sukzessive an Bedeutung.

Beispiel

Ein historisches Beispiel für prioritäre Entscheidungen zur sozialen Prävention gibt folgende Äußerung von Lenin (1870-1924) auf dem Allrussischen Sowjetkongress, Moskau, 1919: "Entweder der Sozialismus besiegt die Läuse oder die Läuse besiegen den Sozialismus" ("Either the lice will defeat socialism, or socialism will defeat the lice!" <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/infepi/histor.html>; Zugriff 09.01.2019)

Aus sozialmedizinischer Perspektive ist nicht entscheidend was zu tun ist. Maßstab prioritärer Entscheidungen ist viel mehr für wen, bzw. für welche Teile einer Bevölkerung soziale Prävention zu leisten ist. Es ist dann die Schwierigkeit, dass sich die sachlichen Prioritäten zwar nicht notwendig an der Menge der Zielbevölkerung entscheiden, oft wohl aber deren Durchsetzungsfähigkeit. Entsprechende Entscheidungskriterien sind weder vollständig noch allgemeinverbindlich darzustellen, da sie epochal und regional erheblich variieren können. Bei prioritären sozialpräventiven Entscheidungen geht es immer um die Priorisierung der Bedarfe einzelner Gruppen und Schichten und damit immer auch um Entscheidungen über nachrangige Gruppeninteressen.

Kriterien prioritärer Präventionsentscheidungen	Beispiele
krankheitsspezifische Kriterien	gruppen- und schichtspezifische Prävalenzen, Inzidenzen, Behandlungsdauern, kumulierte Fatalitätsraten, kumulierte Heilungsraten, Schweregrade von Kranksein etc.
sozio-demografische Kriterien	Gesundheitsbezogene soziale Ungleichheiten, Benachteiligungen und Eigenhilfefähigkeit, sozialschichtspezifische Lebensdauern und Potential Years of Life Lost, soziale Folgen für die Gesamtbevölkerung
Sozialisationskrisen	sozialbedingte Reifungs- und Entwicklungsnachteile von Kindern und Jugendlichen, soziale Exklusionserfahrungen, arbeitsspezifische Entwertungserfahrungen, Arbeitslosigkeit, Autonomieverluste, Behinderungen
soziale und wirtschaftliche Kriterien	Kostenfolgen, Gefährdung Dritter, epidemische Gefahren, soziale Kohärenzgefährdungen, Umsatzinteressen des medizinisch- und konsumindustriellen Komplexes, ökonomische Verlustängste, tauglichkeits- und eignungsbezogene Selektionsinteressen
Kriterien der präventiven Gefahrenabwehr	Konsumenten- und Verbraucherschutz, Arbeitsbedingungen, lebensumweltliche Bedingungen, Bedrohungen durch Armut, Kriege, Naturkatastrophen
Kriterien der Zukunftsgestaltung	Bedrohungen durch soziale und ökologische Krisen, Folgen heutiger Lebensweisen für künftige Generationen, Zukunft der Arbeit und der Einkommenssicherung, Kriegsgefahren,

Tab. 1: Kriterien zur Beurteilung prioritärer Präventionsprobleme

Beispiel

Die Todesursachenlisten des Londoner Kleinwarenhändlers J. Graunt (1620-1647) gehören zu den frühen Methodiken der Benennung prioritärer Präventionsaufgaben. Sie schufen insbesondere die Möglichkeit, Informationen über auf dem Seeweg England erreichende Epidemien zu erlangen. Unter den Bedingungen einer niedrigen Lebenserwartung waren Todesursachen generell eine Möglichkeit, prioritäre Gesundheitsprobleme zu bezeichnen, da dann die häufigsten Todesursachen zugleich auch die Gründe für die niedrige Lebenserwartung dokumentierten. In Bevölkerungen mit bereits hoher Lebenserwartung verliert dieser Maßstab an Bedeutung und kann zudem Quelle von Fehlallokationen sein.

Die Belastbarkeit der Forderung gesellschaftspolitisch wichtige Entscheidungen

alternativ zu einer wissenschaftsgetragenen Evidenzbasierung unter ein Demokratievorbehalt zu stellen, ist eher schwach. Der sog. Demokratieindex des „The Economist“ ist einer von vielen Indices zur Demokratiemessung. Ausgehend von dem bei dieser Messung präferierten Demokratiemodell bewertet der Index die Demokratieniveaus von Staaten entlang von fünf Klassifikationsachsen mit den Kriterien „Wahlmechanismus und Pluralität“, „Arbeitsweisen von Regierungen“, „Intensität der Teilhabe am Politikprozess“, „Politische Kultur“ und „Bürgerrechte“. Diesem wie auch anderen Indices ist dabei gemeinsam, jeweils ein weitgehend ahistorisches und die zugehörige Theoriedebatte ausschließendes Demokratiebild zu hinterlegen. Es ist somit deskriptiv und nicht analytisch fokussiert, bewertet allerdings in der Zeitreihe und für den Ländervergleich mittels gleicher Maßstäbe. Der höchste erreichbare Indexwert ist 10. Nach diesem Index lebten 2017 etwa 4,5 % der Weltbevölkerung in sog. vollständigen Demokratien (<https://de.actualitix.com/land/wld/demokratie-index.php>, Zugriff 07.12.2018).

Folglich ist die Forderung, sozialpräventive Programme unter ein Demokratiegebot zu stellen, realitätsfern. Die Frage nach den Mechanismen prioritärer präventionskonzeptioneller Entscheidungen ist jedoch aus mindestens zwei Gründen von großer Bedeutung: Es ist erstens zu erhoffen, dass soziale Prävention Gegenstand eines permanenten gesellschaftlichen Diskurses zwischen Bevölkerungen und „Experten“ ist und so die Legitimation prioritärer Entscheidungen verbessert werden kann. Zum Zweiten betreffen Prioritäten Zukunftsthemen, tangieren Gruppeninteressen und können Verteilungskonflikte initiieren. Zudem sitzen bei allen Zukunftsthemen, die (auch) nachgeborene Generationsinteressen berühren, diese nicht am Tisch. Menschen wie auch Demokratie Modelle sind ggf. erheblich überfordert, wenn Präferenzentscheidungen Konflikte zwischen den Interessen der Gegenwart und der Zukunft erzeugen. Dies ist vor allem bedeutsam, weil Folgeabschätzungen nicht nur interessen-, sondern auch wissensgebunden sind.

Beispiel

Die „Erfindung“ des Rades war eine außergewöhnliche Innovation, wenngleich Menschen nicht nur bildlich auch „unter die Räder“ kommen können. Es gibt kein vernünftiges Szenario, nach dem die Einführung des Rades Gegenstand einer tragfähigen demokratischen Willensbildung (gewesen) sein könnte. Es ist im Rahmen von Konsensbildungen bestenfalls möglich, den Ordnungsrahmen für die Nutzung von Rädern nachträglich festzulegen. Dieser Rahmen und seine Kontrolle, wie dann auch die Sanktionierung von Regelverstößen sind keine Demokratiethemen. Prävention wird dann administriert.

Der zitierte Demokratieindex beschreibt den globalen Istzustand und legt nahe, Administration, Weisungen und Kontrollen zu präventiven Handlungsmustern zu machen. Analoge Situationen sind eher die Regel als die Ausnahme und das Demokratiegebot erfüllt sich dann eher bei der Gleichheit der Anwendungen eben dieser Regeln.

Situationen wie diese wiederholen sich im Alltagsleben unnenbar zahlreich. „Klassiker“ der Diskussion sind Impfpflichten, Schutzkleidungen und -techniken im Arbeitsschutz, Drogenverbote etc. Es ist allerdings auch immer zu beachten, dass administrative Präventionsentscheidungen auch der öffentlichen Akzeptanz bedürfen. Es ist folglich von erheblichem Interesse, Prävention nicht als administrative Einschränkung, sondern im Dialog mit den Gefährdeten wie auch mit den von den Maßnahmen Betroffenen zu etablieren. Dies gelingt eher dann gut, wenn – soweit möglich – Prävention an konkrete soziale Settings angepasst ist. Eine solche sog. Bürgernähe, eventuell besser als Lebensnähe bezeichnet, ist dann dennoch ein demokratisches Dezentralisierungsmodell. Es erzwingt Kommunikation und Mitsprache.

Beispiel

Der Autor erinnert aus seinem Arbeitsleben häufige Forderungen von Experten, die Politik möge den Salz-, Zucker-, Fleisch oder Fettverzehr entweder per Gesetz verbieten oder zumindest mittels der Steuerpolitik regulieren, um so Prävention zu bewirken.

Das Beispiel wirft die grundsätzliche Frage auf, wo die Grenze zwischen der Regulation privater Entscheidungen und öffentlichen Interessen liegt. Es stellt sich auch die Frage, wie damit umzugehen ist, wenn solche Forderungen nach demokratischen Regeln nicht mehrheitsfähig sind. Die Antwort ist so wichtig, weil präventive Vorstellungen von „richtig“ und „normal“ durchaus eine repressive Kraft haben, jedoch immer auch skaliert sind und so Bevölkerungen diskriminieren.

Der Internist und Epidemiologe G. A. Rose (1926-1993) hat sich mit diesem Problem nachdrücklich auseinandergesetzt (Rose G. *Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol* 1985; 14:32–38). (Siehe auch Rose, G., Kahw, KT, Marmot, M.: *Rose's Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press USA 1993, ISBN-13: 9780192630971*; verwiesen sei ebenfalls auf Schwarz, S., Diez-Roux, R. (2001): "Commentary: Causes of incidence and causes of cases – a Durkheimian perspective on Rose". *International Journal of Epidemiology*. 30 (3): 435–9)

Rose ging davon aus, eine bevölkerungsbezogene Prävention solle die Aktivitäten von dem Teil der Personen, die von besonders hohen Gefährdungen betroffen sind, zu jenen verlagern, die durch geringe Risiken aber einen hohen Bevölkerungsanteil ausgewiesen sind. Rose setzte sich damit auseinander, dass Präventionsmaßnahmen für sog. Hochrisikopersonen (high risk strategy) keine messbaren Effekte bezüglich der bevölkerungsbezogenen Gesamtinzidenz haben. Um also eine ausreichende Menge verhinderter Fälle zu erreichen, schlug er vor, die Normen für individuelle Interventionen den quantitativen Präventionszielen anzupassen. Dies verlangt dann, die Normen abzusenken. Da die Menge der inzidenten Fälle dem Produkt der Intensität von Gefährdungen (force of morbidity) und der Menge der Betroffenen immer direkt

proportional ist, könne – so die Schlussfolgerung von Rose – über die präventive Normierung auf Bevölkerungsebene immer ein messbarer Effekt gesichert werden.

In der Praxis bedeutet dies in Kauf zu nehmen, dass Personen einem Präventionsregime unterworfen werden, die mehrheitlich nicht erkranken werden. Wenn solche präventiven Interventionen selbst von unerwünschten Ergebnissen begleitet sind, führt diese „mass oder population strategy“ zu schwierigen Folgebeurteilungen. Sie sind schwierig, weil nie entschieden werden kann, wer von der Maßnahme profitiert hat. Beispiele für diese Konflikte sind allgegenwärtig. Sie werden aber vor allem an der präventiven Blutdruck-, Cholesterin- und Körpergewichtsnormierung sowie dem Thema „Impfpflicht“ ausgetragen. Bei diesen Beispielen werden von einigen Akteuren vor allem die wirtschaftlichen Nebeneffekte begrüßt. Die Mengen der Personen mit Interventionsbedarfen werden auf diese Weise massiv ausgeweitet. Von Kritikern wird auch angemerkt, diese „Nebeneffekte“ könnten ggf. auch als Handlungsmotiv missbraucht werden.

Bei analogen Beispielen der präventiven Normierung von Gefährdungen durch chemische, physikalische oder biologische Substanzen verläuft die Kontroverse exakt in die andere Richtung. Die Absenkung von präventiven Interventionsnormen (Grenzwerte) gilt dann als Bedrohung wirtschaftlicher Interessen, ggf. mit Zwangsarbeitslosigkeit im Gefolge.

Das Verhältnis von präventiven high risk und von population strategies ist gleichsam das Alltagsleben der sozialen Prävention und stellt sie in den Mittelpunkt sich kreuzender Interessen.

Prioritäten der sozialen Prävention folgen politischen Entscheidungen.

Die Ergebnisse von Expertenberatungen können bereits durch die Vergabe eines entsprechenden gutachtlichen Auftrags festgelegt werden. Bereits die Auftragsvergabe zu einer fachlichen Expertise bedarf deshalb der Maßstäbe „Unabhängigkeit“ und „Kompetenz“ (siehe hierzu auch die Cochrane Collaboration).

Beispiel

Eine konfliktbesetzte Entscheidungssituation zur sozialen Prävention liegt vor, wenn die Frage zu beantworten ist, ob die Überwindung von Armut, das Verbot von Drogengebrauch oder die Einflussnahme auf die Blutdruckverteilung in einer Bevölkerung jeweils eine dringlichere Priorität sei. Dabei ist eine der relevanten Grundsituation, dass die Entscheidung nicht nur zwischen einer nahezu beliebig großen Menge von Optionen, sondern auch zwischen einer erheblich großen Anzahl von Zielvariablen getroffen werden muss. Für Optionen gibt es keine „natürliche“ Rangordnung. Ob die Verhinderung des Rauchens oder des Zuckerkonsums

wichtiger als die Verhinderung von Armut, von Kriegen, von Wirtschaftskrisen oder vom Menschen gemachter Klimaveränderungen ist, kann durch wissenschaftliche Expertisen nicht entschieden, nur kommentiert werden.

Wenn die Annahme richtig ist, dass künftige künstlich intelligente Entscheider nicht allein Vorschläge unterbreiten, sondern auch unmittelbar und selbständig Handlungen auslösen können, potenziert sich das Gewicht des Beispiels. Künstliche intelligente Systeme werden dann zu Gestaltern auch der sozialen Prävention. Das wirft grundsätzliche Fragen der demokratischen Legitimation von Politikentscheidungen auf.

In den handlungstheoretischen Diskursen gibt es seit längerem den Versuch einer Integration ökonomischer Zweckbestimmungen und des sozialen Handelns (siehe z.B. Simon, H. *Homo rationalis. Die Vernunft im menschlichen Leben*. Campus-Verlag, Frankfurt / New York 1993, ISBN 3-593-34846-2 oder Schäfer, H.B., Wehr, K. (Hrg.): *Die Ökonomisierung der Sozialwissenschaften*. Campus-Verlag, Frankfurt / New York 1989; ISBN 3-593-24183-2). Bei diesen Diskursen geht es um nicht weniger als um eine ökonomische Theorie der Demokratie, die dann unmittelbar auch auf die Frage nach demokratischen Entscheidungsfindungen in der sozialen Prävention trifft (Downs, A. *An Economic Theory of Democracy*. Harper & Brothers, New York 1957). Der Kern der Debatte ist die sog. Rational Choice Theory. Sie unterstellt, es sei ein evolutionsbiologisch entstandener Wesenszug von Homo Sapiens ein bedingungsloser Maximierer des Eigennutzes zu sein. Diesem Wesenszug müssten deshalb normativ alle gesellschaftlichen Entscheidungen und Prozesse sowie die diese tragenden Strukturen nachgeordnet werden. Entscheidend ist, dass hier der individuelle Gewinn, nicht kollektive oder soziale Sinnhaftigkeit als Nutzen gedeutet wird.

Für die soziale Prävention verbleiben so fünf prioritäre Konditionen:

1. Gesellschaftlich wirksame Präventionskonzepte dürfen nicht von den Präferenzen einzelner Individuen oder von einem Geschäftsmodell abhängen.
2. Alle von den Präventionsbedarfen Betroffenen müssen als gleichberechtigte Entscheider akzeptiert sein.
3. Alle Entscheidungsoptionen und deren Konsequenzen müssen allen von den Entscheidungen Betroffenen bekannt sein.
4. Die Rangordnung der Alternativen muss von weiteren Optionen unabhängig sein.
5. Die von der absoluten Mehrheit gewünschte Option muss sich auch durchsetzen können.

Tatsächlich ist im Falle sozialer Präventionsoptionen jedoch von folgenden Voraussetzungen auszugehen:

- Prävention berührt regelhaft konkurrierende Interessen von Personen und Gruppen mit ungleichen Macht- und Durchsetzungspotenzialen.

- Wissen und Fähigkeit zur Folgeabschätzung von Entscheidungen sind erheblich ungleich verteilt. Das gilt auch für die Abschätzung der Perspektiven neuer Erkenntnisse der Wissenschaften.
- Entscheidungsoptionen zur Prävention und jeweils deren Folgeabschätzung sind kaum vollständig möglich und darstellbar.
- Es gibt immer Konstellationen, bei denen die größten Präventionsbedarfe nicht Mehrheiten, sondern Minderheiten betreffen. Präventionen von geringen Gefährdungen mit jedoch großer Durchdringung der Bevölkerung haben so eher die Chance sich durchzusetzen als Bedarfe hoher Gefährdungen mit geringer Verbreitung.
- Die Reihung von Konzeptalternativen für die Prävention ist erheblich manipulationsanfällig. Sie ist deshalb oft weniger an Rationalitäten als an Moden und anderen Präferenzen orientiert.

Wer Gesundheit definiert übernimmt den Anspruch, gesellschaftlich „richtiges“ Leben zu definieren und es ggf. zu kontrollieren.

Dieser Anspruch greift weiter als der Anspruch, Krankheit und richtiges therapeutisches Handeln und Beraten zu definieren. Der Unterschied in der Verantwortungsübernahme für Gesundheit und Krankheit ist die Reichweite von Einflussnahmen zwischen den Polen Gesellschaft und Individuum. Die Frage, was für das eigene Leben richtig ist, ist nicht mit der Frage gleichzusetzen, was für das Leben Aller richtig sein kann. Der Blick des Individuums auf sich selbst ist auch nicht mit dem Blick der Gesellschaft auf das Individuum oder dessen Blick auf die Gesellschaft gleichzusetzen. Wenn Prävention eine Option auf die Zukunft ist, ist sie immer eine Alternative zur Gegenwart und Zukunft ist dann immer auch die Destruktion von Gegenwart. Dann aber ist zu fragen, wie und von wem Zukunft und Alternativen zu ihr aus gesundheitlicher Perspektive gestaltet werden.

Für die Zukunft kann eine Denkweise nicht ausgeschlossen werden, in der Prävention vor allem ein Mechanismus der ökonomischen Nutzenmaximierung ist. Der oft zitierte, wenngleich andere Sachverhalte meinende Satz von T.W. Adorno (1903-1969): *„Es gibt kein richtiges Leben im falschen“*, weist die Richtung des Konflikts um ein Leben, das richtig oder falsch sein kann: Es unterwirft das Leben und seine Bedingungen Maßstäben der Bewertung nach Maßgabe der Nützlichkeit.

6.9 Standards und Normen

Die Nutzung von sozialen und technischen Normen und Standards sind Kernkonzepte sozialer Prävention.

Wie immer ihre heutige Wirksamkeit beurteilt wird, es gehört zu den großen Präventionserfolgen, dass wichtige globale Lebens- und Interaktionsbereiche Gegenstand von Standardisierungen und Normierungen sind. Das betrifft sowohl soziale wie auch technische Normen.

Soziale Normen sind informelle und formelle Verhaltensvorgaben, deren Einhaltung positiv oder negativ sanktioniert ist und gelernt werden muss.

Technische Normen sind zumeist Ingenieursleistungen, die vereinbart werden, ggf. aber auch Produkt- und Dienstleistungsgeheimnisse sind. Sofern dann vereinbart, werden Normierungen durch nationale Normierungsorganisationen zusammengeführt. Diese Organisation ist die "International Organization for Standardization (ISO)". Auch für die soziale Prävention gewinnt sie an Bedeutung.

Es sind vor allem drei Normierungsbereiche auf die soziale Prävention zurückgreifen muss:

1. die Normierung von gesundheitsgefährdenden physikalischen, chemischen und biologischen Einflüssen auf das Wasser, den Boden und die Luft
2. die Normierung gesundheitsgefährdender Einwirkungen in öffentlichen Einrichtungen und am Arbeitsplatz
3. die Normierung sozialer Mindeststandards zur Sicherung der alltäglichen Voraussetzungen des Lebens und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Beispiel

In Deutschland erfolgt die Normierung der Umweltwirkungen der wirtschaftlichen Tätigkeiten durch deren Begrenzung auf eine maximal zulässige Konzentration von Immissionen (Maximale Immissions-Konzentration - MIK-Werte). Diese werden für die Luft von der „Kommission Reinhaltung der Luft durch eine Richtlinie festgelegt und sollen nach dem jeweiligen Stand des Wissens Menschen, Tiere und Pflanzen vor Schädigungen schützen. Für krebserzeugende oder erbgutschädigende Wirkung gilt hingegen ein generelles Minimierungsgebot. Für das Wasser gilt die Norm 19643, die vom Deutschen Institut für Normung (DIN) festgelegt wird. Für die Reinhaltung der Luft gilt hingegen die „Technische Anleitung zur Reinhaltung der Luft (TA Luft).

Beispiel

In Deutschland sind die an Arbeitsplätzen maximal zulässigen Konzentrationen von Gasen, Dämpfen oder Schwebstoffen in der Atemluft durch die sog. MAK-Werte reguliert (Maximale Arbeitsplatz-Konzentration). Die jeweiligen Werte sind Aushandlungskompromisse zwischen möglichen Gesundheitsschäden und den Produktionskosten und -risiken. Als MAK-Wert gilt „die höchstzulässige Konzentration eines Arbeitsstoffes ..., die ... bei wiederholter und langfristiger Exposition

... im Allgemeinen die Gesundheit der Beschäftigten nicht beeinträchtigt und diese nicht unangemessen belästigt (z. B. durch einen ekelerregenden Geruch).“ (Bedeutung, Benutzung und Ableitung von MAK-Werten (MAK- und BAT-Werte-Liste 2015, Abschnitt I“) Dabei gelten die MAK-Werte für Personen, die gesund und im erwerbsfähigen Alter sind. Das bedeutet u.a., dass die Veränderungen des Erwerbsalters in den MAK-Werten berücksichtigt werden müssten.

Für den Schutz der Umwelt und der Menschen in Erwerbsarbeit gibt es keine global verbindlichen Normen und Standards, jenseits politischer Aushandlungen und Vereinbarungen. Allerdings gibt es – trotz widersprüchlicher Entwicklungen – insgesamt eine sich verbreiternde Diskussion, solche Standards weltweit zu vereinbaren. Die heute existierenden Ungleichheiten führen dabei unvermeidlich in den Konflikt von Kompromissfindungen: Sie verlangen von einigen Staaten ihre Standards ggf. über ihre Leistungsfähigkeit hinaus zu erhöhen und gibt anderen ggf. die Möglichkeit, sie abzusenken. Da solche Standards praktisch immer auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit Einfluss haben, wirken sie über die Preisfindungen der Produkte und Dienstleistungen. Sie betreffen so regelmäßig auch die wirtschaftlichen Wettbewerbsinteressen. Auf diese Weise sind die soziale Prävention und die Wirtschaft miteinander unmittelbar, allerdings mit ungleicher Durchsetzungsfähigkeit verknüpft.

Das sog. Out- und Crowdsourcing, neue Technologien (Bildschirmarbeitsplätze, Industrie 4.0, 3-D Druck, Überwachungstechnologien), Wandlungen im Handel und in der Logistik, die sich ausweitende Nutzung leistungssteigernder Arzneimittel, die Ausweitung sog. Arbeitskraftunternehmen (AKU)) schaffen immer auch neue Gesundheitsgefährdungen, die „nahtlos“ in die Problematik der Sicherung sozialer Mindeststandards übergehen.

Die rechtliche Normierung sozialer Mindeststandards betrifft aus präventiver Perspektive vor allem

- den Schutz von Schwangerschaft, frühkindlicher und kindlicher Entwicklung sowie des Jugendalters
- den Zugang zu Bildung und Ausbildung
- die Teilhabe am Erwerbsleben
- die soziale Sicherung im Falle von Arbeitslosigkeit, Behinderung und im Alter

Methoden zur Sicherung solcher Standards sind z. B.

- legale Normen zum Schutz von Schwangeren, Müttern und Kindern
- der Schutz vor Armut und sozialer Exklusion
- Schulpflicht
- rechtliche Geschlechtergleichheit
- Verbot, zumindest strikte rechtliche Regulation von erwerblicher und im Besonderen von ausbeuterischer Kinderarbeit
- garantierte Mindesteinkommen

- Schutz der Gesundheit vor Gefährdungen durch Kriege, äußere Gewalt, Mangel an essenziellen Ressourcen, gefährdende Arbeits- und Umweltbedingungen
- Zugang zu angemessener Krankenversorgung

Die Frage der Kinderarbeit und ihres Verbotes, im Besonderen die Altersgrenzen sind umstritten. Unstrittig sollten die Positionen mindestens bezüglich folgender Formen der Kinderarbeit sein:

- Kinderarbeit in der gewerblichen Produktion
- Kinderarbeit, die nicht der beruflichen Ausbildung dient
- Sklaverei, Schuldknechtschaft für Kinder
- Kinderprostitution und -pornografie
- die Verwendung von Kindern als Soldaten und für die Ausübung krimineller Handlungen im Auftrag

Entsprechende Verbote machen jedoch nur Sinn, wenn sie mehr als ethische Appelle sind, wenn sie überwacht werden und wenn Alternativen mindestens subsidiär abgesichert werden können und wenn die Einhaltung einer Bildungs- und Ausbildungspflicht garantiert ist.

Im Falle von sozialmedizinischen Aufgabenzuweisungen geht es vor allem um den großen Komplex der sozialen Benachteiligung und der rechtlichen Ungleichheit der Menschen in Bezug auf die Chancen und Potenziale, Gesundheitsgefährdungen zu vermeiden und selbst über ihr Leben zu entscheiden. Dies setzt einerseits den normativen Schutz der Individualität voraus, verlangt aber auch deren normative Begrenzung, wenn die Rechte und Schutzbedarfe anderer gefährdet oder verletzt werden. Sowohl an der Entwicklung wie an der Anwendung von Normen und Standards wirkt die Sozialmedizin mit. Dabei sind zwei Aspekte zu unterscheiden: die Etablierung informeller und formeller Normen. Letztere sind legale Normen, die entsprechend von der Legislative oder von durch sie beauftragten und überwachten Institutionen zu schaffen sind. In einigen Staaten spielt hierbei die Beteiligung ausgewählter und speziell legitimierter gesellschaftlicher Akteure eine erhebliche Rolle (Korporatismus). Diese Form der Normensetzung ist in Staaten machtvoller berufsständischer Interessenvertretung und Lobbymacht gleichsam eine gewollte, wenngleich erheblich modifizierte historische Linienführung seit den mittelalterlichen Gilden und Zünften. Sie wird heute gelegentlich auch als eine Ausdrucksform des Pluralismus gewertet, die die „Allmacht“ des Staates begrenzen soll.

Der sozialpräventive Kontext betrifft die fachwissenschaftlichen Aufgaben der Sozialmedizin vor allem bezüglich folgender Aspekte:

1. Normenvorbereitung für die soziale Prävention und die gesellschaftliche Teilhabe
2. Sozialnormen für die Bedingungen von Schwangerschaft und kindlicher Entwicklung

3. Normenentwicklungen für die Prävention von Benachteiligungen, im Besonderen benachteiligender Bedingungen im Zugang zu existentiellen Ressourcen wie Schutz, Bildung, Erwerbsarbeit und soziale Zukunftssicherung
4. Normenbildung für den Schutz entscheidungsunfähiger Personen
5. Normenbildungen für den Zugang zur medizinischen Vorsorge
6. Normenentwicklungen für die Toleranz gegenüber individueller Varianz und Nonkonformität, respektive bezüglich der sozialen Grenzziehungen gegenüber nicht tolerierbaren Normabweichungen
7. gutachtliche Sachverhaltsermittlungen und -bewertungen von sozialen Normenverletzungen

Die Beispiele zeigen zugleich, dass solche Aufgaben eines engen Zusammenwirkens mit anderen medizinischen, vor allem auch gesundheitswissenschaftlichen und technischen Expertisen bedürfen. Solche Kooperationen stärken nicht nur die Schaffung von Wissensgrundlagen für legale Normenbildungen, sondern auch ihre Durchsetzungsfähigkeit. Im Kern geht es zunächst um Risikomessungen und -bewertungen, speziell die Messung des Impacts einer Einwirkung und um die Ermittlung der Betroffenheit einer Bevölkerung (Durchdringung). Schließlich bedarf es der Erarbeitung von technischen und sozialen Standards.

Eine spezielle Fragestellung ist die Definition von Grenzwerten. Während in Bezug auf kontaminierende biologische und chemische Gefährdungen im Wasser, im Boden, in der Luft das Problem - wenngleich schwierig - noch überschaubar ist, sind „Grenzwerte“ in Bezug auf individuelle Disposition oder in Bezug auf ökologische oder Klimawirkungen wegen des kaum kalkulierbaren Faktors „Zeit“ erheblich problematisch. Das gilt analog für die Frage nach „Grenzwerten“ für soziale Ungleichheiten und Benachteiligungen, z. B. vor dem Hintergrund der sozial differentiellen Wirkungen gesetzlicher Regelungen für den Verbraucherschutz und die Produktsicherheit, weil deren Wirksamkeit letztlich über Preise geregelt wird.

Vor dem Hintergrund der globalen Ungleichheiten und Entwicklungsbedarfe sind Risikobewertungen und -kommunikationen eigenständige Probleme der präventiven Normierung. Sie können allein über methodische oder technische Entscheidungen nicht aufgelöst werden. Es ist dabei grundsätzlich anzuerkennen, dass auch präventive Entscheidungen risikobelastet sind und in eigenständige soziale Dilemmata führen können. Zukunftssicherung ist nie zum Nullrisiko möglich. Risikoabwägungen sind die zwangsläufige Folge. Diese sind „unproblematisch“, wenn sie allein die individuelle oder familiäre Entscheidungskompetenz betreffen. Sie sind aber hochkomplex, wenn es sich um gesellschaftliche Präferenzentscheidungen handelt.

6.10 Soziale Prävention und Hoheitliche Pflichten

Die hoheitliche Aufgabe sozialer Prävention ist eine zwangsläufige Folge der Staatenbildung.

Mit den hoheitlichen Pflichtzuweisungen werden (hier) präventive Aufgaben der Exekutive (Staatsverwaltung) übertragen. Hiermit ist dann auch das Privatrecht vom öffentlichen Recht abgegrenzt. Hoheitliche Präventionsmaßnahmen werden auf diese Weise zu Verwaltungsakten. Werden diese fehlerhaft oder mit zurechenbaren Schadensfolgen ausgeübt, entsteht ein Anspruch auf Staatshaftung.

Beispiel

Im Falle von angeordneten Impfungen durch öffentlich-rechtlich verfasste Institutionen des Public Health unterliegen negative Impffolgen der Staatshaftung – aber eben auch nur dann. Staaten, die – mit welchen Motiven auch immer – ihre Public Health Institutionen schwächen und deren Aufgaben in privatrechtliche Aufgaben überführen, begrenzen so immer auch ihre Haftungspflichten.

Im globalen Vergleich variieren die Staatsmodelle und die Definitionen hoheitlicher Aufgaben nach dem Inhalt, dem Umfang und der Durchsetzungsfähigkeit/-bereitschaft erheblich. Die Aktivitäten der UNO und ihrer Organisationen, wie z.B. die WHO, aber auch die seit 100 Jahren existierende International Labor Organisation (ILO) spielen bei der Globalisierung der sozialen Prävention eine wichtige Rolle. Ebenfalls erzwingt die Globalisierung der Wirtschaftstätigkeiten die Ausweitung staatlicher Präventionspflichten. Die wachsende Grenzenlosigkeit von Gefährdungen, aber auch die Standardisierung von globalen Produktionsketten und Produkten spielen dabei eine maßgebliche Rolle. Public Health wird so auch zu einem globalen Interesse bei der Vereinheitlichung von Normen wie von Rechten.

Dem stehen allerdings wirkmächtige Interessen an privatrechtlichen Regelungen als Alternative zu demokratisch legitimierten Normen gegenüber. Damit verändern sich die Aufgabendefinition und die Kontrollfähigkeit auch der präventionswirksamen Normen und gibt privatrechtlichen Vereinbarungen den Vorrang vor staatshaftender Prävention und Daseinsvorsorge. Es wird, so die Erwartung einiger Akteure, dann auch die soziale Prävention durch individualisierte Käuferentscheidungen abgelöst.

Es handelt sich hierbei um politische Konzepte (auch als Reaganomics, Thatcherism und Rogernomics bezeichnet), die global einen erheblichen Einfluss auf grundlegende präventionskonzeptionelle Theoreme genommen haben. Ihr Kern besteht in der Begrenzung des Einflusses der Legislative und der Exekutive auf den „Markt“ und die Übertragung bisheriger maßgeblicher staatlicher Aufgaben (z.B. des Public Health, bei der Bewertung von arbeits- und produktbezogenen Gefährdungen) auf die wirtschaftlichen Akteure.

Damit wird die individuelle Verhaltensentscheidung gegenüber der eigenen Gesundheit zu einem Problem der selektiven Kaufkraft, der funktionellen Anpassung und der Selbstkonditionierung. Solche Verhaltensentscheidungen sind dann die Schablonen

normativer ökonomisierter Verhaltensvorgaben für alle Lebensbereiche. Unabhängig von sonstigen politischen Präferenzen bestimmt diese Denkweise die Deutungen des Freiheitsbegriffs als individuelle präventive Anpassung alternativ zu sozialer Verantwortung.

6.11 Soziale Prävention und Sozialverhalten

Voraussetzung wirksamer sozialer Prävention sind Normen für das Sozialverhalten.

Das Verhalten von Menschen spiegelt sich in ihren Handlungen. Sie verhalten sich zu sich selbst und zu ihrer Umwelt innerhalb ihrer Lebensverhältnisse. Für die Konzepte der sozialen Prävention sind deshalb das Verhalten von Menschen zu ihrer Umwelt und die Regulationen dieser Relationen durch Normen Aspekte des Sozialverhaltens. Umwelt bezeichnet dann alles, was Menschen umgibt und so ihre Verhältnisse beschreibt. Es macht folglich wenig Sinn, Erklärungskonzepte der sozialen Prävention von denen der Verhaltensprävention abzutrennen.

Tatsächlich blendet das Konzept des „Gesundheitsverhaltens“ jedoch die bezüglichen Bedingungen des Sozialverhaltens oft aus: Gesundheitsverhalten meint dann nur auf sich selbst bezogene Verhaltensentscheidungen, die *„nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird.“* (https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-135.html; Zugriff 09.01.2019). Mit diesem Kredo positioniert sich in Deutschland die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) klar gegen die Leitbilder einer sozialen Prävention.

„Verhaltensprävention“ (Lebensstilprävention) und „soziale Prävention“ (Verhältnisprävention) erscheinen dann als konkurrierende oder zumindest alternative Gegensätze. Ein englischsprachiges Wörterbuch erlaubt zumindest die Erweiterung: *„Health behavior is the combination of knowledge, practices, and attitudes that together contribute to motivate the actions we take regarding health“.* (<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+behavior>; Zugriff 09.01.2019). Diese Lesart lässt eine Interpretation zu, die über das Verhalten zu sich selbst hinausreicht. Natürlich geht auch sozialpräventiv wirksames Handeln auf individuelle Verhaltensentscheidungen zurück. Auch diese stehen in Relation zu wirksamen Normengerüsten, vorrangig jedoch zu formalisierten.

Beispiel

Die Entscheidung sich vegan zu ernähren ist eine individuelle Verhaltensentscheidung, die richtig oder falsch begründet sein kann. Sie ist aber in jedem Falle eine private Präferenz. Die Entscheidung hingegen, legale Normen des

Gesundheitsschutzes zu befolgen oder zu verletzen oder die Schaffung solcher legalen Normen zu verhindern, ist ebenfalls eine individuelle Entscheidung und dem Gesundheitsverhalten zuzurechnen. Letztere hat jedoch Folgen, die bevölkerungswirksam sind und dann dem Sozialverhalten von Individuen wie von institutionellen Entscheidungsträgern zuzuordnen sind.

In unterschiedlichen sozialen Gruppen können sich unterschiedliche Formen des Gesundheitsverhaltens und des Sozialverhaltens, so auch schädigende, als gruppenkonform, bzw. als gruppenspezifisch erfolgreich und zweckmäßig erweisen. Dabei hat ein großer Teil gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen nur einen mittelbaren Gesundheitsbezug, ist also Resultat von Verhaltensweisen, die in anderen praktischen Bezugssystemen als nützlich oder unnützlich bewertet und ggf. stabilisiert oder verworfen werden.

Die sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Konzeptionen zum Gesundheitsverhalten und deren sozialspezifische Differenzierungen haben sich in den zurückliegenden Jahrzehnten deutlich gewandelt und wandeln sich auch weiterhin. Dennoch bleibt eine zentrale Frage, ob ein eigenständiges selbstbezogenes Gesundheitsverhalten gegen ein soziales sinnvoll abgegrenzt werden kann. Es geht um nicht mehr als um die Orientierung, ob präventionspolitisch Fitness oder sozial verantwortliches Entscheiden und Handeln als präventive „Normengerechtigkeit“ präferiert werden soll.

Die WHO bringt es auf den Punkt: *"This unequal distribution of health-damaging experiences is not in any sense a 'natural' phenomenon but is the result of a toxic combination of poor social policies, unfair economic arrangements (where the already well-off and healthy become even richer and the poor who are already more likely to be ill become even poorer), and bad politics."* ... *"The poor health of the poor, the social gradient in health within countries, and the marked health inequities between countries are caused by the unequal distribution of power, income, goods, and services, globally and nationally, the consequent unfairness in the immediate, visible circumstances of peoples lives – their access to health care, schools, and education, their conditions of work and leisure, their homes, communities, towns, or cities – and their chances of leading a flourishing life. This unequal distribution of health-damaging experiences is not in any sense a 'natural' phenomenon but is the result of a toxic combination of poor social policies and programs, unfair economic arrangements, and bad politics."* (Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, Zugriff 08.06.2018) Allerdings bleibt die Verführung groß, vor allem und prioritär das Individualverhalten zum Gegenstand präventionsmotivierter Programme zu machen.

Ein beständiger Diskursgegenstand betrifft die Frage nach den Methoden, die helfen können, präventionsgeleitetes normenkonformes Sozialverhalten zu bewirken. Die Methodenarsenale hierzu sind fassettenreich. Neben den „klassischen“ Methoden wie Berichtspflichten, Supervision, Kritik, Zertifizierung oder ggf. auch Sanktionierung

werden auch positiv und negativ wirkende Diskriminierungen intensiv diskutiert. Zu letzteren werden dann Lob, Beförderung, Boni oder Ächtung, Exklusion und Bestrafungen genutzt. Im Kern geht es jedoch oft allein um die Findung von „milderen“ Alternativen zu einer öffentlich-rechtlichen Kontrolle und Sanktionierung sowie um die Vermeidung von Öffentlichkeit zu politischen und unternehmerischen Entscheidungen mit potenziellen gesundheitsgefährdenden Folgen.

Beispiel

2017 wurde dem Verhaltens- und Gesundheitsökonom Richard H. Thaler (1945-*) der Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften verliehen. Begründend waren Studien, die er bereits mit seiner Promotionsschrift über den ökonomischen Wert ein Leben zu bewahren, begonnen hatte. Es ist der Kern seines nun gewürdigten Konzepts, dass (z.B.) „richtiges“ Gesundheitsverhalten Entscheidungen voraussetzt, deren Rationalität durch positive Inzents gefördert werden kann (bei Thaler nudges). Solche „nudges“ sollten vor allem ökonomischer Art sein (Thaler, RH. Sunstein, CR: *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness.* Yale University Press, New Haven 2008, ISBN 978-0-300-12223-7). Da, so die Argumentation, die „Massen“ kurzsichtig seien, müssten sie durch staatliche Anreize in ihrem Verhalten motiviert werden. Mit seinen Arbeiten hat er auf die Sozialpolitik z.B. der britischen Regierung, aber auch auf „Obamacare“ größeren Einfluss erlangt. Wichtig ist hierbei, dass Thaler „Anreize“ von „Strafen“ ausdrücklich unterschieden wissen will.

Wenngleich dieses intellektuell eher schlichte Denksystem den neoliberalen Wirtschaftstheorien zuzurechnen ist, wird es von dieser Seite auch kritisiert, weil es die Rolle des Staates in der Prävention und bei der sozialen Absicherung von Krankheit und Alter stützen würde.

Das Sozialverhalten der jeweilig verantwortlichen gesellschaftlich relevanten Akteure ist das Fundament sozialer Prävention.

Die Wirksamkeit sozialer Prävention wird von den Entscheidungen öffentlich-rechtlicher Verantwortungsträger entschieden. Damit sind deren Normenpflichten und die Identifizierung von Handlungsverantwortungen ein Kernproblem der sozialen Prävention. Die Bereitschaft, diesen Pflichten zu folgen, wird von den jeweiligen Interessenlagen bestimmt. Da diese immer auch kompetitiv zu anderen Interessen sind, muss sich soziale Prävention unter den jeweiligen Wettbewerbsbedingungen und -interessen durchsetzen. Dies ist nachvollziehbar schwierig, wenn sich mit ihnen nicht nur Gefährdungen, sondern auch Chancen verbinden. Das gilt auch, wenn die Entscheidungsfolgen nicht unmittelbar wahrgenommen werden können.

Beispiel

Lärmbedingte Hörminderungen können Folgen (lange) zurückliegender arbeitsbedingter Schädigungen sein, wie auch Folgen von Selbstschädigungen durch die unangemessene Nutzung von technischen Tonträgern. Eine gutachtliche Differenzierung wird hier kaum gelingen können.

Die Verantwortung für den Schutz der Gesundheit, die vorausschauende Gestaltung von Lebensbedingungen (Verhältnissen) und die fortlaufende Beurteilung der gesundheitlichen Folgen politischer Entscheidungen sind weltweit wichtige Präventionsaufgaben. Die Schwierigkeiten der sozialen Prävention beginnen allerdings häufig bereits bei der Identifizierung der verantwortlichen Akteure. In einer komplexen arbeitsteiligen, interessenpluralistischen und globalisierten Welt sind diese oft nicht eindeutig zuzurechnen. Bei komplexer werdenden Entscheidungsbedingungen nimmt auch die Asymmetrie von Verantwortung und fachlicher Kompetenz zwangsläufig zu. Das erhöht die Manipulationsfähigkeit von Entscheidern durch Lobbyisten und die der Öffentlichkeit durch Medien. Eine typische Folge ist ein Verhalten von Entscheidungsträgern, das appelliert, statt Normen zu setzen und deren systematische und zeitnahe Kontrolle zu ermöglichen.

Beispiel

Eines von unzählbaren Beispielen für das Versagen sozialer Prävention ist die sog. Gülle. Gülle ist ein Gemisch aus Urin und Kot von (vor allem) Rindern und Schweinen. In ihr sind Stickstoff, Phosphate und Kalium gebunden, und sie wird als Dünger in der Agrarwirtschaft genutzt. Die effektive Regulation der Mengen würde voraussetzen, zulässige Mengen regionalspezifisch und in Abhängigkeit von der Bodenbeschaffenheit und den Eigenschaften des Grundwassers zu definieren sowie in Abhängigkeit hiervon, die zulässigen Mengen von Nutztieren festzulegen. Dies würde auch verlangen, die Einhaltung solcher Regulationen zu überwachen. Da solche Regulationen in den globalen Wettbewerb eingreifen, wäre zudem zu prüfen, ob und wie regulationsbedingte Nach- und Vorteile auszugleichen wären. Dies erweist sich mit der Folge entsprechender Schädigungen des Grundwassers und der Trinkwasserreservoirs als politisch oft nicht durchsetzbar.

Die Ersetzung gesellschaftlicher Präventionsverantwortungen durch eine apostrophierte Selbstverantwortung ist Teil des Problems. Sie folgt einer Konzeption, die 1952 entstand. Sie sollte das „Gesundheitsverhalten“ erklären und Methoden seiner Beeinflussung („Gesundheitserziehung“) begründen. Den Kern bildete die Auffassung, Prävention sei eine individuelle Verhaltensentscheidung, die Menschen nur positiv trafen, wenn ihr Gesundheitsverhalten unter Sanktionierungsdruck steht. Dieses individuelle Verhalten findet seinen Maßstab in der Konformität mit den jeweils propagierten gesundheitsbezogenen Werten.

Bis in die Gegenwart global wirkungsmächtig, versucht dieses sog. „Health Belief Model“ (HBM) (Hochbaum, G., S. Kegels, and I. Rosenstock, *Health Belief Model. United States Public Health Service, 1952*), eher unzutreffend auch als Gesundheits-Erwartungs-Modell übersetzt, die präventive Normenkonformität als Resultat individueller rationaler Nutzenserwägungen zu deuten. Es versucht deshalb, die Barrieren zu identifizieren, die einer solchen Rationalität entgegenstehen. Diese sieht es in leitenden, bzw. fehlleitenden Anreizsystemen für das Verhalten. Es sind dann folgende Argumente, die „richtiges“ präventives Verhalten erzeugen:

- die individuelle Beurteilung der Relevanz einer Gefährdung (Bedrohung)
- die Vermutungen über mögliche Belohnungen/Bestrafungen präventionskonformen, bzw. non-konformen Verhaltens (Nützlichkeit)
- den Glauben an die Wirksamkeit eines bestimmten Präventionsverhaltens (Effektivität)
- die individuelle Bilanz von Aufwand und Nutzen präventionskorrekten Verhaltens (Effizienz)

Danach sind Belohnungen und Bestrafungen sowie Erwägungen zur Effektivität und Effizienz die wichtigsten Methoden erfolgreicher Prävention. In diesem Sinne werden z.B. öffentlich finanzierte Krankenversicherungen und soziale Prävention als kontraproduktiv beurteilt, weil sie falsches (unkorrektes) Verhalten belohnen würden. Persönliche Haftung und ggf. drakonische Strafen sind dann analog auch in der sozialen Prävention bevorzugte politische Strategien. Das HBM ist auch die theoretische Basis des Moral Hazard Theorems (siehe hierzu Niehoff, J.-U., B. Braun; *Sozialmedizin und Public Health: Ein Wörterbuch zu den Grundlagen der Gesundheitssicherung, des Gesundheitsmanagements, der Steuerung und Regulation im Gesundheitswesen. 2. Auflage Nomos-Verlag Baden-Baden 2010; Stichwort Moral Hazard.*) Das HBM und das Theorem des Moral Hazard bilden gemeinsam die wichtigsten Begründungen für die Zurückweisung sozialer Prävention.

Die Kritik an dieser Auffassung führt an, Angst führe eher zu falschen als zu richtigen Entscheidungen (https://homepage.univie.ac.at/michael.trimmel/gesundheitspsych_ss2001/noibinger.pdf, Zugriff 05.11. 2018). Das Konstrukt gründe, so die Kritik, auf einer Psychologie der Kosten-Nutzen-Kalkulation (Verhaltensökonomie) unter dem Paradigma beständiger Bedrohungsangst. Diese zu fördern, verlange dann die fortlaufende Verbesserung der Prädiktion und Sanktionierung der Folgen falschen Verhaltens. Das HBM vernachlässigt die verhaltensprägenden sozialen Einflüsse und die für den Einzelnen nicht oder nur begrenzt wählbaren und gestaltbaren Bedingungen des Lebens und des Arbeitens. Die Vermutung, das Richtige zu tun, gründet zudem eher selten auf Wissen und ist im öffentlichen, wie im privaten Handeln von konkurrierenden Entscheidungsinteressen bestimmt, die als Druck auf dem Entscheider lasten. Dieser Sachverhalt erklärt dann auch den Erfolg von Präventionsargumenten im Produktmarketing.

Das entscheidende Problem der Übertragung des HBM auf die soziale Prävention ist die Individualisierung und Selbstbezogenheit des Handlungsinteresses:

Haftungsfragen werden wichtiger als die gemeinschaftliche Problemlösung; die Privatisierung von sozialpräventiven Verantwortungen ersetzt eine demokratische und solidarische Zukunftsgestaltung. Selbstverschulden und Fehlverhalten werden so zum Paradigma einer Denkweise, die Prävention zu einer „Käuferentscheidung“ macht.

Beispiel

Derzeit werden Risiken des Klimawandels und der Nutzung von Verbrennungsmotoren als prioritäre Präventionsprobleme diskutiert. Bei der Suche nach Lösungen, werden Bedrohungsargumente, Nützlichkeitsabwägungen, Effektivitätsbegründungen und Effizienzkalküle nach dem HBM bei der Verhaltenssteuerung der Käuferseite offensichtlich präferiert.

Präventives Sozialverhalten steht damit am Kreuzweg, statt des Anbieterverhaltens das Käuferverhalten zu regulieren. Die Liberalisierung des Sozialverhaltens maßgeblicher Entscheidungsträger wird so zum globalen Paradigma der Prävention.

6.12 Bevölkerungsweite präventive Interventionen

Soziale Prävention interveniert in das Alltagsleben und die Zukunft von Bevölkerungen.

Zu den spezifischen sozialpräventiven Aufgaben dieses Interventionstyps gehören

- die Zugangssicherung zur Prävention für sozial benachteiligte Gruppen als Angebot oder als Pflicht
- die Definition der Interventionsgruppe nach Umfang, Struktur und Region
- die sozialmedizinische Beratung der Öffentlichkeit
- die Ressourcenallokation
- Programmevaluation und Berichterstattung.

Solche Interventionen sind in ihren Wirkungen ggf. hoch komplex. Das betrifft je nach dem Ziel der Intervention entweder die Zielbevölkerungen direkt oder indirekt über Eingriffe in die Lebensbedingungen. Sie greifen also in das Leben von Menschen und in die Interessen und Handlungsweisen relevanter Akteure ein. Die rechtfertigende Argumentation ist in der Regel eine notwendige Gefahrenabwehr für die Allgemeinheit, die von individuellen Präferenzentscheidungen unabhängig sein müsse. Es ist nachvollziehbar, dass diese Argumentation auch genutzt wird, um soziale Präventionsmaßnahmen zu vermeiden.

Beispiel

"Für den Handelnden, ist es wesentlich, Wirkungsflüsse an der leichtest erreichbaren Stelle zu unterbrechen, eine Typhusepidemie nicht durch eine Hebung des Wohlstands zu bekämpfen, sondern durch die Ausschaltung klarer, kausal deutbarer Zwischenglieder. ... Eine 'Globalbetrachtung' gestattet also zwar Zusammenhänge festzustellen, doch nicht sie manipulierbar zu halten, bei gleichzeitiger Vorhersage der Folgen eines Eingriffs." Schäfer, H. in Blohmke, M. (Hrsg.) Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 1, Stuttgart 1975

Stellungnahmen wie diese werden weltweit und immer wieder neu gegen soziale Präventionskonzepte vorgebracht und auch zu deren Denunziation genutzt. Es gibt Beispiele, die auch aktive Behinderungen und Verbote entsprechender Studien zu den Chancen, Risiken und Bedingungen sozialpräventiver Interventionen belegen. Diese Beispiele gehören gleichsam zum historischen Erfahrungsbestand der Sozialmedizin. Tatsächlich ist soziale Prävention jedoch immer Wohlstandsgewinn und nicht -verlust.

Die Methoden bevölkerungsweiter sozialer Prävention sind vor allem

- Normierung gesundheitsriskanter Arbeits- und Lebensbedingungen
- soziale Kontrolle und Sanktionierung von individuellem gesundheitsrelevantem Verhalten, wenn dieses die Allgemeinheit gefährdet
- individuelle Dispositions- und Verhaltensinterventionen zum Schutze der Allgemeinheit

In der Praxis haben sich unterschiedliche klassifikatorische Systematiken der Prävention etabliert, die auch bevölkerungsbezogene Ansätze einbeziehen. Sie differenzieren einmal nach methodischen Ansätzen und zum andern nach Handlungszielen.

Beispiele	Primäre Prävention	Sekundäre Prävention	Tertiäre Prävention
soziale Prävention	Bewertung und Normierung von sozialen Risiken, Bildung und Information, Hygiene, Gewaltfolgen und Behinderung, Armutsprävention, Arbeitsschutz, Umweltschutz,	Schutz nicht selbständiger Personen (Hilfeabhängige, Kranke und Behinderte), Benachteiligungsverbote Ausgleich von gesundheitlicher Benachteiligung und ihren sozialen Folgen	Soziale und berufliche Rehabilitation, rehabilitationsorientierte Pflege Berufsbildung und -förderung Benachteiligungsverbote, Sanktionierung von sozialen Benachteiligungen, aktive

	Verkehrssicherheit, Produktsicherheit Partizipationsrechte, soziale Absicherung im Fall von Krankheit		und zugehende Hilfeangebote
Verhaltensprävention	Gesundheitsbildung, Motivationsförderung, Förderung von Kompetenzen individueller Risikobewertung und -verhalten und sozialverantwortlichem Verhalten gegenüber sich und anderen, Handlungskompetenz, Toleranz	Selbstwahrnehmung und Kompetenz bei der Bewertung von Befindlichkeitsstörungen, individuell gefährdungsadäquates Verhalten	Krankheitsgerechtes Verhalten, körperliche und geistige Aktivität, Vermittlung und Training von Maßnahmen zur Krankheitsfolgenbewältigung
Medizinische Prävention	Impfungen, medizinische Supervisionen der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, Tauglichkeits- und Eignungsberatung zur individuellen Gefährdungstoleranz, genetische Beratung	Screening, Früherkennung, Monitoring von Belastungsfolgen, präventiv- medizinische high risk intervention, Beratungen und Interventionen	Begutachtung von speziellen Hilfebedarfe, Verordnung und Anpassung von Hilfsmitteln

Tab. 2: Die Matrix der Präventionskonzepte

Die Grundfrage bevölkerungsbezogener Maßnahmen der Prävention ist die Definition und Begründung der Interventionsnormen. Es ist dabei zu akzeptieren, dass diese nicht Kranke von Gesunden trennen, sondern die Interventionsbevölkerungen von denen, die keine prioritären Interventionsziele sind. Deren Trennung folgt primär keiner Krankheitsnorm. Die Maßgaben sind die Schätzungen zur präventiven Effektivität, der Kalkulation des Anteils der Interventionsbevölkerung, für den unnötige Interventionen akzeptiert werden sollen (präventive Effektivität) sowie dem ökonomischen

Effizienzziel. Diese Festlegungen entscheiden über die Menge unnötiger Interventionen und über das wirtschaftlich relevante Marktsegment des Programms.

Typische Varianten sind sog. Interventionsstudien, die die Elemente „Studie“ und „präventive Massenintervention“ verbinden.

Beispiel

Alle Männer, die älter als 40 Jahre sind, sollen Ziel einer Kampagne werden, die die Einnahme von täglich 100 mg Acetylsalicylsäure bewirken soll.

Allen Kindern, die in relativer Armut aufwachsen, werden Programme zur sozialen Inklusion angeboten.

Alle Kinder, die unter absoluter Armut aufwachsen, wird unentgeltlicher Schulbesuch mit Essenversorgung und Schulkleidung garantiert.

6.12.1 Präventive Massenscreenings

Präventive Screenings sind systematische Such- und Überwachungsstrategien nach Personen, die als besonders gefährdet gelten oder vermutet werden.

Die Nutzung von Screenings geht weit in die Geschichte zurück. Sie wurden und werden neben präventiven Zwecken auch für die Rekrutierung (Sklavenkauf, Militärdienst, Auswahl von Arbeitskräften und speziellen Eignungen und Tauglichkeiten, Talentsuchen, Suche von Straftätern etc.) mit Selektionszielen genutzt. Sie sind unter technischem Aspekt Diskriminierungsstrategien von disjunkten Mengen. Im Falle präventiver Ziele werden sie genutzt, um nicht gefährdete oder gefährdende Personen zu identifizieren.

Beispiel

*Der französische Sozialhygieniker Villermé (1782 - 1863) nutzte Screenings, um die Folgen krankmachender Arbeitsbedingungen zu ermitteln. Hierzu untersuchte er im frühen 19. Jahrhundert 760.000 Textilarbeiter Frankreichs und in der Schweiz. Sein Freund der Mathematiker, Physiker und Astronom A. Quetelet (1796 - 1874) bemühte sich um die Entwicklung analytischer Strategien für die Auswertung dieser Massendaten und wurde so einer der ersten empirisch arbeitenden Epidemiologen im heutigen Verständnis. Zu seinen wesentlichen Entdeckungen gehörte die Modifikation physischer Merkmale der Ontogenese durch die Arbeits- und Lebensbedingungen sowie der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der mittleren Lebensdauer (Quetelet, A.: *Tableau de l'État physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. Études**

Das heutige Verständnis des Screenings geht auf eine Aktivität der U.S. Commission on Chronic Illness (1956) zurück (<https://jamanet-work.com/journals/jama/article-abstract/321887>; letzter Zugriff 08.01.2019). Diese Aktivität sollte erreichen, dass sich die (männlichen) Bürger der USA regelmäßig einer präventiven diagnostischen Überwachung unterziehen, um so die Entstehung chronischer Krankheiten und von Behinderungen zu vermeiden. Screenings sollten die strategische Methode zur Stärkung der Gesundheit des amerikanischen Volkes sein.

Soweit Screenings heute Techniken der Prävention sind, suchen sie systematisch und mittels klinischer Tests, Befragungen und körperlicher Untersuchungen nach Merkmalen von Gefährdungen (Risikofaktoren). Als gefährdet gelten dann alle gesunden Personen, die die Suchmerkmale tragen und deren präventive Therapie die Vermeidung von Krankheit wahrscheinlicher macht. Das Konzept entspricht also dem einer „Rasterfahndung“ innerhalb einer definierten Zielbevölkerung. Das methodische Schlüsselproblem ist die Adjustierung der Mindestmengen richtig positiver in Relation zur hinnehmbaren Menge falsch-positiver Prädiktionen.

Vor allem in den 1970er Jahren wurden solche Screenings auch mit medizinischen Interventionen verbunden (Gesundheitserziehung, prädiaktive Medikationen und prädiaktive chirurgische Eingriffe). Sie galten, mit vielfach enttäuschenden Ergebnissen, als die entscheidende Perspektive der Medizin (siehe z.B. *Multiple Risk Factor Intervention Trial Group* (1976): „*The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). A national study of primary prevention of coronary heart disease.*“ *JAMA*, 235(8): 825-827). Es erweiterten sich so die durch Gesundheitsziele legitimierten bevölkerungsbezogenen medizinischen Interventionen erheblich. Dies war und ist bis heute allerdings auch einer der Gründe für die exorbitanten medizinischen Versorgungskosten in den USA. Die legitimierenden Argumente waren hingegen die einer ökonomischen Schadensabwehr für Dritte (hier für die steuerfinanzierten Medicaid-Programme und z.B. die Programme der Veterans Administrations in den USA).

In der Gegenwart finden diese Techniken bei datensammelnden und handelnden Internetunternehmen in Verbindung mit Konzepten der künstlichen Intelligenz (big data, data mining) eine Wiederbelebung, ebenso als Geschäftsmodell von Entwicklern implantierbarer oder sonstiger Überwachungstechnologien physiologischer, biochemischer, physischer oder psychischer Zustandsparameter oder des Sozialverhaltens. Ebenso gibt es Screenings von sekundären Datenbeständen mit dem Ziel der Klassifikation von Personen nach der Wahrscheinlichkeit, für Krankenversicherungen ein Wirtschaftsschaden zu sein, der präventiv vermieden werden soll.

Screeningkonzepte folgen nicht nur vorfindlichen prioritären Interessen. Durch ihre unvermeidbare Selektivität und ihre quantitativen Wirkungen erzeugen sie mittels der

jeweilig favorisierten Assessmentkriterien (z.B. Inzidenz, Prävalenz, Schweregrade, Heilungswahrscheinlichkeit oder Wiederholungswahrscheinlichkeit, Fatalität, Letalität oder Leistungsaufwand und -dauer) auch selektive Problemwahrnehmungen. Neben ihrer potenziellen präventiven Relevanz treffen sie also auch auf erhebliche weiterführende Interessen, z.B. der Gesundheits- und der Versicherungsindustrie, wie auch bei der Rekrutierung von Arbeitskräften etc. Ein besonderes Interesse besteht bei Unternehmen mit gesundheitsgefährdenden Arbeitsplätzen, um mittels entsprechender Screenings ggf. Beschäftigungsverhältnisse vor Eintritt eines möglichen Haftungsfalls zu beenden. Die heute bereits hochaktiven und global agierenden Datenmonopolisten werden voraussehbar auch die Strategien globaler Klassifizierungen der Menschheit nach ihrer gesundheitlichen Verwertbarkeit als Teil von Strategien des „return on investment“ bestimmen, wenn ihnen nicht entsprechende rechtliche Regulationen vorsorglich entgegengesetzt werden.

Die hier verfolgte Methodik gründet u.a. auf dem methodischen Konzept der Krankheits- und Risikolast (burden of disease and risk), das 1992 gemeinsam von der Harvard School of Public Health und der WHO unter Federführung der Weltbank entwickelt wurde. Seither wird es regelmäßig für globale Vergleiche des ökonomischen Wertes der Gesundheit von Bevölkerungen genutzt (siehe z.B. *Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, Vol. 392, No. 10159; Published: November 10, 2018.*)

Screenings vergrößern immer das verfügbare medizinische Wirtschaftssegment, können aber auch selbst risikobelastet sein. Bei der Prüfung, ob ein Screening aus sozialmedizinischer Perspektive sinnvoll einzusetzen ist, sollte von folgenden Kriterien ausgegangen werden:

1. Die individuelle, soziale und/oder gesellschaftliche Bewertung einer Krankheit muss ein Screening und damit die Priorisierung des Problems rechtfertigen.
2. Das Screeningziel und die Zielgruppen müssen definiert, die Zielgruppe motiviert und die Verfügbarkeit der Daten muss grundsätzlich geregelt sein.
3. Dem Prinzip der Freiwilligkeit folgend, ist es auf seine Anwendbarkeit zu prüfen (Ausnahmen: richterliche Anordnungen, bestimmte berufliche Eignungsuntersuchungen, Maßnahmen des Katastrophenschutzes, bestimmte medizinische Triageverfahren).
4. Auch bei Orientierung auf nur ausgewählte Gruppen sollte eine allgemeine Zugänglichkeit für aktiv Nachfragende möglich sein.
5. Es muss (gemessen an der frühzeitigeren Behandlung) eine effektive und bezogen auf den Zusatzaufwand auch effiziente Therapie verfügbar sein. Der Nutzen gegenüber einer Diagnostik ohne Screening muss für die Bevölkerung akzeptabel groß sein.
6. Die diagnostischen Methoden und Risiken müssen ethisch zumutbar sein.
7. Sensitivität, Spezifität und prädiktive Werte der diagnostischen Methoden müssen für den Anwendungsfall in einem Screening getestet und standardisiert sein.

8. Das Intervall zwischen dem Erkrankungsbeginn und dem Zeitpunkt noch effektiver Therapien muss länger sein als das Intervall zwischen den jeweiligen Screenings.
9. Der durch Screenings wachsende Betreuungsbedarf muss abgesichert sein.
10. Die zusätzlichen materiellen, personellen und ideellen Aufwendungen für Screenings müssen im sozialen Konsens akzeptiert sein.

Das sog. Multiphasenscreening ist eine besondere Form, die vor allem in den 1970er Jahren mit der Erwartung verknüpft wurde, durch solche mehrphasigen Siebtteste ließen sich zugleich viele mögliche Dispositionen und Gefährdungen so frühzeitig entdecken, dass die aufwändige Behandlung schwerer Krankheiten nur noch ein marginales Segment sein würde. Vor diesem Erwartungshorizont wurde für Deutschland vorausgesagt, etwa um das Jahr 2010 wären nur noch etwa 20% der ärztlichen Leistungen therapeutischer Natur, die übrigen wären dann solche der Präventivmedizin. Die intensive Diskussion und Erprobung komplexer Screeningprogramme besonders in den 1960er und 1970er Jahren ist bezüglich der Effektivität und Akzeptanz insgesamt ernüchternd gewesen, dürfte sich aber im Zusammenhang mit der möglichen Etablierung z.B. von genetischen Screenings und einem globalen „data broking“ erneut und nachhaltig beleben.

Unter dem Einfluss von Managed Care (siehe Heft 9) entstehen immer wieder neue Varianten des Screenings. Sie folgen dem Ziel der Risikoklassifizierung und -selektion von Managed Care Versicherten. Hierzu wird durch einige einschlägige Konzepte, sofern nach der nationalen Rechtslage erlaubt, von sog. Managed Care Organizations festgelegt, dass vor einer möglichen Arztkonsultation eine (z.B. auf Fragebögen gegründete telefonische) Prüfung der Notwendigkeit und Dringlichkeit mittels spezieller Screeninginstrumente (Triage) zu erfolgen hat. Analog funktionieren standardisierte Gatekeeping-Techniken auf technischer Basis (z.B. Software kombiniert mit touch screens).

6.12.2 Arbeitsmedizinische Eignungsuntersuchungen

Arbeitsmedizinische Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen sind systematische tätigkeits- und anforderungsbezogene Screenings.

Erwerbsarbeit und Arbeitsteilung sind maßgebliche Ursachen für die ungleiche Verteilung von Gesundheitsgefährdungen und ihren Folgen. Das – soweit bekannt - erste arbeitsmedizinische Handbuch stammt von dem Italienischen Arzt und Philosophen Bernardino Ramazzini (1633-1714): „*De Morbis Artificum Diatriba*“ (Arbeiterkrankheiten), publiziert 1700. (Franco, G. , Franco, F.: Bernardino Ramazzini: The Father of Occupational Medicine. In: *Am J Publ Health*. 91, 2001, S. 1380–1382.) Im 19. Jahrhundert trat zusätzlich zur Gesundheit der Handwerker und Industriearbeiter auch die Gesundheit der Farmer und der Landarbeiter in das Blickfeld von Public Health (siehe hierzu

Mott, DF, Roemer, M.: *Rural Health and Medical Care*. McGraw-Hill Company New York, Toronto, London 1948).

Die Bedeutung der Erwerbsarbeit für die Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen und anforderungsspezifischen Belastungen hat zur Herausbildung eigenständiger medizinischer Spezialisierungen geführt. Sie werden zumeist als Industriell Medicine, Arbeitsmedizin, Occupational Health and Safty oder Arbeits- und Sozialmedizin geführt und für die spezifischen Bedingungen agrarischer Produktionsweisen auch als Rural Health bezeichnet. Die Aufgabe ist die Messung und Bewertung arbeitsbedingter Gefährdungen sowie die Entwicklung von Konzeptionen für die tätigkeitsspezifische Prävention und Krankenversorgung. Hieraus erwachsen dann in Abhängigkeit von den rechtlichen Rahmenbedingungen auch die jeweiligen medizinisch-gutachtlichen Aufgaben.

Beispiel

Arbeitsbedingte Erkrankungen sind ursächlich der Arbeitstätigkeit zuzurechnen. Nach der in Deutschland geltenden Rechtslage sind jedoch ausschließlich Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten auch verpflichtende Arbeitgeberhaftungen mittels der von ihnen getragenen Unfallversicherung. Als Berufskrankheiten gelten nach § 9 SGB VII jedoch nur solche Krankheiten, „die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet“. Sie sind in der Berufskrankheitenliste als Anhang der Berufskrankheiten-Verordnung einzeln aufgelistet. 2018 waren dies 80 Krankheiten unter dem Vorbehalt eines kausalen Zusammenhangs zwischen Krankheit und Arbeit. Übrige arbeitsbedingte Krankheiten sind nach dem Sozialgesetzbuch V durch die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. Hieraus folgt, dass anererkennungsfähige gesundheitliche Arbeitsfolgen seltene Ereignisse sind (siehe hierzu auch Niehoff, J.-U., B. Braun; Sozialmedizin und Public Health: Ein Wörterbuch zu den Grundlagen der Gesundheitssicherung, des Gesundheitsmanagements, der Steuerung und Regulation im Gesundheitswesen. Stichworte Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen; 2. Auflage, Nomos-Verlag Baden-Baden 2010)

In einer Reihe von Staaten sind Untersuchungen auf Tauglichkeit und Eignung Zugangsvoraussetzung zu einer bestimmten Erwerbsarbeit. Solche Untersuchungen sind dann eine spezifische ärztliche Aufgabe. Hierdurch werden ggf. sowohl Gefährdungen für die Arbeitnehmer als auch potenzielle Haftungsfolgen für die Arbeitgeber minimiert. Die Untersuchung auf spezifische berufliche Eignungen ist für Personen, die eine Erwerbstätigkeit anstreben also eine wichtige Präventionsmaßnahme. Soweit sie in den Staaten legal geregelt ist, gehört sie auch zu den Methoden der sozialen Prävention. Das ändert nichts daran, dass solche Eignungsuntersuchungen auch ein nennenswertes Diskriminierungspotenzial haben können. Sie folgen also ambivalenten Zielen: dem Interessenschutz der Arbeitskraftnutzer und dem Gesundheitsschutz der Arbeitskraftanbieter. In diesem Spannungsfeld sind sie auch Gegenstände

des permanenten Konflikts, Menschen gemäß den vorfindlichen Arbeitsbedingungen zu selektieren oder die Arbeitsbedingungen an die Bedürfnisse der Arbeitenden anzupassen. Im geschichtlichen Kontext gehört die Anpassung der Arbeitsbedingungen an die Arbeitskraft Mensch in vielen Staaten zu den großen präventiven zivilisatorischen Erfolgsgeschichten. Unbestreitbar ist aber auch, dass sich diese Erfolge über die Arbeitstätigkeiten und über die Regionen der Erde erheblich ungleich verteilen. Es gibt zudem immer wieder Versuche, Normen des Arbeitsschutzes zu umgehen oder wieder außer Kraft zu setzen.

Ein besonderer Mechanismus ist der „Export“ von gesundheitsgefährdender Arbeit in Länder mit Niedrigstlöhnen und fehlendem Rechtsschutz für die Arbeitenden. Dies macht dann wiederum die Bevölkerungen in den sog. reichen Ländern zu Nutznießern von Preisdumping und dramatischer Entwertung von Waren und Rohstoffverbräuche. Arbeitsschutz und angemessene Entlohnungen sind (wo es sie gibt) hingegen grundlegende Präventionserfolge und so auch Gewinne an gesellschaftlichem Reichtum.

Da nicht nur die Belastungen, sondern auch die Dispositionen auf äußere Gefährdungen mit Krankheit zu reagieren, variieren, hat die Dispositionsdiagnostik, bzw. das Assessment von Disposition in der arbeitsbezogenen Vorsorge ein spezifisches präventives Potenzial. Die Feststellung beruflicher Eignungen ist deshalb – berufs- und gefährdungsspezifisch – eine der medizinischen Präventionsleistungen. Sie bedarf allerdings auch eines verpflichtenden Rechtsrahmens sowie der Supervision der Einhaltung der Rechtsgrundsätze.

Die tätigkeitsbezogenen prospektiven Risikoidentifizierungen und -selektionen sind Präventionsstrategien, deren Bedeutung weltweit wächst. Der Druck auf die Selektion von Eignungen für berufstypische Gefährdungen nimmt entlang der Argumente Bildung und Arbeitskosten sowohl zu wie auch ab. Insbesondere der Ersatz menschlicher Arbeitskraft durch Maschinen, die Anpassung der Arbeit an individuelle Voraussetzungen und der arbeitsbezogene Gesundheitsschutz sind wirksame Präventionsmaßnahmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass mit der Digitalisierung der Arbeitswelten solche Strategien erheblich an Bedeutung gewinnen werden.

Durch den Wandel der Arbeit entstehen neue Präventionsprobleme. Sie folgen der Verdichtung von Arbeit, der Vereinzelung der Arbeitsplätze, der individualisierten Mensch-Maschinen-Kooperation und der Kostenkonkurrenz von menschlicher und maschineller Arbeitskraft. Die sich wandelnden Bildungsvoraussetzungen wirken dabei selbst als Selektionskriterium und dies vor allem dann, wenn die Ausbildung von der Arbeitskraft privat oder öffentlich finanziert und dann inadäquat privatwirtschaftlich genutzt und entlohnt wird. Dies zeigt sich auch an Entwicklungen, nach denen die Bewertung von beruflichen Eignungen zunehmend durch psychologische Eignungsuntersuchungen erweitert und auch ersetzt wird.

Den in einigen Staaten erheblichen Erfolgen bei der Reduktion chemischer, biologischer und physikalischer Belastungen stehen neue Probleme der psycho-physischen Belastung durch Zeit- und Verantwortungsdruck, Mangel an Identifikation mit den Arbeitszielen, Anpassungsdruck an nicht legalisierte Normen, durch schlechtes

Arbeitsklima, inkompetente Leitungskulturen, mangelnde Aufstiegschancen und Kommunikationsmängel sowie gesundheitsgefährdenden Arbeitszeitregimen gegenüber. Zusätzlich ist hier auch die Vereinzelung von Arbeit , ggf. auch von Rückkehrtendenzen der Heimarbeit des 19. Jahrhunderts zu beachten.

Präventiv-medizinische Aufgaben müssen in wachsendem Umfang bereits bei der Planung von Arbeits- und Managementprozessen beachtet werden und verlangen frühzeitig die Mitwirkung des medizinischen Sachverstandes. Dies betrifft auch unmittelbar die Produkt- und Arbeitsplatzgestaltungen.

Soweit Rehabilitation auch als eine (tertiäre) Form der sozialen Prävention wahrgenommen wird, gehört die Anpassung der Arbeitsplätze ebenso wie das Assessment der Eignungen für bestimmte Tätigkeiten bei chronischer Krankheit und bei Behinderung zu den regelhaften Aufgaben sozialer Prävention.

7 Gesundheitsförderung (Health Promotion)

Gesundheitsförderung strebt nach einem höheren Stellenwert von „Gesundheit“ im Kanon politischer Entscheidungen.

Ursprünglich, wie sein Schüler M. Terris (1915-2002) berichtete, begründete der Medizinhistoriker und -theoretiker Henry Sigerist (1891-1957), den Begriff „Health Promotion“ (Terris M. *Concepts of health promotion: dualities in public health theory. J Public Health Policy. 1992 Autumn;13(3):267-76*). Sigerist war von den analytischen Studien des Committee on the Costs of Medical Care (siehe Heft 5) und der New Deal Politik von F. D. Roosevelt (1882-1945) beeindruckt. Er unterstützte deshalb Bestrebungen, eine allgemeine Zugänglichkeit medizinischer Versorgung für die Bürger der USA zu schaffen. Er ging davon aus, dies verlange vor allem, dem Handlungsfeld „Gesundheit“ eine größere Bedeutung in der Gesamtpolitik der USA zu geben.

Dieser Ansatz wurde dann in den 1970er und 1980er Jahren im Gefolge kritischer Auseinandersetzungen um die propagierten Präventionskonzeptionen der Zeit nach dem 2. Weltkrieg erneut und vor allem von I. Kickbusch (1948- *) aufgegriffen: *„Die Allgegenwärtigkeit der Gesundheit in der modernen Gesellschaft kann mit alten Denkmodellen nicht mehr ausreichend gefasst werden. Gesundheit ist nicht mehr nur Ergebnis anderer gesellschaftlicher Prozesse - sie ist selbst zur treibenden Kraft geworden. Mehr Gesundheit ist immer möglich. Gesundheit wird allgegenwärtig und das Gesundheitswesen selbst wird zum Nebenschauplatz.“* (<http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/gesundheitsgesellschaft/index.php>; Zugriff 17.01.2019)

Es waren vor allem fünf Kritikpunkte, die Anlass für präventionskonzeptionelle Grundsatzzdebatten gaben:

1. die zunehmende Verdrängung der vertikalen sozialen Ungleichheit aus der Präventionsdebatte und deren Reduktion auf die Anpassung individueller Lebensstile an Konformitätsideale
2. die Forcierung von präventionsmotivierten bevölkerungsweiten Überwachungs- und Interventionskonzepten
3. die Reduktion der gesundheitstheoretischen Diskurse auf eine idealtypische „Fitness“ und unter Vernachlässigung der Probleme bio-psycho-sozialer Vielfalt
4. die Unterschätzung von Teilhabe und Autonomie sowie der Pflege im Falle von Behinderung gegenüber der Prävention
5. die präventive „Medikalisierung“ von Gesundheit durch den „medizinisch-industriellen Komplex“

Diese Debatten standen zugleich in Opposition zu bisherigen „Grundfesten“ wie dem Health Belief Model, einer paternalistischen Gesundheitserziehung, der Gesundheitsüberwachung und von prädiktiven medizinischen bevölkerungsweiten Interventionskonzepten.

Mit der Ottawa Charta (Kickbusch, I., Hartung, S: *Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. 2. Aufl., 2015 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern; ISBN 978-3-456-84675-0) entwickelte die WHO das „neue“ Leitbild der Gesundheitsförderung. Dieses wurde dann durch eine Reihe von Nachfolgekongressen (Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexiko-Stadt 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009, Helsinki 2013, Shanghai 2016, Bonn 2019) weiter ausgeformt und differenziert. Es wurde aber immer wieder auch verändert. Die Ottawa-Charta gilt heute jedoch als der global akzeptierte gesundheitsbezogene Orientierungsrahmen für nationale Gesundheitspolitiken.

Die „*Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*“ beschreibt Gesundheitsförderung als den Prozess, der Menschen befähigt, *„to increase control over, and to improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector but goes beyond healthy lifestyles to well-being.“* (The 6th Global Conference on Health Promotion. Genf, Schweiz: World Health Organization, 2005 Aug 11. Zugriff 04.02.2009)

Das ursprüngliche WHO-Konzept aus dem Jahr 1986 umfasste folgende Elemente:

- Health Promotion ist ein Gestaltungsanspruch an ein selbstbestimmtes Leben
- Health Promotion setzt Wissen über gefährdende Expositionen voraus (Befähigung zu kollektivem Handeln)
- Health Promotion erfordert die Kontrollfähigkeit über die eigenen Lebensbedingungen (Demokratisierung)
- Health Promotion überträgt die gesundheitsbezogene Handlungsmacht von der Legislative und ihrer Exekutive auf sich frei um gemeinsam geteilte Leitbilder assoziierende Bürger (Enabling)
- Health Promotion übernimmt in weiten Bereichen Aufgaben der traditionell professionalisierten Gesundheitssicherung und Krankenversorgung durch Betroffene und Laien im Rahmen der Selbsthilfe.

Damit macht das Konzept das Verhältnis der Handlungsansprüche und -kompetenzen von Individuen und Staaten, bzw. von Wählbarkeit und Fremdbestimmung der Lebensverläufe zu seinem zentralen Thema. Es ist in dieser Sicht sowohl staats- als auch gesellschaftskritisch und findet die Auflösung möglicher Konflikte um die Handlungsmacht in der Orientierung auf den unmittelbaren Lebensraum (Setting), also die Familie, die Gemeinde, die Hausgemeinschaft, den Stadtteil, die Schule, den Arbeitsplatz, den Verein etc. Vier Annahmen sind dabei evident:

1. Die individuelle Gesundheitsbiografie könne in autonomer Verantwortung entschieden werden.

2. Horizontale soziale Homogenität, Varianzvermeidung und Selbstoptimierung seien Normenmuster, deren Nichteinhaltung zwar akzeptiert wird (Toleranz), jedoch nicht zwingend auch solidarisch getragen werden müsse.
3. Die Erreichung von Gesundheitszielen setzt die Übertragung der notwendigen Handlungsmacht auf sich frei assoziierende Bürger voraus.
4. Die soziale Selektivität der Gesundheitsziele und ihrer Durchsetzungsfähigkeit ist ein positiver Aspekt eines pluralistischen Gesellschaftsmodells.

Mit dem Konzept der Gesundheitsförderung verbinden sich also eine Reihe von grundlegenden Transformationserwartungen an die vorfindlichen Gesellschaftskonzepte. Neu ist vor allem die Erwartung, benachteiligte soziale Schichten würden künftig ihre Bedarfe am Schutz der Gesundheit in autonomer Selbstbestimmung selbst durchsetzen können. Zweifel sind angebracht.

In der Geschichte der zurückliegenden 250 Jahre bedeutete Gesundheitsförderung vorrangig die urbanen Lebenswirklichkeiten zu sanieren, existentielle Not zu bewältigen, Epidemien zu vermeiden, die Sterblichkeit der Säuglinge und Kinder zu begrenzen, den Zugang zu medizinischer Versorgung und die Kompensation von Einkommensverlusten im Falle von Krankheit zu erlangen und gesundheitliche Land-Stadt-Disparitäten zu verringern. Der „Staat“ als Organisations- und Machtzentrum der Lebensweise wurde dabei gleichsam zum obersten Verantwortungsträger und Sachwalter der Gesundheit. Das galt für reklamierte Erfolge ebenso wie für das tatsächliche und für das scheinbare Versagen bei der Überwindung vertikaler Ungleichheiten. Deren Eingrenzung wurde im 19. und 20. Jahrhundert in einigen Staaten ein wirksames Gesundheitsförderungs- und Präventionsmotiv. Die Übernahme staatlicher Verantwortung war hierbei eine zwingende Bedingung. Das ist mit eher wenigen Ausnahmen auch weiterhin global als vordringlich zu unterstellen. Der Autor sieht keinen Grund und keine Begründung, diese Verantwortung künftig bei autonomen Mittel- und Oberschichten in besseren Händen zu vermuten. Zu den wesentlichen Erfahrungen der Sozialmedizin gehört, das von gesundheitsfördernden Politiken im Sinne der Ottawa-Charta eher die oberen Sozialschichten profitieren.

Mit der Ottawa Charta ging es nun vorrangig um Autonomie, Selbstbestimmung, Toleranz gegenüber Nonkonformität etc. Eine selbstverantwortete Lebensgestaltung, die nicht von Experten, sondern von Laien getragen sein sollte, wurde ein Kernelement der Gesundheitsförderung. „Entstaatlichung“ formulierte sich als gesellschaftliches Gegenmodell und dies erforderte vor allem die Übernahme/Übertragung der Gesellschaftsziele auf veränderte Demokratiekonzepte.

Das Konzept „Gesundheitsförderung“ spiegelt den Wandel durchsetzungsfähiger sozialschichtspezifischer gesundheitsbezogener Handlungsinteressen und -konzepte in sozialökonomisch entwickelten Bevölkerungen.

Die zunehmende Ausblendung „klassischer“ Themen der sozialen Benachteiligung begann längst im ausgehenden 19. Jahrhundert, gewann aber vor allem nach dem 2. Weltkrieg erheblich an Bedeutung. Mit dem Wandel der Gesundheitsprobleme in Bevölkerungen mit hoher mittlerer Lebensdauer veränderten sich auch die Wahrnehmungen und Deutungen dessen, was „Gesundheit“ ist. Besonders psychische und mentale Belastungen und komplexe psychosomatische Anlässe zu Hilfenachfragen gewannen an Bedeutung. Es setzte sich die Annahme durch, die gesundheitlichen Probleme der Bevölkerungen, die hohe mittlere Lebensdauern erreichten seien nun die neuen Epidemien prioritärer Relevanz und die „alten“ würden keine Bedeutung mehr haben. Es sei also gerechtfertigt die gesellschaftlichen Verantwortungen einzugrenzen und das seit jeher gute und selbstbestimmte Leben der Mittel- und Oberschichten auch zum vorherrschenden Gesundheitsleitbild, das Präventionsleitbild inklusive, zu machen.

Auf diesen Wandel waren weder die Politik noch die Medizin vorbereitet. Er wurde in seinen vor allem haushaltswirksamen Konsequenzen aber gern übernommen: Die Politik demonitierte Public Health und die Medizin die Wissenschaften von der Hygiene. Dieser Megatrend wirkte (wirkt) in vielen Staaten gleichermaßen in Bezug auf Leistungen zur Bewältigung von dauerhaften Krankheitsfolgen. Da der Wandel der Gesundheitsprobleme zugleich dem Wandel der Sozialstrukturen assoziiert war, wurden Probleme der horizontalen Ungleichheiten gern als bedeutsamer als die der vertikalen angenommen. Staaten, die am Anfang der Institutionalisierung von Systemen der Prävention, der Krankenversorgung und der Rehabilitation standen, holten die westeuropäischen Vergangenheiten nicht nach, sondern richteten ihren Ehrgeiz darauf, gleich mit den neuen Mittel- und Oberschichtkonzepten zu beginnen. Diese drängten auf die Selbstvertretung ihrer Bedürfnisse und bestimmten zunehmend auch die gesundheitspolitischen Debatten. Die Politik war sich der Ambivalenz dieses Interessenwandels offenkundig immer bewusst.

Beispiel

Heute bestimmen "... die Gedanken von Marx ... das Leben von Milliarden von Menschen - nicht nur in den sozialistischen Ländern übrigens" und zwar deshalb, weil Marx "das brennendste Problem seiner Zeit in den Mittelpunkt des Denkens gestellt (hat), das soziale Problem ..., das auch heute noch für Hunderte von Millionen von Menschen das brennendste Problem (ist)." Walter Scheel, Präsident der Bundesrepublik Deutschland, Eröffnungsrede zum Philosophen-Kongress 1978, in: Kongresszeitung, Düsseldorf, 21.08.1978, S. 1/2

Eben dieses „Problem“ verschwand aus der Gesundheitsförderungsdebatte. Zeitlich parallel lief ein gesellschaftstheoretischer Diskurs, der die Konzepte der sozialen Marktwirtschaft (Keynesianismus), bzw. die Politiken der sog. Sozial- und Wohlfahrtsstaaten massiv infrage stellte und bekämpfte. Die Alternative wurden die

Gesellschafts- und Staatskonzepte der Ökonomen von Hayek und Friedman. Die Debatten waren insoweit wirkungsmächtig, als sie die Gesundheits- und Sozialsysteme und sozialpolitischen Leitbilder vieler Staaten nachdrücklich prägten und auf die Transformation der sozialen Marktwirtschaft drängten. In der Folge etablierte sich auch in der „kritischen“ Medizin ein Diskurs, der die staatliche, gemeindeorientierte und die individuelle Verantwortung sowie die medizinischen Programmatiken der Prävention als Gegensätze sah. In dieser kontroversen Situation wirkte „Gesundheitsförderung“ als ein präventionskonzeptioneller „Befreiungsschlag“. Dieser folgte zugleich mehreren konfligierenden Theoremen. Da war zunächst die Ideenwelt einer liberalen und bürgerschaftlich verfassten neuen Ordnung, die den individuellen Interessen von sozialen Mittelschichten einen größeren Raum schaffen wollte und sich (vermutlich ungewollt) im Einklang mit den wirtschaftsliberalen Vorstellungen der sog. Chicagoer Schule befand. Da war aber auch die positive Fantasie zu einer Politik, die Gesundheitsmotive zu einem integralen Bestandteil aller Politikbereiche machen wollte und hierbei mit lokalen Mustergemeinden diese politischen Visionen illustrierte.

Gesundheitsförderung wurde zum Leitbild eines „New Public Health“ und forderte in staatskritischer Distanz mehr Bürger- und Selbstbestimmungsrechte bei der Ausgestaltung unmittelbarer (gemeindlicher) Lebensräume. Sie rethematisierte aber auch die Präventionsprobleme von Armut und Arbeit gegen die „Lebensstilprävention“ sowie die Diskurse zu den Beziehungen von „Gesundheit“ und „Lebensweise“. Diese fokuzierte zunehmend die Folgen anthropogen verursachter Umweltveränderungen. Die „Gesunde-Städte-Bewegung“, sozialökologische Initiativen, „gesundheitsfördernde Arbeitsplätze“, Forderungen nach alternativen Medizin, Ganzheitlichkeit, salutogenetische Bildungs- und Rehabilitationskonzepte, Integration von psychologischen und medizinischen Ätiologie-, Pathogenese- und Therapiekonzepten und wachstumskritische Wortmeldungen zu ökonomischen Paradigmen wurden Stichworte neuer Konflikte um Präferenzinteressen.

Für die Initiatoren des von der WHO propagierten Konzepts stand außer Frage, dass ein politisch integratives Konzept zur Förderung des Stellenwertes der Gesundheit in der Gesellschaftspolitik grundlegende gesellschaftliche Veränderungen erforderte. Interessenorientierte Politik sollte nun durch werteorientierte Politiken ersetzt, zumindest ergänzt werden. Gesellschaftliche demokratische Willensbildungen wurden Aufgaben von ethischen Erwägungen damit beauftragter Räte. Dies war vor allem notwendig, um die Relationen vom individuellen Sinnverständnis zum Gesundheitsbegriff und gesamtgesellschaftlich akzeptierten Interessen an Gesundheitsthemen neu justieren zu können. In diesem Kontext einigte sich die Ottawa-Charta von 1986 auch auf einen revidierten Gesundheitsbegriff:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt gelebt: Dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und leben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit

ermöglichen.“ (<https://gesundheits.de/gesundheits/ottawa-charta>; letzter Zugriff 01.01.2019)

Mit dieser begrifflichen Bestimmung sind Staaten von ihrer Verantwortung weitestgehend entlastet. Von einem solchen Ziel sind die Bevölkerungen dieser Erde aber auch weit entfernt. Aktuelle Programme der WHO begrenzen sich dann auch u.a. auf nationale Entscheidungen und auf kommunal orientierte Programme, auf die Mundgesundheit, die physische Gesundheit, das Stillen und die Gesundheitserziehung im Jugendalter etc. Die für die Gesundheitsförderung zuständige Abteilung (The Health Promotion Unit) ist in der WHO dem Department für “Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster” zugeordnet. Die WHO folgt so (wieder) einer Problemwahrnehmung für die Themen der Gesundheitsförderung, die primär über den Krankheitsbegriff strukturiert ist. Sie folgt keiner Programmatik, die primär der globalen sozialen Ungleichheit und den Problemen der sozialen Benachteiligung folgt (siehe <https://www.who.int/healthpromotion/about/organization/units/en/>). Es ist so auch wenig verwunderlich, dass Pandemien, politische, soziale und natürliche Katastrophen und globale gesundheitliche Benachteiligungen die Weltgemeinschaft immer wieder neu auf dem „falschen Fuß“ erwischen.

7.1 Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung

Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung sind die auf die fixierten Ziele ausgerichteten, geplanten und stratifizierten Handlungsweisen, um die Leitziele der Ottawa Charta zu realisieren.

Die Kernziele der Gesundheitsförderung beschreibt die Konferenz von Ottawa 1986 wie folgt: Gesundheitsförderung

- “is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being”,
- “aims at making... (political, economic, social, cultural, environmental, behavioral and biological factors) favorable through advocacy for health”,
- “focuses on achieving equity in health”,
- “demands coordinated action by all concerned: by governments, by health and other social organizations”.

Dieser Konsens legte die globalen gesellschaftspolitischen Ziele fest. Er folgt „Expertenpositionen“, werft aber auch eine Reihe von Fragen auf. Die Fragen betreffen die Verbindlichkeit, die Legitimation, die Adäquanz gegenüber den jeweiligen Entwicklungsproblemen von Staaten und die Einflussnahme auf staateninterne politische Orientierungskonflikte aber auch die sozial- und kulturspezifischen Interpretationen des Gesundheitsbegriffs. Eine hinreichende Einheitlichkeit kann folglich nur erreicht

werden, wenn ein hohes Abstraktionsniveau angestrebt wird, das in der Konkretisierung dann jedoch an Verbindlichkeit verlieren muss.

Die WHO benennt drei Handlungsstrategien:

1. Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit

Hier ist die Frage, wer für wen anwaltlich mit dem Ziel eintritt, Einfluss auf politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren zu nehmen. Die Legitimation ist hierbei zweifellos ein erhebliches Problem, ebenso die Identifizierung der Interessengruppen, die anwaltschaftlich vertreten werden und werden wollen.

2. Befähigen und Ermöglichen

Hier ist die Frage, wer Individuen oder Gruppen befähigen soll, Kontrolle über ihre Gesundheitsinteressen zu erlangen sowie Ressourcen für deren Durchsetzung verfügbar zu machen (Empowerment, Enabling). Hierbei soll der Zugang zu allen relevanten Informationen und Ansprechpartnern erreicht werden. Dies gilt somit als eine zentrale Strategie zur Überwindung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, dürfte aber kaum umsetzbar sein. Einer von vielen Gründen ist der privatrechtliche Schutz von relevanten Informationen auch gegenüber dem Staat. Mit der freiwilligen Eingrenzung hoheitlicher Rechte gewinnt dieser Schutz an Bedeutung.

3. Vermitteln und Vernetzen

Hier ist die Frage, wer die Machtausstattungen zusichern kann, um die dauerhafte Kooperation mit allen gesundheitsrelevanten Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens mit dem Ziel zu erreichen, ein gesundheitsförderliches Verhalten einzelner Entscheidungsträger für die Lebenswelten zu gewährleisten. Die Datenvernetzung ist längst Gegenstand vielfältiger Auseinandersetzungen. Das gilt auch für ihre Privatisierung und wirtschaftliche Nutzung.

Die Idee entstaatlichter Verantwortungsübernahmen durch Laien und Nichtregierungsorganisationen, bzw. durch Organisationen der Selbsthilfe ist mittels dieser strategischen Orientierung schwerlich als ein belastbares und dauerhaftes Konzept der Gesundheitsförderung zu etablieren.

7.2 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

Als Handlungsfelder der Gesundheitsförderung bezeichnet die WHO die Aktionsfelder, auf die die strategische Orientierung ausgerichtet werden soll.

Solche Handlungsfelder sind gegeneinander abzugrenzen und unter den jeweilig wirkenden unterschiedlichen Rahmenbedingungen auch zu spezifizieren und mit

Einzelaufgaben und Rangfolgen zu besetzen. Die WHO benennt fünf solcher Handlungsfelder:

1. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitiken entwickeln

Dieses Handlungsfeld zielt auf die Integration gesundheitsfördernder Politiken aller Ressorts und Entscheidungsebenen, wie z.B. Bildung, Arbeit, Wohnen, Freizeit, Erholung, soziale Sicherung, Chancengleichheit, Benachteiligungsverbote, Zugangssicherung zu medizinischen Hilfen, zu sauberer Luft, zu Nahrung und Wasser, Schutz natürlicher Ressourcen etc. Der Schutz der Ökosphäre und des Klimas sind unbedingt hinzuzufügen.

2. Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen

Dieses Handlungsfeld zielt auf die Schaffung von Lebenswelten, die vor Gesundheitsgefahren schützen und ermöglichen, in ihnen die eigenen oder gruppenspezifischen Gesundheitsinteressen zu erfahren und aktiv zu verfolgen. Lebenswelten sind jene Orte, an denen der Lebensalltag stattfindet (Settings).

3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen

Dieses Handlungsfeld zielt auf die solidarische familiäre und nachbarschaftliche sowie gemeindliche Hilfe und Hilfeverantwortung, auf Gemeinschaft und Selbsthilfe, Partizipation, Autonomie und auf die Vermeidung von Fremdbestimmung in Bezug auf die individuellen Gesundheitsinteressen.

4. Persönliche Kompetenzen entwickeln

Dieses Handlungsfeld zielt auf die Erlangung von Kompetenzen und Fähigkeiten zur unabhängigen Lebensbewältigung und zur Autonomie in allen relevanten Gesundheitsfragen. Im Besonderen geht es dabei um die persönliche Entscheidungs- und Kommunikationsfähigkeit sowie die Fähigkeit zum Management des eigenen Alltagslebens, einschließlich der Zurückweisung staatlicher Verantwortungen.

5. Gesundheitsdienste neu orientieren

Dieses Handlungsfeld zielt auf die Schaffung von Gesundheits- statt von Krankenversorgungssystemen. Eine primäre Orientierung auf Krankheiten soll künftig durch eine Politik abgelöst werden, die Gesundheit in den Mittelpunkt stellt. Das schließt ein, die Individualität dessen zu respektieren was Individuen für sich als Gesundheit und als Gesundheitsbedürfnisse akzeptieren.

Spätestens im Lichte der Coronaepidemien und der Pandemie ihrer vielen Varianten bedarf auch das Konzept der Gesundheitsförderung einer kritischen Revision.

Handlungs- und Interventionsfelder der Gesundheitsförderung	
persönliche Lebensbereiche	öffentliche Lebensbereiche
Bildung, Gesundheitswissen, Erkennen persönlicher Bedürfnisse und Kompetenzen, Konsumverhalten	materielle Lebenssicherung
Erwerbsarbeit	Sicherung und Rekonstruktion der natürlichen Umwelt
Ernährung	Verfügbarkeit von Arbeit, gesundheitliche Sicherheit der Arbeitsplätze
Wohnen, Nachbarschaft	Planung und Gestaltung menschlicher Lebensräume
Sexualität	Wasserversorgung, Abfallentsorgung
Freizeit, Erholung, Lebensrhythmus	Wohnbedingungen
geistige Aktivität, körperliche Bewegung, Entspannung	Warenproduktion und -angebote
Körperpflege	Lebensmittelproduktion und -verarbeitung
soziale Integration, Kommunikation	Verkehrsgestaltung
Selbsthilfe und Partizipation	soziale Infrastruktur, Ausgleich sozialer Benachteiligungen
medizinische Versorgung und soziale Hilfen	Primärprävention, allgemein zugängliche Infrastrukturen medizinischer Versorgung, der Rehabilitation und der Pflege

Tab. 3: Handlungs- und Interventionsfelder der Gesundheitsförderung

7.3 Methoden der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist der methodische Bruch vom Schutz der Gesundheit hin zu ihrer Erzeugung.

Altgeld und Kickbusch beschreiben, „*Gesundheitsförderung als Umorientierung von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit und zu der Frage, wo und*

wie Gesundheit hergestellt wird.“ Es handele sich nach den Autoren dabei um einen Paradigmenwechsel, der ein „Konzeptioneller historischer Wendepunkt und grundlegend für das Handlungskonzept Gesundheitsförderung“ und ein Perspektivenwechsel bezüglich der salutogenetischen Perspektive sei (Altgeld T/Kickbusch I, Gesundheitsförderung, in: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3.Auflage, München 2012, 187-197.

Präventive Ansätze der Gesundheitsförderung stehen damit vor der grundsätzlichen Frage, wie weit die „klassischen“ Konzepte der Verhältnis-, der Verhaltens- und der medizinischen Prävention, also Public Health, hin zu ihrer Erzeugung von Gesundheit neu orientiert werden können und müssen. Gesundheitsförderung muss also die Frage beantworten, wie und wessen Lebenswelten zu verändern sind und welche Rolle dabei der Legislative und ihrer Exekutive künftig noch zukommen soll. Ebenso geht es um die Frage, ob die Herstellung von Gesundheit die Aktivitäten sich frei zusammenschließender ist sowie um die Frage, wie Laien und Professionen zusammenarbeiten können.

Die von der Konzeption des Health Promotion heute gegebenen Antworten gründen offenkundig auf der Position einer „Entstaatlichung“ der historisch gewachsenen Konzepte, die heute mit der Bezeichnung New Public Health und seinen Varianten verbunden werden. Die legale (hoheitliche) Supervision und Kontrolle, ggf. die Sanktionierung von Rechtsverletzungen sollte ursprünglich in die Hände von Laienaktivisten, NGOs und spontanen Protestaktionen gehen. Immer dann, wenn Legislative und Exekutive versagen, sind entsprechende konfliktgetragene Aktionen ggf. wirksame Korrektive dieses Versagens. Sie sind jedoch kaum geeignet, langfristige Zielorientierungen und Aufgaben zu bewältigen. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass die Existenz eines „New Public Health“ bezweifelt wird (Awofeso, N. *What's New About the "New Public Health"?* Am J Public Health. 2004 May; 94(5): 705–709).

Gesundheitsförderung muss immer auch auf eine rechtlich fixierte Grundlage sowie auf Evidenzbasierung zurückgreifen können. Die sich hier begründenden Konflikte sind kaum formuliert und ausgetragen, sie betreffen aber in jedem Fall das Verhältnis des Konzepts zu den etablierten Strukturen des Gesundheitsschutzes und dessen tradierte Begründungslogiken seitens der Anbieter medizinischer Leistungen, der sozialen Prävention, der jeweiligen finanziellen Leistungsträger, der Forschungs- und Bildungsträger oder auch der Medizinindustrie.

Ein besonderer Aspekt berührt das Verhältnis von Fürsorge und Eigenverantwortung. Einige Staaten verwerfen vor dem skizzierten Hintergrund das Konzept der Fürsorge für ihre Staatsbürger explizit. Es muss jedoch anerkannt werden, dass in jeder Bevölkerung und vermutlich global mehrheitlich, Gesundheitsvorsorge und -versorgung, speziell aber die soziale Prävention ohne ein Bekenntnis zur Fürsorge für Menschen, die zur Selbsthilfe nicht fähig und benachteiligt sind, zwingend erforderlich ist, soll sie sozial effektiv sein.

Beispiel

Die Informationsplattform „Wikipedia“ informiert deutsche Leser, leider ohne eindeutigen Quellenbeleg unter dem Stichwort Gesundheitsförderung (<https://de.wikipedia.org/wiki/>; Zugriff 02.01.2019) über eine Interpretation des Konzepts, die durch die Ottawa-Charter kaum zu begründen ist. Danach wird die Gesundheitsförderung von folgenden methodischen Orientierungen getragen:

- *„Der medizinische oder präventive Ansatz zielt auf Maßnahmen zur Verminderung der Krankheitslast. Es werden drei Ebenen der Prävention (primäre, sekundäre und tertiäre) unterschieden. Gesundheitsförderung ist in erster Linie auf der primären Ebene angesiedelt und dient der Verbesserung medizinischer Interventionen.“*
- *„Der Ansatz der Verhaltensänderung zielt auf Individuen und ihr gesundheitsrelevantes Verhalten. Verhaltensänderungen sollen bspw. durch Kampagnen oder „nudging“ erreicht werden.“*
- *„Mit dem Ansatz der Gesundheitsaufklärung wird versucht, den Menschen das Wissen und die Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die sie benötigen, um selbstbestimmt Entscheidungen über ihr Gesundheitsverhalten treffen zu können. Dies kann durch Informationsbroschüren, Ausstellungen, Beratungsgespräche, Gruppendiskussionen oder Fortbildungsprogramme erfolgen.“*
- *„Mittels Empowerment sollen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erhalten. Empowerment hilft dabei, gesundheitsrelevante Aspekte in der Lebensführung zu erkennen und zu verstehen. Hier liefert die Lebensqualitätsforschung wertvolle Hinweise, um die Handlungsbarrieren, welche einem gesundheitsfördernden Lebensstil entgegenstehen, zu durchbrechen.“*
- *„Der Ansatz der sozialen und politischen Veränderung zielt auf allgemeine Lebensverhältnisse und spezifisch auf sozioökonomische Verhältnisse als Determinanten von Gesundheit und deren Gestaltbarkeit in allen Politikfeldern, insbesondere durch Sozial- und Gesundheitspolitik. Dieser Ansatz wird auch als Health in All Policies oder Public Health in All Policies bezeichnet.“*

In dieser Interpretation gibt Gesundheitsförderung keine neuen Ansätze, weder konzeptionell noch methodisch. Völlig unklar bleibt vor allem, wessen Gesundheitsprobleme hier adressiert werden.

Wichtige methodische Zugänge zum Konzept der Gesundheitsförderung bleiben jedoch die Fokussierung der Präventionsprobleme von vertikal ungleichen sozialen Schichten. Das bedarf jedoch der Klärung, wenn alle in die Benennung prioritärer Präventionsaufgaben und in deren Bewältigung einbezogen werden sollen. Einer sozial-spezifischen „Gesundheitsberichterstattung“ kommt und käme hierbei eine große Bedeutung zu. Sie steht für den Anspruch der Bürger, Kenntnisse über ihre spezifischen aus ihrer Lebenslage folgenden Gesundheitsgefährdungen, über deren Relevanz und Verursachung zu erlangen.

Aktionsorte (Settings) der Gesundheitsförderung sind in ihren Gefährdungsmustern und Handlungsabläufen hinreichend ähnliche „Mikrolebenswelten“ deren Veränderung gesundheitsfördernde Potenziale freisetzt.

Als solche Settings können alle Formen des gemeinschaftlichen Lebens gelten und nach den jeweiligen epochalen, räumlichen, biographischen oder auch spezifischen Sozialisationsbedingungen unterschieden werden. Eine besondere Rolle spielen hierbei traditionell Familienverbände, Kindereinrichtungen und Schulen, das Militär, Selbsthilfegruppen, Vereine, Gewerkschaften, Gemeinden oder die gemeinschaftliche Erwerbsarbeit. „Setting“ sind im Kontext sozialer Präventionsaufgaben durch ihre funktionellen Verankerungen von Formen der Lebensweise praktisch immer auch lebensbiografisch und kulturell differenziert und auf ontogenetische Entwicklungsabschnitte bezogen.

„Rural Health“ ist so ein spezifisches „Setting“ und ringt (global mit unterschiedlichem Erfolg) etwa seit der Mitte des 19. Jahrhunderts darum, als ein spezifischer Handlungsort sowohl der sozialen Prävention wie auch der medizinischen Versorgung akzeptiert zu werden. Mit etwa 3,4 Milliarden Menschen und einem jährlichen Wachstum von derzeit 0,2 % (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZG>; Zugriff 03.01.2019) kann die „Landbevölkerung“ auf einen Anteil von etwa 45% der Weltbevölkerung geschätzt werden. Dieser Anteil ist allerdings nur unsicher zu bestimmen, weil weder die demografischen Grundlagen noch die Definition dessen, was „Landbevölkerung“ ist, „exaktere“ Schätzungen erlaubt. Hiervon sind rund 7,4 % und mit einem starken Wachstum im Alter von über 65 Jahren, Männer. Bei den Frauen sind dies 9,6 %, bzw. 360.000.000. Die mittlere Lebensdauer der Männer wird mit unter 70 Jahren und mit 74 Jahren für die Frauen geschätzt, Angaben, die sehr wahrscheinlich deutlich zu hoch ausgewiesen werden. Analog zur Gesamtbevölkerung dürften die sozialstrukturellen Disparitäten auch unter der Landbevölkerung erheblich sein. „Rural“ steht also für ein „Setting“, das aus sozialmedizinischer Perspektive von größtem Gewicht für die Gesundheitsförderung ist. Dabei ist zusätzlich zur Kenntnis zu nehmen, dass die sozialspezifischen Disparitäten zwischen Landbesitzern, die zugleich oft auch Wasserbesitzer sind, den Farmern, den Saatguteignern, den Pestizidhändlern und Agrarprodukteaufkäufern sowie den abhängigen Landarbeitern zumeist erheblich sind.

Beispiel

Rural Public Health gewann in Europa als Thema der sozialen Prävention nur in wenigen Staaten eine größere Bedeutung. Dies war z.B. in den USA vor dem Hintergrund einer weitgehend anderen politischen Bedeutung der Agrarwirtschaft völlig anders. Für die USA, die eine bemerkenswert positive Tradition in der Auseinandersetzung mit „Rural Health“ haben (siehe z.B. Mott, FD, Roemer, MU: Rural Health and Medical Care, McGraw-Hill Book Company 1948) schreibt die

National Rural Health Association (NRHA) auf ihrer web-side: „The obstacles faced by health care providers and patients in rural areas are vastly different than those in urban areas. Economic factors, cultural and social differences, educational shortcomings, lack of recognition by legislators and the sheer isolation of living in remote areas all conspire to create health care disparities and impede rural Americans in their struggle to lead normal, healthy lives ... Rural residents tend to be poorer. On average, per capita income in rural areas is \$9,242 lower than the average per capita income in the United States, and rural Americans are more likely to live below the poverty level. The disparity in incomes is even greater for minorities living in rural areas. About 25 % of rural children live in poverty.

- People who live in rural America rely more heavily on the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits program. According to the Center for Rural Affairs, 14.6 percent of rural households receive SNAP benefits, while 10.9 percent of metropolitan households receive assistance. In all, 1.1 million households receive SNAP benefits.
- Rural residents have greater transportation difficulties reaching health care providers, often traveling great distances to reach a doctor or hospital.
- Tobacco use is a significant problem among rural youth. Rural youths over the age of 12 are more likely to smoke cigarettes (26.6 percent versus 19 percent in large metro areas). They are also far more likely to use smokeless tobacco, with usage rates of 6.7 percent in rural areas and 2.1 percent in metropolitan areas.
- Fifty-three percent of rural Americans lack access to 25 Mbps/3 Mbps of bandwidth, the benchmark for internet speed according to the Federal Communications Commission. Lack of high-speed internet access can be a hindrance to accessing information, representing another challenge rural Americans face.
- Rural communities have more uninsured residents, as well as higher rates of unemployment, leading to less access to care.
- More than 50 percent of vehicle crash-related fatalities happen in rural areas, even though less than one-third of miles traveled in a vehicle occur there.
- In rural areas there is an additional 22 percent risk of injury-related death.
- Rural areas have more frequent occurrences of diabetes and coronary heart disease than non-rural areas.
- Mental health creates new challenges in rural areas, such as:
 - Accessibility
 - Availability
 - Acceptability

Rural youth are twice as likely to commit suicide” (<https://www.ruralhealthweb.org/about-nrha/about-rural-health-care>; Zugriff 03.01.2019)

Die Geschichte der epidemiologischen Transition ist die Geschichte des Wechselverhältnisses zwischen der Lebensumwelt der Menschen, den ihnen jeweils verfügbaren produktiven Kräften (Wissen und Technologie) sowie den demografischen Potentialen, den sozialen und den Herrschaftsstrukturen sowie den Vorstellungen der Menschen von ihrer Welt. Dieser Wandel spiegelt sich auch im Wandel der Settings und der Bewertung ihrer politischen Bedeutung. In einer globalen Perspektive sind sie aber auch der Spiegel der globalen soziokulturellen und wirtschaftlichen Differenzierungen und der diese wandelnden Prozesse.

Die Vorstellung, die Geschichte der Gesundheit sei durch den Menschen selbst gestaltet zwingt notwendig zu der These, dass die globalen Bevölkerungen auf diesem Weg mit unterschiedlicher Geschwindigkeit gegangen sind und weiterhin gehen. Die Folge sind Unterschiede, die nicht als kultureller Vorteil, sondern vielfältig als Benachteiligung erfahren werden. Die Präventionsgeschichte ist also, zumindest bisher, Teil der kulturellen wie wirtschaftlichen Differenzierungsursachen der Menschheit. Dennoch setzt Präventionserfolg eine Reihe ähnlicher Mechanismen und Strategien voraus, die nur kollektiv zu bewältigen sind:

- Schutz vor Naturkatastrophen und Gewalt
- aktive Vorbereitung auf saisonale Schwankungen der Lebensbedingungen und der Nahrungsverfügbarkeit
- Regulation der Produktion und Verteilung der elementaren Existenzmittel und Sicherung des sozialen Friedens innerhalb der Gemeinschaft
- hygienische Regulierung des Zusammenlebens mittels legaler und/oder religiöser Verhaltensvorschriften
- relative Überproduktion mit Lagerhaltung als Voraussetzung der Viehzucht und des Warentausches
- Ernährungsgebote zur Sicherung der Ernährungshygiene
- Freistellungen Einzelner von der Notwendigkeit/Pflicht zur Teilnahme an der Produktion von Existenzmitteln für alle
- zunehmende soziale Differenzierung und Privilegierung von Lebensstilen, von Macht und Einfluss
- Erhebliche Zunahme der Produktivität der Arbeit, durch technischen Fortschritt, wachsende Bildungsvoraussetzungen, fortschreitende soziale Differenzierung bei sich verbreitender Ungleichheit von Einkommen, Rechten und Bildung
- Entstehung von Vorschriften zum Schutz vor Arbeitsrisiken durch die Fabrikarbeit
- Fortentwicklung der öffentlichen und der kommunalen Hygiene sowie der Körperhygiene
- Etablierung allgemeiner Bildungspflichten
- Verbot der Kinderarbeit
- Rückgang des Anteils der Hungernden an der Gesamtbevölkerung
- die Entstehung von Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Maßnahmen der Impfprophylaxe

- Regulation des gesellschaftlich gesundheitsrelevanten Individualverhaltens durch formelle und informelle Normen

Diese historisch gewachsenen Methoden der Gesundheitsförderung beschreiben, was auch im aktuellen Verständnis Public Health ist. Hieran wird die Gesundheitsförderung anknüpfen müssen, wenn sie ihre Methoden unter veränderten sozialstrukturellen Interessen wirksam machen will. Das gilt auch für eine einfache Prämisse: Respekt vor den globalen kulturellen Settings, Befähigung zur autonomen wirtschaftlichen Entwicklung und Schutz der regionalen Ressourcen, Bildungsarbeit, Solidarität, Korruptionsbekämpfung. Das gilt auch für Wiedergutmachungen von Folgen kolonialer Raubzüge der Vergangenheit.

7.4 Soziale Prävention und Gesundheitsförderung

Soziale Prävention ist ein notwendiges Element des politischen Projekts Gesundheitsförderung.

Adolf Gottstein (1857-1941), Träger des Ehrentitels „Stadtältester von Berlin“, schrieb 1907, die Gegenwart verlange die *„gradlinige Fortsetzung jener ersten Periode der Gesundheitswissenschaften, deren Anfänge bis zum Beginn des neunzehnten Jahrhunderts zurückreichen und die bis zu dessen Mitte gerechnet werden kann. [...] gegenwärtig verlangen wieder eine Reihe von Umständen [...] ein genaueres Studium des Einflusses, welchen gesellschaftliche Vorgänge auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und ihrer einzelnen Gruppen ausüben.“* (Gottstein, A.: *Die soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele. Zeitschrift für Soziale Medizin, Leipzig 1907, Heft 1 und 2.*) Gottstein stellt damit die Bewertung der sozialen Lebensweise in den Mittelpunkt seines Konzepts der Gesundheitswissenschaften und der sozialen Prävention.

Solche Einschätzungen folgen entweder der Prüfung von Existenzproblemen der Bevölkerungen oder einer als wünschenswert propagierten Lebensweise, die dem Maßstab eines Ideals folgt und zwischen den sozialen Schichten und Gruppen einer Bevölkerung immer variant sein dürfte. Erstere folgt alternativlos den vorfindlichen Bedingungen und denen für ihren Wandel. Die Zweite folgt den individuellen Ressourcen und Leitbildern für das eigne Leben. Mit Blick auf das Konzept der Gesundheitsförderung haben sich seither die Grundlagen und Ziele kaum geändert. Gewandelt haben sich allerdings die Schwerpunkte und die Adressaten.

Zugang zu sozial nicht diskriminierter medizinischer Versorgung, die Sicherung von Standards des Gesundheitsschutzes im öffentlichen Leben und der Ausgleich von Benachteiligung wegen chronischer Krankheit und Behinderung gelten heute als rechtliche, und niedrigschwellige ethische Norm für die Sicherung der sozialen Kohärenz im gesellschaftlichen Leben. Diese Kohärenz gilt ebenso als ein wichtiges Kriterium des zivilisatorischen wie auch des gesundheitlichen Fortschritts (*siehe hierzu*

z.B. Wilkinson, R. *The impact of inequality*. Routledge, London 2005, ISBN 0-415-37268-2).

Das heutige Konzept der Gesundheitsförderung folgt, anders als zu seinen Anfängen, maßgeblich der Gestaltungskraft von gruppenspezifischen Lebensleitbildern, die über die bloße Existenzsicherung weit hinausgehen. Das Spannungsfeld zwischen der Ottawa Charter und der „klassischen“ sozialen Prävention ist heute durch die sich gegen andere Bedürfnisse durchsetzenden Lebenskonzepte sozialer Mittelschichten bestimmt. Dieser Konflikt ist unvermeidbar und selbst Folge der zivilisatorischen Gewinne durch die epidemiologische Transition. Er schafft neue Spannungsfelder für die Wahrnehmung und Bewertung von Gefährdungen, der sozialen Prävention aber auch neue Potenziale.

Diese müssen sich jeweils in den sich regional verfestigenden neoliberalen, sozial marktwirtschaftlichen und wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaftsmodellen sowie auch in den sich nur scheinbar modernisierenden, bzw. fortbestehenden feudalabsolutistischen und nationalistischen Staatsmodellen entfalten. Die „Gesundheitsförderung“ wird gleichsam zu einem Stellvertreterkonflikt zwischen den vielfältigen Staatsmodellen. Diese präferieren unterschiedliche Lebensweisen. Sie existieren aber alle auch unter gemeinsamen Bedingungen. Diese sind zumindest die privatwirtschaftliche Nutzung und Konsumtion von natürlich vorfindbaren und endlichen Ressourcen auf dem Planeten Erde und der Zwang zu beständigem Wachstum einer Warenproduktion und eines Ressourcenverbrauchs, der zu einem erheblichen Anteil durch rationale Bedarfe nicht begründet werden kann. Zusätzlich ist der Druck auf die globale Deregulierung der Verhältnisse zwischen den Produzenten (Verkäufern) und den Nutzern (Käufern, Kunden, Verbrauchern) immens und überfordert offensichtlich die Handlungsmacht und -bereitschaft vieler Staaten. Es gibt nur wenig Gründe zu dem Vertrauen, die Unterordnung der Gesellschaften unter den „Markt“, die Polany (1886-1964) bereits 1944 beschrieben hat, könne rückgängig gemacht werden (Polanyi, K. *The Great Transformation: The Political and Economic Origins of Our Time*, Foreword by Joseph E. Stiglitz; Boston: Beacon Press 2001. ISBN 9780807056431).

Warenproduktion und Konsumtion sind zwangsläufig zentrale Probleme der Gesundheitsförderung, einschließlich der sozialen Prävention. Markt-, Preis- und Kostenrelationen werden folglich auch in diesem Kontext zentrale Argumente: Für alles, was krank macht oder Gesundheit bewahrt, gibt es unter diesen Vorstellungen einen Preis und eine Strategie der Platzierung (Marketing) der Ware „Prävention“ am Markt.

Gesundheitsförderung und soziale Prävention sind marktreguliert.

Diesem Mechanismus folgen individuelle, wie sozialschichtspezifische Gesundheitsgefährdungen mit der Folge, dass sich Menschen unterschiedlich viel Prävention

leisten können. Dieses Paradigma ist auch die Kernmethodik sozial-ökologischer Transformationspolitiken.

7.5 Gesundheitsförderung und Globalisierung

Strategien der Gesundheitsförderung bedürfen der Anpassung an die sich jeweils durchsetzenden Formen der Globalisierung.

Im Kontext von Gesundheitsförderung und sozialer Prävention bezeichnet Globalisierung den geschichtlichen Vorgang fortschreitender staatenübergreifender Interaktionen der Produktion, der Standardisierung, der sozialen Normierung, des Waren- und Informationsaustauschs sowie der Kooperationszwänge bei der Bewältigung globaler Gesundheitsgefahren. Sie schließt gemeinsame Strategien der Risikobewertung und -minimierung, der Forschung sowie der Formulierung von Präventionszielen und des Interessenausgleichs ein. Hilfeleistungen, im Besondern karitative Hilfeleistungen sollten hiervon abgegrenzt werden. Sie sind bestenfalls Bestandteil von Politiken, die Globalisierungen ermöglichen und unterstützen, dürften aber noch für lange Zeit staatspezifisch geregelt bleiben. Zu den wesentlichen Aspekten der Globalisierung gehören auch wirtschaftliche Zwangsmaßnahmen, Kriege, Fluchten und Vertreibungen.

Globalisierung ist Teil der sozialen Evolutionsgeschichte, im Besonderen der großen Migrationsprozesse, des Waren- und Rohstofftausches, und ist auch gefolgt von Zwängen zur kulturellen und politischen Anpassung. In ihren Wirkungen sind auch Eroberungen, Unterwerfungen, Kolonialisierungen etc. der Globalisierung zuzurechnen.

Für die soziale Prävention heißt Globalisierung heute,

- globale Folgen aus der Vergangenheit zu bewältigen
- gemeinsame Strategien zur Abwehr neuer Gesundheitsgefahren zu entwickeln
- die Benachteiligungen der Mehrheit der globalen Bevölkerungen zu minimieren
- die Vielfalt der gesundheitsrelevanten kulturellen Ausdrucksformen zu respektieren
- globale Gesundheitsgefährdungen als Handlungsfelder der sozialen Prävention anzuerkennen und deren Bewältigung als Teil der allgemeinen Menschenrechte zu vereinbaren

Der Wandel der Probleme wie der Chancen zu ihrer Bewältigung folgt dem Wandel der Produktionsweisen und der Zugangssicherungen zu ihren Ergebnissen. So verlangt dann die soziale Prävention, mittel- und langfristig neue Zielbestimmungen und Handlungskonzepte. Ein vorrangiger Aspekt ist dabei die zunehmende Verflechtung der ökologischen und der sozialen Probleme sowie deren Lösungsdruck.

Umweltveränderung	Manifestation (Beispiele)	Gesundheitswirkung (Beispiele)
Treibhauseffekt Klimawandel	globale Erwärmung und Klimaänderung, Anstieg des Meeresspiegels, Schmelzen der Polkappen, Reduktion der Permafrostböden, Erwärmung der Ozeane	Temperaturerhöhung, Naturkatastrophen, Landverlust, Gefährdung von Hygieneregimen, globale Veränderung der Verteilung von übertragbaren Krankheiten
Ozonverlust	erhöhte UV-B-Einstrahlung	Hautverbrennungen, Licht-Keratokonjunktivitis, Immunsuppression, Krebsgefährdung, Katarakt, Pterygium
Verbrennung fossiler Brennstoffe	Konflikte um die Sicherung von Zugängen zu energetischen Ressourcen, Verlust an Boden für Lebensmittelerzeugung zugunsten der Energiegewinnung, saurer Regen, Veränderung der Atemluft	Hunger, Naturvernichtung durch neue Formen der Energiegewinnung, mögliche Wirkungen auf Respirationstrakt
Landverwitterung	Erosion, Sterilität, Nährstoffverlust, Versalzung, Wüstenbildung, Absterben mariner Bodenbewuchse	Zunahme der Exposition gegenüber Pestiziden und Düngemitteln, Trinkwassermangel
Chemisierung	Zunahme potentiell zellschädigender, allergogener und teratogener Stoffe	Allergien, Karzinome, Kontaktdermatosen, genetische Krankheiten
Verlust der Artenvielfalt	Verlust genetischer Vielfalt, Destabilisierung der Ökosysteme	Entwaldung, Verlust natürlicher Ressourcen

Tab. 4: Verflechtung von ökologischen und Problemen der Einkommenssicherung

Eine globalisierte soziale Prävention verlangt mittel- und langfristig neue Zielbestimmungen auch für alte Probleme. Das betrifft vor allem

- die Überwindung der ungleichen Entwicklung der Bevölkerungen der Erde
- die Sicherung menschengerechter Lebensbedingungen
- die Fürsorgepflicht für künftige Generationen
- die Gleichheit der Chancen zur Selbstverwirklichung und die Toleranz gegenüber der menschlichen Vielfalt
- die Sicherung des Zugangs zur Prävention von Krankheiten und zu den Möglichkeiten medizinischer Hilfeleistung

Hierzu wird es der Verfolgung alter, wie auch neuer Schwerpunkte bedürfen. Solche sind z.B.

- der Abbau von Gefährdungen der ökologischen Lebensbedingungen durch eine unregulierte und allein von Gewinninteressen getriebenen Warenproduktion und von ökonomischen Expansionsinteressen
- die Minimierung des Anteils der globalen Bevölkerungsanteile, die ohne Zugang zum Schutz der Gesundheit und zu medizinischer Hilfe sind
- die Veränderung von Lebensweisen, die zu sozialer Exklusion und zu Entfremdung führen
- die Verringerung der Kluft zwischen der Lebensqualität privilegierter und benachteiligter sozialer Schichten
- die Aufwertung der globalen öffentlichen Gesundheitsdienste zu Zentren der Durchsetzung von Partizipationsrechten und zu Zentren der Supervision der sozialen Präventionspolitiken

Gesundheitsförderung verlangt neue Strategien, besonders

- der datenbasierten Bewertung sozial zu verantwortender Gesundheitsrisiken
- zur Sicherung von Partizipationsrechten
- des Schutzes der Gesundheit bei verlängerten Lebensarbeitszeiten, neuen „Wettbewerbsbedingungen“ für menschliche und technische Arbeitskräfte und unter den Wirkbedingungen des Wettbewerbs um niedrigste variable Kosten
- der Entkopplung von Qualifikationen und der Sicherheit von Mindesteinkommen
- der Nutzung natürlicher Ressourcen
- der Etablierung von Methoden, um Gesundheitsrisiken als allgemeine soziale Probleme zu akzeptieren und für diese Öffentlichkeit zu sichern
- für den allgemeinen und freien Zugang zu Hilfen nach dem Maßstab des Notwendigen und des Erforderlichen

sozialer Konflikt	Manifestation (Beispiele)	Gesundheitswirkung (Beispiele)
absolute und relative Verarmung eines Teils der Menschheit	Zusammenbruch sozialer Infrastrukturen, Ungleichverteilung von Existenzmitteln, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, globale soziale Instabilität, Kinderarbeit, mangelnder Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung	Unter- und Fehlernährung, Kinderarbeit, Verelendung, Rauschmittelproduktion und -konsum, Prostitution, übertragbare Krankheiten, umwelt- und arbeitsbedingte akute und chronische Intoxikationen
globaler und sozial ungleicher Verbrauch von Ressourcen und Energie	Rüstung, Ressourcensicherung durch Krieg	physische, psychische und soziale Folgen von Krieg und Gewaltanwendung, Stabilisierung von Abhängigkeiten, Mangel an Wasser und sauberer Luft
global und sozial ungleiche individuelle Entwicklungs- und Bildungschancen	Analphabetentum, unqualifizierte und unterbezahlte Lohnarbeit	unzureichendes Gesundheits- und Hygienewissen, Motivationsdefizite zur Gesunderhaltung, Depravation

global und sozial ungleiche Chancen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsversorgung	defizitäre Gesundheitsbudgets, strukturelle und professionelle Unterversorgung	präventive, medizinische und rehabilitative Unterversorgung
Migration	soziale Konflikte, Flüchtlingslager, Slumbildung, soziale Desintegration, Dissozialität	Ausgrenzung von Minderheiten, übertragbare Krankheiten, psychosoziale Probleme, Gewalt, Drogen
Bevölkerungsentwicklung	Ressourcenverbrauch, Produktionssteigerung	Mangelkrankheiten, hygienische Defizite, medizinische Versorgungsmängel, Verteilungskonflikte, Begrenzung der globalen Mobilität

Tab. 5: Verflechtung von sozialen Konflikten und Gesundheitswirkungen