

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P98-201

**Die Umsetzung der Ottawa Charta
in Deutschland**

**Prävention und Gesundheitsförderung
im gesellschaftlichen Umgang
mit Gesundheit und Krankheit**

von
Rolf Rosenbrock

Berlin, Januar 1998

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Gemessen an den durch die säkulare Entwicklung des Krankheitspanoramas diktierten Herausforderungen und den durch Forschung und Erfahrung erarbeiteten Möglichkeiten spielen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland nach wie vor eine verschwindend geringe Rolle. Diese These wird im vorliegenden Papier anhand ausgewählter Aspekte der Perzeption und der Umsetzung der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 diskutiert. Dazu wird zunächst das Problempanorama, auf das sich Prävention und Gesundheitsförderung in reichen Industrieländern zu beziehen haben, skizziert, um die Strategiebildung, die zum Ansatz der *Ottawa Charta* geführt hat, verständlich zu machen. Vor diesem Hintergrund werden dann Aspekte der Perzeption und Wirkung der Ottawa Charta in Deutschland beleuchtet und an einigen Akteuren und Handlungsfeldern exemplifiziert. Die Erörterung zentraler Gründe für die mangelhafte Umsetzung macht zugleich Bedingungen für die eher als Ausnahme von der Regel zu verstehenden Erfolgsbeispiele deutlich. Im Ergebnis wird die Notwendigkeit der Berücksichtigung der stets prekären Umsetzungsbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung in Forschung und Praxis betont.

Das vorliegende Papier ist eine wesentlich erweiterte Fassung des Einführungsreferats auf dem Kongreß „Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität - 10 Jahre Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ am 20. Juni 1996 in Celle.

Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland

Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit

1. Einführung

Gemessen an den Notwendigkeiten und den Möglichkeiten spielen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland nach wie vor eine nahezu verschwindend geringe Rolle (vgl. Rosenbrock 1992a). Dies gilt - *cum granu salis* - für die gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit, für die Forschung und Erprobung, für die Qualifizierung, die Bildung von Institutionen und - generell - die Bereitstellung von Ressourcen für diesen Zweck.

Diese These soll im folgenden exemplarisch an einigen Aspekten der Perzeption und der Umsetzung der *Ottawa Charta* zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 diskutiert werden (Text der Charta s.u.a. Conrad/Kickbusch 1988) . Dazu wird im folgenden zunächst (2) das Problempanorama, auf das sich Prävention und Gesundheitsförderung zu beziehen haben, skizziert, um die Strategiebildung, die zum Ansatz der *Ottawa Charta* geführt hat, verständlich zu machen (3). Vor diesem Hintergrund werden dann Aspekte der Perzeption und Wirkung der Ottawa Charta in Deutschland beleuchtet (4,5) und an einigen Akteuren und Handlungsfeldern exemplifiziert (6). Die Erörterung zentraler Gründe für die mangelhafte Umsetzung (7) macht zugleich Bedingungen für die eher als Ausnahme von der Regel zu verstehenden Erfolgsbeispiele (8) deutlich. Das Fazit (9) betont die Notwendigkeit der Berücksichtigung der stets prekären Umsetzungsbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung in Forschung und Praxis.

2. Problempanorama

Ein Blick auf das Krankheitspanorama verdeutlicht Stellenwert und Umfang der mit Prävention und Gesundheitsförderung anzugehenden Aufgaben:

Mehr als drei Viertel der als vorzeitig oder vermeidbar angesehenen Sterbefälle entfallen in industrialisierten Ländern auf die vier Todesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, Krankheiten der Atmungsorgane sowie Unfälle im middle-

ren und jüngeren Alter. Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößern chronische Krankheiten wie degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden und Süchte kontinuierlich ihren Anteil und dringen verstärkt in immer jüngere Altersgruppen vor. Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten in epidemiologischer und damit für präventionspolitische Überlegungen maßgeblicher Perspektive gemeinsam, daß ein primär kurativ und individualmedizinisch orientiertes Versorgungssystem sie erst relativ spät und generell nicht besonders wirksam beeinflussen kann, trotz beachtlicher Erfolge in manchen Teilbereichen. Die wichtigsten Anteile der Verursachung - und insbesondere der gesellschaftlich beeinflussbaren Verursachung (präventive Potentiale) - liegen nach international übereinstimmender Auffassung in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen und der Art und Weise, wie Menschen auf diese reagieren. Diese Anteile werden z.B. in einer Schätzung aus den US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention für die zehn wichtigsten Todesursachen auf zusammen über 70% geschätzt (CDC 1987) und bilden den Zielbereich von Prävention und Gesundheitsförderung.

Menge und Komplexität der dabei zu berücksichtigenden Faktoren und Beziehungen schließen eine Orientierung am vielfach erfolglos in der kurativen Medizin verfolgten „Null-Risiko“-Ziel (Abholz 1984) aus, sondern verlangen nach realistischen Konzepten der Risikosenkung bzw. Schadensbegrenzung. Dabei ergibt sich - für Primär- und Sekundärprävention gleichermaßen - regelmäßig das Problem, daß die epidemiologisch große Krankheits- und Sterbelast von Personen und Gruppen getragen wird, die jeweils individuell ein nur geringes Risiko aufweisen, während „Hochrisiko“-Gruppen bzw. -Personen ein zwar spektakuläres, aber - gemessen an der gesamten, epidemiologisch bestimmbar Krankheitslast - weniger ergiebiges Interventionsfeld bilden (Rose 1992; Abholz 1994). Langfristig wirksame Prävention muß sich deshalb der mühsamen Aufgabe unterziehen, wirksame Strategien zu entwickeln und umzusetzen, die auf eine Senkung der individuell nicht besonders hohen Erkrankungs-wahrscheinlichkeiten in der breiten Bevölkerung abzielen. Wegen der zum Teil jahrzehntelangen Latenz der epidemiologisch heute gewichtigen Erkrankungen und der gravierenden Rolle psychosozialer Schutzfaktoren sowohl für die Bewältigung von Gesundheitsbelastungen als auch für die Fähigkeit, solche Belastungen durch eigenes (individuelles und kollektives) Handeln zu senken, kommt dabei relativ unspezifischen sowie Interventionen im Kindes- und Jugendalter besondere Bedeutung zu (Hurrelmann 1988).

Sowohl das Risiko, vor allem an vermeidbaren Krankheiten und Unfällen zu erkranken oder zu sterben, als auch die Möglichkeiten, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen, sind sozial ungleich verteilt. Die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, ausgedrückt durch Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf, bestimmen - auch bei formal gleichen Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung - nach wie vor erheblich die Gesundheitschancen und die Lebenserwartung. Der in Deutschland lückenhafte Stand der Forschung zur sozial bedingten Ungleichheit vor Krankheit und Tod (Mielck 1993) läßt den Schluß zu, daß Angehörige des am wenigsten privilegierten Fünftels der Bevölkerung in jedem Lebensalter einer rund doppelt so hohen Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeit unterliegen wie Angehörige des obersten Fünftels. Im Zuge der wirtschafts- und sozialpolitischen Entwicklungen des letzten Jahrzehnts öffnet sich die Schere zwischen „oben“ und „unten“ auch im Hinblick auf Gesundheitschancen und Lebenserwartung (Townsend 1990; Navarro 1990). Daraus folgt zum einen die professionelle Verpflichtung der Gesundheitswissenschaften, die gesundheitsgefährdenden Wirkungen z.B. ungleichheitsstiftender Arbeitsmarkt-, Sozial-, Bildungs- und Wohnungs-Politik kontinuierlich aufzudecken und öffentlich zu thematisieren. Zum anderen ergibt sich daraus ein Qualitätskriterium für Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung: einen Beitrag zum Abbau der sozial bedingten Ungleichheit vor Krankheit und Tod leisten in der Regel nur solche Projekte, die die spezifischen Probleme der Erreichbarkeit und der Mobilisierbarkeit von Gruppen aus unteren Sozialschichten sowie deren reale Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten berücksichtigen (positive Diskriminierung) (Kühn/Rosenbrock 1994).

3. Strategiebildung

Die Entwicklung konkreter Strategien stieß und stößt allerdings immer wieder auf das Problem, daß Gesundheitschancen und Erkrankungswahrscheinlichkeiten von sehr vielen und vielfach durchaus nicht hinreichend bekannten Faktoren und Interdependenzen abhängen (Evans et al. 1994). Dieser Komplexität kann auch durch eine Konzentration der Bemühungen auf Leitbelastungen (z.B. Stress, Zigarettenrauchen) nicht besonders erfolgreich begegnet werden. (Dies ist kein Argument gegen sorgfältig angelegte und in ihrer Begrenzung oft auch erfolgreiche „Ein-Punkt-Strategien“ wie z.B. zum Sicherheitsgurt im Auto, vgl. Vieth 1988; oder das Clean Air Act in London, vgl. Abholz et al. 1981). Aus diesem Dilemma folgte in den siebziger Jahren die Einsicht, daß den dominanten, überwiegend chronisch degenerativ verlaufenden Massenerkrankungen mit monokausalen und bloß belastungs- bzw. noxenorientier-

ten Ätiologievorstellungen nicht beizukommen ist. Als empirisch gehaltvoll und praktisch richtungsweisend erwiesen sich dagegen Konzepte, in denen Gesundheit und Krankheit als Folge des Gelingens oder Mißglückens der Balance zwischen solchen Belastungen sowie materiellen und biopsychosozialen Ressourcen zur Gesunderhaltung gesehen wird (Engel 1976; Becker 1982; Evans et al. 1994; Siegrist 1996). Daraus entwickelte sich das Konzept der *Gesundheitsförderung*. Stets geht es dabei um Entwicklung und Umsetzung von auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs-, Progredienz- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen (Überblick über externe und interne Ressourcen bei Hornung & Gutscher 1994).

Die strategische Innovation der *Ottawa Charta* besteht nun darin, gewissermaßen als Schlüsselvariable primär auf die Steigerung der objektiven und subjektiven Möglichkeiten der Selbststeuerung zu orientieren. Ziel der Gesundheitsförderung als präventiver Strategie ist es deshalb, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Damit verbindet sich nicht nur die Vorstellung, Menschen in den Stand zu versetzen, Risiken für ihre Gesundheit sensibler wahrzunehmen und aktiver an ihrer Minderung zu arbeiten, sondern auch die durch viele Untersuchungen (z.B. Antonovsky 1987; Karasek & Theorell 1990) gut belegte Erwartung, daß sich mit zunehmender Transparenz von Lebenssituationen, Qualifikation, wachsenden Entscheidungsspielräumen, direkter Partizipation (Bagnara et al. 1985) sowie durch materielle und ideelle soziale Unterstützung (House 1981, Berkman & Syme 1979) die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung erhöht, die Erkrankungswahrscheinlichkeit sinkt. Das hierzu von Aaron Antonovsky (1987) vorgelegte Modell der „salutogenese“, eines sozial erworbenen und also auch beeinflussbaren „sense of coherence“, der sich aus den Elementen „comprehensibility“, „manageability“ und „meaningfulness“ bildet, ist in seinen Grundzügen mit einer ganzen Reihe anderer, überwiegend sozialpsychologischer Modelle und Theorien zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit kompatibel, zumindest aber anschlussfähig (Überblick bei Dlugosch 1994). Genannt seien beispielhaft „hardiness“ (Kobasa 1982), „self-efficacy“ (Bandura 1977) und „control of destiny“ (Syme 1991). Die bereits erwähnte Notwendigkeit der positiven Diskriminierung in der Prävention und Gesundheitsförderung stellt sich in diesem Konzept besonders scharf, weil diese Ressourcen in den Mittel- und Oberschichten überwiegend aufgrund objektiver Faktoren der Lebenslage weit stärker präsent sind als in weniger privilegierten Gruppen (Kühn 1993). Andererseits ist der praktische gesundheitsbezogene Erfolg entsprechend angelegter Strategien keineswegs auf

den Bereich der Primärprävention beschränkt. Vielmehr versprechen gerade Interventionen der Gesundheitsförderung für chronisch Kranke (Kaplun 1992; Schaeffer 1995) sowie alte Patienten (Schwartz 1990), in der Rehabilitation (Badura et al. 1987) sowie im Krankenhaus (Pelikan et al. 1993; Schaeffer 1993) einen hohen Nutzen (Tertiärprävention).

Analog zur Debatte in der sozialen Prävention gibt es auch hinsichtlich der Gestaltung von Gesundheitsförderung Auseinandersetzungen darüber, ob die angezielte Stärkung des „psychosozialen Immunsystems“ (Hornung 1988) eher durch professionelle, vorwiegend sozialpädagogisch induzierte und lebensweisebezogen vermittelte Motivationsveränderungen erreichbar ist (Schwarzer 1992), oder ob sie sich als Folge veränderter Informations- und Partizipationschancen herstellt (Rappaport 1985). Für den zweiten Ansatz sprechen empirische Befunde, nach denen Interventionen, die auf Empowerment im Sinne der Vergrößerung und selbstgestalteten Nutzung sozialer Freiheitsgrade abzielen, sowohl in kommunalen Zusammenhängen (Minkler 1994; 1997) als auch in der Arbeitswelt (z.B. Lenhardt 1994; Lenhardt et al. 1997, Greiner & Syme 1994; Ducki et al. 1993; Ulich 1994) gute und stabile Ergebnisse zeigen.

Bedingung solcher Erfolge scheint zu sein, daß mit entsprechenden Interventionen eine Aktivierung der jeweiligen Population gelingt, die sowohl an deren realen Interessen ansetzt als auch ihre realen Möglichkeiten und Grenzen des Handelns und Verhaltens als im Prozeß zu verändernde Variable berücksichtigt. Sowohl der Bezug auf - keineswegs immer primär gesundheitliche - Interessen als auch die Berücksichtigung unterschiedlicher Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten gehen weit über ältere Konzepte der Gesundheitserziehung bzw. der Verhaltensmodifikation durch sequentielle oder simultane Beeinflussung des Wissens, der Einstellung und des Verhaltens (knowledge - attitude - practice) hinaus und versuchen auch, die Kritik (z.B. Bengel & Wölflick 1991) an bloß behavioristischen stimulus-response-Ansätzen wie dem health-belief-Modell (Kirscht 1988) aufzunehmen und praktisch zu wenden.

4. Die Ottawa Charta in der Bundesrepublik Deutschland

Vor diesem Hintergrund kann die *Ottawa Charta* als derzeit umfassendstes, wissenschaftlich gut untermauertes Präventionskonzept angesehen werden. Von ihrer Veröffentlichung bis heute stieß sie auf breite Resonanz und ist heute wahrscheinlich das

meistzitierte - wenngleich, wie zu zeigen sein wird, keineswegs das meist beachtete - Bezugsdokument präventiver Gesundheitspolitik in Deutschland. Was waren die spezifischen Ausgangsbedingungen für diesen Erfolg?

Um diese Frage zu beantworten, sei in Erinnerung gerufen, daß zumindest die alte Bundesrepublik in den ersten Nachkriegsjahrzehnten präventionspolitisch ein Entwicklungsland war. Nach der Blütezeit der deutschen Sozialepidemiologie und den ernstzunehmenden Strategiekonzepten der Sozialhygiene in den zwanziger Jahren (Labisch/Tennstedt 1991) hatte sich mit dem Nationalsozialismus der größte anzunehmende gesundheitspolitische Absturz ereignet: aus Sozialhygiene wurde „Rassenhygiene“; unter einer pseudowissenschaftlichen, aber explizit gesundheitsbezogen formulierten Ideologie (Labisch 1992) wurde aus dem Schutz und der Unterstützung der Schwachen die Heroisierung und Privilegierung der Starken, aus bevölkerungsbezogenem Gesundheitsschutz wurde industrialisierter Massenmord. Nach dem Ende des Faschismus waren bevölkerungsbezogene, d.h. über die medizinisch-therapeutische Intervention am erkrankten Individuum hinausweisende Ansätze der Gesundheitspolitik zunächst gründlich diskreditiert, die meisten ihrer ursprünglichen und legitimen Vertreter ermordet oder emigriert. Unterstützt durch eine konservative Mittelstandspolitik mit besonderer Affinität zur Gruppe der Ärzte wurde in der alten Bundesrepublik noch stärker als in anderen industrialisierten Ländern Gesundheitspolitik in den ersten Nachkriegsjahrzehnten auf Medizinpolitik reduziert, der niedergelassene Arzt zur Leitfigur der Gesundheitssicherung, der öffentliche Gesundheitsdienst demontiert. Damit war auch die Verbindung zu den älteren Theorien bevölkerungsbezogener Gesundheitspflege (vgl. Labisch 1992; Rosenbrock 1997) abgeschnitten. Konzepte zur Gesundheitsverbesserung konzentrierten sich auf mehr Inanspruchnahme, mehr Technik (Karmaus 1981) und auf im weltweiten Vergleich einmalig umfangreiche, epidemiologisch aber ziemlich wirkungsarme Programme der individuellen Früherkennung (Holland & Stewart 1990, Abholz 1994). Die zeitlich parallele Entwicklung in der DDR bedarf sicher noch der weiteren Erforschung (vgl. Elkeles et al. 1991; Niehoff/Schneider 1991, 1992). In der alten Bundesrepublik jedenfalls bestand ab den sechziger Jahren ein Modernisierungstau, der dann auch zunehmend, aber zunächst ohne große politische Konsequenz artikuliert wurde.

Im akademischen Raum formulierte Hans Schaefer (z.B. 1963) Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Prävention, freilich blieb er dabei fest dem Risikofaktorenmodell verhaftet. Christian von Ferber forderte (z.B. 1971) eine sektorenübergreifende und wissenschaftlich untermauerte Gesundheitspolitik, Manfred Pflanz (z.B. 1962) trug

zu Wiederbelebung der Sozialepidemiologie bei und stellte die Effizienzfrage an den individualmedizinischen Typ der Prävention, Frieder Naschold (z.B. 1967, 1978) analysierte Macht- und Herrschaftsbezüge der Gesundheitspolitik, um nur einige zu nennen.

Im Bereich der sozialen Bewegungen fanden Gewerkschaften und Studentenbewegung breite programmatische Berührungsflächen, die sich 1973 im Kongreß „Medizin und Gesellschaft“ (Deppe et al. (Hg.) 1973) und 1977 in der DGB-Denkschrift „Sozialpolitik und Selbstverwaltung“ (Standfest et al. 1977) und - eher akademisch - seit Beginn der 70er Jahre z.B. seit 1970 in den Bänden „Kritische Medizin im Argument“ (heute: Jahrbücher für kritische Medizin, 1976 ff.) artikulierten. Es entstanden auch eher populäre Zeitschriften wie Dr. med. Mabuse, Demokratisches Gesundheitswesen u.a. Studierende, junge Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte *e tutti quanti* fanden sich ab 1980 auf den Gesundheitstagen in Berlin, Hamburg, Bremen und Kassel mit bis zu 20.000 TeilnehmerInnen. Ab 1982 gelang mit der Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie (DHP) die Etablierung des ersten größeren gemeindebezogenen Präventionsprojektes in Deutschland, das freilich einige Begrenzungen seiner behavioristisch orientierten Vorbilder aus den USA transportierte und in seiner Entfaltung schnell durch standespolitischen Widerstand aus der Medizin gestutzt wurde. Ab Anfang der 80er etablierten sich auch zunehmend problembewußte Mediziner in den standespolitischen Körperschaften.

All diesen Kräften war zweierlei gemeinsam: Zum einen die Kritik am herrschenden medizinentrierten und machtgesteuerten Paradigma der Gesundheitspolitik und eine starke Betonung der gesellschaftlichen Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit sowie der Prävention. Zum anderen aber auch die Unfähigkeit, eine gemeinsame organisatorische oder auch nur programmatische Plattform zu entwickeln, die dem Auseinanderdriften in berufspolitische, esoterische und eine Fülle von heterogenen Basis- und Selbsthilfebewegungen hätte entgegenwirken können.

5. Wirkungen und Wirkungsgrenzen der Ottawa Charta

Die Ottawa Charta fiel in der alten Bundesrepublik also u.a. deshalb auf fruchtbaren Boden, weil dieser Boden bereits von diesen vielen Kräften vorbereitet worden war und gepflügt wurde. Die Ottawa Charta bündelte die bis dahin artikulierten Kritik an den Defiziten und Grenzen des individuell-kurativen Umgangs mit Gesundheit/Krankheit und versah sie mit einer Handlungsperspektive, auf die sich die allermei-

sten Kritiker und Aktivisten verständigen konnten. Zögernder bis ablehnend verlief zunächst die Rezeption in den etablierten Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens und der Gesundheitsadministration.

Die Ottawa Charta mit ihren fünf Handlungsfeldern (Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik schaffen; die persönlichen Kompetenzen jedes einzelnen Menschen entwickeln; gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen; gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen; die Gesundheitsdienste neu organisieren; Text vgl. u.a. Conrad/Kickbusch 1988) und ihren drei, sämtlich auf Betroffenen-Partizipation angelegten Handlungsstrategien (advocating, enabling, mediating) war nicht nur einfach plausibel, sondern sie erwies sich auch als gültige und wissenschaftlich haltbare Zusammenfassung des international verfügbaren Wissens aus Sozialepidemiologie, Belastungsforschung und Interventionsprojekten.

Die Auswirkungen der Ottawa Charta auf die progressive Gesundheits-Programmattik waren also zügig und erheblich, ausgenommen blieben die entscheidenden, weil dominanten Kräfte in Medizin und Staat. Dieser Erfolg und dieser Mißerfolg verdanken sich gleichermaßen einem häufig übersehenen Charakteristikum der Ottawa Charta, das auch zugleich ihre gesundheitspolitisch-praktische Wirksamkeit von vornherein stark begrenzte: als Produkt der WHO als einer internationalen Organisation, der vor allem Regierungen angehören, wendet sich die Ottawa Charta an alle Akteure zugleich, und damit an niemand Konkreten. Zudem ist sie wie für eine Welt ohne Widersprüche, ohne mächtige Interessen und medizinpolitische Vetopositionen formuliert. Die ihr zugrundeliegende, aber nicht explizit formulierte Politikkonfiguration besteht aus demokratisch und auf Chancengleichheit orientierten Professionals, die durch ergebnis- und partizipationsorientierten, rationalen und sozial verantwortlichen Diskurs zum Konsens und zu gemeinsamem Handeln kommen. So aber ist weder die Welt im allgemeinen, noch die der Gesundheitspolitik im besonderen gebaut. Wegen der Abwesenheit von Akteuren und Interessen erlaubt die Charta es jedem, sich positiv auf sie zu beziehen. Aus den fünf - nur in ihrem inneren Zusammenhang wirksamen - Handlungsfeldern wird so ein Kramladen, aus dem sich jeder seine Programmversatzstücke zur Produktion unverbindlicher Sozialbellettristik, wohlfeiler Sonntagsreden oder kommerzieller Reklame herausklauben kann. Als wirklich sperrig und damit auch wirksam erweist sich die Ottawa Charta vor allem dann, wenn soziale Emanzipationsbewegungen die dort niedergelegten Vorstellungen als inhaltlich handlungsleitend verstehen (vgl. z.B. Rosenbrock 1998). Die höchst selektive und überwiegend im Rhetorischen verbleibende Verwendung der Ottawa Charta wurde noch zusätzlich dadurch verstärkt, daß ihr Auftauchen in der

Bundesrepublik in eine Phase des bis heute anhaltenden politisch gewollten sozialpolitischen Rückschritts mit den Leitlinien der Individualisierung von Gesundheitsrisiken und der Ökonomisierung der Gesundheitspolitik fiel.

Mit anderen Worten: die Ottawa Charta enthält solides Material für Visionen, die sich gesundheitswissenschaftlich für die verschiedenen Interventionsbereiche und Zielgruppen gut und immer besser konkretisieren lassen und insofern zur Richtungsbestimmung sozialer Innovation im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit (Rosenbrock 1995) geeignet und fruchtbar sind. Auf die Frage „Was ist gut und was ist schlecht für die Gesundheit für bestimmte Bevölkerungsgruppen oder in bestimmten Settings?“ können heute gut fundierte und häufig umsetzungsreif konkrete Antworten gegeben werden, inspiriert durch die Ottawa Charta. Die Charta enthält aber keine Leitlinien dafür, wie in der realen Welt von Widersprüchen und Interessen der Weg von a nach b, vom gesundheitlich defizitären und weithin kontraproduktiven Ist-Zustand zum gewollten und gesundheitswissenschaftlich begründeten Soll-Zustand organisiert werden kann.

6. Akteure und Felder der Umsetzung

Diese große programmatische, aber relativ geringe praktische Wirkung soll im folgenden an einigen Akteuren und Handlungsfeldern verdeutlicht werden.

Die *Bundesregierung*, die formal die Ottawa Charta unterstützt, veranstaltete zusammen mit der WHO zwar einige Konferenzen, z.B. 'Investment in Health' 1990 (WHO/EU/BMG 1991) oder 'Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge' 1993, beide in Bonn. Trotz vollmundiger und modernisierungswillig tönender Programmerkklärungen wurde aber eine politisch-praktische Umsetzung zentralstaatlich nie in Angriff genommen, wahrscheinlich nicht einmal erwogen. Das programmatisch lästige und in der Umsetzung sperrige Aufgabenpaket von Prävention und Gesundheitsförderung wurde mit der Novellierung des SGB V im Jahre 1989 vom Staat weitgehend an die Krankenkassen delegiert, die, weil ohne formale Macht in den Interventionsbereichen und seit Jahrzehnten systematisch entpolitisiert, damit keinen Aufstand, sondern aus Sicht des Zentralstaats bequem nutzbare symbolische Politik zu machen versprochen (Rosenbrock 1992a, 1993). Nach einer populistischen Kampagne des Gesundheitsministers mit Unterstützung durch ärztliche Standesorganisationen wurden den Kassen die meisten dieser Aufgaben im Jahre 1996 wieder entzogen (Rosenbrock 1996a). In ihrer Antwort auf eine Große Anfrage zur Präventionspolitik

hatte die Bundesregierung 1994 (Deutscher Bundestag 1994) eine Art Erfolgsbilanz gezogen, die sich aber bei genauerem Lesen als Beschreibung eines Netzwerks von ganz überwiegend unsystematischen Inseln und Flickern halbherziger Ansätze von Gesundheitserziehung darstellt und im übrigen fehlende Aktivitäten durch den stereotypen Hinweis auf die großen weißen Flächen angeblich fehlenden Wissens legiti­mierte. Die naheliegende Frage nach einem präventionspolitischen Gesamtkonzept wurde in diesem Dokument rundherum als ideologisch zurückgewiesen, indem An­sätze nationaler Gesundheitsprogramme in die Nähe totalitärer Planwirtschaft ge­rückt wurden.

Ein ähnliches Bild findet sich eine Etage tiefer: Die inhaltlich verdienstvolle Erklä­rung der 64. *Gesundheitsministerkonferenz* von 1991 (GMK 1991) entspricht in ihrem ersten Teil hinsichtlich der Erklärung der Notwendigkeiten von Prävention und Ge­sundheitsförderung weitgehend den Standards der Ottawa Charta. In der Benen­nung der Möglichkeiten zur Erreichung dieser Ziele im zweiten Teil fällt sie dann weit dahinter zurück. Die dort niedergelegten Strategievorstellungen beschränken sich weitgehend auf die äußerst geringen und auch nur zu inkrementaler Weiterent­wicklung vorgesehenen Handlungsmöglichkeiten von Gesundheitsämtern, ohne auch nur den Versuch einer Einlösung der im programmatischen Teil aufgestellten Ansprüche zu unternehmen.

Ähnliche Diskrepanzen zwischen programmatischer Rhetorik und praktischem Ver­harren erbrachten auch Untersuchungen über die Strategieentwicklung kommunaler bzw. bezirklicher *Gesundheitsämter* (Müller 1994). Es stellte sich heraus, daß Gesund­heitsämter sich weit mehr im Hinblick auf die Benutzung von WHO-Terminologie unterschieden als nach ihrer Praxis. Von wenigen Projekten abgesehen scheint dies auch für die Umsetzung der Healthy City Idee in Deutschland zu gelten. Bezogen auf das für Interventionen wahrscheinlich schwierigste, weil diffuseste Feld, die kommu­nale Gesundheitsförderung, muß wahrscheinlich angenommen werden, daß die ge­undheitlich v.a. in Problemgruppen wirksamsten Maßnahmen immer noch von So­zialarbeit und Sozialpädagogik geleistet werden, meist individuell und oft oder vielleicht sogar meist ohne expliziten Gesundheitsbezug. Aber selbst bei optimisti­scher Betrachtung kann nicht angenommen werden, daß die gesundheitlich positi­ven Wirkungen dieser Interventionen die Dynamik der Entwicklung der Probleme, auf die sie sich beziehen, einholen können.

Mit der Novellierung des SGB V im Jahre 1989 war den Institutionen der *Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* ein allgemeiner Präventionsauftrag erteilt worden, die

daraufhin zumindest für einige Jahre zum größten Akteur für die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland wurden. Allerdings zeigten sich dabei auch deutlich die Folgen der durch die staatliche Gesundheitspolitik induzierten Fehlsteuerungen des Kassenhandelns:

- Im Jahre 1995 haben ca. 3 Mio. Menschen an Maßnahmen der Kassen zur Prävention und Gesundheitsförderung teilgenommen (Kirschner et al. 1994). Damit wurde - gemessen an den gesundheitlich gegebenen Notwendigkeiten und Möglichkeiten - ein viel zu geringer Teil der Bevölkerung erreicht. Mit der Aufgabe einer bevölkerungsweiten Gesundheitsförderung oder auch lediglich deren Koordination waren die Kassen stets überfordert. Ein Gesamtkonzept für die interessen- und qualifikationsgerechte Verteilung von Aufgaben und die daraus resultierenden Koordinations- und Kooperationsnotwendigkeiten wurde von der dafür zuständigen staatlichen Gesundheitspolitik nie entwickelt.
- Den Kassen wurden mit dem § 20 SGB V faktisch keine Befugnisse zur Durchsetzung wirksamer Prävention an die Hand gegeben worden. Sie haben sich auf jene Teilbereiche der Prävention zu beschränken, die durch Überzeugung, freiwillige Kooperation oder - geringe - materielle Anreize zu erreichen sind. Diese Beschränkung erscheint im Hinblick auf Verhaltensprävention auch problemadäquat und demokratiekonform. Im Hinblick auf Verhältnisprävention und gemessen an den v.a. dort liegenden Notwendigkeiten und Möglichkeiten befördert diese Begrenzung des Instrumentariums oft lediglich symbolische Politik. Faktisch bedeuteten die gegebenen Beschränkungen für die kassengetragene Prävention ein klares Übergewicht von Versuchen der Verhaltensmodifikationen gegenüber Beeinflussungen jener Strukturen und Anreize, die gesundheitsschädlich sind, gesundheitsschädliches Verhalten begünstigen bzw. die Entwicklung von Gesundheitsressourcen behindern. Die Ursache auch dieses Defizits lag nicht primär in den Kassen, sondern im Fehlen eines staatlich gewollten Gesamtkonzepts.
- Neben der weiter unten zu betrachtenden betrieblichen Gesundheitsförderung ist den Kassen mit dem § 20 SGB V das de facto unbegrenzte Feld der Verhaltensprävention zugewiesen worden. Im Durchschnitt läßt sich feststellen, daß sich die Kassen dieser Aufgabe mit Sachverstand und Kreativität gewidmet haben. Bestehende Konzepte wurden durch Berücksichtigung wichtiger Aspekte der Lebensweise und durch eine positive, d.h. ressourcenorientierte Grundorientierung wei-

terentwickelt. Im Risikofaktorenmodell liegende Modernisierungsreserven wurden mobilisiert. Im Hinblick auf Inhalt und Effizienz dürften diese Maßnahmen dem Vergleich mit sehr vielen fraglos akzeptierten Routinen der kurativen Medizin standhalten. Wie in der kurativen Medizin liegt der gewichtigste zu erhebende Einwand auf der Ebene der Indikation, also - grob gesprochen - des Zielgruppenbezugs. Auch dies ist aber weniger den Kassen anzulasten, sondern der politischen Steuerung. Das leitet über zum nächsten Punkt:

- Der Gesetzgeber überführt die Kassen seit 1989, v.a. aber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 und verstärkt durch die Gesetzesvorhaben der späten 90er Jahre aus der Rolle leistungsverwaltender Parafisci zunehmend in die Rolle ökonomisch konkurrierender Marktsubjekte (Rosenbrock 1996c). Nach der Logik der Anreize konkurrieren Kassen - trotz des Risikostrukturausgleichs - in erster Linie und letzter Konsequenz um gute Risiken, d.h. um gutverdienende, jüngere Versicherte. Für Prävention und Gesundheitsförderung hat dies Fehlsteuerungen im Hinblick sowohl auf die Zielgruppen als auch auf die Auswahl der Maßnahmen zur Folge (vgl. auch Kirschner et al. 1994):
- Angebote der Kasse zielten eher auf tendenziell gesündere und weniger gefährdete Gruppen, als auf stärker Bedürftige, also eher auf junge gutverdienende Sparkassenangestellte als auf den Bauarbeiter im sechsten Lebensjahrzehnt oder die Altersrentnerin, obwohl bei den letzteren mit Prävention und Gesundheitsförderung ein wesentlich höherer Effekt zu erzielen wäre.
- Auch die Inhalte der Präventionsangebote von Kassen schienen manchmal eher nach ihrer Werbewirksamkeit als nach ihrer gesundheitlichen Wirksamkeit ausgewählt. Anreizgemäß suchen die Kassen nach massenwirksamen Angeboten, die schnelle Wirkung versprechen, nach „Prävention zum Anfassen“. Der fröhliche Lauftreff in einem Wohngebiet der Mittelschicht trifft dieses Kriterium eher als die mühsame Kooperation mit der Grundschule in einer Plattenbausiedlung, um dort z.B. ein integriertes Projekt zu Verkehrssicherheit, Schuler-nährung, Bewegung, Drogenprävention und Streßreduktion zu realisieren.

Eine moderne und sachgerechte Gesundheitspolitik des Staates hätte an der Korrektur dieser Fehlsteuerungen zu arbeiten, anstatt - wie geschehen - einen der wenigen modernen gesundheitspolitischen Ansätze zunächst zu diffamieren und dann faktisch abzuschneiden.

- Eine Analyse der „models of good practice“ in der *betrieblichen Gesundheitsförderung* (Lenhardt 1994), als deren Initiatoren und Träger außer den Kassen oft auch Manager, Betriebsärzte und Belegschaftsvertretungen in Erscheinung treten, ergab neben der großen Popularität dieser Überschrift für zahlreiche Projekte unternehmerischer Imagepflege ohne Gesundheitsbezug ein klares Übergewicht von Versuchen der Verhaltensmodifikation, meist ohne hinreichend konkreten Bezug zur Arbeitssituation und unter breitem Einschluß von Maßnahmen wie z.B. Rückenschulen, deren längerfristige Wirksamkeit zumindest umstritten ist (vgl. Lenhardt et al. 1997). Von der integrierten und partizipativen Bearbeitung technischer, organisatorischer, sozialklimatischer und verhaltensmäßiger Faktoren konnte - obwohl genau dies aus der Ottawa Charta folgt und folglich von „models of good practice“ erwartet werden dürfte - nur in relativ wenigen Fällen (s. u.: 7.) die Rede sein.

Diese kritischen Bemerkungen zur Umsetzung der Ottawa Charta betrafen jene Akteure, von denen am ehesten seriöse Ansätze zu erwarten sind. Daneben gibt es - besonders unter *kommerziell motivierten Akteuren* - natürlich und leider eine Fülle von Beispielen, in denen die Ottawa Charta als bloßer Steinbruch für Werbeslogans gesundheitlich fragwürdiger Verkaufsbemühungen dient.

7. Gründe für die Defizite

Diese Defizite sind weder primär auf mangelnden guten Willen oder fehlenden Sachverstand bei den meisten Akteuren in Regierungen, Kassen, Verwaltungen, Betrieben und seriösen kommerziellen Unternehmen zuzuschreiben noch dem Fehlen von Konzepten. Vielmehr ergibt sich als gemeinsamer Befund, daß all diese Akteure und Institutionen mit ihren Defiziten letztlich ziemlich anreizgerecht handeln und dabei Konflikte mit ihrer Innen- und Außenwelt möglichst vermeiden. Die Defizite sind damit in erster Linie Umsetzungsdefizite, deren gemeinsame Ursache darin liegt, daß die bearbeiteten Institutionen und Settings sämtlich nach anderen Kriterien gewachsen sind und nach anderen als gesundheitlichen Zielen funktionieren. Eine Umsetzung der Grundsätze der *Ottawa Charta* muß oft gegen eingefahrene Perzeptionsmuster, Aufgabenzuweisungen, Handlungsrouninen und Interessenpositionen durchgesetzt werden. Gesundheit für sich ist, allen Umfragen zum Trotz, ein zwar moralisch starkes, aber - betrachtet man v.a. die Meso-Ebene, also Betriebe, Verwaltungen und Institutionen - ein nur schwach handlungsleitendes Motiv zur Veränderung.

Geht man den vielfältigen und natürlich auch nach Bereichen unterschiedlich wirksamen hindernden und bremsenden Faktoren für Prävention und Gesundheitsförderung in der gegenwärtigen Gesellschaftsformation nach, so ragen zwei heraus. (Kühn/Rosenbrock 1994). Das ist zum einen der Ökonomismus als politische Grundhaltung, die die (vermeintlichen) Auswirkungen auf die privaten Investitionsentscheidungen zum ersten und oft ausschließlichen Beurteilungskriterium erhebt („Standort Deutschland“) und zum anderen der ideologische und praktische „Imperialismus“ des Medizinsystems, verstanden als Einheit aus medizinischer Wissenschaft, Ausbildungsbetrieb, Anbietern medizinischer Dienstleistungen, industriellen Zulieferern, staatlicher Medizinpolitik und Medizinpublizistik.

Ökonomismus als Hinderungsgrund

Daß in den Entscheidungsprozessen von Staat und Unternehmen das ökonomische Moment über das gesundheitliche Argument dominiert, kann in einer Marktgesellschaft, die vorwiegend über einzelwirtschaftlich konzipierte ökonomische Anreize gesteuert wird, nicht eben überraschen. Überraschen kann eigentlich nur, in welchem Ausmaß dies ge- bzw. verleugnet wird. Der gesundheitsgerechte Arbeitsplatz, die unterlassene Umweltverschmutzung, die personalintensive Betreuung kosten zunächst einmal Geld und bringen keinen ökonomischen Gewinn, jedenfalls meist nicht aus der einzelwirtschaftlichen und meist nur kurzfristigen Perspektive der je einzelnen Entscheidungsträger. Auch die Bindungswirkung existierender Schutznormen ist - das zeigen nicht nur die täglich bekannt werdenden Skandale, sondern nahezu durchgängig auch die Untersuchungen zum Arbeits- und Umweltschutz - in der Konfliktzone zwischen ökonomischer Verfügungsmacht und Gesundheit oft überraschend schwach. Die Schiefelage wird noch dadurch verstärkt, daß die Beweislast für drohende oder eingetretene Schäden zumeist dem Schwächeren bzw. Geschädigten aufgebürdet wird.

Die Dominanz des ökonomischen Interesses wirkt sich aber nicht nur als Behinderung oder gar Verhinderung, sondern auch auf die Gestaltung der Prävention aus: Präventionsleistungen werden, überläßt man dies dem Markt, dann und fast nur dann entwickelt, produziert und abgesetzt, wenn sie als Waren und Dienstleistungen verkäuflich sind. Damit sind zwei wesentlich negative Folgen verbunden: Die Bindung an kaufkräftige Nachfrage (von Individuen oder z.B. Krankenkassen) filtert auf dem Weg von der Idee zur Praxis substantielle Elemente wie die Aktivierung, das verändernde Tätigwerden und die Gewinnung von gemeinschaftsbezogenen Ge-

sundheitsressourcen weitgehend heraus (Grace 1991). Und selbst dort, wo Prävention und Gesundheitsförderung ohne Schaden für die Wirkung die Form von Waren und Dienstleistungen annehmen kann, sorgt die an kaufkräftigen Präferenzen orientierte Verteilung über den Markt gerade nicht dafür, daß Güter und Leistungen auch dort ankommen, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Der Markt kennt nicht die „positive Diskriminierung“ von Armen, Unterprivilegierten und schlechter Ausgebildeten, die als Leitvorstellung von Präventionspolitik zu gelten hat.

Die Hegemonie des Medizinsystems

Die Hegemonie der Medizin in der Prävention drückt sich auf zweierlei Weise aus: zum einen im Umfang der medizinischen im Vergleich zur sozialen Prävention, insbesondere der Früherkennung, Impfungen und medikamentösen Behandlung von Risikofaktoren. Zum anderen und weitergehend äußert sie sich in der Dominanz des Denkmusters der auf individuelle Patienten bezogenen, technisch-pharmakologischen Biomedizin weit über den Bereich der medizinischen Prävention hinaus. Diese seit einigen Jahrzehnten als „Medikalisierung“ (Zola 1972) bezeichnete Überformung aller mit Gesundheit und Krankheit in Zusammenhang stehenden Lebensbereiche beruht nicht nur auf der wirtschaftlichen und interessenpolitischen Stärke einer der mittlerweile größten Branchen und eines statushohen Berufsstandes, sondern auch auf der großen Kompatibilität der damit verbundenen Sichtweise mit der Logik der industriellen Marktgesellschaft. Sie ermöglicht es, gesellschaftlich verursachte und politisch zu lösende Probleme der Gesundheit in subjektive Probleme von Individuen solcherart zu transformieren, daß für ihre Lösung vermarktungsfähige Waren nachgefragt werden, einschließlich Therapien, Chirurgie, Arzneimittel, „Gesundheitsnahrung“, Sportkleidung, Reisen oder Kuraufenthalte. Markt- und medizingängige Konzepte für Gesundheit haben erheblich bessere Realisierungschancen und mit weniger Kritik und Mißtrauen zu rechnen als populationsbezogene Projekte sozialer Prävention, weil sie sich in der „Sprache“ des Systems, nämlich als Angebot von Waren, ausdrücken (Kühn 1993). Das Kriterium der Kompatibilität mit dieser Sprache behindert dabei nicht nur die Umsetzung (*assurance*), sondern bringt - wie in anderen Politikfeldern auch - spezifische Selektivitäten und Verzerrungen auch bei der Problembeschreibung (*assessment*), der Strategieausarbeitung (*policy formulation*) und der Wirksamkeitsabschätzung (*evaluation*) hervor (vgl. Heritier 1993, Rosenbrock 1995).

8. Erfolgsbeispiele

Berücksichtigt man diese tiefsitzenden strukturellen Hemmfaktoren der Umsetzung der Ottawa Charta in all ihren Ausprägungen und Kombinationen, so ist es auf den ersten Blick überraschend, daß es neben den genannten Defiziten auch ausgesprochene Erfolgsgeschichten gibt, von denen hier drei herausgegriffen werden sollen:

1. Die nach Quantität, Qualität und Innovationsgehalt wahrscheinlich bedeutendste und auch erfolgreiche Anwendung der Ottawa Charta im letzten Jahrzehnt war und ist die *Aids-Prävention* (Rosenbrock/Salmen 1990). Nach erbittertem politischen Streit konnte sich hier zunächst der New Public Health Ansatz gegen Old Public Health durchsetzen: Statt der alten Leitfrage „Wie identifizieren wir möglichst schnell möglichst viele individuelle Infektionsquellen und wie legen wir diese still?“ wurde gefragt: „Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich Individuen, Institutionen und Gesellschaft mit einem Maximum an Prävention und einem Minimum an Diskriminierung auf das Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?“

In der Anwendung dieses Konzepts erhielten die Aids-Selbsthilfeorganisationen wichtige Aufgaben, es bildeten sich völlig neue Akteurkonstellationen, und es wurde mit öffentlichen Mitteln z.B. auch Infrastruktur für die hauptsächlich betroffenen Gruppen, schwule Männer und i.v. Drogenbenutzer, gefördert, um Kommunikation, soziale Kohärenz und die Herausbildung kollektiver Verhaltensnormen zu fördern. Das erfolgreiche Modell der strukturgestützten, lebensweisebezogenen und zielgruppenspezifischen Verhaltensmodifikation der Aids-Prävention ist bei weitem noch nicht auf seine Verallgemeinerungsmöglichkeiten für andere Risiken ausgelotet (Rosenbrock 1992b). Sein Erfolg widerspricht aber nicht der eher skeptischen Einschätzung der Innovationschancen, weil er sich in erheblichem Umfang der Tatsache verdankt, daß Aids eben von vornherein sowohl ein Gesundheits- als auch ein Bürgerrechtsproblem war, und die gesundheitspolitisch moderne Lösung dadurch zusätzliche und wahrscheinlich entscheidende Schubkraft aus dem Bereich der Bürgerrechte bezog.

2. Als zweites Beispiel sei die mittlerweile erstaunlich lange Reihe avancierter und wirksamer Projekte der *betrieblichen Gesundheitsförderung* erwähnt, die aus dem wenig erfreulichen Durchschnitt herausragen. Vor allem Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, vereinzelt auch aufgeklärte Manager und Belegschaftsver-

treter haben auf diesem Gebiet wichtige und systematische Pionierarbeit einer modernen Gesundheitssicherung geleistet (Lenhardt 1997; Lenhardt et al. 1997). Mit Ansätzen, die weit über Gesundheitserziehung, medizinische Früherkennung und technische Sicherheit hinausgehen, werden auf Basis objektiv und subjektiv erhobener Belastungsanalysen mit partizipativ angelegten Projekten Möglichkeiten der Senkung von Risiken und der Stärkung von Ressourcen in der betrieblichen Organisation und im betrieblichen Sozialklima identifiziert und realisiert (vgl. z.B. Friczewski 1996). Auch hier ist der Erfolg ohne die Themenverbindung und die daraus folgenden Koalitionsbildungen kaum erklärbar: die Sorge um Gesundheit und Wohlbefinden paart sich mit dem unternehmerischen Bemühen um die Senkung der Kosten der Arbeitsunfähigkeit bzw. die Steigerung der Produktivität, und soweit zwischen diesen beiden Zielen Überschneidungen bestehen, existieren auch Möglichkeiten des Konsens über Verbesserungen (Marstedt/Mergner 1995).

3. Als letztes Beispiel für Erfolge bei der Umsetzung der Ottawa Charta soll schließlich die *Akademisierung von Public Health* angesprochen werden. In sehr kurzer Zeit wurden an ca. acht deutschen Universitäten und zahlreichen Fachhochschulen in der Regeln postgraduale Studiengänge eingerichtet (Kälble 1996). Insgesamt sollen, verteilt über knapp 10 Jahre für die fünf regionalen Forschungsverbände knapp 100 Mio. DM an Forschungsförderung des Bundes aufgewendet werden. Es zeichnet sich ab, daß daraus tatsächlich zumindest zum Teil dauerhafte multidisziplinäre und institutionenübergreifende Strukturen der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Public Health entstehen. Ulla Walter und Friedrich Wilhelm Schwartz (1996) haben bei einer Auswertung der laufenden Projekte in den Forschungsverbänden ermittelt, daß sich 57 % der 129 Projekte mit Prävention und Gesundheitsförderung befassen und daß immerhin ein Viertel dieser Projekte in Fragestellung und Durchführung wesentlichen Kriterien der Ottawa Charta genügt. Trotzdem sei auch hier vor zu großem Optimismus gewarnt: Es ist keineswegs sicher, daß Wissenschaft und Forschung im Durchschnitt und auf Dauer eine größere Widerstandskraft gegen die Druck- und Sogwirkungen der sozialpolitisch nahegelegten Verharmlosung und Individuen-Zentrierung von Prävention und Gesundheitsförderung aufrechterhalten werden. Dies gilt verschärft unter den Bedingungen immer knapper werdender Mittel und damit der Notwendigkeit der Kunden- und Finanzierungssuche für die eigenen Forschungsprojekte. Zudem zeigt ein Blick auf die USA als eines der für die Akademisierung von Public Health zentralen Bezugsländer: eine theoretisch, konzeptionell und auch berufspolitisch äußerst kreative und sozial verpflichtete Welt der akademischen Be-

schäftigung mit Public Health kann durchaus im selben Land und zeitlich parallel mit einer oft sozial unsensiblen, armutsverwaltenden und ungleichheitsverschärfenden Praxis einhergehen. Andererseits: So mühsam und langsam und immer gegen den Strom der Transfer wissenschaftlicher Konzepte in die Praxis auch funktioniert, Wissenschaft ist und bleibt eine zentrale und starke Steuerungsressource, deren Wirkungen oft erst in der langen Frist sichtbar werden.

9. Fazit

Die wissenschaftliche Basis und die Praxis, der Aufgabenbereich und die Interventionen für Gesundheitsförderung und Prävention wandeln und erweitern sich mit den säkularen Verschiebungen des Krankheitspanoramas und mit dem Wissensstand. Gemessen an den Notwendigkeiten und Möglichkeiten findet eine Umsetzung der dafür zentralen Strategie der *Ottawa Charta* bislang nur ausnahmsweise und unter besonderen Bedingungen statt. Durchdenkt man die Reichweite der mit einer konsequenten Gesundheitsförderung perspektivisch verbundenen Veränderungen gesellschaftlicher Prioritäten, Rollen, Normen und Institutionen, so kann es kaum überraschen, daß der wesentliche Engpaß der Entwicklung - der Flaschenhals - auf der Stufe der Umsetzung liegt, also dort, wo das vorhandene oder zumindest grundsätzlich produzierbare Wissen auf reale Interessen, gewachsene Sichtweisen, Erfahrungen und Institutionen trifft. Dies zu sagen heißt keineswegs, die herausfordernden Wissenslücken im Hinblick auf Ätiologie, Epidemiologie, Interventionsgestaltung und Interventionswirkungen zu bagatellisieren.

Dies beinhaltet zunächst einen Appell an Wissenschaft und Praxis: Die professionellen, ökonomischen und politischen Umsetzungsbedingungen von Interventionen gehören nicht in den toten Winkel von „objektiven Rahmenbedingungen“, sondern auf die Forschungsagenda bzw. in den öffentlichen Diskurs. Zentrale Hinderungsgründe für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Konzepte liegen in der ökonomischen Steuerung der gegenwärtigen Gesellschaftsformation und in der Dominanz des Medizinsystems. Daraus folgt, daß nahezu jeder Erfolg auf dem Gebiet von Gesundheitsförderung und Prävention, der sich nicht nach den Kriterien des Marktes und der Verkäuflichkeit richtet, sondern dem Abbau sozial bedingter Ungleichheit vor Krankheit und Tod verpflichtet bleibt, in der gegenwärtigen makropolitischen Konstellation prekär und bedroht bleibt. Es sind in erster Linie Sozialmediziner, Public Health Experten und die Praktiker der Gesundheitsförderung selbst, die in ihren jeweiligen Bezugsbereichen die Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Prävention

und Gesundheitsförderung deutlich zu machen und in konkrete Projekte umzusetzen haben, um auf diese Weise tragfähige und belastbare Koalitionen zu schmieden.

Wer in der Praxis mehr als symbolisch Prävention und Gesundheitsförderung betreiben will, sollte darauf vorbereitet sein, daß dies regelmäßig gegentendenzielles Handeln erfordern wird (Kühn 1993; Noack & Rosenbrock 1994). Das gilt auch schon für die Auswahl und Bearbeitung theoretischer Fragen und die Entwicklung handlungsleitender Konzepte.

Literatur:

Abholz, H.H., D. Borgers, K. Krusewitz (1981): Chronische Bronchitis. Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle, in: Prävention, Argument Sonderband AS 64, Argument: Berlin, S. 52-78

Abholz, H.H. (1984): Risiko-Vermindeung als präventives medizinisches Konzept, Krankheit und Ursachen. Jahrbuch für Kritische Medizin 10, Argument: Berlin, 57-72

Abholz, H.H. (1994): Grenzen medizinischer Prävention. In: Rosenbrock, R., H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 54-82

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco, London

Badura B., Kaufhold, G., Lehmann, H., et al. (1977): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialegidemiologische Studie, Berlin usw.: Springer

Bagnara, S., Misiti, R., Wintersberger, H. (eds.) (1985): Work and Health in the 1980s. Experiences of Direct Workers' Participation in Occupational Health. Berlin: edition sigma

Bandura, A. (1977): Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, Bd. 84, 19-215

Becker, P. (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit, Göttingen: Hogrefe

Bengel, J., D. Wölflick (1991): Das Health-Belief-Modell als Planungshilfe für präventive Maßnahmen? in: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung, 3. Jg., Heft 4, 103-110

Berkman, L., L. Syme (1979): Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents, in: American Journal of Epidemiology, Bd 109, 186-204

Conrad, G., I. Kickbusch (1988): Die Ottawa-Konferenz, in: Grenzen der Prävention, Argument Sonderband AS 178, Hamburg: Argument, 142-150

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (1987): Ten Leading Causes of Death in the United States 1984; Ref. In: G.S.J. Everly, R.M.L. Feldman et al.: Occupational Health Promotion, New York, 8

Deppe, H.U. et al. (Hg.) (1973): Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln: Pahl-Rugenstein

Deutscher Bundestag (1994): Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage ... der Fraktion der SPD „Prävention in der Gesundheitspolitik“, BT-DS 12/6826

Dlugosch; G.E. (1994): Modelle der Gesundheitspsychologie. In: P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, 101-117

Ducki, A., R. Niedermeier, C. Pleiss, Lüders, K. Leitner, B. Greiner, W. Volpert (1993): Büroalltag unter der Lupe, Göttingen, Bern, Seattle, Toronto: Hogrefe

Elkeles, Th., J.U. Niehoff, R. Rosenbrock, F. Schneider (Hg.) (1991): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 - 1990, Berlin: edition sigma

Engel, G.L. (1976): Psychische Verhalten in Gesundheit und Krankheit, Bern

Evans, R.G., M.L. Barer, Th.R. Marmor (eds.) (1994): Why Are Some People Healthy and Others Not? Berlin/New York: de Gruyter

Friczewski, F. (1996): Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter als Produkt betrieblicher Organisation. Ein systemischer Ansatz, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P96-211, Berlin: WZB

GMK (1991): Entschließung der 64. Gesundheitsministerkonferenz, in: Franzkowiak, P., P. Sabo (Hg.): Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz: Sabo 1993

Grace, V.M. (1991): The Marketing of Empowerment and the Construction of the Health Consumer: A Critique of Health Promotion, in: International Journal of Health Services, 21. Jg., 329-343

Greiner, B., S. L. Syme (1994): Individuen- oder verhältnisbezogene Risikofaktoren? Epidemiologische Perspektiven und Beispiele aus einem Präventionsprojekt mit Busfahrern in San Francisco, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 139-159

Heritier, A. (Hg.) (1993): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung, PVS Sonderheft 24, Opladen: Westdeutscher Verlag

Holland, W.W., S. Stewart (1990): Screening in Health Care. Benefit or Bane? London: Nuffield

Hornung, R., H. Gutscher (1994): Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive, in: Schwenkmezger/Schmidt (Hg.), 65-87

Hornung, R. (1988): Das psychosoziale Immunsystem. Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung als Bereich angewandter Sozialpsychologie, in: Neue Zürcher Zeitung v. 30. 11.

- House, J.S. (1981): *Work Stress and Social Support*. Reading (MA): Addison-Wesley
- Hurrelmann, K. (1988): *Sozialisation und Gesundheit*, Weinheim: Juventa
- Jahrbuch für kritische Medizin (1976 ff): Berlin bzw. Hamburg: Argument
- Kälble, K. (1996): Die akademische Aus-, Weiter- und Fortbildung auf den Gebieten Gesundheitswissenschaften/Public Health, Pflegewissenschaften und Gesundheitsförderung, in: J. v. Troschke, G. Reschauer, A. Hoffmann-Markwald (Hg.), 129-144
- Kaplun, A. (ed.) (1992): *Health Promotion and Chronic Illness*, WHO Regional Publications, European Series No. 44, Köln
- Karasek, R.A., T. Theorell (1990): *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York: Basic Books
- Karmaus, W. (1981): Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten, in: Prävention, Argument Sonderband AS 64, Berlin: Argument, 7-26
- Kirschner, W., M. Radoschewski, Kirschner, R. (1994): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, St. Augustin: Asgard
- Kirscht, J.P. (1988): The Health Belief Model and Predictions of Health Actions, in: D. Gochman (ed.): *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*, New York: Plenum, 27-41
- Kobasa, S.C. (1982): The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health, in: G.S. Sanders, J. Suls (eds.): *Social Psychology of Health and Illness*, Hillsdale, 33-32
- Kühn, H. (1993): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.*, Berlin: edition sigma
- Kühn, H., R. Rosenbrock (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 29-53
- Labisch, A., F. Tennstedt (1991): Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im deutschen Reich (1871-1945), in: Elkeles, Th. et al. (Hg.), 13-28
- Labisch, A. (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt/New York: Campus
- Lenhardt, U. (1994): Betriebliche Strategien zur Reduktion von Rückenschmerzen. Aspekte des Interventionswissens und der Interventionspraxis, Berlin: WZB P94-206

- Lenhardt, U. (1997): 10 Jahre „Betriebliche Gesundheitsförderung“. Eine Bilanz, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P97-201, Berlin: WZB
- Lenhardt, U., Th. Elkeles, R. Rosenbrock (1997): Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Verursachung, Verbreitung und Verhütung, Weinheim und München: Juventa
- Marstedt, G., U. Mergner (1995): Gesundheit als produktives Potential. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen und betrieblichen Strukturwandel, Berlin: edition sigma
- Mielck, A (Hg.) (1993): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung, Opladen: Leske + Budrich
- Minkler, M. (1994): „Community Organizing „ als Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu einem Projekt mit alten Menschen in einer amerikanischen Millionenstadt, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 247-266
- Minkler, M. (Hg.) (1997): Community Organizing and Community Building for Health, New Brunswick, Neu Jersey and London: Rutgers University Press
- Müller, P. (1994): Gesundheitsförderung und Prävention durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst - Konzepte, Strategien und Perspektiven in Berlin, Berlin: Freie Universität
- Naschold, F., W. Karner, W. Schönback (Hg.) (2. Aufl. 1978): Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, 2 Bände, Wien: Wirtschaft
- Naschold, F. (1967): Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg: Rombach
- Navarro, V. (1990): Race or Class versus Race and Class: Mortality Differentials in the United States, in: The Lancet, Bd. 336, 1238-1240
- Niehoff, J.-U., F. Schneider (1991): Sozialepidemiologie in der DDR - Probleme und Fakten, in: Das Risiko zu erkranken, Jahrbuch für kritische Medizin 16, Hamburg: Argument, 53-83
- Niehoff, J.-U., F. Schneider (1992): Sozialhygiene - Das Ende einer akademischen Disziplin? Reflexionen zur Geschichte der Sozialhygiene der DDR, in: Wer oder was ist „Public Health“?, Jahrbuch für kritische Medizin 18, Hamburg: Argument, 54-81

- Noack, R.H., R. Rosenbrock (1994): Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health, in: Schaeffer/Moers/Rosenbrock (Hg.), Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: edition sigma
- Pelikan, J., H. Demmer, K. Hurrelmann (Hg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim und München: Juventa
- Pflanz, M. (1962): Sozialer Wandel und Krankheit, Stuttgart: Enke
- Rappaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „Empowerment „ anstelle präventiver Ansätze. in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Heft 2, 257-278
- Rose, G. (1992): The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University
- Rosenbrock, R. (1992a): Politik der Prävention. Möglichkeiten und Hinderungsgründe, in: R. Müller, M. (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt, Köln: Bund-Verlag, 151-173
- Rosenbrock, R. (1992b): Aids: Fragen und Lehren für Public Health, in: Wer oder was ist „Public Health“?, Jahrbuch für kritische Medizin 18, Hamburg: Argument-Verlag, 82-114
- Rosenbrock, R. (1993): Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt, in: Die Regulierung der Gesundheit, Jahrbuch für kritische Medizin 20, Hamburg: Argument-Verlag, 128-149
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation, in: Gesundheitswesen, 57. Jg. Heft 3, S. 140-145
- Rosenbrock, R. (1996a): Wissenschaftler gegen die Preisgabe der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung. Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Seehofer, in: Dr. med. Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, 21. Jg, Heft 7/8, 32-35
- Rosenbrock, R. (1996c): Die Gesetzliche Krankenversicherung - Ein Steuerungsmodell am Scheideweg, in: Zeitschrift für Sozialreform, 42. Jg., Heft 8, S. 497 - 506
- Rosenbrock, R. (1997): Theoretische Konzepte der Prävention, in: Chr. Klotter (Hg.): Prävention im Gesundheitswesen, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 41-60
- Rosenbrock, R. (1998): Aids-Politik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik, erscheint in: Ferdinand, U., A. Pretzel, A. Seeck (Hg.): Verqueere Wissenschaft? Berlin
- Rosenbrock, R., H. Kühn, B. Köhler (Hg.) (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin: edition sigma

Rosenbrock, R., A. Salmen (Hg.) (1990): Aids Prävention, Berlin: edition sigma

Schaefer, H. (1963): Die Medizin in unserer Zeit, München: Piper

Schaeffer, D. (1993): Patientenorientierung und Gesundheitsförderung im Akutkrankenhaus - Erfordernis der Organisations- und Strukturentwicklung, in: Pelikan/Demmer/Hurrelmann (Hg.), 267-284

Schaeffer, D. (1995): Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg, Heft 3, 145-150

Schwartz, F.W. (1990): Gesundheitsförderung als zukunftsweisendes Instrument der Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 10, 346 ff.

Schwarzer, R. (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen; Bern. Toronto, Seattle: Hogrefe

Schwenkmezger, P., L.R. Schmidt (Hg.) (1994): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, Stuttgart: Enke

Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Standfest, E. et al. (1977): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats, WSI-Studie Nr. 35, Köln: Bund-Verlag

Syme, L. (1991): Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P91-206, Berlin: WZB

Townsend, P. (1990): Widening Inequalities of Health, in: International Journal of Health Services, 20. Jg., 363-372

Ulich, E. (3. Aufl. 1994): Arbeitspsychologie, Zürich und Stuttgart: Schäffer-Poeschel

von Ferber, Chr. (1971): Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?, Stuttgart usw.: Kohlhammer

von Troschke, J., G. Reschauer, A. Hoffmann-Markwald (Hg.)(1996): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Freiburg: Koordinierungsstelle Public Health

Walter, U., F. W. Schwartz (1996): Forschungsförderung zu Prävention und Gesundheitsförderung in Public Health, in: J. v. Troschke, G. Reschauer, A. Hoffmann-Markwald (Hg.), 120-128

WHO/EU/BMG (Hg.) (1991): Investment in Health. Gesundheitsförderung. Eine Investition in die Zukunft, Tauberbischofsheim: Fränkische Nachrichten, 7 Bände

Zola, I. (1972): Medicine as an Institution of Social Control, in: Sociological Review, 20. Jg, 487-504