

Grundlagentexte
Gesundheitswissenschaften

Sigrid Stöckel, Ulla Walter (Hrsg.)

Prävention im 20. Jahrhundert

Historische Grundlagen und
aktuelle Entwicklungen in Deutschland

Juventa Verlag Weinheim und München 2002

Geleitwort

Das vorliegende Buch versucht, die Entwicklung der Prävention über hundert Jahre nachzuzeichnen: von den sozialreformerischen, verhältnisorientierten und hygienischen Ansätzen Mitte des 19. Jahrhunderts bis hin zur stark individualisierten Prävention, geprägt von den Leitideen der persönlichen Kompetenz in Abgrenzung zu einer fremdbestimmten ‚Medikalisierung‘, individueller Lebensqualität, „Wellness“, „Fitness“ und kompetitiver Leistungssteigerung auf der Schwelle zum 21. Jahrhundert. An dieser Jahrhundertchwelle werden aber auch, sachlich durchaus zu Recht, Forderungen nach einem Ausbau bevölkerungs- und risikogruppenorientierter Präventionsstrategien durch Staat, Versicherungen, Schulen, Betriebe vorgebracht, weil anders dem interventiven und finanziellen Ausufernden wissenschafts- und technikgetriebener Medizin gesellschaftlich nicht zu begegnen sei. Dieser unter anderem auch von der Weltgesundheitsorganisation gestützte Ansatz trifft auf eine neue Offenheit der westlichen Industriegesellschaften für einen neuen ökonomischen Utilitarismus, der latent oder offensichtlich den christlich-karitativen älteren Fürsorgegedanken in Medizin und Pflege ersetzt. Beispielhaft werden derzeit in Deutschland Tausende Krankenhausbetten aus gemeinnütziger Trägerschaft an Investorengruppen unter anderem der privaten Versicherungswirtschaft verkauft. Rendite- und Kosten-Nutzen-Überlegungen ersetzen Reste zweckfreier Wohlfahrtsideen.

Gleichzeitig scheint die aus ökonomischen Gründen mit Milliardenbeträgen geförderte Genomforschung den ‚Schleier der Unwissenheit‘ über die Gesundheitsprognosen der noch Ungeborenen oder gerade Geborenen zu zerreißen. Rufe nach Selektion, nach trennenden, versicherungstechnischen „Risk Rating“ werden laut, die gesellschaftliche Solidarität zwischen zukünftig Gesunden und zukünftig Kranken muss neu definiert werden.

In diesem höchst spannungsreichen Rahmen muss individuelle und kollektive Prävention des 21. Jahrhunderts gedacht, geplant und umgesetzt werden. Es ist offensichtlich von größter Bedeutung, sich daher mit den von den Herausgeberinnen und Autoren dieses Bandes präsentierten Erfahrungen mit Prävention im Deutschen Kaiserreich, in der Weimarer Republik, im Dritten Reich und in beiden deutschen Nachkriegsstaaten bis zur Gegenwart intensiv zu befassen.

Die Vorstellungen zur Prävention unterlagen in den einzelnen Epochen immer den Einflüssen der jeweils leitenden Wissenschaften, ihre Umsetzung und Verankerung in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen wurde maßgeblich von den herrschenden politischen Zielsetzungen bestimmt.

Dabei waren vom Ende des Kaiserreichs bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs die Konfliktfelder im Wesentlichen dieselben, wie sie heute wieder in der Spannung zwischen ökonomischer Zweck-Ethik des Staates oder seiner Agenturen und unbedingter Würde- und Freiheitsgarantie des Grundgesetzes, zwischen kollektiven Gruppenrationalitäten und individueller Verantwortung und Freiheit zu Tage treten. Gelungene wie absurde Entwürfe wurden gedacht und verwirklicht. Alle diese Formen zu reflektieren ist nötig. Dabei ist dieses Buch eine hervorragende Hilfe.

Maßgeblich für Zielbildung und Umsetzung von Prävention im Gesundheitswesen der Gegenwart sollte ein transparenter, verhältnismäßiger, medizinisch schlüssiger, individuellen und kollektiven Präferenzen entsprechender Konzeptansatz und Mitteleinsatz sein, der Schutzbedürftigen Schutz gibt, Kompetenzen entwickelt und ohne Abwertung oder Bevormundung von Betroffenen den Einzelnen bei der vollen Entfaltung seiner gesundheitlichen Möglichkeiten unterstützt.

Hannover, im Januar 2002
Friedrich Wilhelm Schwartz

Inhalt

<i>Sigrid Stöckel, Ulla Walter</i> Prävention im 20. Jahrhundert - Grundriss und Prolog.....	11
<i>Zwischen Aufbruch und Begrenzung: Institutionalisierung und Konflikte im Kaiserreich und in der Weimarer Republik</i>	
<i>Heinz-Peter Schmiedebach</i> Gesundheit und Prävention in Abhängigkeit vom Gesellschafts- begriff im 19. Jahrhundert.....	26
<i>Dietrich Milles, Rainer Müller</i> Auftrag und Begrenzung der Gewerbehygiene.....	39
<i>Sabine Schleiermacher</i> Umfassende Krankenversicherung für alle? Verfassungsanspruch und Wirklichkeit	52
<i>Sigrid Stöckel</i> Gesundheitsfürsorge - von der Armenpflege zur Profession	65
<i>Ragnhild Münch, Jan Lazardzig</i> Inszenierung von Einsicht und Überblick. Hygiene-Ausstellungen und Prävention.....	78
<i>Gabriele Moser</i> Notverordnungen und Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik: Präventionskonzepte und Versorgungsstrukturen in der Krise	96
<i>Paul Weindling</i> The Divisions in Weimar Medicine: German Public Health and the League of Nations Health Organizations.....	110
<i>Nationalsozialismus: Teilung der Gesellschaft - „Ausmerze“ und die Versorgung des „Volkskörpers“</i>	
<i>Astrid Ley</i> „Die Verminderung der Hausbesuche erklärt sich durch die anderwei- tige Inanspruchnahme der Fürsorgeärzte ...“ Zu den Auswirkungen des Sterilisationsgesetzes auf die Offene Fürsorge für Geisteskranke.....	122
<i>Rebecca Schwoch</i> „Die amtlichen Gesundheits- und Fürsorgestellen müssen für alle sorgen...“ Nationalsozialistische Versorgungsstrukturen: Gesundheitspolitische Vorstellungen versus Versorgung im Alltag.....	136

Kontinuität und Neubeginn

Dagmar Ellerbrock

Prävention in der US-Zone 1945-1949. Zielsetzung, Konzeption und Reichweite von Präventionsmaßnahmen nach dem Zweiten Weltkrieg.. 152

Udo Schagen

Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur:

Gesundheitsschutz als Leitkonzept 165

Norbert Schmacke

Die Individualisierung der Prävention im Schatten der Medizin 178

Zwischen Risikofaktorenmodell und Gesundheitsförderung Re-Strukturierung seit den 1970er Jahren

Jürgen von Troschke

Das Risikofaktorenmodell als handlungsleitendes Paradigma der Prävention in Deutschland 190

Elisabeth Pott

Gesund in der Gesellschaft - Information der Bevölkerung heute. Aufgaben und Konzepte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 204

Jens Uwe Niehoff

Leitbilder der Prävention seit den 1970er Jahren 218

Helmut Brand

Verhältnisprävention - im Gesundheitsschutz hinreichend verankert? 231

Gudrun Eberle

Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1970 bis heute 237

Alf Trojan

Das Konzept der Gesundheitsförderung in der Praxis: Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation, der Gesetzlichen Krankenversicherung, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kommune, des Arbeitgebers oder nur des Individuums? 250

Maik H.-J. Winter, Adelheid Kuhlmei

Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten 266

Ausblick

Ulla Walter, Sigrid Stöckel

Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende 273

Autorinnen und Autoren 301

Prävention im 20. Jahrhundert

Grundriss und Prolog

Gesundheit ist ein zentraler Begriff heutiger Gesellschaften. Er verbindet individuelles Wohlergehen und Eigenverantwortung mit kollektiven, sozialstaatlich gesicherten Ordnungsvorstellungen zum Erhalt von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Der Erhalt von Gesundheit und die Verhinderung von Krankheit ist nicht nur eine private, sondern auch eine öffentliche Aufgabe. Gesundheit und Prävention sind nicht nur wandelbare, sondern auch „gesellschaftlich gebundene“ Begriffe. Damit ist nicht nur die Abhängigkeit präventiver Vorstellungen und Ziele von wissenschaftlichen Kenntnissen und ihrer Vermittlung gemeint, sondern - da Prävention nur gemeinsam zu realisieren ist - von dem gesellschaftlichen und institutionellen Ort, der ihr zugewiesen wird.

Die Forderungen nach Prävention, Prophylaxe und Hygiene waren im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert Versuche, in gesellschaftliche Prozesse wie Pauperismus, Industrialisierung und Städtewachstum und die damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren im Sinne einer Demokratisierung der Gesellschaft formend einzugreifen. Prävention ist ein Aufruf zur Gestaltung. Das Streben nach Bevölkerungswachstum wie auch nach innerer Sicherheit ließ die öffentliche und politische Bedeutung von Gesundheit immer stärker hervortreten und zu einer Debatte um öffentliche Gesundheits-sicherung werden. Je mehr der Wunsch nach Planbarkeit und Kontrolle gesellschaftlicher Prozesse zugenommen hat - eine Entwicklung, die sowohl durch die Ökonomisierung als auch durch eine umfassende Rationalisierung verstärkt wurde - desto wichtiger wurden Planung und Vorausschau mit dem Ziel der Risikoabwehr im gesundheitlichen Bereich (Labisch 1992). „Prävention“ - am Ende des 19. Jahrhunderts noch ein Terminus aus der Rechtswissenschaft zur Verbrechenverhütung - wurde im 20. Jahrhundert mehr und mehr zu einem Begriff der Abwehr gesundheitlicher Gefahren. Dabei verlagerte sich der Fokus von einer gruppenspezifischen Gesundheitsfürsorge in der Weimarer Republik, über eine an den „Volkkörper“ gebundene Erziehung zur Gesundheit im Nationalsozialismus, hin zu einer präventiv-medizinisch begründeten Risikovermeidung in der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft, während die Deutsche Demokratische Republik als

vordringliche gesundheitssichernde Maßnahme einen gleichen Zugang zu medizinischen wie auch sozialen Gütern anstrebte. Ende der 1970er Jahre führte in Westdeutschland die Alternativbewegung mit ihrer Kritik an den Verhältnissen und Institutionen zu einer Politisierung und Erweiterung des medizinisch ausgerichteten Gesundheitsbegriffes. Auf Gesundheitstagen setzten sich nicht nur Ärzte, sondern auch andere gesundheitsbezogene Professionen gemeinsam mit Selbsthilfegruppen und Laien zusammen, um nach neuen Formen zur Erhaltung der Gesundheit zu suchen. Unterstützt wurde der Gedanke der Gestaltung der eigenen Gesundheit durch das Konzept des Empowerment, das gemeinsam mit der politischen Gesamtverantwortung für Gesundheit wichtiger Bestandteil der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) ist. An die individuelle und Konsumentenebene zielt am Ende des 20. Jahrhunderts verstärkt die Wellness- und Fitness-Bewegung, die Körperpflege, Entspannung und körperliche Betätigung zur Harmonisierung körperlicher und seelischer Zustände in den Vordergrund stellt.

Das Bedürfnis nach Prävention ist einer planenden und auf Sicherheit bedachten Gesellschaft angemessen, seine Umsetzung bleibt im gesamten 20. Jahrhundert jedoch vergleichsweise ungeregelt.

Warum eine historische Betrachtung des Phänomens?

Offensichtlich hat Prävention eine Geschichte. Das erklärt jedoch nicht, warum man sich mit ihr beschäftigen sollte. Historiker weisen darauf hin, dass *aus* Geschichte nicht zu lernen sei, weil sich die Ereignisse nie genauso wiederholen - jede historische Situation unterliegt unvorhersehbaren Faktoren und Einflüssen. *An* Geschichte dagegen kann man Erkenntnisse gewinnen. Eine historische Analyse erleichtert es, den Zusammenhang, den *Kontext eines Phänomens* wahrzunehmen. Am Beispiel der Prävention bedeutet das, neben den Strukturen und Effekten krankheitsvermeidender Maßnahmen Prävention als kulturelle Praxis in einem umfassenderen Sinne zu sehen - als Vorstellungen über Wirkungszusammenhänge, Verantwortlichkeiten, gesellschaftliche Zuschreibungen, Risikowahrnehmungen und den Versuch ihrer Steuerung. In der historischen Distanz werden die Bezüge deutlicher als in der Gegenwart, wo der Betrachter aus der Mitte des Geschehens, ohne Abstand und entsprechend ‚perspektivlos‘, die Ereignisse beobachtet.

Um die aktuelle Diskussion für die gesellschaftlichen Funktionen von Prävention zu sensibilisieren, veranstalteten wir im März 2001 ein Symposium, auf dem Medizinhistoriker, Public Health Wissenschaftler und Experten aus der Versorgungspraxis eingeladen waren, sich in einem interdisziplinären Kolloquium mit den historischen Grundlagen und zukünftigen Entwicklungen von Präventionskonzepten und Versorgungsstrukturen auseinanderzusetzen. Im Fokus standen nicht nur die Entwicklung der Konzepte, sondern

auch ihre Umsetzung mittels vorhandener oder zu schaffender Versorgungsstrukturen. Ausgehend von einer Analyse der vergangenen hundert Jahre, in denen Gesundheitssicherung nach und nach als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wurde, lautete der Titel des Symposiums „Gesund in Gesellschaft“. Unterstützt wurde das Symposium von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stifterverband der Deutschen Wissenschaft sowie von der Konrad-Adenauer-Stiftung und der Friedrich-Ebert-Stiftung in Niedersachsen, die angesichts der gesellschaftspolitischen Relevanz des Themas erstmals eine gemeinsame Veranstaltung durchführten. Wir möchten Herrn Ulrich Dütemeyer und Herrn Egmont Eckart nochmals für ihr Engagement und ihre Kooperationsbereitschaft danken.

Auf dem Symposium wurde deutlich, dass der aktuelle Präventionsbegriff von der Entwicklung des 20. Jahrhunderts geprägt ist - sowohl von *epidemiologisch-wissenschaftlichen* wie auch *gesellschaftspolitischen* und *sozio-kulturellen* Konstellationen und ihren Veränderungen:

Epidemiologisch-wissenschaftlich:

- Die großen Volkskrankheiten zu Beginn des Jahrhunderts, die auch nach den bakteriologischen Entdeckungen nicht wirksam zu kurieren waren, wurden abgelöst von den so genannten Zivilisationskrankheiten in der zweiten Hälfte und „neuen Seuchen“ und wenig veränderten chronisch-degenerativen Erkrankungen am Ende des Jahrhunderts; die epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen werden insbesondere dann Gegenstand präventiver Bemühungen, wenn kurative Maßnahmen nicht erfolgreich sind.
- Zur Erklärung der Entstehung chronischer Erkrankungen dient das auf statistische Wahrscheinlichkeiten beruhende Risikofaktorenmodell. Für die Gesamtbevölkerung bedeutet dies, dass bereits eine geringfügige Minimierung von Risiken ihre Gesundheit verbessert. Der einzelne kann jedoch nicht sicher sein, dass er zu den Erkrankten gehört hätte, wenn er die geforderte Verhaltensänderung nicht vorgenommen hätte - ein Umstand, der als *Präventionsparadox* Eingang in die wissenschaftliche Diskussion gefunden hat (Rose 1992). In der (medizinischen) Praxis konzentriert sich die Prävention vorrangig auf Hochrisikogruppen.
- Wichtige Impulse erhielt die sozialhygienische Forschung zu Beginn des 20. Jahrhunderts und erhält Public Health heute durch die *Beobachtung der sozialen Umstände*, in denen Krankheiten gehäuft auftreten (Mielck 2000).
- Daraus wurden *Konzepte der Verhältnis- und Verhaltensprävention* entwickelt, die Grundlage heutiger Public Health Programme sind: ein umweltorientierter Gesundheitsschutz, ergänzt um spezifische Leistungen zur Kompensation sozialer Ungleichheit, sowie Informationen und Handlungsorientierungen zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten,

das zu Beginn des Jahrhunderts als *hygienisch* und gegen Ende als *vorausschauend, gesundheitsbewusst, risikovermeidend* und *kompetenzsteigernd* charakterisiert ist.

Gesellschaftspolitisch:

- Im Verlauf des 20. Jahrhunderts wurden allmählich die *Versorgungsstrukturen* ausgebaut. Hierzu zählen vor allem die Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung, deren Leistungen und deren Klientel nach und nach erweitert wurden; weiterhin die Gesundheitsfürsorge, mit deren Hilfe die Entstehung oder Verschlimmerung einer Erkrankung verhütet werden sollte und mit der Anfang des Jahrhunderts vor allem die Personen betreut wurden, die nicht krankenversichert waren, sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen Gesundheitsämtern.
- Ein *Professionalisierungsschub* erfolgte nicht nur in der Medizin, sondern auch in den sozialen Berufen, als dessen Folge Prävention und Vorsorge zu einem umkämpften Bereich wurde: Während sozial engagierte Ärzte im 19. Jahrhundert als Befürworter und Protagonisten von Präventionsmaßnahmen auftraten und ihre weniger interessierten Kollegen dieses Betätigungsfeld mieden, entsteht in den 1920er Jahren eine Konkurrenz zwischen ärztlich-kurativer und sozialhygienisch-prophylaktischer Tätigkeit, die zu einem Streit um die adäquate Einbindung von Präventionsmaßnahmen in das System gesundheitlicher Versorgung führt, der bis heute anhält.
- *Kollektive, gesellschaftliche Gesundheitssicherung* bzw. die Zuweisung der Erkrankungen und Gesundheit an die *eigene Zuständigkeit* („Gesundheitspflicht“, „Eigenverantwortung“) bis hin zu der Weigerung, Kranke oder Behinderte als Teil der Gemeinschaft zu akzeptieren - eine Haltung, die im Nationalsozialismus in Unterversorgung und Ermordung resultierte - spiegeln politische Entscheidungen und Auffassungen.
- Zu Beginn des 20. Jahrhunderts standen *Volk und Gemeinschaft* im Vordergrund gesundheitlicher Forderungen - mit der Konsequenz einer staatlichen oder kommunalen Zuständigkeit. Am Ende des 20. Jahrhunderts rückt das *Individuum* in den Mittelpunkt - mit der Folge, dass zunehmend eine Diversifizierung der Leistungen gefordert wird. Tendenziell zieht sich der Staat aus der Verantwortung zurück.

Soziokulturell:

- *Öffentlichkeit*, verbunden mit einem verstärkten Medieneinsatz und einer gezielten Informationsvermittlung, die das ganze Jahrhundert hindurch um die Pole der sinnlichen Wahrnehmung und abstrakt-wissenschaftlicher Darstellung kreist (Duden 1993, 1994), wurde zur zentralen Dimension.

- Es vollzogen sich Veränderungen im *Menschenbild und Körperverständnis*: Ein gesunder Körper ist zu Beginn wie zu Ende des 20. Jahrhunderts Voraussetzung für Leistung und gesellschaftliche Teilhabe. Am Ende des Jahrhunderts scheint die Präsentation der eigenen Persönlichkeit und des persönlichen Erfolges mittels eines ‚vorzeigbaren‘ Körpers noch wichtiger.
- Risikobewusstsein und Risikowahrnehmung nehmen im 20. Jahrhundert deutlich zu. Einzelne Risiken werden unter großen Kosten eliminiert (z.B. Asbest); andere Risiken der technischen Entwicklung werden von Laien gefürchtet, von Experten hingegen als eher unbedeutend eingeschätzt. Verhaltensgesteuerte Risiken hingegen werden von Bürgern als prinzipiell handhabbar und wenig beängstigend wahrgenommen, während Experten die „Rauchertoten“ zählen und zu Verhaltensänderungen aufrufen.

Am Beispiel der genetischen Diagnostik wird deutlich, dass sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit dem vermehrten Wissen um Risikoprofile sowohl das Risikobewusstsein als auch die Reaktion auf Risiken ändert und die angestrebte Risikomodulation oder -modifikation weitreichende Konsequenzen für die persönliche Verantwortung und die gesellschaftliche Sicherung haben werden (Brand 1999; zum Versuch einer soziokulturellen und wissenschaftshistorischen Einordnung vgl. Labisch 2001).

Auf dem Hintergrund unserer Symposiumserfahrung griffen wir den Vorschlag von Herrn Lothar Schweim vom Juventa Verlag auf, einen Band über „Prävention im 20. Jahrhundert“ herauszugeben, in dem neben den überarbeiteten Tagungsbeiträgen weitere Präventionsaspekte herausgearbeitet und das Bild von Prävention und Risikoabwehr sowie Gesundheitsförderung stärker konturiert wird.

Der Beginn des Jahrhunderts war sowohl gekennzeichnet von den zurückliegenden sozialen Unruhen als auch von wissenschaftlichen Fortschritten und einer Aufbruchstimmung, die mit der Lebensreformbewegung und ihrem veränderten Körper- und Freiheitsbewusstsein assoziiert ist (Buchholz et al. 2001). Ihr Ziel war, nicht nur gesellschaftliche Hierarchien aufzulösen, sondern auch das Geschlechterverhältnis und die Körperwahrnehmung zu verändern. Am Ende des Jahrhunderts steht dem eine Haltung gegenüber, die sich angesichts einer immer komplexeren Welt an Risikoabwägungen und -kalkülen abarbeitet. Mitbestimmung und Mitgestaltung erscheinen weitgehend durch Konsum, Bürgerrechte durch Verbraucherschutz einforderbar, wenn auch nicht völlig substituierbar. Prävention ist ein Begriff mit hohem Symbolwert (Meier 2001). Im Sinne einer planenden, auf Zukunft gerichteten Handlung entspricht Vorbeugung dem Selbstverständnis unserer Gesellschaft und ist insofern prinzipiell konsensfähig, ohne dass Prävention und Vermeidung von Risiken de facto die erste Priorität hätten.

Neben dem medizinisch geprägten Begriff der *Prävention* und seinem Ansatz zur Risikoreduzierung ist die auf individuelle und gesellschaftspolitische Kompetenzen und Ressourcen verweisende *Gesundheitsförderung* getreten. Darüber hinaus wird Gesundheit oder besser Gesundung als Teil der Persönlichkeitsentwicklung verstanden, die von außen beeinflusst wird - ein Modell, für das am Ende des 20. Jahrhunderts die Theorie der *Salutogenese* (Antonovsky 1997, engl. Originalausgabe 1987) herangezogen wird und dass auf vielfältige Weise in therapeutischen Prozessen bearbeitet wird (Petersen 2000).

Was liegt mit diesem Band vor?

Die Beiträge zeichnen die Suche nach Konzepten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und ihre Umsetzung von der Mitte des 19. bis ins letzte Drittel des 20. Jahrhunderts. Die Autoren und Autorinnen sind sowohl Medizinhistoriker als auch mit aktuellen Problemen beschäftigte Public Health Wissenschaftler sowie Experten aus der Versorgungspraxis. Entsprechend unterschiedlich sind Perspektiven und Darstellungsweise.

Die Beiträge erstrecken sich von den Auseinandersetzungen seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, als Ärzte und Staatsrechtler an die Zuständigkeit von Staat und Gesellschaft für Vorbeugung und ihren sozialen Nutzen appellierten, über die Entwicklung eines als rudimentär zu bezeichnenden Arbeitsschutzes, städtischen Hygienemaßnahmen, den Anfängen kommunaler Fürsorge sowie der Einrichtung und dem allmählichen Ausbau der Sozialversicherung. Mit der Gewerbehygiene zum Schutz der Arbeiter, der Unfallversicherung, der Berufskrankheitenverordnung und der Krankenversicherung werden unterschiedliche Zweige der Sozialversicherung auf ihre präventiven Ziele und Potenziale hin analysiert. Damit sind die wichtigsten Leistungsträger Gegenstand der Untersuchung. Die Landesversicherungsanstalten, die als Träger der Rentenversicherung im 20. Jahrhundert begannen, Heilmaßnahmen zum Erhalt der Arbeitskraft und Verhinderung einer frühzeitigen Invalidität zu finanzieren und eine öffentliche Gesundheitsaufklärung und -erziehung zu organisieren, werden nicht näher betrachtet.

Besondere Aufmerksamkeit wird der Weimarer Republik als der Hochphase präventiver Bemühungen gewidmet. Die Prävention im Nationalsozialismus - bessere Leistungen für die „erbgesunde arische Familie“ zum Erhalt des „Volkskörpers“ einerseits und die *Erfassung* zur „Ausmerze“ der so genannten „Minderwertigen“ andererseits werden als zwei Seiten der gleichen Medaille untersucht. Für die Nachkriegszeit wird der Frage nachgegangen, warum sich ein Anknüpfen an Weimarer Traditionen in der Bundesrepublik als nahezu unmöglich erwies, während die Deutsche Demokratische Republik eine explizite Neustrukturierung des Gesundheitswesens vornahm, die in einiger Hinsicht den Weimarer Konzepten und Institu-

tionen ähnelten. Schließlich analysieren Experten aus der Versorgungspraxis der Gesetzlichen Krankenversicherung, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Pflege verschiedene Präventionsansätze von 1970 bis heute. Obwohl die heutigen Protagonisten teilweise in die Gesundheitsbewegung der späten 70er und 80er Jahre eingebunden waren, gibt es keinen gesonderten Beitrag zu dieser Phase.

Das Hauptaugenmerk dieses Bandes liegt auf der Umsetzung und Institutionalisierung von Prävention, aber er versteht sich nicht als Institutionengeschichte. Weder das Reichs- noch das Bundesgesundheitsamt oder das Robert-Koch-Institut werden behandelt, und die Wohlfahrtsverbände, die in vielen Fürsorgebereichen Pionierarbeit geleistet haben, werden ebenso wenig dargestellt wie spezielle Institutionen, in denen spezifische Präventionsmaßnahmen angeboten wurden und werden (Schulen, Betriebe, Wohnungshygiene, Ernährung etc.). Die Untersuchungen konzentrieren sich insofern auf Zielgruppen, als die Präventionsmaßnahmen auf ihre kompensatorische Leistung hin befragt werden, aber es erfolgt keine Darstellung nach alters-, lebensphasen- oder risikospezifischen Präventionsmöglichkeiten.

Die Fragestellung liegt weniger auf der wissenschaftlichen Entwicklung von Präventionskonzepten, die in ihren Grundaussagen der Verhältnis- und Verhaltensprävention im Verlauf des 20. Jahrhunderts relativ stabil erscheinen - bezüglich der Entwicklung und Durchsetzung des Risikofaktorenmodells haben wir den Ergebnissen Aronowitz' (1998) bisher nichts hinzuzufügen, seine Durchführung wird am Beispiel der Herz-Kreislauf-Studie diskutiert. Zentrales Thema ist die gesellschaftliche Umsetzung. Wann und aus welchen Motiven heraus wird Prävention zu einer gesellschaftlichen Aufgabe? Welche Missstände werden als so skandalös empfunden, dass ihnen dringend abgeholfen werden muss? Welche Gruppen fühlen sich für ihre Umsetzung verantwortlich? Wo findet Prävention einen institutionellen Ort? Wie entwickeln sich die Konzepte und Ziele, gegen welche Widerstände, was wiederholt sich, wo gibt es Veränderungen? Dabei stellt sich u.a. die Frage, ob und wo die mittlerweile erfolgte Fokussierung auf Verhaltensprävention der Problemlage angemessen ist, und wie Prävention und Gesundheitsförderung am besten zu institutionalisieren sind.

Entsprechend stehen die ersten Beiträge unter der Überschrift

Zwischen Aufbruch und Begrenzung: Institutionalisierung und Konflikte im Kaiserreich und der Weimarer Republik

Prävention ist auch und vor allem von der ‚Verfasstheit‘ und dem Selbstverständnis einer Gesellschaft bzw. ihrer Repräsentanten abhängig. *Heinz-Peter Schmiedebach* geht dieser Verbindung im 19. an der Wende zum 20. Jahrhundert nach und untersucht sie am Beispiel der Konflikte und Ausei-

nersetzungen um Gesundheitssicherung und ihrem Wandel. Mitte des 19. Jahrhunderts war Gesundheit ein „natürliches Recht“, zu dessen Schutz der Staat verpflichtet werden sollte. Im letzten Drittel stellte Gesundheit einen ökonomischen Wert dar - als öffentliches Gut und individuelles Kapital, dessen Erhalt infolgedessen keiner weiteren Begründung bedurfte. Diese Argumentationsfigur, die um die Achse „Leistungsfähigkeit“ sowie umfassende hygienische Maßnahmen zu ihrer Erhaltung kreiste, legitimierte Prävention und erscheint auch heute noch stimmig. Dieser Ansatz wurde um die Jahrhundertwende radikalisiert durch Sozialhygieniker, die Gesundheit mit Sozialreform verknüpften und beide Bereiche damit aufwerteten, daraus jedoch den Schluss zogen, dass soziale Ausgaben, die nicht zur Wiederherstellung der Gesundheit führten, Fehlinvestitionen seien. Schmiedebach betont, dass damit die Sorge um Gesundheit sozialtechnologischen Erwägungen untergeordnet wurde.

Prävention oder Prophylaxe fand in der Sozialversicherung unterschiedliche institutionelle Ausformungen. *Rainer Müller* und *Dietrich Milles* untersuchen mit der Gewerbehygiene einen Bereich, in dem besonders schwerwiegende gesundheitliche Gefährdungen auftraten. Sie interpretieren die Arbeitsschutzgesetzgebung durch die Unfallversicherung weniger als einen Ansatz, die Risiken zu verkleinern, als vielmehr einen Versuch, das Problem aus dem öffentlichen Blick zu nehmen. Die Versicherung bezeichnen sie als „Rahmungen“ - weniger als Begrenzung des Problems als seiner gesellschaftlichen Wahrnehmung - und weisen damit auf ein Charakteristikum jedes Risikobegriffs hin: Während eine Gefahr nicht nur bedrohlich, sondern prinzipiell unbeherrschbar ist, suggeriert ein Risiko die Kalkulierbarkeit und Berechenbarkeit der Wahrscheinlichkeit seines Eintretens. Aus dieser Perspektive erweist sich die Unfallversicherung sowie ihre problematische Erweiterung um ausgewählte Berufskrankheiten 1925 als eine ambivalente Errungenschaft.

Sabine Schleiermacher setzt sich mit Anspruch und Wirklichkeit der Krankenversicherung auseinander, deren Aufgaben bekanntlich auf die materielle und kurative Versorgung im Krankheitsfall begrenzt sind und Prävention nicht explizit einschließen. Als Gegenmodell und Entlastung der Armenhilfe schuf die Krankenversicherung jedoch eine Voraussetzung für die Entwicklung einer spezifischen Gesundheitsfürsorge. Für die Weimarer Republik stellt die Autorin fest, dass die Krankenversicherung - angesichts akuten Kapitalmangels infolge Inflation und Arbeitslosigkeit - nicht nur finanziell in die Krise geriet und mit Selbstbeteiligung und Leistungsbeschränkungen reagierte, sondern auch die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Versicherten mit der Einführung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschland empfindlich beschnitten wurden, da diese über Leistung und Bezahlung bestimmte.

Neben dem System der Sozialversicherung, das bei seiner Einrichtung nur 10% der Arbeiterschaft umfasste, entwickelte sich die zunächst durch private Wohltätigkeit und nach der Jahrhundertwende zunehmend durch die Kommunen organisierte und finanzierte Gesundheitsfürsorge. Die Motive zur Ausgestaltung sowie die Schwierigkeiten bei der Realisierung des Modells untersucht *Sigrid Stöckel* unter dem Aspekt der Differenzierung der Armenpflege und der Entstehung einer neuen Profession der weiblichen Sozialarbeit.

Ragnhild Münch und *Jan Lazardzig* beschäftigen sich mit dem kulturellen Aspekt der Gesundheitsaufklärung. Am Beispiel der großen Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden, die den Auftakt zur Gründung des 1930 eröffneten Hygienemuseums gab, stellen sie die „Inszenierung von Einsicht und Überblick“ dar. Sie weisen auf den „Event-Charakter“ der Ausstellung hin, die Unterhaltung mit Belehrung verbindet und die Massen durch die Enthüllung des Körperinneren anzieht. In der „Kombination von Abschreckung und Authentizität“ stellen die Autoren eine „Nachhaltigkeit der Ausstellungsmedien“ fest, die zwischen „statisch-belehrender Darstellung“ und „affektiv-dynamischer Abschreckung“ oder auch affektiv vermittelten Anstößen zur Veränderung oszillierten und die in der aktuellen Aufklärungspraxis weiterhin diskutiert werden.

Die Relevanz des politischen Kontextes wird an *Paul Weindlings* Untersuchung zu den innenpolitischen Kontroversen über die Beteiligung deutscher Wissenschaftler an der internationalen Gesundheits-Sektion des Völkerbundes deutlich. Die Teilnahme am Völkerbund bedeutete aus deutscher Sicht, die mit dem Versailler Vertrag vorgenommene, Deutschland benachteiligende Neuregelung Europas zu akzeptieren - ein Grund für nationale Kreise, eine derartige Beteiligung abzulehnen, jedoch das damit verbundene Defizit an internationaler Reputation als die nächste Beleidigung aufzufassen. Sowohl national wie auch sozialpolitisch aufgeladen waren darüber hinaus die Debatten um internationalen Seuchenschutz und ein präventives Vorgehen gegen Infektionskrankheiten. Errungenschaften der Bakteriologie wurden in mehreren Ländern als nationale Erfolge angesehen und entsprechend verteidigt, während ein umfassender sozialer Präventionsansatz international erst langsam breitere Unterstützung fand.

Gabriele Moser macht für die gesundheitspolitische Diskussion der Weimarer Republik auf ein zunehmendes Interesse an Schadensverhütung statt Schadensregulierung aufmerksam, das sich in einer Erweiterung der Kasernenleistung auf bestimmte präventive Maßnahmen niederschlägt. Während die Ärzteschaft einen Ausbau sozialhygienischer Fürsorgestellen aus Konkurrenzgründen noch 1927 ablehnt, erklären sich ärztliche Standsvertreter seit 1930 bereit, sozialhygienische Aufgaben in den ärztlichen Kanon zu integrieren, um auf den Präventionsbereich Einfluss nehmen zu können. Im Kontext der wirtschaftlichen Krise wird Prävention jedoch immer mehr als

ein Mittel zur Kostensenkung interpretiert, und anstelle sozialer Maßnahmen wird zunehmend ein gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung gefordert. Damit verändert Prävention ihr ursprünglich soziales Gepräge zugunsten eines präventivmedizinischen Ansatzes (Moser 2001, S. 130)

Nationalsozialismus: Teilung der Gesellschaft - „Ausmerze“ und die Versorgung des „Volkkörpers“

Im Nationalsozialismus wurden die Reformansätze pervertiert, indem Gesundheitsfürsorge einem rassenhygienisch-eugenischen Kalkül unterworfen und die so genannten „Minderwertigen“ von der Versorgung ausgeschlossen wurden. Die Ausschaltung der politisch missliebigen Vertreter der Sozialhygiene durch Berufsverbote, dem Zwang zur Emigration oder durch Ermordung in Konzentrationslagern sowie die Beschränkung fürsorglicher Maßnahmen auf die „erbgesunde deutsche Familie“ und die Konzentration auf den „Volkkörper“ bedeuteten einen Eingriff in die Präventionskultur, von deren Folgen sich zumindest die Bundesrepublik nur schwer erholt hat (Stöckel 2002), während die Deutsche Demokratische Republik in der Struktur der gesundheitlichen Versorgung inklusive Vorbeugung neue Wege ging (Schagen, Schleiermacher 2001).

Die Teilung der Gesellschaft und ihre Folgen demonstriert *Astrid Ley* an einem frühen Reformmodell zur ambulanten Versorgung psychisch Kranker. Mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933) trat anstelle von Zuwendung und Hilfe die Erfassung. Bereits diese Umorientierung der Fürsorgearbeit bewirkte eine schwerwiegende Unterversorgung psychisch Kranker, die sich in der Folge bis zur Durchführung von Sterilisationen und Patientenmorden steigerte. Das Ziel der Prävention mutierte von der Verhütung von Krankheit zur Vernichtung kranker Menschen.

Rebecca Schwach kontrastiert die nationalsozialistischen Versprechungen zu einer besseren fürsorglichen und medizinischen Betreuung der Bevölkerung mit der tatsächlichen Versorgung im Alltag und kommt zu dem Schluss, dass insbesondere durch die Ausschaltung jüdischer Ärzte ein Versorgungsmangel auch für die „arische“ Bevölkerung eingetreten ist.

Kontinuität und Neubeginn

Für die Zeit der Besatzung wird am Beispiel der amerikanischen und sowjetischen Zone untersucht, inwiefern die jeweiligen Präventionskonzepte der Alliierten national geprägt waren, und ob sie die Praxis in Deutschland überformten. Angesichts existentieller Not und der Bedrohung durch Hunger und Seuchen war Gesundheitssicherung zunächst eine vordringliche und praktische Aufgabe, die in Zusammenarbeit mit den deutschen Ärzten in allen Besatzungszonen mit der Verteilung von Lebensmitteln und Medikamenten ge-

gen Infektionskrankheiten von Ruhr über Tuberkulose bis zu Geschlechtskrankheiten relativ ähnlich erledigt wurde.

Dagmar Ellerbrock berichtet über die amerikanische Besatzungszone, dass Gesundheit als ein allgemeiner, gewissermaßen „überpolitischer“ Wert angesehen wurde, und die Sicherung von Gesundheit jeder gesellschaftspolitischen Neuordnung vorausgehen musste. Ihre Vorstellungen sowohl von der Organisation ärztlicher Versorgung ohne staatliche Sozialversicherung als auch von Public Health wurden von deutscher Seite jedoch abgelehnt - das deutsche Gesundheitssystem schien als ein Residuum nationaler Identität angesehen und entsprechend verteidigt zu werden.

Udo Schagen weist in seinem Beitrag über die Sowjetische Besetzte Zone (SBZ) respektive die junge DDR darauf hin, dass dem Aufbau einer egalitären Versorgungsstruktur seitens der Sozialisten eine hohe präventive Bedeutung beigemessen wurde. Die Einführung einer Einheitsversicherung sowie der gleiche Zugang zu medizinischen *und* sozialen Leistungen wurde als Voraussetzung für Gesundheitssicherung und Demokratisierung gesehen. Schagen illustriert damit eine explizit politische Funktion von Präventionskonzepten. Der Annahme, das Gesundheitssystem der DDR sei sowjetisch geprägt, stellt er die Beobachtung entgegen, dass die Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) in diesem Bereich den Forderungen der deutschen kommunistischen und sozialistischen Ärzte entsprachen und das Gesundheitssystem der DDR somit weniger sowjetisch als deutsch geprägt war.

Norbert Schmacke stellt für die Entwicklung der Prävention in der Bundesrepublik eine Beschränkung auf Präventivmedizin fest und analysiert diese Entwicklung. Als ursächlich für den Niedergang der Präventionskultur beschreibt er die Entwicklung des Kassenarztrechts, das niedergelassenen Ärzten immer mehr Aufgaben übertrug, und das Risikofaktorenmodell, das zum bestimmenden Konzept avancierte und weniger eine sozial ausgerichtete Prävention erforderte als vielmehr Früherkennung und Kuration. Beide Umstände sieht er als ursächlich für eine Schwächung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wie auch des sozialen Ansatzes.

Zwischen Risikofaktorenmodell und Gesundheitsförderung - Re-Strukturierung seit den 1970er Jahren

Prävention erfährt - ausgelöst durch verschiedene Umstände von der Protestbewegung Ende der 1960er Jahre, der Krise des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, dem Kontakt deutscher Mediziner mit der Public Health Bewegung in den USA - sowohl konzeptionell als auch institutionell Erschütterungen und Neuansätze. Die ersten drei Artikel dieses Kapitels setzen sich mit den Präventionskonzepten und gesellschaftlichen Leitmotiven auseinander.

Jürgen von Trotschke untersucht das Risikofaktorenmodell, das von statistischen Wahrscheinlichkeiten ausgeht, an einer chronischen „Zivilisationskrankheit“ zu leiden. Der Autor stellt die 1987 gestartete bevölkerungsweite Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) vor und schließt eine generelle Diskussion des Risikobegriffs respektive der Risikokultur an. Er verweist darauf dass der gängige Risikobegriff, der an die Wahrnehmung einer Gefahr die Forderung nach staatlicher Regelung oder Abwehr anschließt, bezüglich gesundheitlicher Risiken nicht oder kaum greift, denn zuständig ist das Individuum. Außerdem weist Trotschke auf eine weitere Schwäche der Aufklärung über gesundheitliche Risiken hin, dass nämlich nur die Kognition mit dem Wissen um die unangenehmen Folgen angesprochen wird, die Emotionen hingegen ignoriert werden.

Ansätze zur Lösung dieses Problems werden von *Elisabeth Pott* am Beispiel der Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vorgeführt. Während traditionelle Gesundheitsausstellungen hauptsächlich Kenntnisse über den menschlichen Körper und seine Funktionen und Erkrankungen vermittelten, bemüht sich die Bundeszentrale, mit ihrem Informationsmaterial den Wechsel vom Risikofaktorenkonzept zur Gesundheitsförderung zu illustrieren. Im Mittelpunkt steht nicht mehr die Beschreibung des gesundheitlichen Problems, sondern eine Orientierung an Lebensumständen, in denen das Problem auftreten kann, und die Suche nach adäquaten Lösungsmöglichkeiten. Das Beispiel der AIDS-Prävention illustriert diesen Ansatz, der auch in vielen anderen Themenbereichen verfolgt wird - von der Aufklärung über Organspende bis zur Stärkung des Selbstbewusstseins von Kindern unter Anwendung des Peer-Group-Ansatzes. Ziel ist, zur Diskussion anzuregen und die Kompetenzen zu steigern.

Jens-Uwe Niehoff analysiert mit den „Leitbildern der Prävention“ insbesondere die ihnen zugrunde liegenden sozialen Wertvorstellungen - die „Wahrnehmungsmuster“ prioritärer Gesundheitsprobleme, die sozialen Konstruktionen eines ‚richtigen‘ Verhaltens, die Krankheit als Ergebnis eines Fehlverhaltens erscheinen lassen und den Druck auf ein ‚normgerechtes‘ Verhalten erhöhen, bis zur Re-Thematisierung der Gesunderhaltung als soziale Herausforderung durch die Ottawa-Charta 1986. Niehoff stellt die Frage nach dem Verhältnis von Wissenschaft und gesellschaftlicher Nachfrage und schärft die Aufmerksamkeit für die Einflüsse ökonomischer Kalküle, die nicht nur in der Erwartung erheblicher Einsparungen durch Prävention deutlich werden, sondern auch an der Marktdimension präventiver Angebote selbst - die genetische Diagnostik mit ihrem Anerbieten nicht nur an Kranke, sondern auch an Gesunde, eine wie auch immer definierte Risikostruktur kenntlich zu machen, zeigt das zu erwartende Ausmaß. Prävention ist damit nicht nur in politische, sondern auch in ökonomische Interessenkonflikte eingebunden.

Die folgenden drei Artikel beschäftigen sich mit der Frage der institutionellen Verortung von Prävention am Ende des Jahrhunderts.

Helmut Brand untersucht, ob der Gesundheitsschutz im öffentlichen Gesundheitsdienst hinreichend verankert ist - eine Frage, die nach den großen Tierseuchen BSE und Maul- und Klauenseuche nicht mehr ohne weiteres zu bejahen ist. Die Einführung neuer Kontrollen und einer verbesserten Bürgerinformation läuft inzwischen weitgehend über den Verbraucherschutz. Der Autor bewertet diese Entwicklung als ambivalent, da damit der Schutz der Öffentlichkeit respektive der Schutz für alle Menschen abgelöst wird durch einen Konsumentenschutz. Gesundheit ist jedoch weder ein Konsumartikel noch darf sie von der Konsumfähigkeit der Bürger abhängig sein.

Gudrun Eberle stellt die Präventionsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Einfluss gesundheitspolitischer Vorgaben auf ihre Gestaltung dar. Motiviert durch den Wunsch, mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands sowohl den Versicherten zu helfen als auch sich als Kasse positiv zu profilieren, hatte die AOK bereits 1977 ein Pilotprojekt von Kursen zur Vorbeugung gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestartet (AOK Mettmann). Mit dem § 20 SGB V des Gesundheitsreformgesetzes 1989 erhielten gesundheitsförderliche Projekte eine gesetzliche Grundlage. Ihre Rücknahme im Gesundheitsstrukturgesetz von 1996 ist weniger auf eine Zweckentfremdung derartiger Angebote zur Mitgliederwerbung zurückzuführen als vielmehr auf die Kostendämpfungs Bemühungen: Um die Beitragsstabilität zu gewährleisten, wurde die Primärprävention aus dem Leistungskatalog entfernt. Diese Entscheidung wurde mit der Gesundheitsreform 2000 rückgängig gemacht. Der überarbeitete § 20 SGB V nennt als Ziel, sozial bedingte Ungleichheiten zu vermindern. Entsprechend werden „aufsuchende“ Programme zunehmend wichtig.

Den Möglichkeiten einer zweckmäßigen Institutionalisierung von Gesundheitsförderung geht *Alf Trojan* nach. Auf der Grundlage der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung sucht er nach ‚zuständigen‘ Akteuren, d.h. nach Institutionen mit spezifischen Stärken für die in der Charta genannten Handlungsfelder. Da Gesundheitsförderung eine komplexe Aufgabe ist, erfordert eine hohe Kooperationsbereitschaft der beteiligten Professionen und Institutionen. Schwerpunkt ist die kommunale Ebene, wobei der Autor dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine wichtige Rolle zuerkennt, da er organisatorische Kompetenz und Wissen (Gesundheitsberichterstattung) mit einem Reformleitbild (1998) verbindet, das diesen Aufgaben angepasst ist. Grundsätzlich erweist sich Gesundheit auch im Politikbereich als ein „Ziel mit beschränkter Durchsetzungskraft“, die steigt, wenn das Gesundheitsziel mit anderen hochrangigen Zielen verknüpft wird.

Schließlich stellen *Winter* und *Kuhlmey* mit der Pflege einen Bereich vor, der aufgrund seiner großen Nachfrage strukturell grundlegend für die Um-

setzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist. Während Pflegekonzepte die Selbständigkeit der Klienten betonen, Bevormundung vermeiden und eine insgesamt aktivierende Pflege propagieren, spielen derartige Ansätze in der Realität bisher eine untergeordnete Rolle. Strukturelle Probleme - eine Überlastung der Pflegekräfte, zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten, Ausbildungsschwerpunkte in stationärer statt ambulanter Pflege und nicht zuletzt ein schlechter Gesundheitszustand der Pflegekräfte selbst stehen der Umsetzung entgegen.

In einem Ausblick fassen die Herausgeberinnen die vorliegende Längsschnittbetrachtung der Prävention und ihrer Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende in einzelnen problemorientierten Querschnitten zusammen. Dabei fallen sowohl die Unterschiede der Präventionskonzepte und ihrer Verortung im Gesundheitssystem als auch die z.T. überraschenden Ähnlichkeiten auf, die zur Bewältigung ökonomischer Schwierigkeiten bemüht werden.

Dass die Untersuchung der *Prävention im 20. Jahrhundert* ein sinnvoller Zeitraum ist, wird insbesondere angesichts der neuen Herausforderungen einer genetischen Diagnostik deutlich. Mit der momentan fortschreitenden Fokussierung auf Genetik wird sowohl die Kultur des Wissens und die damit verbundenen Anforderungen an ein angemessenes Risikoverhalten grundlegend umstrukturiert als auch die Aufgabe einer solidarischen Gesundheitssicherung neu gestellt.

Wir danken für Unterstützung bei der Fertigstellung der Manuskripte der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung sowie der Abteilung Medizingeschichte, Ethik und Theoriebildung in der Medizin, insbesondere Barbara Hartmann, Stefanie Reich und Birgit Wichmann.

Literatur

- Antonovsky A (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen (Originalausgabe 1987, San Francisco)
- Aronowitz R A (1998): *Making sense of illness: science, society, and disease.* Cambridge Univ. Press.
- Berliner Gesundheitsladen (Hg) (1991): *10 Jahre Gesundheitsladen Berlin.* Berlin
- Brand A (1999): Screening auf genetische Erkrankungen: Pro und Contra. In: E Schwinger, JW Dudenhausen (Hg): *Nichtdirektive humangenetische Beratung. Molekulare Medizin und Genetische Beratung.* Frankfurt/M, S 36-46
- Buchholz K et al (Hg) (2001): *Die Lebensreform. Entwurf zur Neugestaltung von Leben und Kunst um 1900, Bd 1, 2.* Darmstadt
- Duden B (1993): *Disembodying women. Perspectives on pregnancy and the unborn.* Cambridge, Mass.

- Duden B (1994): Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. München
- Labisch A (1992): Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/M.
- Labisch A, Tennstedt F (1991): Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949 - ca. 1965). In: T Elkeles, JU Niehoff, R Rosenbrock, F Schneider (Hg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990, S. 130-158
- Labisch A (2001): Bakteriologie und Konstitutionshygiene - Genomics und Proteomics: Konzepte der Medizin und Konzepte der Gesundheitssicherung in Vergangenheit und Zukunft. Das öffentliche Gesundheitswesen 63, S. 191-199.
- Meier E (2001): Prävention - Allheilmittel oder Placebo? Lage
- Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern
- Moser G (2002): „Im Interesse der Volksgesundheit...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert. Frankfurt/M
- Petersen P (2000): Der Therapeut als Künstler, 4. Aufl. Stuttgart
- Rose G (1992): The Strategy of Preventive Medicine. Oxford, New York
- Schagen U, Schleiermacher S (2001): Rahmenbedingungen für die Reorganisation des Gesundheitswesens. Die Sowjetische Besatzungszone und Berlin. In: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Hg. v. BMAS und Bundesarchiv. Bd. 2/1: 1945-1949. Baden-Baden, S. 471-480 und 511-528
- Stöckel S (2002): The Debate About Health Care - Coming to Terms with the Past in a Paradoxical Way. In: A Steinweis, Ph Gassert (eds.): The Sixties: Coming to Terms with the Nazi Past. Cambridge Mass.