

# Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende

## Zusammenfassung und Ausblick

---

Eine Betrachtung der Prävention im 20. Jahrhundert spiegelt zwangsläufig die Reformbewegungen, Einschnitte und Rückschritte, aber auch die zentralen Themen und Argumentationslinien wider, die auch die wechselvolle Geschichte der politischen Systeme und die damit einhergehenden gesellschaftlichen Veränderungen des vergangenen Jahrhunderts prägen. Häufig wurde der Prävention nur eine marginale Rolle für die Gesunderhaltung der Bevölkerung zugeschrieben - oft verbunden mit einer geringen Konzepthaftigkeit für die Prävention in der (Gesundheits-)Politik.

Die folgende Darstellung versucht auf Basis der vorangehenden Beiträge zusammenfassend eine Übersicht über die Entwicklung der Prävention in Deutschland, ihrer Inhalte, ihrer Konzepte und ihrer institutionellen Verankerung im Gesundheitswesen in den unterschiedlichen Zeiträumen zu geben. Dabei stehen folgende Aspekte im Vordergrund:

- Welche Vorstellungen von Gesundheit liegen vor? Welche Konzepte von Prävention bestehen und wie wurden sie realisiert?
- In welchem Zusammenhang stehen Ökonomie und Prävention?
- Welche Relevanz wird der Verhältnis- und der Verhaltensprävention zugemessen?
- Welche Institutionen sind mit der Umsetzung der Prävention betraut?
- Welche Rolle spielen die Ärzte in der Prävention?
- Inwieweit übernehmen die Kranken- und Unfallversicherungen Aufgaben der Prävention?
- Wie hat sich die Methodik der Prävention verändert?

Nicht zuletzt soll der Frage nachgegangen werden, welche Erkenntnisse man für die heutige Prävention aus der Analyse ihrer geschichtlichen Entwicklung gewinnen kann.

Zunächst werden die zentralen Begriffe für Prävention vorgestellt, die im Laufe des Jahrhunderts verwendet wurden.

## Von der Hygiene zur Gesundheitsförderung - Wandel der Begrifflichkeiten

*Hygiene* (griech. Hygieinós: der Gesundheit zuträglich) ist „die Lehre von der Erhaltung und Stärkung der Gesundheit“ (Elster 1923, S. 295). Die hygienische Ordnung der äußeren Verhältnisse war Ende des 18. Jahrhunderts von Johann Peter Frank gefordert worden, eine regelrechte Hygienebewegung setzte Mitte des 19. Jahrhunderts ein, unterstützt von Forschungen Max von Pettenkofers über den Einfluss der chemisch-physikalischen Umweltfaktoren. Mit Robert Kochs bakteriologischen Entdeckungen wurden in der Umwelt vorhandene Krankheitserreger identifiziert. Hygiene befasste sich nicht nur „mit den Fragen der Krankheitsverhütung, sondern auch - positiv - mit den Problemen, wie Körper und Geist kräftiger und leistungsfähiger gestaltet werden können“ (ebenda, S. 295). Öffentliche Hygiene umfasste das gesamte Gesundheitssystem und war ein allgemeiner Ordnungsbegriff.

Hygiene wird seit Ende des 19. Jahrhunderts als ein Teilbereich der Medizin verstanden, der sich mit der Prävention von Infektionen und dem umweltbezogenen Gesundheitsschutz befasst. Zentrale Teilbereiche der öffentlichen Hygiene sind die Umwelthygiene, die sich mit der Beziehung zwischen der Gesundheit und den sanitären Lebensbedingungen beschäftigt, und die Sozialhygiene, die die gesundheitlichen Auswirkungen der gesellschaftlichen Lebensbedingungen und ihre Beziehung zu Individuen und Kollektiven untersucht (Brockhaus 1996).

Der Begriff der *Fürsorge* wird häufiger erst seit Ende des 19. Jahrhunderts gebraucht. Sie umfasst „all das, was aus der Wohltätigkeit und Gemeinnützigkeit erwächst, um das Los der minderbemittelten Volksschichten zu bessern“ (Elster 1927, S. 534). Auch wenn zahlreiche neu entstehende Einrichtungen und Verbände den Begriff verwandten und ausdifferenzierten, so ersetzte er doch im Wesentlichen die früheren Bezeichnungen der Armenpflege und Wohltätigkeit und damit „alle Maßnahmen, die sich mit den Unwirtschaftlichen im besonderen befassen, also mit Personen, die sich nicht selbständig erhalten können“ (ebenda, S. 535, im Original gesperrt). Die Fürsorge versuchte, den Betroffenen „Hilfsleistungen zu bieten, die sie selbständig machen“ und „die Fähigkeiten in ihnen zu entwickeln, die das Wirtschaftsleben von ihnen fordert“ (ebenda, S. 535). *Gesundheitsfürsorge* war ein spezifischer Teil der Fürsorge, der sich auf die nicht versicherte und der Armut ausgesetzte Bevölkerung richtete. Ziel war eine Früherkennung von Erkrankungen, um einerseits ihre Ausbreitung in der Bevölkerung zu verhindern, und andererseits die Heilungschancen für das Individuum zu verbessern.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde in der Bundesrepublik Deutschland der Begriff der Fürsorge zunächst weiter verwendet. Fürsorge hatte zum

Ziel, Hilfsbedürftige durch persönliche Hilfe „innerhalb der Gemeinschaft zu unterstützen und zu halten“ (Beckerath 1965, S. 164). Schon bald wurde der Begriff allerdings unter angelsächsischem Einfluss (social work) durch Sozialarbeit oder soziale Arbeit ersetzt. 1961 wurde mit der Reform der fürsorgerechtlichen Bestimmungen der Begriff *öffentliche Fürsorge* durch *Sozialhilfe* abgelöst. Damit fiel auch Gesundheitsfürsorge unter das Subsidiaritätsprinzip, Leistungen konnten erst erbracht werden, wenn kein anderweitiger Leistungserbringer vorhanden war - ein Charakteristikum, das sich für Prävention als sehr ungünstig erweisen sollte. Heute wird der Begriff Fürsorge amtlich nur noch in Spezialbereichen, wie z.B. Kriegsopferfürsorge, verwendet (Brockhaus 1996).

*Prophylaxe* (griech. prophylaxis: Vorsicht, prophylassein: sich vor etwas hüten) bezeichnet die Gesamtheit der vorbeugenden Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Komplikationen durch allgemeine oder individuelle Vorkehrungen wie Hygiene, Schutzimpfungen sowie vorbeugende Arzneimitteleinnahme (Brockhaus 1996). In der Deutschen Demokratischen Republik wurde Prophylaxe zum Synonym für Prävention, insbesondere für Verhältnisprävention.

*Prävention* (lat. praevnire, praeventum: zuvorkommen) ist zunächst ein rechtswissenschaftlicher Begriff zur Verhütung von Straftaten und wird erst in der Bundesrepublik Deutschland als Bezeichnung für Krankheitsvorbeugung und -verhütung häufiger verwendet. Sie umfasst alle (zielgerichteten) Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern. Während Primärprävention nach heutiger Definition (Schwartz, Walter 1998, Sachverständigenrat 2001) die Vermeidung auslösender (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen sowie ihre individuelle Erkennung und Beeinflussung bezeichnet, bezieht sich Sekundärprävention auf die Entdeckung eines Krankheitsfrühstadiums und seine Frühtherapie. Tertiärprävention möchte durch eine wirksame Behandlung eine weitere Verschlimmerung einer Erkrankung verhüten oder verzögern.

*Gesundheitsförderung* setzt im Sinne der Ottawa Charta der WHO (World Health Organization 1986) vor allem bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale an. Dies bezieht sich zum einen auf den einzelnen Menschen (höheres Maß an Gesundheitskompetenzen und an Selbstbestimmtheit) und zum anderen auf alle gesellschaftlichen Ebenen (z.B. partizipative Veränderung der politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen) mit dem Ziel, vor allem sozial- oder ausbildungsbedingte Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung zu reduzieren (Brößkamp-Stone, Kickbusch, Walter 1998).

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) betrachtet sowohl die krankheitsorientierte Herangehensweise der Prävention als auch den salutogenen Ansatz der Gesundheitsförderung, die

letztlich - wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien - auf die Gesundheit der Bevölkerung zielen, als einander ergänzend. Präventive bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten danach immer zwei Aspekte betrachten:

- Welche äußeren oder verhaltensabhängigen Risiken und Belastungen können im Hinblick auf (spezifische) Krankheitsvermeidung gesenkt werden?
- Welche persönlichen oder kollektiven Ressourcen können (z.B. durch die Entwicklung persönlicher Kompetenzen oder durch kontext- oder settingsbezogene Maßnahmen) gestärkt werden?

## Gesundheitsvorstellungen, Präventionskonzepte und ihre Realisation

Vorstellungen von Gesundheit sind abhängig von den jeweiligen sozialen und politischen Referenzen. Sie bestimmen nicht nur die Ausgestaltung des Gesundheitssystems, sondern auch das individuelle Handeln der in der Gesundheitsversorgung Tätigen sowie der von ihnen versorgten und nicht versorgten Bürger. Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsvorstellungen und Präventionskonzepten in den einzelnen Epochen wird in zahlreichen Beiträgen deutlich (vgl. z.B. die Beiträge von Schmiedebach, Moser, Schwach, Schagen sowie Niehoff).

### *Kaiserreich und Weimarer Republik*

Den sozialpolitischen Ansätzen des Kaiserreichs gingen die im Zuge der Revolution in Deutschland 1848/49 von Vertretern einer „medizinischen Reform“ gestellten Forderungen an den Staat, die Gesundheit seiner Bürger aktiv zu schützen, voraus. Ein wichtiger Vertreter dieser Epoche war Virchow, der neben Gesundheit Bildung als wesentliche Voraussetzung für Gleichberechtigung und Wohlfahrt in einem demokratischen Staat ansah.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nahmen - bei zunehmender Umsetzung hygienischer Ansätze - die Sichtweisen von Gesundheit als öffentliches Gut und als individuelles Kapital an Bedeutung zu. Die aufzubringenden Kosten für Gesundheit wurden nun nicht mehr religiös oder humanitär begründet, sondern ökonomisch. So wirkt sich nach Pettenkofer eine gesunde Gesellschaft ökonomisch vorteilhaft aus.

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wurden die sozialreformerischen Ansätze im medizinischen Diskurs durch die beginnende Vererbungs-forschung überformt, die unter dem Begriff „Rassenhygiene“ Erbgut als entscheidenden Faktor betonte und zugleich die sozialen und physikalisch-chemischen Umweltbedingungen als für die Krankheitsentstehung vergleichsweise belanglos einschätzte. Rassenhygiene rief Assoziationen an

‚Säuberung‘ hervor. Vor dem Hintergrund sozialer Ungleichheit und dem politischen Druck der Arbeiterbewegung blieben die sozialreformerischen Ansätze gesamtgesellschaftlich allerdings weiterhin bestehen.

Eng mit der zunehmenden Verwissenschaftlichung und der Entwicklung ökonomischer Konzepte sind die Begriffe der Leistungsfähigkeit und Rationierung verknüpft. Sie führen um die Jahrhundertwende zu einer weiteren Instrumentalisierung der Gesundheit: Gesundheit wird als Ressource angesehen, als zu optimierende Voraussetzung für ein wirksames und effizientes gesellschaftliches Funktionieren. Damit ist sie gleichzeitig an Normwerten orientiert und unterliegt einer (auch messbaren) Bewertung (vgl. Schmiedebach in diesem Band). Diese Vorstellung durchzieht - in unterschiedlicher Akzentuierung - das gesamte 20. Jahrhundert.

Die antimedinische und antirationelle Lebensreformbewegung verfolgte mit den Forderungen nach einer Stärkung der Laien und vermehrter Selbstbestimmung alternative Konzepte, zum Teil verbunden mit einer naturgemäßen Lebensweise. Naturheilkundliche Konzepte wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts teilweise als Leistungen von den Krankenkassen aufgenommen. Im Nationalsozialismus wurde die Naturheilkunde als volkstümliche und billige Alternative zur aufwendigen Medikamentenversorgung anfangs ins System integriert (Bothe 1991). Insgesamt behielt sie ein Nischendasein. Im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts fragen Patienten vermehrt Naturheilverfahren nach; einige wurden in den Kanon der medizinischen Versorgungsleistungen übernommen.

Das Ziel eines umfassenden vorbeugenden und nicht nur eines heilenden Umgangs mit Krankheiten fand in der Gesundheitsfürsorge zu Beginn des 20. Jahrhunderts zunehmend Akzeptanz. In der Weimarer Republik führte es zu einer stärkeren Ausrichtung und Institutionalisierung der Prävention. Dabei wurde die Verbesserung der Gesundheit besonders von gesundheitlich gefährdeten Bevölkerungsgruppen als wichtige Aufgabe angesehen. Charakteristisch ist eine Differenzierung in zielgruppenspezifische Fürsorgezweige wie z.B. Tuberkulose, Säuglings-, Krüppel- und Geschlechtskrankenfürsorge, ergänzt durch eine umfassende Familienfürsorge (vgl. den Beitrag von Stöckel in diesem Band). Gleichzeitig verlagerten sich die präventiven Bemühungen von der sozialen auf die medizinische Perspektive. Gefordert wurde zunehmend ein gleicher Zugang zur medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung (Moser 2002). Infolge der Finanznot am Ende der Weimarer Republik wurden Familien mit Kindern bei den Fürsorgeleistungen bevorzugt. Damit führte die öffentliche finanzielle Not schon nach kurzer Zeit zu einer selektiven Prävention (vgl. Moser in diesem Band).

## *Nationalsozialismus*

Mit Beginn des Nationalsozialismus erfolgte eine gravierende und nachhaltige Wendung in der Prävention. Einerseits wurde unter dem Schlagwort „Vorsorge statt Fürsorge“ die Früherkennung und damit die medizinische Prävention in den Vordergrund gestellt, andererseits leistete die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt eine nun verstärkte soziale Unterstützung nur für die „erbgesunde Familie“. Propagiert wurde das Ideal eines gesunden Körpers. Die Erhaltung der Gesundheit wurde zur Pflicht und war Beitrag zum (im Vordergrund stehenden) „gesunden Volkskörper“. Gleichzeitig führte die Orientierung an Rassenhygiene und Erbbiologie zu einer gewünschten Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. Letztlich konnte infolge der „Ausschaltung missliebiger Ärzte“ jedoch selbst die ärztliche Versorgung der „Förderungswürdigen“ nicht mehr aufrecht erhalten werden (vgl. Schwoch in diesem Band).

Die Pervertierung der Prävention während des Nationalsozialismus wird am deutlichsten bei der (1932 bereits im Entwurf vorliegenden! und) 1933 gesetzlich fixierten Sterilisation „zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Prävention zielt hierbei nicht mehr auf die Verhinderung der Erkrankung, sondern auf die Verhinderung der Kranken selbst. Sie setzt bereits bei den Ungeborenen an (vgl. Ley sowie Schwoch in diesem Band). Damit wurde Prävention ihrer inhaltlichen und menschlichen Ziele beraubt und die Gesundheitsfürsorge der Weimarer Republik verkam zu einem bürokratischen Hilfsdienst zur Selektion und Vernichtung. Im Nachhinein unfassbar ist, dass das Gesetz selbst von Befürwortern einer sozial verträglichen gesundheitlichen Versorgung unterstützt und die damit verbundenen gravierenden Folgen zunächst nicht gesehen wurden.

## *Alliierte Besatzung und Deutsche Demokratische Republik*

Mit den alliierten Besatzungsmächten wurde das deutsche Gesundheitswesen mit anderen Konzepten und Strukturen der Gesundheitsversorgung konfrontiert. Außer im Osten Deutschlands wurden Neu- und Umstrukturierungen nur ansatzweise vollzogen. Hemmende Faktoren waren einerseits unterschiedliche Konzepte zu Krankheitsvorstellungen, die z.B. erst 1948 zu einer Einführung der BCG-Tuberkuloseimpfung von Kindern in Deutschland führten, sowie ein Festhalten am traditionellen deutschen Gesundheitssystem. Andererseits lagen auf Seiten der westlichen Alliierten kaum ausgereifte Konzepte zur Modifikation des deutschen Gesundheitswesens vor. So blieben die Bemühungen der Amerikaner, die gesetzliche Krankenversicherung mit ihrer Zwangsmitgliedschaft abzuschaffen, die Gesundheitsverwaltung zu straffen, das öffentliche Gesundheitswesen zu stärken und Public Health Studiengänge in Deutschland zu etablieren, bis auf ein Austauschprogramm für deutsche Mediziner folgenlos (zur Prävention in der US-Zone vgl. Ellerbrock in diesem Band).

Ziel der Briten war in ihrer Einflusszone der Aufbau eines dezentralen, demokratischen Gesundheitswesens. Es sollte mit den als preußisch wahrgenommenen Traditionen einer Sanitätspolizei brechen und die Bevölkerung gezielt durch „persönliche Fühlungnahme“ und „Propaganda“ zu einem angemessenen gesundheitlichen Verhalten animieren. Im Sinne ihrer Politik zur Erziehung der Deutschen strebten sie eine möglichst eigenständige Reorganisation an. Da aus Mangel an Experten in den leitenden Positionen Mitarbeiter des deutschen Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus der nationalsozialistischen Ära übernommen wurden, blieben die inhärenten politischen Grundannahmen von „völkischer Gemeinschaft“, dem „Willen zur Gesundheit“ und den Wertungen gegenüber Behinderten latent präsent. Die Gesetze zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes sowie zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens wurden von den Briten nicht als Erbe des Nationalsozialismus identifiziert und blieben deshalb bestehen (Schleiermacher 1995, Moser, Schleiermacher 1996).

Anders als in den westlichen Besatzungszonen war die Situation in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ). Hier erfolgte - in Anknüpfung an die Vorstellungen in der Weimarer Zeit - eine rasche umfassende Neustrukturierung des Gesundheitswesens bis hin zu einer (zunächst für Gesamt-Deutschland angestrebten) einheitlichen Sozialversicherung für nahezu die gesamte Bevölkerung. Bereits im Juli 1945 wurde die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, das spätere Ministerium für Gesundheitswesen in der DDR, eingerichtet. Die 1947 etablierte Abteilung Gesundheitsfürsorge war für die Planung und Koordination aller präventiven Maßnahmen verantwortlich. Eine umfassende Prävention war nicht nur in der SBZ, sondern auch in der (frühen) DDR ein wichtiges Leitbild der Gesundheitspolitik und zugleich mit der Demokratisierung und der sozialen Gleichheit in der staatlichen Gesundheitsversorgung Teil eines übergreifenden politischen Konzeptes. Das Präventionskonzept basierte auf der sowjetischen Sozialhygiene im Sinne von Semaško, das in den 1920er Jahren in der Diskussion mit deutschen Sozialhygienikern entwickelt worden war. Prävention bildete insbesondere als Verhältnisprävention einen zentralen Bestandteil des Betriebsgesundheitssschutzes (Arbeitsschutz in der Tradition Telekys) und stellte als Krankheitsverhütung neben der Kuration eine explizite Aufgabe der Polikliniken dar (Moser, Schleiermacher 1996, vgl. auch Schagen in diesem Band).

In den 1970er Jahren kommt es - ausgelöst durch die Beteiligung der DDR an der Internationalen MONICA-Studie (*Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease*) - zu einer Anpassung an das Konzept der Individualprävention. Die Prävention verlagert sich von den Verhältnissen hin auf das Individuum. Gesundheitserziehung und Risikomedizin avancieren zum vorrangigen Konzept, mit der Folge, das dem individuell zu verantwortenden Lebensziel größere Aufmerksamkeit beigemessen wurde als

lebensweltbezogenen Faktoren (vgl. zu Leitbilder der Prävention seit den 1970er Jahren Niehoff in diesem Band). Wirtschaftliche Schwierigkeiten erschwerten jedoch insbesondere in den beiden letzten Jahrzehnten der DDR die Umsetzung der Prävention. Nach Ewert (1991, S. 121) wurden die Zielgruppen - bei gleichzeitiger mangelnder Perzeption der Gesundheit der Bevölkerung - nur ungenügend erreicht, die Gesundheitserziehung verlor „immer mehr an Realitätssinn“.

### *Bundesrepublik Deutschland*

In der Bundesrepublik Deutschland wurde der Prävention insgesamt (gesundheits-)politisch wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Eine systematische Präventionspolitik mit Steuerung auf Bundesebene besteht (bis heute) nicht. Bevölkerungsweite oder auf Teilpopulationen bezogene Präventionsstrategien hatten nach Schmacke (in diesem Band) aufgrund der schweren Hypothek der Umfunktionierung der Prävention zur Vernichtung ganzer Bevölkerungsgruppen während des Nationalsozialismus einen besonders schweren Stand. So wurden weder bevölkerungsweite Präventionsmaßnahmen - bis auf die nationale AIDS-Aufklärung - noch gruppenbezogene Maßnahmen für Erwachsene durchgeführt. Ein Anknüpfen an die in Weimar von fortschrittlichen und liberalen Kräften proklamierte egalitäre Gesundheitskultur (Moser 2002) wurde erst in den 1970er Jahren wieder versucht (Stöckel 2002). Zur Stärkung der Prävention forderte der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen erstmals 2001 eine nationale Anti-Tabak-Kampagne und ein nationales Herz-Kreislauf-Programm.

Bei der in den 1950er Jahren angestrebten Neuordnung der sozialen Leistungen stand die Ablösung des Fürsorgeprinzips durch Sozialhilfe im Vordergrund, die gewährt wurde, wenn kein anderer Kostenträger zuständig war (Subsidiaritätsprinzip) - eine Vorgabe, die sich für ein möglichst frühes Eingreifen zur Gesunderhaltung als ungünstig erwies. An die Stelle einer umfassenden Gesundheitsfürsorge traten Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen, die als Kassenleistungen honoriert und von Individualärzten vorgenommen wurden. Mit dem Ausbau der Individualmedizin wurde auch die Prävention einschließlich klassischer Bereiche der Fürsorge wie Schwangerenvorsorge und Vorsorgeuntersuchungen stärker in diese eingebunden (vgl. Schmacke in diesem Band). Die zu- bzw. nachgehende Fürsorge für besonders gefährdete und andere Personen gefährdende Bevölkerungsgruppen verblieb bei den öffentlichen Trägern (vgl. ausführlich Labisch, Tennstedt 1991). Eine Etablierung populationsbezogener präventiver Maßnahmen in staatlicher bzw. kommunaler Regie in Anknüpfung an die Konzepte der Weimarer Republik konnte in der Nachkriegszeit letztlich nicht realisiert werden.

Zusätzlich verschärfte sich die Auseinandersetzung um die Zuständigkeit des Bundes bzw. der Länder. Nachdem bei dem Bundes-Jugendzahnpflegengesetz



(1964) der Bundesrat die Kompetenz und sogar den Bedarf einer bundesgesetzlichen Regelung bestritt, war, wie der damalige Staatssekretär von Manger-Koenig zusammenfasste, „der Weg für eine bundesgesetzliche Regelung der Länder generell verbaut“. Damit ist die „Geschichte der öffentlichen Gesundheit in der Frühgeschichte der Bundesrepublik ... nicht zuletzt auch die Geschichte eventueller ‚verschütteter Alternativen‘ in der Gesundheitspolitik“ (Labisch, Woelk 1996, S. 4).

Das biomedizinische Paradigma führte bis in die 1970er Jahre hinein zu einer Konzentration auf die Vermittlung von Informationen über den menschlichen Körper und Krankheitsbilder mit dem Ziel, zu einem gesundheitsbewussten Verhalten anzuleiten. Abschreckung und Repression bildeten wichtige Formen der medialen Vermittlung.

Mit dem aus der Framingham-Studie Ende der 1950er Jahre entwickelten und international rezipierten Risikofaktorenkonzept verlagerte sich seit Ende der 1960er Jahren die Darstellung hin zur Aufklärung auf das Risikoverhalten und die Vermeidbarkeit von Risikofaktoren. Auch wenn Umwelteinflüsse vom Konzept her berücksichtigt werden, so verstärkte seine Umsetzung die Individualisierung der Prävention und eine Ausrichtung auf das Verhalten.

Seit Mitte der 1970er Jahre erfolgte eine Erneuerung und Wiederbelebung der Gesundheitserziehung. Mit dem Ziel, krankheitsfördernde Einstellungen und Verhaltensweisen in der Bevölkerung zu verändern, wurde u.a. versucht, diese über verschiedene gemeindeorientierte Zugänge zu erreichen. Dabei wurden neben präventiven Maßnahmen durch Ärzte zahlreiche verhaltensbezogene Angebote z.B. durch Landesarbeitsgemeinschaften und Einrichtungen der Erwachsenenbildung angeboten. Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung sahen viele Akteure als wichtigen Schwerpunkt zukünftiger Gesundheitspolitik an (Jacob, Schipperges 1981). In diese Zeit fällt der Beginn der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), die 15 Jahre lang Veränderungen der Risikofaktoren durch gemeindebezogene verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen in Deutschland untersuchte (zum Risikofaktorenmodell und zur DHP-Studie vgl. von Troschke in diesem Band).

Das *Lebensweisenkonzept* (lifestyle) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lenkte in den 1980er Jahren den Blick wieder vermehrt auf die sozialen Rahmenbedingungen gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen. Es führte zu einer stärkeren Berücksichtigung des situativen Kontextes, der sich z.B. in der AIDS-Prävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigt. Um die Verbreitung von HIV zu verhindern und die Integration der Betroffenen zu fördern, wurden neben einer bevölkerungsbezogenen Vermittlung von Information zielgruppenorientierte Strategien gewählt und mit der Einrichtung von Diskussionsforen und Telefonberatung auch der persönliche Austausch unterstützt (vgl. Pott in diesem

Band). Durch dieses Maßnahmenbündel konnte das Schutzverhalten verbessert und die Rate der Neuerkrankungen verringert werden. Die fortlaufende Beobachtung zeigt allerdings, dass eine kontinuierliche und zugehende Prävention erforderlich ist (Pott 1999).

Vor dem Hintergrund zunehmender Medizinkritik und sozialer Bewegungen wie der Gesundheits-, Umwelt- und Friedensbewegung in den 1970er und 80er Jahren wurde 1986 die Ottawa-Charta zur Stärkung der Gesundheitsförderung verabschiedet (World Health Organization 1986). Sie lenkte in der nachfolgenden Diskussion auch in Deutschland den Blick auf die Gesundheit und rethematisierte Gesundheit als soziale und ökologische Herausforderung (Brösskamp-Stone, Kickbusch, Walter 1998, Altgeld, Laser, Walter 1997, Geiger, Kreuter 1997). In ihren Methoden verfolgt sie einen ganzheitlichen Ansatz, der weit über das Individuum und den traditionellen professionellen Gesundheitssektor hinausgeht und Gesundheitsförderung zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe macht (vgl. Trojan in diesem Band).

Konzepte des *Setting-Ansatzes* der WHO zur Gesundheitsförderung wie Healthy Cities und betriebliche Gesundheitsförderung wurden auf Deutschland übertragen und Gesundheitsprogramme in weitere Gesellschaftsbereiche integriert. Allerdings kam es bisher kaum zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit der jeweils beteiligten Professionen und Institutionen (vgl. Schmacke in diesem Band).

Am Ende des 20. Jahrhunderts wird Gesundheit als Markt entdeckt. Wellness, individuelle Leistungssteigerung und Fitness sind gefragt und erhalten zunehmendes Gewicht, wohingegen die Bereitschaft an kollektiv zu tragenden Aufgaben - zumindest in der öffentlichen Darstellung - wenig ausgeprägt ist. Zusätzlich erfordern die zu erwartenden Ergebnisse der genetischen Diagnostik eine Neuorientierung der Präventionskonzepte.

Eigenverantwortung und Verbraucherorientierung werden wichtige Leitbegriffe, die auch den Gesundheitsschutz umfassen (vgl. Brand in diesem Band). Sie vertiefen die bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts sich andeutende und in der zweiten Hälfte erfolgte Individualisierung und verlagern die Verantwortung des Staates und der Gesellschaft für die Gesundheit seiner Bürger auf die Einzelperson weiter.

## Ökonomie und Prävention

Die Ökonomisierung der Prävention ist keine ‚Erfindung‘ des ausgehenden 20. Jahrhunderts, vielmehr sind beide von Beginn an miteinander verknüpft. Die Ökonomie diente schon früh zur Legitimation präventiver Ziele und zeigt dabei zugleich ihre Janusköpfigkeit.

Eine explizit ökonomische Legitimierung der Prävention erfolgte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Kosten-Nutzen-Analysen wurden z.B. von Pettenkofer aufgestellt, um die Notwendigkeit von Investitionen in Gesundheit zur Erlangung eines vermehrten gesellschaftlichen Reichtums zu belegen (vgl. Schmiedebach in diesem Band). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts führten die Landesversicherungsanstalten Rehabilitationsmaßnahmen ein, um eine vorzeitige Invalidität zu vermeiden, die mit der Zahlung von Invalidenrenten verbunden war. Auch heute werden neben medizinischen Analysen wieder vor allem ökonomische Berechnungen vorgelegt, um den gesellschaftlichen Nutzen von Prävention zu unterstreichen.

Wirtschaftliche Betrachtungen erhalten in den 1990er Jahren für die Prävention international und national zunehmendes Gewicht. So fordert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), dass das zu prävenierende Gesundheitsproblem - wie auch die medizinische Versorgung - eine volkswirtschaftliche Relevanz und eine akzeptable Wirksamkeits-Kosten-Relation aufweist. Allerdings sollte sich die Prävention nicht vorrangig an der Ökonomie ausrichten. Schon jetzt sieht Rosenbrock (1998) neben der medizinischen Dominanz das Primat der Ökonomie als wichtigstes Hemmnis für die Prävention.

Die Entwicklungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts zeigen eindrucksvoll die Gefahr fehlgeleiteter ökonomischer Berechnungen. Die Einsparung von Versorgungskosten für Geistes- und Nervenranke brachte Grotjahn als führendes Argument zur Einführung der Sterilisation und dauernden Anstaltsunterbringung ein (vgl. Schmiedebach in diesem Band). Derartige wirtschaftliche Kalküle verstärkten sich Ende der 1920er Jahre und kulminierten in der Sterilisationsgesetzgebung und ihrer radikalen Umsetzung während der Zeit des Nationalsozialismus.

Nachdem die Kassen sich in den 1920er Jahren der Prävention prinzipiell geöffnet und einzelne Maßnahmen übernommen hatten, wurden in der Wirtschaftskrise vor allem ökonomische Gründe gegen die Übernahme präventiver Maßnahmen als Kassenleistung angeführt. Die Notverordnungen 1930 machten Einsparmaßnahmen erforderlich. Diese betrafen in erster Linie die vorbeugende Fürsorge und Schadenverhütung, die den Pflichtleistungen nachgeordnete Leistungen der Kassen darstellten (vgl. Moser in diesem Band).

Ein ähnliches Schicksal erfuhr die Gesundheitsförderung 60 Jahre später, als Einsparungen des Bundes im Bereich der Sozialleistungen erfolgen mussten. Die aufkommende Kritik an der Ausgestaltung durch die Krankenkassen lieferte 1996 den Vorwand für ihre Streichung als Kassenleistung (vgl. Eberle in diesem Band).

Eine Betrachtung des Anteils der Ausgaben für Prävention nach dem gesetzlichen Ausbau der Gesundheitsfürsorge 1925 zeigt, dass diese mit

0,55% der Gesamtausgaben der Kassen im Vergleich zur Kuration als sehr gering zu veranschlagen sind (vgl. Moser in diesem Band). Auch nach dem Zweiten Weltkrieg verändert sich diese Relation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugunsten der Prävention kaum. Lag der prozentuale Anteil der GKV-Ausgaben in den 1960er Jahren für vorbeugende und betreuende Maßnahmen bei knapp 1%, so wies der Spitzenwert in den 1970er Jahren 1,8% auf (1978, Henke, Adam 1983).

Ende der 1990er Jahre entfielen von den Leistungsausgaben der GKV (1998, früheres Bundesgebiet) 0,6 % auf soziale Dienste und Krankheitsverhütung (19,70 DM/Versicherten) und 0,5 % auf Früherkennung (16,60 DM/Versicherten) (Bundesministerium für Gesundheit 1999). Bei einem Einsatz von zusätzlich 5 DM/Versicherten für Prävention nach der Neufassung des § 20 SGB V (2000) hätten im Jahr 2000 maximal zusätzlich 356 Mio. ausgegeben werden können, was 0,18 % der Leistungsausgaben entspricht. Die Ausgaben für Prävention im weitesten Sinne betragen damit in der GKV ca. 1%. Real lag der Wert weit darunter. Insgesamt betrug der Anteil der Prävention 1998 4,2% an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2001).

## Verhältnis- und Verhaltensprävention

Der Beginn des 20. Jahrhunderts war noch geprägt von der Armutsproblematik, die im Zusammenhang mit der Industrialisierung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts zu einer gesellschaftlichen Destabilisierung und insbesondere in den Städten zu einer Verschlechterung der Gesundheit bei großem sozialen Ungleichgewicht vor Krankheit und Tod geführt hatte. Der gesellschaftliche Wandel warf die Frage der Steuerbarkeit auf (Evers, Nowotny 1987), die in einem Gestaltungswillen mündet - am sichtbarsten in der Einführung der Sozialversicherung.

Die Vorstellungen einer öffentlichen Gesundheitspflege waren seitens der Hygieniker eng verbunden mit der umfassenden gesellschaftlichen Veränderung von Lebensverhältnissen und beinhalteten Lebensmittel- und Trinkwasserhygiene, Kleidung, Arbeitszeitregelungen, Stadtsanierung etc. (vgl. Schmiedebach in diesem Band). Die Gesundheitsgefährdung der sozialen Unterschicht war gekennzeichnet durch materiellen Mangel, durch Unwissenheit und „ungesundes“ Verhalten (Labisch 1992). Entsprechend umfassten Maßnahmen zur Gesundheitssicherung sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention („gesundheitliche Volksbelehrung“). Die wichtigste medizinische Präventionsmaßnahme stellte die Pockenschutzimpfung dar, die mit dem Impfgesetz von 1874 obligatorisch wurde.

Gerade die neuen Erkenntnisse der Bakteriologie um die Wende des 19./20. Jahrhunderts förderten die Entwicklung des Hygiene-Konzepts und die Durchsetzung präventiver Maßnahmen wie z.B. die Asepsis in der Chirurgie.

gie und Gynäkologie sowie die Assanierung der Städte (vgl. Schmacke in diesem Band). Nachdem sich allerdings herausstellte, dass mit der Identifizierung von Erregern die jeweilige Krankheit noch nicht besiegt war, erhielt die Sozialhygiene wieder mehr Gewicht.

In Zeiten akuten Hungers und Verelendung setz(t)en Präventionsmaßnahmen direkt an der Sicherstellung der grundlegenden Lebensbedürfnisse sowie der Bekämpfung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten und Seuchen an. So auch unmittelbar nach Ende des Zweiten Weltkriegs, wo mit pragmatischen Maßnahmen der Seuchenbekämpfung und, mit Lebensmittelhilfen von den Alliierten - oft ohne übergreifendes Präventionskonzept - als erster Schritt überlebenswichtige Sofortmaßnahmen getroffen worden sind (vgl. Ellerbrock in diesem Band).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verstärkte sich - angesichts des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu den so genannten Zivilisations- oder chronischen Krankheiten und unterstützt durch das Risikofaktorenkonzept - in West-Deutschland die sich bereits in den ersten Jahrzehnten abzeichnende Tendenz einer Individualisierung der Prävention. Im Mittelpunkt stand nun die Veränderung des Verhaltens. Das Gesundheitsförderungskonzept der WHO hat zwischenzeitlich mit dem Setting-Ansatz den Blick wieder auf die gesellschaftlichen Bezüge gelenkt und angestoßen, beide Ansätze zusammenzubringen („to make the healthier choice the easier choice“).

Insgesamt entfällt der größte Anteil der gesundheitlichen Verbesserungen der Bevölkerung im 20. Jahrhundert auf Fortschritte in Lebens- und Arbeitsbedingungen, Bildung, Hygiene, Ernährung, Verminderung der Umweltbelastungen etc. Dem Gesundheitssystem wird, je nach Modellansatz und Art der Berechnung, ein Anteil zwischen 10% und 30% zugeschrieben (Sachverständigenrat 2001).

Nach derzeitigem Wissensstand sind die Verfügbarkeit (gesunder) Arbeit, sozialer Sicherheit und Bildung sowie die Minimierung der - auch in Deutschland vorhandenen - „sozialen Ungleichheit“ als ein „eigenständigen Risikofaktor“ (Marmot 1996) für eine Verbesserung der krankheits- und behinderungsfreie Lebenserwartung besonders wichtig. Eine gesamtgesellschaftliche Debatte über die Nutzung der präventiven Potenziale durch die Förderung der Bildung, Erziehung und sozialen Unterstützungssysteme fehlt jedoch bislang (vgl. Schmacke in diesem Band).

## Einrichtungen zur Umsetzung der Prävention

Zwei institutionelle Bereiche wurden Mitte des 19. Jahrhunderts für die Umsetzung der Prävention als wichtig erachtet. Zum einen soziale Verbände wie die Gemeinde, die Familie oder Freunde, zum anderen die so ge-

nannte Association, ein interessenbestimmter Zweckverband, in dem u.a. den Ärzten als Gesundheitsexperten eine wichtige Rolle zukommen sollte. Neumann setzte sich darüber hinaus für den Einbezug proletarischer, nicht-bürgerlicher Mitglieder ein (vgl. Schmiedebach in diesem Band).

Eine wichtige präventive Funktion kam auf der kommunalen Ebene Anfang des 20. Jahrhunderts dem städtischen Gesundheitswesen zu, das mit der Bildung der Gesundheitsämter während des Ersten Weltkrieges eine führende Aufgabe in der öffentlichen Gesundheitspflege übernahm (Labisch, Tennstedt 1985). Zu seinen Aufgaben zählten die gesundheitliche Aufklärung und Überwachung der Bevölkerung, Fürsorge für Tuberkulose, Alkoholranke, zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sowie Fürsorge für „Krüppel, Geistesranke und Psychopathen“ waren wichtige präventive Aufgabenfelder (vgl. Schleiermacher sowie Stöckel in diesem Band).

Dass Prävention nicht nur eine soziale, sondern auch eine nationale Bedeutung haben kann, wird an den Auseinandersetzungen über die Teilnahme deutscher Präventionsexperten an den Gesundheitsorganisationen des Völkerbundes deutlich. Die Beteiligung an dem internationalen Gremium bedeutete einerseits die Anerkennung der außenpolitischen Neugestaltung Europas, bei der Deutschland als Folge des verlorenen Ersten Weltkrieges umfangreiche Gebiete aufgeben musste und die sich aus nationaler Sicht darum verbot. Andererseits wäre ein Ausschluss Deutschlands ein weiterer Verlust nationaler Reputation gewesen. Auch in anderen europäischen Ländern kam insbesondere der Bakteriologie eine nationale Bedeutung zu. Ihre Erkenntnisse wurden jeweils als nationale Errungenschaft gewürdigt und bestimmten lange Zeit die Debatte im Völkerbund. Erst 1933 setzte sich eine sozial orientierte Präventionsauffassung durch - zu einem Zeitpunkt, an dem sich die deutschen Mitglieder bereits aus der Mitarbeit zurückzogen (vgl. Weindling in diesem Band).

Insgesamt bestanden auf nationaler Ebene zahlreiche Einrichtungen, die sich mit der Prävention und Gesundheitsförderung befassten: private und freie Wohlfahrtsverbände, konfessionelle Einrichtungen, staatliche Ämter und Institutionen. Zur Transparenz und Bündelung der Aufgaben wurde um 1930 eine Zentralinstanz gefordert (vgl. Schleiermacher in diesem Band). 1934 wurden mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens staatliche Aufgaben der Seuchenprophylaxe und der Umwelttoxikologie auf die Gesundheitsämter übertragen, die insgesamt in staatliche Verantwortung übernommen worden sind (Labisch, Tennstedt 1985). Damit erhielt das Gesundheitsamt neben fürsorgerischen Aufgaben für gefährdete Bevölkerungsgruppen auch die Zuständigkeit für den bevölkerungsweiten Gesundheitsschutz, wie z.B. die Schadstoffüberwachung. Diese Vereinheitlichung des Gesundheitswesens auf institutioneller Ebene erfolgte jedoch nicht nur zur Rationalisierung, sondern vor allem zur Gleichschaltung des

Gesundheitswesens mit dem Ziel einer vollständigen „Erfassung“ als Vorstufe zur Selektion (vgl. Schwach in diesem Band).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gewährleistet mit dem (oft selbstverständlichen und nur in Krisensituationen wahrgenommenen) Gesundheitsschutz vor allem die Sicherung zentraler Lebensverhältnisse, insbesondere durch die Prinzipien Regulation, Kontrolle und Einfluss auf Planungsmaßnahmen. Allerdings verliert der - unter der Hoheit der Bundesländer stehende - ÖGD in der Bundesrepublik Deutschland, bei Beibehaltung der Zuständigkeit für die Gesundheitshygiene (Seuchenprophylaxe, Schutzimpfungen) und den Gesundheitsschutz einschließlich der Umwelthygiene (Brand, Schmacke 1998), in der Verhaltensprävention die bedeutende Rolle, die ihm in der Weimarer Republik für die Bevölkerungsgesundheit zukam. Strukturell und personell geschwächt leistete er keinen eigenen systemspezifischen Beitrag zur primären Prävention. Das zukünftige Profil des ÖGD wird wesentlich von der europäischen Entwicklung mitgeprägt werden (vgl. Schmacke sowie Brand in diesem Band).

Auch heute gibt es neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst mit Schulen, engagierten Arztpraxen, Apotheken und einzelnen Kliniken, Geschäftsstellen der Krankenkassen, Betrieben, Selbsthilfegruppen, Landesvereinigungen für Gesundheit, Verbraucherzentralen und Landesuntersuchungsämter bis hin zu Bundesministerien und nachgeschalteten Behörden, die sich mit der Lebensmittelhygiene, Seuchenprophylaxe und Aufklärung befassen, eine Vielzahl von Institutionen und Akteuren auf der Bundes-, Länder- und kommunalen Ebene. Eine Vernetzung zwischen den Einrichtungen und Ebenen findet - aufgrund eines fehlenden Gesamtkonzeptes und mangelnder Kooperations- und Steuerungsstrukturen - allerdings meist nicht statt (vgl. Trojan in diesem Band). Oft ist selbst in einer Kommune nicht einmal die Bandbreite der Einrichtungen, ihre Ansätze und Zielgruppen bekannt. Vielmehr zeigt sich, dass lokal und auch auf Landesebene zahlreiche, bislang nicht hinreichend genutzte präventive Potentiale bestehen. Die von der Bundesregierung im Jahr 2001 im Rahmen des „Runden Tisches“ eingerichtete Arbeitsgruppe zur „Stärkung der Prävention“ möchte deshalb eine Kommunikationsplattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch in der Prävention entwickeln. Zugleich werden sowohl die bestehenden Präventionsregelungen im Hinblick auf Harmonisierung zur Synergieentfaltung als auch die Möglichkeit einer übergreifenden Stiftung Prävention überprüft (Arbeitsgruppe 5 des Runden Tisches 2001).

Aufgaben der Information der Bevölkerung kommen vor allem dem 1930 gegründeten Hygiene-Museum zu. Für West-Deutschland übernahm nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst das Deutsche Gesundheitsmuseum in Köln diese Funktion, bis 1967 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als eine nachgeordnete Behörde des Gesundheitsministeriums gegründet wurde. In den ersten Jahrzehnten entsprachen die Methoden der

biomedizinisch orientierten Gesundheitserziehung. Gleiches lässt sich auch für die Plakate des Hygiene-Museums in Dresden feststellen. Die gesundheitspolitischen Unterschiede zwischen bundesrepublikanischer Individualprävention und sozialistisch motivierter kollektiver Prophylaxe hatten diesbezüglich offensichtlich keinen Einfluss (Roesiger, Merk 1998).

Ein Wandel der Strategien, Konzepte und Zielgruppen unter besonderer Berücksichtigung der Multiplikatoren erfolgte erst Anfang der 1980er Jahre (vgl. die Beiträge von Münch und Lazardzig sowie Pott in diesem Band). Auf Landesebene übernehmen die Landeszentralen für Gesundheit Aufgaben gesundheitlicher Aufklärung. Zum Teil blicken sie dabei auf eine lange Tradition zurück. So ist die heutige Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Nachfolgerin des 1905 von der Landesversicherungsanstalt gegründeten Hauptvereins für Volkswohlfahrt, der Prävention durch zugehende Aufklärung und Erziehung betrieb (Reinerth 1999).

Im Bereich der Pflege sind die präventiven Potentiale bisher nicht annähernd ausgeschöpft. Vor allem das Konzept der aktivierenden Pflege zielt auf die Förderung der Ressourcen der zu Pflegenden und könnte damit neben den klassischen Maßnahmen wie z.B. der Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe die wichtige Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung für Pflegebedürftige übernehmen. Auch die theoretischen Pflegemodelle und -theorien beinhalten entsprechende präventive und gesundheitsförderliche Aspekte und pflegerische Aufgaben. In der Praxis kommt ihnen bislang allerdings kaum Bedeutung zu. Mögliche Ursachen werden in einer unzureichenden handlungsleitenden Konkretisierung ebenso gesehen wie in der Struktur und den Rahmenbedingungen des derzeitigen Pflegealltags. Institutionalisierte Programme liegen kaum vor (vgl. Winter und Kuhlmei in diesem Band).

## Die Rolle der Ärzte in der Prävention

Die Haltung der Ärzte zur Prävention und Gesundheitsförderung in den vergangenen 100 Jahren ist nicht widerspruchsfrei. Mitte des 19. Jahrhunderts traten Ärzte als Vorkämpfer für die Prävention auf, die sie zugleich als ihre Aufgabe mit definierten. So schrieb Virchow den Ärzten als wichtigsten Experten für Gesundheit als „Kulturträger“ eine entscheidende Rolle in der Prävention zu. Besonders in den bürgerlichen Associationen und im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege arbeiteten sie gemeinsam mit anderen Berufsgruppen an der pragmatischen Lösung lokaler Gesundheitsprobleme. Dabei waren soziale Faktoren und Umweltbezüge für sie von großer Bedeutung.

Erst in der Weimarer Republik kommt es angesichts eines Ärzteüberschusses bei gleichzeitiger wirtschaftlicher Krise zu standespolitischen Rivalitäten zwischen Individual- und Fürsorgeärzten (vgl. auch Moser in diesem



Band). Entsprechend stand die ärztliche Standesvertretung der kommunal organisierten Gesundheitsfürsorge 1927 zunächst ablehnend gegenüber. Nur drei Jahre später befürworteten sie diese und reklamierten sie als Betätigungsfeld für sich, ohne sich inhaltlich mit Prävention auseinander zu setzen. Die Konkurrenz zwischen den kommunalen Fürsorgeärzten und den niedergelassenen Kassenärzten hemmte für lange Zeit eine synergetisch sinnvolle Umsetzung der Gesundheitsfürsorge.

Fürsorgeärzte übernahmen auch die psycho-soziale Betreuung gesellschaftlicher Randgruppen und berieten in diesem Bereich Hilfesuchende. Positiv hervorzuheben sind die offene Fürsorge zur präventiven ambulanten Betreuung psychisch Kranker, wie sie in der Weimarer Zeit beispielhaft in Erlangen durchgeführt wurde (vgl. Ley in diesem Band).

Mit der finanziellen und personellen Begrenzung der Fürsorge während der Weltwirtschaftskrise wurde den Ärzten und Fürsorgerinnen zugleich die Aufgabe der Rationierung von Unterstützungsleistungen zugewiesen. Diese Rolle verstärkte sich im Nationalsozialismus infolge der bevölkerungspolitisch-rassenhygienischen Gesetze. Die Folgen reichen von Unterversorgung bis hin zur Erfassung, die in die Vernichtung mündete.

In der Nachkriegszeit gerieten die Ärzte des Gesundheitsamtes als diejenigen ins Kreuzfeuer der Kritik, die mit der Erfassung die Voraussetzung für „Ausmerze“ und Vernichtung geschaffen hatten. Die Tatsache, dass sie als Staatsbeamte (und häufig außerdem als Parteigenossen) für das System des Nationalsozialismus gearbeitet hatten, gaben ihren frei praktizierenden Standesgenossen den Anlass, auf die Gefahren einer „Bürokratisierung“ des Ärztestandes hinzuweisen, die sie bereits bei Zulassungsbeschränkungen gegeben sahen. Gegen Patientenmorde und Massenvernichtung, die nicht von den Ärzten des ÖGD ausgeführt wurden, schien das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis die wirksamste Garantie. Gruppenspezifische Prävention durch das Gesundheitsamt verlor vor diesem Hintergrund seine gute Reputation. Sie wurde abgelöst durch die Vorsorgeuntersuchungen, die zunehmend von frei praktizierten Ärzten durchgeführt und von den Kassen bezahlt wurden. Die Amtsärzte kümmerten sich hauptsächlich um Gruppen, die aus der Versorgung herausfielen und kontrolliert werden mussten.

Ähnlich wie in den 1920er und 1950er Jahren war die Einführung der Gesundheitsförderung als Leistung der Gesetzlichen Krankenkassen Mitte der 1980er Jahre von heftigen Auseinandersetzungen geprägt. Vor allem die ärztlichen Standesorganisationen (Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaften AWMF, Bundesärztekammer) sahen die Prävention und Gesundheitsberatung als Aufgabe der Ärzte an. Die praktizierenden Ärzte hatten dagegen vielerorts nur ein gering entwickeltes Interesse an der Prävention. So ist es nicht erstaunlich, dass eine umfassende Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta auf dem 91. Ärztetag 1988 abgelehnt wurde (Deutsches Ärzteblatt 1988). Acht Jahre später begrüßte der 99. Ärz-

tetag Gesundheitsförderung als „eine sinnvolle und unverzichtbare Ergänzung der traditionellen medizinischen Versorgung“ (Schwartz, Walter 1997). Inzwischen haben auch viele niedergelassene Ärzte Gesundheitsförderung als Markt entdeckt und bieten - unterstützt durch Fortbildungen z.B. im Bereich der Ernährungsberatung - u.a. präventive Maßnahmen als nicht kassengetragene Zusatzleistung an.

Gesundheitsberatung in der Arztpraxis erfolgt, unterstützt durch das technologielastriche Abrechnungssystem, jedoch eher unsystematisch. Abholz zieht 1991 die Bilanz, dass die Prävention durch Ärzte keine optimale Versorgungssituation garantiert, sondern vielmehr die Nachteile dieses Systems überwiegen.

Auch zehn Jahre später sind - obwohl sich inzwischen die Qualität der primärärztlichen Versorgung international stark an der Aufgabenerfüllung in der Prävention orientiert - die Umsetzung der Prävention im Praxisalltag nicht selbstverständlich und ihre Möglichkeiten nicht ausgeschöpft (Sachverständigenrat 2001).

## Die Aufgaben der Kranken- und Unfallversicherung

### *Gesetzliche Krankenversicherung*

Mit der Einführung der Krankenkassen Ende des 19. Jahrhunderts waren zunächst keine präventiven Aufgaben verbunden. Sie dienten vor allem der weitgehenden Absicherung im Krankheitsfall zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Schmiedebach sowie Schleiermacher in diesem Band).

Die Erweiterung der Reichsversicherungsordnung 1914 ermöglichte den Kassen Ausgaben zur Krankheitsverhütung, die allen Versicherten zugute kommen sollten. Finanziert wurde vor allem die Verbreitung gesundheitlicher Informationen mittels Ausstellungen und Flugblättern (vgl. Moser in diesem Band).

Erst in der Weimarer Republik 1925 wurden die Krankenversicherungen aufgefordert, im Zusammenwirken mit Einrichtungen der Wohlfahrtspflege Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Berufsunfähigkeit oder Invalidität zu ergreifen und die Gesundheit der Versicherten zu verbessern. In der Ausführung differierten die Krankenkassen, wobei sich die meisten allerdings auf die gesundheitspolitisch bedeutsamen Themen wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Säuglingsfürsorge beschränkten (vgl. die Beiträge von Schleiermacher, Moser sowie Stöckel in diesem Band).

1936 entstand mit den „Richtlinien für die Durchführung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge als Gemeinschaftsaufgabe der Krankenversicherung“

ein Katalog von Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, der sich als Satzungsleistung allerdings in der Umsetzung zwischen den Kassen unterschied (Labisch, Tennstedt 1991).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden als erste präventive Leistungen in den 1970er Jahren mit der Krebs-, Kinder- und Schwangerenvorsorge Maßnahmen vor allem der Krankheitsfrüherkennung gesetzlich verankert (Reichsversicherungsordnung RVO § 181). Darüber hinaus beteiligten sich einige Krankenkassen, führend die AOK Mettmann, seit 1977 an der primären Prävention insbesondere der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Eberle in diesem Band).

Leistungen zur primären Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung wurden allerdings erst zehn Jahre später - zwei Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta - in die Krankenversicherung als Regelleistung eingeführt. Mit dem Gesundheits-Reform-Gesetz (GRG) von 1988 erhielten neben der - schon bei ihrer Einführung umstrittenen - Gesundheitsuntersuchung (Check-up, § 25 SGB V) zur Früherkennung von Risiken und Krankheiten vor allem durch den § 20 SGB V erstmals Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einen gesetzlich abgesicherten Einzug in das Gesundheitssystem. Sieben Jahre später wurde Gesundheitsförderung im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes 1996 wieder aus dem Pflichtkatalog der Kassen herausgenommen. Inhaltlich wurde dies mit dem durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 neu etablierten Kassenwettbewerb und den daraus resultierenden zunehmend mehr markt- als fachorientierten Angeboten der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen begründet (Schwartz, Walter 1997). Dennoch konnten die Krankenkassen weiterhin Modellvorhaben zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten mit wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung durchführen, sich an diesen beteiligen oder sie fördern (SGB V, §§ 63, 64, 65). Die meisten Krankenkassen bauten jedoch ihre erst kurz zuvor neu geschaffenen Strukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention wieder ab.

Das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz versucht in der Neufassung des § 20 SGB V, „Prävention und Selbsthilfe“ mit der ausdrücklichen Ausrichtung an Bedarf, Zielgruppen, Methoden und Zugangswegen die Kritik an der Umsetzung und an dem alten § 20 SGB V (1996) aufzugreifen, nämlich: ein Mangel an klaren gesundheitlichen Zielen und an einer Zielgruppenorientierung sowie eine überwiegende Ausrichtung auf oft bereits gesundheitsbewusste ‚Mittelständler‘ in Marketing, Methoden und Umsetzung (Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995, Schwartz 1999).

Der Gesetzgeber hat in der Neufassung auch teilweise eine mehr salutogene

bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen (§ 20 Abs. 1 SGB V). Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können von den Krankenkassen weitergeführt werden (§ 20 Abs. 2 SGB V). Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind aufgefordert, Handlungsfelder und Kriterien für ihre Umsetzung auszuarbeiten (vgl. Eberle in diesem Band). Eine Begrenzung der Ausgaben soll einen priorisierten und effizienten Einsatz der Mittel unterstützen. Zudem gilt auch für Leistungen des § 20 SGB V, dass sie nach dem geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches (§ 12 SGB V) „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen, d.h. sie sollen nicht nur medizinisch bedarfsgerecht sein, sondern auch mit günstiger Nutzen-Kosten-Relation erbracht werden.

Zur Stärkung der Eigenverantwortung und Kompetenz der Versicherten wurde erstmals im Gesundheitsreformgesetz 2000 ein Gesetz zur „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung“ (§ 65b SGB V) sowie Patientenschulungen als ergänzende Leistung der Rehabilitation (§ 43, Abs. 3) für chronisch Kranke und ihren Angehörigen (§ 43 SGB V) eingeführt.

Auch in der Pflege sind insbesondere durch die Soziale Pflegeversicherung bereits präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen gesetzlich gebahnt.

### *Gesetzliche Unfallversicherung*

In den zwanziger Jahren wurden in der AOK Rheinland zeitweilig Daten der Krankenkassen für arbeitsweltbezogene Krankheitsberichterstattung genutzt, jedoch nicht systematisch weiter geführt. Eine arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung, die durch die Darlegung industrieller Risiken, der Morbidität und Mortalität zu einer breiten Prävention hätte führen können, erfolgte nicht. Erst über 100 Jahre später (in der Weimarer Republik ist ein Arbeitsschutzgesetz gescheitert) sind mit der Einführung des Arbeitsschutzgesetzes 1996 systematische Bestandsaufnahmen vorgesehen. Bis dahin beschränkte sich die Prävention auf biologisch-technische Unfallverhütungsvorschriften und nicht auf eine gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen.

Die Anerkennung von Schädigungen als Berufskrankheiten wurde von Anfang an durch das System der Einzelbegutachtung erschwert, das auf juristischen Entscheidungen auf Grundlage medizinischer Beurteilungen bei gleichzeitiger zeitlicher Spanne zwischen ursächlicher Einwirkung und Schadenswirkung basiert. Gesundheitsschäden wurden zudem eher der - auch rassenhygienisch und genetisch begründeten - Konstitution als der Exposition zugeschrieben. Ziel war weniger die Erlangung der Gesundheit als vielmehr die Wiederherstellung der Arbeitskraft. Insgesamt bot die Un-

fallversicherung dem Arbeitgeber wenig Anreiz zur Prävention (vgl. Müller und Milles in diesem Band).

## Ausblick

Im historischen Rückblick zeigen sich bereits im 19. Jahrhundert unterschiedliche Ausprägungen, die auch am Beginn des 21. Jahrhunderts für die Prävention relevant erscheinen.

Das im Kontext der 1848er Revolution geforderte und sich in den Gedanken der Ottawa Charta wieder findende Recht auf Gesundheitssicherung analog dem Recht auf Eigentumssicherung ist verknüpft mit der Autonomie und der Möglichkeit, das gesellschaftliche Leben mit zu gestalten. Durch Gesundheit, aber auch für Gesundheit sollte eine Partizipation an den Ressourcen und Entscheidungen der Gesellschaft möglich sein.

Ein ausbaufähiges Fundament zur Sicherung der Gesundheit findet sich aktuell im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. Hier (GG Art. 20 Abs. 3) sind als Bestandteile des Rechtsstaatsprinzips die Grundsätze des Übermaßverbots (Geeignetheit, Erforderlichkeit, Verhältnismäßigkeit i.e.S.) festgelegt, die auch der Ausgestaltung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Hinblick auf Effektivität, Effizienz und optimaler Strukturierung zugrunde liegen sollten. Hinzukommt das vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) anerkannte Untermaßverbot, das dem Staat gebietet, ein gewisses Mindestmaß zum Schutz von Leben und Gesundheit einzuhalten (Seewald, Plute 1998). Damit sind verfassungsrechtliche Prinzipien der Angemessenheit von kollektiven, verhältnis- und umweltbezogenen Präventionsmaßnahmen festgelegt, ebenso solche der individuellen, verhaltensbezogenen Prävention. Vor allem letztere muss auch in der Verfassung verankerte Grenzen zum Schutz individueller Freiheiten und der Persönlichkeit beachten - ein Prinzip, das angesichts zunehmender individueller Verantwortung für die eigene Gesundheit immer wichtiger wird. Gerade dort, wo hinreichendes individuelles Wissen und persönlicher Verhaltensfreiraum als gegeben angenommen werden können, müssen der Staat (oder seine Beauftragten, z.B. öffentlich-rechtliche Krankenkassen) auf Eigenverantwortung setzen. Diese Eigenverantwortung kann und sollte aber durch z.B. Information und Schulungen gefördert werden.

Die grundsätzliche Zuständigkeit der Krankenversicherung für die Prävention ist im § 1 SGB V zur „Solidarität und Eigenverantwortung“ verankert<sup>1</sup>. Ausdrücklich wird andererseits die Mitverantwortung des Versicherten für seine Gesundheit betont und seine Pflicht zur Mitwirkung in der Primär-

---

<sup>1</sup> SGB V, § 1 Satz 1: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“

Sekundär- und Tertiärprävention hervorgehoben. Dem Versicherten wird klar und deutlich keine alleinige Verantwortung zugeschrieben. Damit wird anerkannt, dass auch äußere Umstände, deren Veränderung nicht in der Macht des Versicherten stehen, Ursache für die zu vermeidende Krankheit bzw. Behinderung sein können (Seewald, Plute 1998). Die Krankenkassen ihrerseits verpflichten sich, den Versicherten bei der Schaffung „gesunder Lebensverhältnisse“ zu helfen. Als Maßnahmen werden hierbei nicht nur Aufklärung und Beratung, sondern explizit auch Leistungen genannt. Dabei liegt es im Ermessen der Krankenversicherung, ob sie die Aufgabe - soweit keine ausdrücklichen gesetzlichen Regelungen die Einbeziehung von definierten Leistungserbringern vorschreibt - selber wahrnehmen oder sich Dritter bedienen möchte.

Die Wahrung einer grundlegenden Gesundheitssicherung, verbunden mit einem gleichen Zugang für die gesamte Bevölkerung, ist vor dem Hintergrund der sozialen Ungleichheit in der Morbidität und Mortalität bedeutend. Bei der gegenwärtig erneut geführten Diskussion um Ansätze zur Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen und der Ausgliederung von Leistungen als Zusatzversicherungen muss darauf geachtet werden - soll die Gesellschaft nicht (weiter) in eine ‚Zwei- oder Mehr-Klassen-Medizin‘ zerfallen -, dass nicht nur die medizinische Grundversorgung gewährleistet wird, sondern auch und gerade präventive Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit als Regelleistung erhalten bleiben bzw. weiter ausgebaut werden.

Die Jahrhunderte lange Entwicklung der Rationalisierung und Ökonomisierung führte letztendlich nicht nur dazu, dass Prävention heute genau quantifizierbar zeigen muss, was sie hinsichtlich der Gesundheit der Bevölkerung, von Teilgruppen und bei einzelnen Individuen leisten kann (und was nicht), sondern zudem, ob die Maßnahmen wirtschaftlich sind und sich für die Kostenträger lohnen. Dennoch sind selbst beachtliche realisierte Einsparungen z.B. durch die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen - wie jüngst in einer Evaluation kassenbezogener, zielgruppenorientierter Rückenkurse erstmals gezeigt werden konnte (Walter et al. 2001) - kein Selbstläufer. Einer dauerhaften Einführung derartiger auch gewinnbringender Maßnahmen stehen häufig die im gegliederten Gesundheitssystem vorhandenen institutionellen Differenzen zwischen Kostenträger und ‚Kostengewinner‘ entgegen. Hinzu kommt in der Gesetzlichen Krankenversicherung der - gesetzlich gewollte und weiter im Ausbau begriffene - Wettbewerb um „günstige Risiken“, der eine besonders an Versicherten mit hohen Gesundheitsrisiken ausgerichtete Prävention behindert.

Wie am Ende des 19. Jahrhunderts bedeutet auch heute Gesundheit sowohl ein persönliches Vermögen als auch einen volkswirtschaftlichen Kapitalwert - auf der individuellen Ebene definiert als Mittel und Voraussetzung, um das Leben nach den persönlichen Zielen entsprechend gestalten zu kön-

nen, auf der volkswirtschaftlichen Ebene zur Steigerung des nationalen Wohlstands. Auch wenn Gesundheit allein oft keinen hinreichenden Motivationsgrund für politisches oder unternehmerisches Handeln darstellt, so bietet die Eigenschaft als Kapitalwert einen Anknüpfungspunkt für Prävention, denn über verhaltens- und verhältnisbezogene präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen lassen sich Ressourcen für die Produktion und Reproduktion vermehren. Dazu muss Gesundheit ‚marktfähig‘ sein, mit anderen unternehmerischen oder politischen Zielen verbunden werden und „win-win Situationen“ schaffen (Kickbusch 2000). So ist für die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens die optimale Nutzung und Pflege des Humankapitals entscheidend, die durch Prävention nachhaltig unterstützt werden kann (Marshall 2000).

Die im 20. Jahrhundert fortschreitende und heute ausgeprägte Individualisierung erfordert für die Prävention eine Diversität nicht nur ihrer Zugangswege, sondern auch ihrer Angebote. Um Gesundheit als Kapital zu wahren, müssen vor allem auch soziale Investitionen erfolgen. Dies gilt vor allem für jene Gruppen, die keinen Anwalt in der Gesellschaft haben. Eine bislang in der Prävention kaum beachtete Gruppe sind die Älteren. Angesichts der demographischen Entwicklung und der bislang weitgehend unausgeschöpften Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte kommt ihnen zukünftig eine zentrale Rolle für mehr Gesundheit, Unabhängigkeit und Mobilität zu (Fries 1997, Walter, Schwartz 2001). Für die Steuerung der Prävention darf der Staat sich nicht aus seiner Verantwortung zurückziehen. Seine Aufgabe muss es sein, Prioritäten für gesundheitsbezogene Investitionen zu setzen und die Ressourcen zu kanalisieren.

Eine Herausforderung stellt die derzeit intensivierete genetische Forschung dar, die mit genetischer Diagnostik Krankheitsanlagen mit unterschiedlicher Aussagekraft für ihre spätere Manifestation ermittelt. Während dies bei monochromosomalen Erkrankungen wie z.B. Phenylketonurie zur frühzeitigen Einleitung präventiver Maßnahmen ausgesprochen sinnvoll ist, ist ein Nutzen für die Ermittlung genetischer Dispositionen hinsichtlich chronischer Krankheiten nicht ohne weiteres festzustellen. Erstens stellen genetische Dispositionen bei multifaktoriellen Erkrankungen notwendige, aber keineswegs hinreichende Bedingungen dar, so dass ihre prognostische Aussagekraft dadurch eingeschränkt ist. Zudem wirken sie belastend für den Betroffenen, der sich unabhängig vom tatsächlichen Eintreten des Krankheitsfalles und lange vor dem Ereignis damit auseinandersetzen muss, potenziell krank zu sein. Die empfohlenen präventiven Interventionen zur Vermeidung chronischer Erkrankungen entsprechen darüber hinaus häufig einer allgemeinen gesunden Lebensweise und bedürfen deshalb keiner vorerlegten Diagnostik. Zweitens besteht die Gefahr, dass derartige Krankheitswahrscheinlichkeiten von Versicherungen als „ungünstige Risiken“ eingestuft und mit höheren Beiträgen belegt werden, was zu erheblichen Nachteilen für eine bisher unbekannt Anzahl von Betroffenen führen und

lediglich Individuen ohne erkennbares genetisches Risiko finanziell stark privilegieren wird. Die derzeitige Verpflichtung der Versicherungsgesellschaften, Individuen ohne erkennbares genetisches Risikopotenzial keine Spezialtarife anzubieten (Regenauer 2001), kann diese Gefahr nur teilweise entkräften. Hinzu kommen Benachteiligungen in der Arbeitswelt.

Die im 20. Jahrhundert selbstverständliche Solidarität, die auf einem gemeinsamen Schicksal vor Krankheit und Tod basiert, droht von einer differenzierten Risikoermittlung abgelöst zu werden, die - ähnlich wie in der Rassenhygiene, wenn auch ohne deren Begrifflichkeit - Menschen unterschiedliche Wertigkeiten zumisst. Für Public Health ergibt sich in diesem Szenario die Aufgabe, ausgehend von epidemiologischen Daten und sozialmedizinischen Kenntnissen auf die Relevanz von sozialen und Umweltbedingungen für die Manifestation genetischer Krankheitsanlagen und die Entstehung chronischer Krankheiten hinzuweisen. Im Zentrum der Prävention stehen reale Menschen in Lebensbezügen und nicht Genotypen.

Die Eliminierung aller Krankheiten entspräche vordergründig ökonomischen Rationalitäten. Sie ignoriert aber, welche neuen gesellschaftlichen Potenziale an schöpferischer Kraft und Neuorientierung aus dem Überstehen und Verarbeiten von Erkrankungen entspringen können. Letztlich ist Prävention auch hierfür eine Voraussetzung.

## Literatur

- Abholz HH (1991): Prävention und Medizin - am Beispiel niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. 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. 169-188
- Altgeld T, Laser I, Walter U (Hg.) (1997): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Juventa Verlag, Weinheim
- Beckerath E von (Hg.) (1965): Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, zugleich Neuauflage des Handwörterbuchs der Staatswissenschaften Bd. 8, Stuttgart, Fischer
- Bothe, D (1991): Neue deutsche Heilkunde 1933-1945, dargestellt anhand der Zeitschrift „Hippokrates“ und der Entwicklung der volksheilkundlichen Laienbewegung. Husum, Matthiesen
- Brand H, Schmacke N (1998): Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: FW Schwartz, B Badura, R Leidl, H Raspe und J Siegrist (Hg.): Das Public Health Buch. München, Urban & Schwarzenberg, S. 259-268
- Brockhaus (1996/1997): Die Enzyklopädie. 20. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Brockhaus, Mannheim
- Brößkamp-Stone U, Kickbusch I, Walter U (1998): Gesundheitsförderung. In: FW Schwartz, B Badura, R Leidl, H Raspe und J Siegrist (Hg.): Das Public Health Buch. München, Urban & Schwarzenberg, S. 141-150



- Arbeitsgruppe 5 des Runden Tisches (2001): Empfehlungen der Arbeitsgruppe 5 „Stärkung der Prävention“ an den Runden Tisch am 18.12.2001. Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1999): Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1999. Band 122. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden, Nomos
- Donner-Banzhoff N, Sadowski E, Baum E: Die Effektivität der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 71, S. 293-298
- Elster L (Hg.) (1923): Handwörterbuch der Staatswissenschaften Bd. 5, 4. Aufl. Jena, Fischer
- Elster L (Hg.) (1927): Handwörterbuch der Staatswissenschaften Bd. 4, 4. Aufl. Jena, Fischer
- Evers A, Nowotny H (1987): Über den Umgang mit Unsicherheit. Die Entdeckung der Gestaltbarkeit von Gesellschaft. Frankfurt/M
- Ewert G (1991): Organisation und Praxis der Prävention in der Deutschen Demokratischen Republik. 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. 107-127
- Fries JF (1997): Editorial: Can Preventive Gerontology Be on the Way? Am J Public Health 87 (10), S. 1592-1593
- Geiger A, Kreuter H (Hg.) (1997): Handlungsfeld Gesundheitsförderung. 10 Jahre nach Ottawa. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Henke KD, Adam H (1978): Die Finanzlage der sozialen Krankenversicherung 1960-1978. Eine gesamtwirtschaftliche Analyse. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Jacob W, Schipperges H (1981): Kann man Gesundsein lernen? Schriftenreihe des Instituts für Gesundheitsbildung. Gentner Verlag, Stuttgart
- Kickbusch I (2000): Health Promotion in the 21<sup>st</sup> Century. Vortrag auf dem Symposium „Health Promotion - Neue Wege in der Gesundheitsförderung und Prävention“ im Rahmen des Weltkongresses Medicine Meets Millennium während der EXPO 2000, Hannover
- Kirschner W, Radoschewski M, Kirschner R (1995): § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Sankt Augustin, Asgard.
- Labisch A, Tennstedt F (1985): Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, Bd. 1, 2. Düsseldorf
- 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, Woelk W (1996): Öffentliche Gesundheit in der Nachkriegsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. Ein Bund-Länder-Vergleich von 1945 bis 1965. In: Public Health Forum Nr. 12, S. 3-4
- Marmot M (1996): Ischaemic heart disease. In: S Ebrahim, A Kalache (Eds.): Epidemiology in Old Age. London BMJ Publishing Group, 253-261
- Marshall B (2000): Settings für Gesundheit in einer weltweiten Industrie: Beispiel VW. Public Health Forum Nr. 28, S. 17
- 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
- Moser G, Schleiermacher S (1996): Historische Traditionslinien Öffentlicher Gesundheitspflege in Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen von 1945 bis 1955. Public Health Forum Nr. 12, S. 5-6
- Pott E (2000): Soziales Marketing - Konzepte und Strategien. In: Public Health Forum Nr. 28, S. 11
- Regenauer A (2001): Genetische Diagnostik und Versicherung - Die internationale Lage. In: Forum TTN 5: Nutzung genetischer Daten durch Versicherungen
- Reinerth H (1999): Gesundheitsförderung als „Konzept um Sittlichkeit“ 1900-1933 dargestellt am hannoverschen Deutschen Evangelischen Frauenbund und dem Hauptverein für Volkswohlfahrt. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health) an der Medizinischen Hochschule Hannover
- Roebiger S, Merk H (Hg.) (1998): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Jonas Verlag, Marburg
- Rosenbrock R (1998): Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. WZB-Veröffentlichungsreihe Papers. Berlin, S. 98-203
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): Sondergutachten 1996. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden: Nomos
- Schleiermacher S (1995): Historische Traditionslinien öffentlicher Gesundheitspflege in Deutschland 1920-1955. Das Beispiel Niedersachsen. Norddeutscher Forschungsverbund Public Health. Abschlussbericht
- Schwartz FW (1999): Strukturelle Einbettung und Qualität von Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung: GKV-konforme Ansätze und Strategien. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hg.): Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven. Hannover, S. 7-14
- Schwartz FW, Walter U (1997): Gesundheitsförderung im Spannungsfeld der Gesundheitsreformen. In: Altgeld T, Laser I, Walter U (Hg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Juventa Verlag, Weinheim, S. 53-68
- Seewald O, Plute G (1998): Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsförderung für Krankenversicherungs- und Unfallversicherungsträger. In: R Müller, R

- Rosenbrock (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement - Bilanz und Perspektiven. St. Augustin, Asgard, S. 62-116
- Statistisches Bundesamt (2001): Neue Gesundheitsausgabenberechnung. Presseexemplar Gesundheitswesen. Wiesbaden
- 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 University Press, Cambridge Mass.
- Troschke J von (1991): Organisation und Praxis der Prävention in der Bundesrepublik Deutschland. 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. 76-105
- Walter U, Schwartz FW (2001): Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht. Band I Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Leverkusen, Leske + Budrich, S. 153-261
- Walter U, Buser K, Dierks ML, Dörning H, Fröhlich B, Grobe T, Heide J, Hopmann M, Krauth C, Liecker B, Lorenz C, Reichle C, Reinhardt R, Schmidt T, Weber J, Weidemann F, Schwartz FW (2001): Evaluation präventiver Maßnahmen. Abschlussbericht für die AOK Niedersachsen. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover. Hannover
- World Health Organization (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa [<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>]