

## Gesundheitspolitik

Alfons Labisch

# Kommunale Gesundheitsförderung – Entwicklungslinien, Konzepte, Perspektiven

»Kommunale Gesundheitsförderung« ist ein noch junger Begriff in der gesundheitspolitischen Diskussion – gleichwohl benennt er klassische Sachverhalte in zeitgemäßer Version. In einer vorläufigen, auf die Organisation ausgerichteten Umschreibung umfaßt kommunale Gesundheitsförderung alle gesundheitsgerichteten Aktivitäten *oberhalb* der Ebene von Individuen und deren primärer Lebensgemeinschaften und *unterhalb* der Ebene staatlicher und parastaatlicher Versorgungseinrichtungen. Diese Aktivitäten sollen in der überschaubaren, alltäglichen Lebenswelt der Menschen vorbeugende und gesundheitsfördernde Maßnahmen und Verhaltenweisen ermöglichen.

»Kommunale Gesundheitsförderung« ist noch nicht zu einem festen Begriff alltäglicher Diskussion oder gar alltäglicher Praxis geworden. Im folgenden Beitrag werden daher die Entwicklungen, die auf eine kommunale Gesundheitsförderung hinführen, charakterisiert. Im Mittelpunkt stehen dabei nicht die auf die Umwelt, sondern die auf Personen/-gruppen gerichteten Maßnahmen.

### Inverventionsstudien gegen Herz-Kreislauf-Krankheiten (HKK)

Die internationalen und nationalen Studien über Ursachen, Bekämpfung und Vorbeugung der vorherrschenden HKK haben gezeigt, daß die individuelle Prävention *zu kurz* greift. Sie setzt als medizinisch orientierte Prävention erst dann ein, wenn der einzelne Mensch bereits Krankheitssymptome verspürt.

Im strengen Sinne muß diese Art von Prävention daher als Krankheitsfrüherkennung bezeichnet werden. Selbst bei dieser auf Symptome und frühe Krankheitsformen orientierten medizinischen Prävention müssen das psychosoziale Umfeld der Risikoträger, pathogene Faktoren der Umgebung und mögliche Multiplikatoren der Gesundheitserziehung und -förderung beachtet werden. Dies gilt um so mehr dann, wenn Frühsymptome verhindert und damit

*Prof. Dr. phil. Dr. med. Alfons Labisch,  
Fachbereich Sozialwesen an der Gesamthochschule/Universität Kassel.*

wirkliche Prävention betrieben werden soll. In diesem Fall ist es unerlässlich, die Wechselwirkungen von Menschen, Lebensgewohnheiten und Umwelt als »gemeindeorientierte Strategie in die Prävention« einzubeziehen.

Auf den wissenschaftlichen Erfahrungen und Ergebnissen der HKK-Prävention wurde in den letzten Jahren eine Reihe groß angelegter internationaler und nationaler Studien durchgeführt, die die Gemeinde sowohl als Interventionsebene als auch als Interventionsbereich ansehen – die »Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie« (DHP) sei stellvertretend für viele genannt.

### Soziale Netzwerke

Die Erforschung und Förderung von Selbsthilfe- und Laienpotentialen in der medizinischen Versorgung und Gesundheitsvorsorge hat in der Bundesrepublik in den letzten Jahren erheblichen Aufschwung erlebt. Aus den vielfältigen Einzelaspekten und Einzelergebnissen der Forschungen sollen zwei Punkte angesprochen werden. Zunächst einmal ist zu betonen, daß ein erheblicher Anteil sozial und gesundheitlich relevanter Leistungen nach wie vor in der Familie erbracht wird. Gleichzeitig wurde bekannt, daß die Familien sowohl in der Pflege als auch in der Vorsorge bis an ihre Grenzen belastet sind – und dies betrifft nach wie vor die Arbeit, genauer die Überlastung von Frauen.

Auf der Seite der sozialen und medizinischen Versorgung zeigt sich hingegen, daß

diese aus strukturellen Gründen nicht in der Lage sind, auf Notsituationen oder auf Erfordernisse einer wirksamen Prävention angemessen zu reagieren. Die Überforderung »primärer sozialer Hilfen« ist so groß, daß von der »Hilfebedürftigkeit im Niemandsland« gesprochen wird.

Den Abbau sozialstaatlicher Leistungen mit dem Hinweis auf die sozialen und medizinischen Eigenleistungen der Familien begründen zu wollen, erweist sich damit als außerordentlich fragwürdig. Vielmehr muß der unter den Aspekten der De-Institutionalisierung oder der De-Professionalisierung in Teilbereichen durchaus willkommene Abbau sozialstaatlicher Versorgungssysteme durch entsprechende Hilfe aufgefangen und gestützt werden. Diese Förderung gesundheitsrelevanter Selbsthilfe- und Laienpotentialen muß nach den vorliegenden Forschungsergebnissen darauf gerichtet sein, unterhalb formeller sozialstaatlicher Hilfen und oberhalb primärer Selbst- und Laienhilfen angesiedelte soziale Netze zu initiieren bzw. zu unterstützen. Als sozialer Raum bietet sich für die gleichermaßen sozialen wie gesundheitlichen Aktivitäten die Gemeinde beziehungsweise in Großstädten der überschaubare Stadtteil an.

### Konzepte der Weltgesundheitsorganisation

Um ihre gesundheitspolitische Programmatik zu präzisieren, entwickelte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in den frühen 80er Jahren das Konzept der »health promotion«, der »Gesundheitsför-

derung«. Dieses Programm wurde durch neue Erkenntnisse in der Gesundheitserziehung wesentlich mitbeeinflusst. In Modellversuchen war erkannt worden, daß die Gesundheitserziehung nur dann langfristige Erfolge bringt, wenn die Lebensweise und die -bedingungen der Adressaten in die Programme einbezogen werden. Das Konzept der Gesundheitsförderung beruht auf dem Gedanken, daß Fachwissen, Laienpotentiale und örtliche Lebensverhältnisse nur im Austausch und in gegenseitiger Beeinflussung zu langfristigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen führen. Die »Charta von Ottawa« (1986) betont deshalb ein positives Konzept von Gesundheit und die intersektorale Aktion im Bereich der Gesundheitssicherung. Gleichzeitig wurde der Gesundheitsbegriff implizit geändert: Gesundheit wird nicht mehr als »beziehungsloses Ziel« verstanden, sondern als ein Mittel, sein Leben sozial und wirtschaftlich fruchtbar zu bewältigen. Gesundheit ist also nicht mehr ein Zustand, der um seiner selbst willen erreicht werden soll, sondern Gesundheit wird zu einer Ressource des täglichen Lebens.

*»Die programmatische Entwicklung der Gesundheitsförderung führte dazu, daß der Gedanke einer »öffentlichen Gesundheit« wiederbelebt wurde.«*

Als Ort für ein derartiges Konzept der Gesundheitssicherung kann nur der alltägliche Lebensraum der Menschen verstanden werden – also die »community«, ein im Deutschen kaum angemessen wiederzubegebender Begriff, der zwischen Gemeinde als Verwaltungskörperschaft und der unmittelbaren Lebenswelt der Familien- oder Lebensgemeinschaften anzusiedeln ist. Die programmatische Entwicklung der Gesundheitsförderung führte dazu, daß der Gedanke einer »öffentlichen Gesundheit« wiederbelebt wurde. Im Rahmen dieser »new public health«, bzw. einer »healthy public policy« wird derzeit ein weltweites Praxisprojekt der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene durchgeführt, das internationale »Healthy Cities Project«. Die Referenzstädte für dieses Praxisprojekt sind in der Bundesrepublik Deutschland seit 1986 Bremen und Düsseldorf sowie seit 1988 zusätzlich München. Unterhalb dieses internationalen Praxisprojekts hat sich in vielen Ländern ein nationales Netzwerk »Gesunde Städte« gebildet.

## Öffentliche Gesundheit und öffentlicher Gesundheitsdienst

Alle bisher geschilderten Aktivitäten sind dadurch gekennzeichnet, daß es sich entweder um wissenschaftliche Studien oder um Modellversuche – oder beides – handelt. Ihre Relevanz für die alltägliche Praxis der Gesundheitsförderung beziehungsweise die öffentliche Gesundheitssicherung im weitesten Sinne ist daher fraglich. Vielfach miteinander verbundene internationale und nationale Forschungen, Diskussionen und Entwicklungen treffen in der Bundesrepublik Deutschland jedoch auf die Diskussion zur Wiederbelebung des öffentlichen Gesundheitswesens. Diese ist wiederum einbezogen in die Diskussion zur Lage und Entwicklung des Systems der sozialen Sicherung im allgemeinen und der Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung im besonderen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist im Rahmen des gesamten medizinischen Versorgungssystems der Bundesrepublik dasjenige Subsystem, dessen Hauptaufgaben Gesundheitssicherung und Gesundheitsvorsorge sind. Um die geringe Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion zu verstehen, müssen historische und aktuelle Entwicklungen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Durch die gesundheitspolitischen Fernwirkungen des Nationalsozialismus wurde in Deutschland die breite Kultur kommunaler Gesundheitssicherung, wie sie sich bis in die Weimarer Zeit entwickelt hatte, nachhaltig vernichtet.

Institutionelle und konzeptionelle Anknüpfungspunkte einer »community medicine« sind daher in der Bundesrepublik Deutschland gering ausgeprägt. Dies wird in aktuellen Übersichten über die mögliche Fortentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes deutlich, die stets von »staatlichen«, nicht aber von »kommunalen« Aktivitäten der Gesundheitssicherung ausgehen – eine sich selbst begrenzende Sicht, die auch diejenigen zeigen, die an einer umfassenden Fortentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens interessiert sind.

Die gesundheitspolitischen Entwicklungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen aus vielen Gründen eher skeptisch beurteilt werden. Die sei-

tens der Landesregierungen durchgesetzten und aktuell betriebenen Reformen des öffentlichen Gesundheitsdienstes laufen letzten Endes in den Gleisen der »Subsidiarität« öffentlicher Gesundheitsleistungen. Umfassende Konzeptionen, die personen- und umweltbezogene Aufgaben aufgrund der bekannten epidemiologischen Erfordernisse und der Versorgungsstrukturen zu einer eigenständigen Konzeption zusammenführen, finden – letztlich aus finanziellen Gründen – keine politische Mehrheit. In Einzelaktionen werden vom Bund oder der Gesundheitsministerkonferenz gruppenbezogene Leistungen gefördert, so etwa in der Gesundheitserziehung oder der AIDS-Beratung – dies allerdings als befristete Modellprojekte. Einige örtliche Gesundheitsämter – stellvertretend seien Köln und Düsseldorf genannt – legen die bestehenden gesetzlichen Grundlagen extensiv aus, um zu zeigen, was der öffentliche Gesundheitsdienst leisten kann. Landespolitischen Tendenzen, den öffentlichen Gesundheitsdienst endgültig in den Ruin zu treiben, stehen also vereinzelte Initiativen auf Bundesebene und einzelne Protagonisten vor Ort entgegen, die Eigenart und Eigenständigkeit öffentlicher Gesundheitsleistungen auch perspektivisch dokumentieren.

Überdies ist festzuhalten, daß sich die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes derzeit fast dramatisch verjüngen. Mit dem Sprung über nahezu zwei Generationen ist eine erhebliche fachliche Qualifikation verbunden. Darüber hinaus gibt es in der Bundesrepublik derzeit 13 Initiativen, auf universitärer Ebene medizinische und außermedizinische postgraduale Qualifikationen für »public health« im weitesten Sinne zu schaffen. Entsprechende Fachkräfte stehen demnächst zur Verfügung.

Durch zahlreiche Mißverständnisse gewarnt, sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, daß staatliche oder kommunale Formen öffentlicher Gesundheitsleistungen keine sich gegenseitig ausschließende Alternativen sind. Es geht vielmehr darum, auf welcher Ebene verschiedene Aufgaben sinnvoll und wirksam gelöst werden können.

*»Die gesundheitspolitischen Entwicklungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen aus vielen Gründen eher skeptisch beurteilt werden.«*

nen – als Beispiel: Strahlenschutz ist eine Aufgabe überregionaler Gesundheitsdienste, gruppenbezogene Gesundheitsförderung ist eine Aufgabe örtlicher Gesundheitsdienste. Staatliche und kommunale Gesundheitsleistungen schließen sich folglich nicht gegenseitig aus, sondern müssen sorgsam differenziert und sinnvoll aufeinander aufgebaut werden.

### Auswirkungen des sozialen und sozialpolitischen Wandels

Die Brisanz mangelhafter Perspektiven im öffentlichen Gesundheitswesen offenbart sich, wenn die Auswirkungen der sozialen und der nachfolgenden sozialpolitischen Entwicklung auf die Gemeinden angesprochen werden. Denn in den letzten Jahren zeichnen sich wirtschaftliche, soziale, sowie nachfolgende sozial- und gesundheitspolitische Entwicklungen ab, die sich auch auf das öffentliche Gesundheitswesen allgemein und den öffentlichen Gesundheitsdienst im besonderen auswirken. Die neuen elektronischen Daten- und Informationsverarbeitungstechniken bewirken, daß Art und Organisation der Produktion tiefgreifend geändert werden. Gleichzeitig wird Arbeit auf qualifizierte, hochmotivierte und leistungsfähige sowie sozial und räumlich mobile Schichten der Bevölkerung eingeschränkt: die Lebenschance Arbeit/Erwerbstätigkeit/Berufsleben wird nicht jedem eröffnet (Jugendarbeitslosigkeit), nur partiell gewährt (Frauen) bzw. frühzeitig genommen (Frühinvalidität statt Arbeitslosigkeit als »sozialpolitischer Artefakt«).

Dieser Wandel im produktiven Bereich führt in der Bundesrepublik zu einer fundamentalen Krise des klassischen Sozialversicherungssystems. Denn dieses während der Hochindustrialisierung seit 1883 schrittweise ausgebaute System ist an die Erwerbstätigkeit gebunden: Nur Arbeit begründet soziale Teilhabe, nur vorangegangene, aktuelle oder zu erwartende Erwerbstätigkeit legitimiert folglich den Anspruch auf Leistungen der Alters-, Invaliden-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung. Bislang war bereits die Hinterbliebenenrente nicht selbstversicherter Familienmitglieder – das heißt besonders derjenigen Frauen, die »nur« im Haushalt tätig waren und durch diese »Schattenarbeit« die Berufstätigkeit des Mannes und Kindererziehung in der Familie ermöglichten – ein sozialer Brennpunkt: Armut im Alter bedeutet faktisch Armut alter Frauen.

Da in den letzten Jahren die Chance der Erwerbstätigkeit einer immer größeren Zahl von Menschen auf Dauer vorenthalten bleibt, wird der Anteil von Menschen immer größer, die auf die allgemeine Sozialhilfe als unterster und letzter Stufe öffentlicher Sozialleistungen angewiesen sind: Die aus der Sozialversicherung ausgegliederten Menschen fallen folglich der »neuen Armut« anheim. Welche Dimensionen die »Armut in der Bundesrepublik Deutschland« inzwischen erreicht, hat der Armutsbericht des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV) im Dezember 1989 unwiderleglich verdeutlicht.

Die Sozialhilfe wird überwiegend durch kommunale Gebietskörperschaften finanziert. Diese Mittel werden den Gemeinden zugestanden oder zugewiesen, nicht jedoch – wie etwa in der politisch hochsensiblen gesetzlichen Krankenversicherung oder der Rentenversicherung – nach Bedarf ausgeweitet – politisch hochsensibel deshalb, weil diese Versorgungsbereiche wiederum systemimmanent den produktiven Teil der Bevölkerung interessieren. Das gegliederte Sozialleistungssystem hinterläßt, ja produziert außerhalb der von ihm erfaßten Menschen ständig sich ausweitende Personenkreise und Tatbestände der Hilfsbedürftigkeit. Die Folgen sind regionale, geschlechts- und gruppenspezifische Verarmung: strukturschwache Gebiete (Landwirtschaft, alte Industrien wie Kohle, Stahl, Werften usw.), Alte, Pflegebedürftige, Arbeitslose, Frauen, die nicht oder nur kurzfristig sozialversichert waren, Jugendliche ohne Ausbildung sind besonders betroffen. Die Sozialhilfe war ursprünglich als letzter »Ausfallbürge« eines umfassend organisierten Sozialversicherungssystems gedacht. Von dieser reinen Restfunktion kann heute indes nicht mehr die Rede sein. Die Zahl der Hilfsempfänger stieg von 1970 bis 1988 von 1,5 (= 100) auf 3,3 (= 220) Millionen Menschen; die Ausgaben der Sozialhilfeträger stiegen im selben Zeitraum von 3,3 (= 100) auf 27 (818) Milliarden DM. Diese Zahlen zeigen, daß das Armutsproblem in der Bundesrepublik nicht weiterhin marginal behandelt werden darf – es stellt vielmehr ein

*»Die naheliegendsten sozialen und gesundheitlichen Probleme, die die Gemeinden zunehmend belasten, sind neben der Arbeitslosigkeit die Versorgung und Pflege alter Menschen.«*

*»Darüber hinaus werden Probleme des Umweltschutzes immer stärker zu örtlichen und regionalen Aufgaben.«*

Problem eigener Qualität dar, das insbesondere auch aus der Sicht eines brüchig gewordenen Systems sozialer Sicherung zu betrachten ist.

Neben diesem durch die besonderen Strukturen des Sozialleistungssystems bedingten Lasten weist die demographische Entwicklung die Pflegebedürftigkeit als ein zukünftiges Kernproblem aus. Die erhöhte Lebenserwartung einerseits und die Abnahme der Geburtenrate andererseits werden dazu führen, daß der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung immer weiter steigen wird. Aus epidemiologischen Untersuchungen ist bekannt, daß damit gleichzeitig der Anteil chronisch kranker, behinderter und schließlich pflegebedürftiger Menschen zunehmen wird. Gleichzeitig wird die Zahl der in einem Haushalt zusammenlebenden Menschen immer kleiner – über 80 Prozent der über 65-jährigen leben in der Bundesrepublik allein oder mit Partner/in; von den über 75 Jahre alten Frauen leben 61 Prozent im Ein-Personen-Haushalt. Sowohl das Pflegepotential von Ehepartnern als auch von Eltern und Kindern nimmt folglich ab. Damit wird nochmals verdeutlicht, daß das Problem der Pflege immer weniger in der Familie aufgefangen werden kann.

Sowohl durch die demographische als auch die sozialpolitische Entwicklung kommen nicht nur erhebliche soziale, sondern auch erhebliche medizinische beziehungsweise gesundheitliche Probleme auf die Gemeinden zu. Es ist darauf hinzuweisen, daß die medizinische Versorgung der Bundesrepublik sowohl konzeptionell als auch strukturell auf die Behandlung akut erkrankter Menschen, nicht jedoch auf die Rehabilitation und Pflege chronisch kranker (alter) Menschen ausgerichtet ist. Die Entlastungsfunktion des klassischen deutschen Sozialversicherungssystems scheint erschöpft. Öffentliche Haushalte müssen immer größere Defizite der Sozialversicherungen ausgleichen. Die naheliegendsten sozialen und gesundheitlichen Probleme, die die Gemeinden zunehmend belasten, sind neben der Arbeitslosigkeit die Versorgung und Pflege alter Menschen.

Darüber hinaus werden Probleme des Umweltschutzes immer stärker zu örtlichen und regionalen Aufgaben. Hinzuweisen ist auf die Altlasten (Deponien, Kanalisation, Asbest) und die immer dringlicheren Probleme von Müllabfuhr, Lärm- und lokalem Umweltschutz. Die absehbaren Kosten erreichen erschreckende Dimensionen. Die Kommunen versuchen, unter den exorbitant steigenden finanziellen Belastungen der Sozialhilfe allerorts, die Gesundheitsausgaben als vermeintlich *konsumptive Ausgaben* zu begrenzen. In Einzelfällen wird jedoch erkannt, daß sich hier Probleme stellen, die eine völlige Umorientierung der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik fordern. Denn wenn die sozialpolitische Entlastungsfunktion des klassischen Sozialversicherungssystems sinkt, müssen nicht nur Armut, sondern die bislang andernorts aufgefangenen Risiken der Arbeitslosigkeit, des Alters, chronischer Krankheiten oder der Pflegebedürftigkeit als neue (alte?) Probleme der kommunalen Einheit wahrgenommen werden. Dasselbe gilt für den lokalen und regionalen Umweltschutz. Nach einer Übergangsperiode, in der sich die Gemeinden passiv immer mehr Aufgaben aufbürden ließen, ist die Situation inzwischen so weit gediehen, daß viele Gemeinden die neuen Aufgaben der Sozial- und Gesundheitspolitik aktiv gestalten wollen, um zumindest die verbleibenden Handlungsmöglichkeiten auszu-schöpfen und möglichst vorbeugend tätig zu werden.

### Kommunale Gesundheitsförderung – Perspektiven

Hier schließt sich der Kreis: In der Selbst- und Laienhilfe sowie in der aktuellen Sozial- und Gesundheitspolitik ist die Gemeinde wieder zu einer Ort der medizinischen Versorgung und der gesundheitlichen Vorsorge geworden. Neben der Pflege ist eine Reihe gesundheitsorientierter Aktivitäten auf Gemeindeebene entstanden, die auf die wissenschaftlichen und programmatischen Entwicklungen der Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung zulaufen. Es liegt auf der Hand, daß die verschiedenen Entwicklungsstränge zu einer neuen Phase kommunaler Gesundheitssicherung führen können. Diese Gesamtsicht verschiedener Entwicklungsstränge und Aspekte kommunaler Gesundheitsförderung wird dadurch gestützt, daß seitens der Gemeinden eine erhebliche Nachfrage nach entsprechenden Analysen und Vorschlägen besteht – und zwar aus

dem Grunde, weil sich hier ein nicht mehr zu übersehender Problemdruck aufgebaut hat.

»Kommunale Gesundheitsförderung« ist ein Begriff, der gleichermaßen die historische Tradition einer eigenen Kultur kommunaler Gesundheitssicherung in Deutschland wie aktuelle internationale und nationale Entwicklungen der Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung umfaßt.

Die Kommunen stellen zwischen den sozial- und gesundheitspolitischen Aufgaben des Staates einerseits und den individuenbezogenen Aufgaben des Systems sozialer Sicherung einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits eine Handlungsebene der Gesundheitssicherung aus eigenem Recht dar. Diese aktualisierte kommunale Gesundheitssicherung richtet sich einmal auf Personen und auf Gruppen, die einer besonderen präventiven Aufmerksamkeit beziehungsweise der lebensweltnahen Rehabilitation und Pflege bedürfen. Ferner richtet sich die kommunale Gesundheitssicherung auf den lokalen und regionalen gesundheitlichen Umweltschutz. »Kommunale Gesundheitsförderung« bedarf nach wie vor der gesundheitspolitischen Selbstbesinnung seitens der Gemeinden und Städte und ihrer Spitzenverbände.

Die neuerliche Standortbestimmung einer kommunalen Gesundheitsförderung muß dazu führen, daß Gesundheit wieder zu einem genuine Bestandteil kommunaler Infrastruktur wird, daß also letztlich wieder eine eigenständige Kultur kommunaler Gesundheitssicherung entsteht. Dies bedeutet zu allererst jedoch, daß die aktuelle Perversion einer letztlich den Gemeinden aufgezwungenen Sozial- und Gesundheitspolitik, nämlich »immer mehr Leistungen bei immer weniger Mitteln«, in ein adäquates Verhältnis von Aufgaben, Eingriffsmitteln, Personal und Finanzen gebracht werden muß.

### Anmerkungen

Verwiesen sei auf den Sammelband: Alfons Labisch (Hrsg.): Kommunale Gesundheitsförderung, Aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Schriftenreihe, Band 52, Frankfurt 1989

## Literatur

**Jahrbuch für kritische Medizin 14 – Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie.** Argument Verlag, Berlin 1989. ISBN 3-88619-186-9. 177 Seiten, DM 18,50.

Viele Themenbereiche, die derzeit die gesundheitspolitische Diskussion in der Bundesrepublik bestimmen, sind in diesem Band aufgegriffen und zwar in einer Art und mit Argumenten, die Widerspruch auslösen werden und wohl auch sollen. Hier wird nämlich endlich einmal gegen den Strich gebürstet, was sich sonst so selbstverständlich gibt. Ob H. Kühn gewandt gegen eine nur noch idealistische und damit für die Gesundheit letztlich eher symbolische Orientierung der »Gesundheitsförderung« argumentiert und bei den gängigen Ansätzen Realitätstauglichkeit in einem Sinne anmahnt, die nicht nur auf Anpassung, sondern auch auf Veränderung von Realität hinausläuft; ob H. Reiners deutlich macht, daß auch die Selbstverwaltung und die Diskussion um ihre (Neu-)Politisierung nur im Zusammenhang mit der veränderten Realität einer Organisationsreform der Krankenkassen zu diskutieren ist, ob W. Salmon mit zahlreichen Beispielen belegt, daß die alternative Gesundheitsbewegung der USA auf dem besten Wege ist, zur Konsumentenbewegung bestimmter (und nicht nur gesunder) Produkte zu werden: in allen Artikeln wird deutlich, daß viele der »neuen« Ansätze zur Gesundheitssicherung in unserer Gesellschaft nur dann nicht zur Freizeitbeschäftigung einer konsumstarken Mittelstandsgeneration werden, wenn sie ihre eigenen (meist widersprüchlichen) Rahmenbedingungen mitdenken. In diesen Artikeln formulieren die Autoren das Unbehagen, das viele beschleicht, die auf entsprechenden Kongressen und Seminaren etc. die neuen Ansätze (teils auch apologetisch) vertreten, und die eigentlich wissen, daß sie zu kurz argumentieren. Im Argument-Band wird intelligent formuliert, was sich viele nicht mehr zu sagen trauen.

Aber es gibt auch »Konstruktives«: H. Brandt legt einen praxistauglichen Plan zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung vor, der von Leitern von Gesundheitsämtern »nur« angewendet zu werden bräuchte. H. Abholz macht Vorschläge für ein rationales System ambulanter Versorgung, das tatsächlich einmal dem Patienten zugute kommen könnte. Dagegen bleibt die vom Verlag selbst so herausgestellte Debatte zwischen W. Karmaus und D. Borgers über die Frage, ob wir »alle vergiftet (werden) oder im saubersten Staat der Erde leben« eher blaß. Ihr Schluß – sowohl als auch – beantwortet nicht die Frage, und sie diskutieren eher: Wie könnte man herausbekommen, welche Qualität und Quantität die Vergiftung bereits angenommen hat? Die Lektüre des Bandes bereitet intellektuelle Freude. Manch einer wird wütend werden. Das war Absicht.

Dr. Friedrich Hauß