

Kardorff, Ernst von

Prävention: wissenschaftliche und politische Desiderate

Diskurs 5 (1995) 1, S. 6-14



Quellenangabe/ Reference:

Kardorff, Ernst von: Prävention: wissenschaftliche und politische Desiderate - In: Diskurs 5 (1995) 1, S. 6-14 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-66390 - DOI: 10.25656/01:6639

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-66390>

<https://doi.org/10.25656/01:6639>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Deutsches Jugendinstitut <https://www.dji.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

**Thema:
Prävention und Intervention –
Maximen staatlichen
und pädagogischen Handelns**

- Gaiser, Müller-Stackebrandt*
Prävention und Intervention –
Einführung in das Thema 2
Die unterschiedliche und unscharfe Verwendung der Begriffe Prävention und Intervention in Politik und Praxis fordert dazu auf, über eine strukturell-systematische Begriffsklärung nachzudenken.
- von Kardorff*
Prävention: wissenschaftliche
und politische Desiderate 6
Die Analyse der gängigen Präventionskonzepte, ihrer Praxis und ihrer Resultate verweist auf zwei zentrale Defizite: einen Mangel an gesellschaftstheoretischer Fundierung und ein Fehlen demokratischer Legitimation.
- Albrecht*
Strafe und Prävention – eine Herausforderung
für Rechtswissenschaft und Justiz 15
Das moderne Strafrecht versteht sich als Präventionsstrafrecht. Es fragt sich aber, inwieweit der Anspruch auf wirkungsvolle Resozialisierung und Abschreckung eingelöst werden kann?

Helming
**Sozialpädagogische Familienhilfe –
 Prävention durch intensive Arbeit mit Familien** 23
*Eine empirische Untersuchung am Deutschen Jugendinsti-
 tut zeigt exemplarisch Handlungsmöglichkeiten der Präven-
 tionspraxis: Hilfen für Familien statt Fremdunterbringung
 der Kinder*

Heiliger, Permien
Männliche Gewalt und Prävention 33
*Auf der Basis zweier DJI-Projekte zur geschlechtsspezifischen
 Sozialisation werden Vorschläge zur Gewaltprävention ent-
 wickelt.*

Lüders
**Prävention in der Jugendhilfe. Alte Probleme
 und neue Herausforderungen** 42
*Bei der Weiterentwicklung des Präventionskonzeptes in der
 Jugendhilfe geht es um eine stärkere Berücksichtigung der
 Kontexte, Perspektiven und Beteiligungschancen der Betrof-
 fenen.*

INTERVIEW

Wieviel Wissenschaft braucht die Politik?..... 50
*Walter Hornstein skizziert den Wandel des Verhältnisses
 von Wissenschaft und Politik seit der Reformphase in der
 Bundesrepublik Deutschland Ende der 60er Jahre.*

VARIA

Löhr, Rathgeber
Mädchen und Sexualität..... 54
*Empirische Daten belegen: Mädchen sind selbstbewusster ge-
 worden. Sie wissen, was sie wollen, was ihnen mißfällt und
 was sie von den Jungen erwarten.*

LITERATURREPORT

Flösser
**Prävention und Intervention
 im Kindes- und Jugendalter**..... 61
*Begriffliche Entzauberungen am Beispiel eines Forschungs-
 programms*

ZUSAMMENFASSUNGEN

SUMMARIES

RÉSUMÉS 68

Impressum 72

Prävention: wissenschaftliche und politische Desiderate



Prof. Dr. Ernst von Kardorff, geb. 1950. Überwiegend freiberufliche Tätigkeit in den Bereichen Planung, Implementationsanalyse und Evaluation von Modellprojekten der Sozialpsychiatrie, Behindertenhilfe, Selbsthilfe, sozialen Gerontologie und Sozialpolitikberatung sowie Gutachtertätigkeit auf kommunaler und Länderebene. Seit 1993 Hochschullehrer an der Fachhochschule Potsdam und seit Sommersemester 1995 Hochschullehrer für Soziologie der Rehabilitation am Fachbereich Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin. Eine Vielzahl von Veröffentlichungen und Forschungsberichten zu den oben genannten Bereichen, zur qualitativen Sozialforschung, zur Professionalisierung psychosozialer Berufe, zu sozialen Netzwerken und zur Gemeindepsychologie und Sozialarbeit.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Humboldt-Universität

Fachbereich Rehabilitationswissenschaften

Albrechtstraße 22

D-10117 Berlin

Rhetorik, Programme und Konzepte der Prävention haben seit einigen Jahren Konjunktur – von der Gewaltprävention über Suchtprophylaxe, Gesundheitsförderung, AIDS-Verhütung bis zur Vorbereitung auf das Leben im Alter und zur Vermeidung von Umweltschäden. Es hat den Anschein, als stünde dem Präventionsdiskurs eine ähnliche politische und wissenschaftliche Karriere bevor wie den Konzepten von Planung und Regulierung in den siebziger Jahren und den Konzepten der Deregulierung und der Neuentdeckung des Marktes in den achtziger Jahren. Anzeichen dafür im Bereich der Politik sind etwa die erstmals im Gesundheitsreformgesetz von 1988 formulierte Verpflichtung zu präventiven Maßnahmen seitens der Krankenkassen oder die Verpflichtung zu Umweltverträglichkeitsprüfungen. In den Wissenschaften bestätigen etwa die Einrichtung von Public-Health-Studiengängen und die Gründung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld sowie die intensiven Forschungen und Modelle zur Prävention in der Kriminologie und in der Sozialpädagogik (von der Schulsozialarbeit bis zur sozio-kulturellen Jugend-, Familien-, Altenarbeit, die neuerdings explizit unter dem Etikett »präventiver Arbeit« firmieren) den Aufstieg des Präventionsbegriffs.

Kurz, es scheint, als kündige sich in den staatlichen Politiken ein Perspektivenwechsel von der Praxis nachträglicher, reaktiver und kurativer Intervention auf ein Paradigma vorgezogener (d.h. präventiver) Intervention an. Worauf reagiert diese Akzentverschiebung und was ist daran neu?

Bereits die klassischen Interventionsmethoden und auch die daran orientierte Präventionslogik haben die mit der Industriegesellschaft verbundenen Lebensrisiken in »klassifizierbare Schadensfälle« (Evers 1989) transformiert und sie somit versicherungsrechtlich und sozialarbeiterisch am Einzelfall oder der Familie »behandelbar« gemacht. Dahinter steht eine Transformation nicht-steuerbarer Gefahren und Verursachungskomplexe in »regulierbare Risiken« (Böllert 1992, S.155). Auf diesem Wege konnte der Wohlfahrtsstaat seine Steuerungskapazitäten erlangen und sozialpolitische Interventions- und Angebotsformen entwickeln: »Armut, Krankheit, Arbeitslosigkeit etc. sind in dieser Perspektive keine Gefahren in dem Sinne mehr, daß die Betroffenen ihnen unvermeidbar und hilflos ausgesetzt wären« (Böllert 1992, S.155). Verstand sich also die traditionelle Sozialpolitik als Versuch der staatlich vermittelten und teilweise garantierten Absicherung gegenüber voraussehbaren und als beherrschbar angenommenen Begleiterscheinungen des Modernisierungsprozesses und durchschnittlichen Lebensrisiken, wie Alter, Krankheit, Unfall und Arbeitslosigkeit, so zeigt sich heute das Bestreben, diese Risiken verstärkt zu externalisieren und ihre Bewältigung an die Selbstregulationsmechanismen »der« Gesellschaft zu delegieren. Nach dem Ende der großen Gesellschaftsentwürfe, der Ernüchterung hinsichtlich der Plan- und Steuerbarkeit gesellschaftlicher Entwicklungen, dem Verlust der »utopischen Energien« (Habermas 1985) und der Erschöpfung der Ressourcen des wohlfahrtsstaatlichen Projekts und dem Ungenügen und der Folgeträchtigkeit einer reaktiven und »anstückelnden« Sozial-, Gesundheits-, und Umweltpolitik scheint sich »Prävention« als politisches Konzept in mehrfacher Hinsicht anzubieten. Zunächst kann Prävention mit allgemeiner Akzeptanz rechnen (»Vorbeugen ist besser als Heilen«) und scheint

auf den ersten Blick ideologisch unbelastet. Prävention suggeriert Möglichkeiten zur Herstellung relativer Sicherheiten im Rahmen alltagsweltlicher Kalküle. Für die Politik bietet das Konzept der Prävention eine gute Möglichkeit zur Verknüpfung von Deregulierungsstrategien mit den Diskursen zur individuellen Selbstverantwortung und zur Entlastung von traditionellen Legitimationsansprüchen an den Wohlfahrtsstaat.

Im Zusammenhang mit der soziologischen Selbstthematisierung der Gegenwartsgesellschaft als »Risikogesellschaft« (Beck 1986) wird das in der Sozialstaatsprogrammik implizite und generalisierte Präventionskonzept durch die Perspektive entpolitizierender, entideologizierter, sozialtechnischer und problemspezifischer Präventionskonzepte abgelöst. »Das genuin Neue dieser aktuellen gesellschaftlichen Situation besteht darin, daß veränderte Gefährdungslagen eine auf herkömmlichen Entscheidungsprinzipien beruhende Folgenabwägung grundsätzlich ausschließen. In der Risikogesellschaft wird die bislang vorherrschende steuerungswirksame, nachrangig institutionalisierte Folgenabwägung durchbrochen, d.h. die Entscheidungsbasis verändert sich dahingehend, daß reaktive Interventionsmuster keine problemabsorbierende Wirkung mehr haben. Nicht mehr die Frage, was kann mit welchen Folgen getan werden, steht im Mittelpunkt der Risikogesellschaft, sondern die Frage, was muß aufgrund welcher Folgen unterlassen werden: Die Interventionszentriertheit der Industriegesellschaft wird von daher durch den Zwang zu einer Präventionslogik in der Risikogesellschaft abgelöst.« (Böllert 1992, S. 158) Ob man hier bereits von einem Wandel vom »Vorsorgestaat« (Ewald 1994) zum Präventionsstaat sprechen kann, muß gerade angesichts der Deregulierungspolitik und Markteuphorie noch offen bleiben. Angesichts der starken Konzentration der gegenwärtigen Präventionspolitik auf präventive Einflußnahmen in den Reproduktionsbereich warnen einige Autoren allerdings vor der Gefahr einer zunehmenden direkten und indirekten präventiven Kontrolle individuellen Verhaltens seitens staatlicher Institutionen (vgl. Wambach 1983); die darin enthaltenen Gefahren einer kontrollierten Pflicht zur Prävention dürfte vor allem den wachsenden Bereich institutionenabhängiger (und vielfach sozialpädagogisierter und therapeutisierter) Lebenslagen betreffen. In dieser Interpretation lassen die Veränderungen der Lebensformen den Menschen selbst zum Risiko und zur Grenze von organisierten staatlichen Interventionen werden.

Im Rahmen der gegenwärtigen Deregulierungspolitik werden Tendenzen einer Verlagerung präventiver Verhaltenskontrolle in die Gesellschaft sichtbar. Hierfür scheinen auch säkulare Trends veränderter Einstellungen und im Wandel befindlicher Lebensformen günstige Voraussetzungen zu bieten.

Im Folgenden möchte ich diese wichtigen sozialpolitiktheoretischen Überlegungen nicht weiterverfolgen, sondern mich darauf beschränken, die mir zentral erscheinenden Aspekte des im Gesundheits- und Sozialbereich dominierenden Präventionsdiskurses nachzuzeichnen und anhand einer exemplarischen Bewertung der Reichweite und Wirkungen der gängigen Präventionspraxis auf einige Defizite in der gesellschaftstheoretischen Fundierung von Prävention hinweisen und auf das weitgehende Fehlen demokratischer und partizipatorischer Elemente in den gängigen Präventionskonzepten aufmerksam machen. Beide Defizite dürften zumindest teil-

weise für die begrenzte Wirksamkeit präventiver Strategien verantwortlich sein; das demokratische Defizit verweist darüber hinaus auf die ideologischen Fallstricke nur scheinbar entpolitizierter Präventionsdiskurse und -strategien.

Präventionskonzepte und ihre Voraussetzungen

Ganz allgemein bedeutet Prävention, einer voraussehbaren, mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit erwarteten bekannten oder einer befürchteten unbekanntem Entwicklung durch vorgezogene Interventionsstrategien und individualisierte Präventionszumutungen zuvorzukommen. Im einzelnen zielt Prävention darauf, absehbare schädliche Entwicklungen abzuwenden, Risiken zu minimieren und ihre abgeschätzten Folgen zu begrenzen, negative Nebenfolgen von (technischen, wirtschaftlichen, politischen Entscheidungen) zu verhindern, d.h. ihnen durch geeignete Formen vorgezogener Interventionen zuvorzukommen oder Entwicklungen mit nicht voraussehbaren oder als nicht beherrschbar angesehenen Folgen durch Modifikationen von Entwicklungsprozessen und Rahmenbedingungen und/oder Bindung an (z.B. rechtliche oder institutionelle) Konditionen zu steuern, zu verlangsamen oder zu unterbinden sowie Einstellungen und Strategien zum individuellen und kollektiven Umgang mit bekannten und unbekanntem Risiken zu entwickeln. Mit dieser Programmatik stellt sich die Idee der Prävention in eine Reihe mit den der Aufklärung verpflichteten Vorstellungen rationaler Gesellschaftsplanung und -steuerung sowie »vernünftiger« Lebensführung, auch

wenn sie auf die ungeplanten (Neben-)Folgen der Modernisierung und die Unsicherheiten der Risikogesellschaft bloß reagiert und in ihren normativen Konzepten nicht mehr problemlos an die klassischen Normalitätsfiktionen der Industriegesellschaft anknüpfen kann.

Die Idee von Prävention bezieht sich sowohl auf die Beeinflussung des Verhaltens von Individuen und Gruppen («Verhaltensprävention») als auch auf eine präventiv wirksame Gestaltung gesellschaftlicher Strukturen und Rahmenbedingungen («Verhältnisprävention»).

In der sozialmedizinischen Tradition, in der sich die Präventionskonzepte entwickelt haben, wird darüber hinaus zwischen »primärer«, »sekundärer« und »tertiärer« Prävention unterschieden. Primäre Prävention zielt dabei auf strukturelle (z.B. Arbeitsschutz; Gesundheitsbildung), gruppenbezogene (z.B. Früherkennungsuntersuchungen) und individuelle (z.B. Ernährung, Bewegung) Maßnahmen zur Verhinderung von Erkrankungen, sekundäre Prävention richtet sich auf vorbeugende Maßnahmen bei identifizierten Risikopopulationen (z.B. AIDS-Prävention) und gesundheitlich vorgeschädigten Personen (z.B. spezielle Kurse für infarktgefährdete Menschen), tertiäre Prävention soll einer Verschlimmerung chronischer Krankheit, etwa durch rehabilitative Maßnahmen vorbeugen.

In einem darüber hinausgehenden Sinne versucht Böllert, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention gesellschaftspolitisch zu interpretieren: »Primäre Prävention meint dann schließlich die grundlegende Regulation sozialer und klassenmäßiger Konflikte, die normalisierend auf eine spezifische Form gesellschaftlicher Reproduktion zielt. Sekundäre Prävention kennzeichnet die Ebene, auf der unterschiedliche soziale Konflikte in institutionellen Regelungen interpretiert, technologisiert und damit entpolitisiert werden. Bei der tertiären Prävention geht es entsprechend um die Korrektur abweichenden Verhaltens, unabhängig von der Tatsache, daß dieses gesellschaftlich produziert ist« (Böllert 1992, S. 161). Begreift man primäre Prävention so umfassend, dann verschwimmt die Differenz von Gesellschaftspolitik und Prävention. Mir erschien es sinnvoller, Konzepte der Prävention nicht mit gestaltender Gesellschaftspolitik gleichzusetzen, da ansonsten die spezifische Leistungsfähigkeit präventiver Strategien in einer allgemeinen Präventionsrhetorik untergeht. Ich plädiere vielmehr für ein Präventionsverständnis, das Prävention als ein begrenztes Dispositiv im Rahmen einer umfassenden Sozial-, Gesundheits-, Umwelt- etc. -Politik begreift. Dies würde auch eine spezifische Repolitisierung einzelner Präventionsstrategien erlauben. Gemeinsam sind allen Präventionskonzepten normativ-politische (z.B. Was soll verhindert werden? Wie wird z.B. »Gesundheit« definiert?), verfahrensmäßige (Verhaltens- vs. Verhältnisprävention; Inklusion und Kooperation vs. Ausschluß und Kontrolle) und technisch-wissenschaftliche (Ursachenkomplexe, Risikowahrscheinlichkeiten) Voraussetzungen, die eng miteinander verknüpft sind.

Die Mehrzahl der Präventionskonzepte sind noch weitgehend den beiden zentralen normativen Normalitätsfiktionen der modernen Industriegesellschaft verpflichtet, die »durch das Leitbild des in der Mehrzahl männlichen Erwerbsarbeitsbürgers« und die »verallgemeinerte Vorstellung der bürgerlichen Kleinfamilie als generalisierter Lebensform mit besonderen Anforderungen an den weiblichen Lebensentwurf...« (Böllert 1992, S. 156) ge-

kennzeichnet sind. Die daraus entwickelten Angebote leiten ihre »Problemdefinitionen und Zielperspektiven aus der klassischen Normalisierungsfunktion sozialer Arbeit [ab und thematisieren] damit die Problemgenese vor dem Hintergrund individueller Verhaltensanforderungen (Böllert 1992, S. 163). Dies hat eine präventiv normalisierende Sonderbehandlung der als Problem/Risiko identifizierten Personen/Gruppen zur Folge.

Gegenwärtig zeigen sich zwei parallele Entwicklungen bei der Konzeptualisierung spezifischer Präventionskonzepte:

Insbesondere im Bereich der medizinischen, psychologischen und in Teilen kriminologischen Forschung dominieren individualisierende Zugangsweisen (Risikoperson, Täterpersönlichkeit), die auf der Basis vorrangig am naturwissenschaftlichen Paradigma gewonnener multifaktorieller Verursachungsmodelle operieren oder, wie dies stark in der Verhaltensmedizin geschieht, überhaupt auf Verursachungsmodelle verzichten und sich auf Verhaltensbeeinflussung konzentrieren. Bei diesen Konzepten geht es vorrangig um die Identifikation möglicher Träger von Risiken oder Risikomerkmale («Risikopersonlichkeit», »Risikogruppen») mit der Konsequenz einer sowohl immer tiefer gestaffelten als auch immer mehr Phänomene einbeziehenden präventiv diagnostischen Kontrolle (von medizinischen Screening-Programmen bis zur psychologischen Rekonstruktion von Biographien) und einer daran orientierten individuellen (psychologischen, sozialtherapeutischen oder pädagogischen) Verhaltensbeeinflussung.

Insbesondere im Bereich der Sozialpädagogik, der Gemeindepsychologie und den Konzepten der Public-Health-Ausbildungs- und -Forschungsprojekte werden auf der Basis sozialwissenschaftlicher Theoreme (Lebensweisen, Lebensstil, Lebenswelt) pädagogische und gemeindemedizinische Konzepte entwickelt, die anstelle krankheits-, störungs- und defizitorientierter Diagnostik auf Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen betroffener Personen und Gruppen auf dem Wege von Empowerment, Kommunikation, Selbsthilfe, Selbstorganisation und Partizipation setzen. Hierzu gehören nicht zuletzt die im Rahmen der WHO geförderten »Gesunde-Städte«-Projekte. Neben einer lebensstilbezogenen Prävention nehmen hier auch verstärkt Bemühungen um strukturbezogene Prävention unter Einbeziehung Betroffener eine wichtige Rolle ein.

Schließlich hat sich in den neueren Diskussionen und Konzeptualisierungen der Schwerpunkt präventiver Konzepte zunehmend vom Ziel der »Verhinderung« in Richtung auf »Gestaltung« verlagert: so geht es nicht mehr allein um Krankheitsverhinderung, sondern um Gesundheitsförderung, nicht mehr nur um Gewaltvermeidung, sondern um gewaltfreie Problemlösung, nicht mehr allein um Ausgrenzung und Isolierung, sondern um soziale Integration, nicht mehr vorrangig um Individualisierung, sondern verstärkt um die Entwicklung gemeinschaftlich-partizipativer, soziokultureller und sozialräumlich verankerter Prävention. Diese aktuellen Versuche, zu einem veränderten Verständnis von Prävention zu gelangen, sind einerseits stark beeinflusst von sozialen Bewegungen, insbesondere der Frauengesundheitsbewegung, der Selbsthilfebewegung und sozial-kulturellen Initiativen aus dem Bereich der Jugend- und Resozialisierungsarbeit und zwingen damit auch zur Auseinandersetzung mit politischen Zielsetzungen; zum anderen fließen zunehmend

auch gesellschaftstheoretische Konzepte und Analysen (und nicht nur sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden) in die Definition von Präventionskonzepten ein. Hier sind besonders das Lebensweisen-/Lebensstilkonzept, die Theorie sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung, der aus der phänomenologischen Tradition der Soziologie stammende Lebensweltansatz und kommunikationstheoretische Ansätze zu nennen. »Mit der stärkeren Hinwendung zu lebensweltlichen Zusammenhängen nimmt [Sozialarbeit] zugleich Abschied von der Vorstellung, Lebensläufe vorab prognostizieren und Angebotsformen losgelöst von der milieuspezifischen Nachfragesituation entwickeln zu können« (Böllert 1992, S. 163). Dies bedeutet auch die Notwendigkeit von Veränderungen der normativen Zielvorstellungen der Prävention: statt bestimmte Lebensentwürfe vorzuschreiben, geht es um die Entwicklung von Rahmenbedingungen, unter denen sich verschiedene Formen antizipatorischer Risikovermeidung und -bewältigung entwickeln können. Derartige Überlegungen haben jedoch bislang noch kaum und nicht in systematischer Weise Eingang in die dominierenden Präventionskonzepte gefunden. Entsprechend weit ist die vorherrschende Präventionspraxis von diesen Vorstellungen entfernt.

Praxis der Prävention

Ich beschränke mich hier exemplarisch auf den Bereich der Prävention im Gesundheitswesen.

Das in der medizinischen und psychologischen Literatur nach wie vor vorherrschende Paradigma ist das der auf individuelles Gesundheitsverhalten ausgerichteten Prävention (z.B. in der Verhaltensmedizin), das dem einzelnen die Hauptverantwortung für seine Gesunderhaltung zuschiebt und die Bereiche der gesundheitsgefährdenden Belastungen in der Arbeitswelt, der Wohnumgebung, der Umwelt und den Nahrungsmitteln, von Ausnahmen abgesehen, nur wenig berücksichtigt. Polemisch verkürzt, erschöpft sich diese verhaltensmedizinische und -psychologische Prävention im wesentlichen in den bekannten, in vielerlei bunten Broschüren der Krankenkassen und der BZgA formulierten und nur mäßig befolgten Forderungen nach mehr Bewegung, gesunder Ernährung, Verzicht auf Tabak und gemäßigtem Alkoholgenuß sowie in Aufforderungen zur Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen. Veränderungen zeigen sich ansatzweise darin, daß anstelle des bislang fast ausschließlich erhobenen Zeigefingers der Spaß an gesundheitsförderlichem Verhalten, die Betonung der sozialen Einbindung von Aktivitäten und der Hinweis auf Selbsthilfegruppen etwa bei der Veränderung ungesunder Lebensweisen und der Bewältigung chronischer Krankheiten betont werden.

Hagen Kühn bezeichnet diese Form der individuumszentrierter Prävention als »Healthismus« (Kühn 1993), der sich auf der Grundlage einer überwiegend medizinisch geprägten Expertendominanz durchsetzt. Die PatientInnen haben hier keine Stimme, sondern werden wegen fehlender »compliance« zum Problem erklärt. Von dort ist es nur ein kleiner Schritt zur sozialpolitischen und gesellschaftlichen Moralisation nicht präventionsgerechter Verhaltensweisen.

Beim Vergleich von Präventionsrhetorik mit der Präventionspraxis kommt Stark (1989, S. 7) zu einer pessimistischen Einschätzung: »Präventive Praxis stellt bisher

gleichsam das nie erreichte »eigentliche« Ziel einer psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung dar. Trotz langjähriger Debatten und Konzeptentwicklungen hat sich der Versuch, präventiv zu arbeiten, meist darin erschöpft, Aufklärungskampagnen durchzuführen ... oder die Prinzipien und Techniken kurativer Arbeit zeitlich vorzuziehen, das heißt ... unter dem vielversprechenden Etikett »Prävention« eine individuell bezogene Therapeutisierung der Gesellschaft weiter voranzutreiben«. Kurz, der individualistische Ansatz des »klinischen Blicks« (Foucault 1975) wird unverändert beibehalten. Dies gilt weitgehend auch im Hinblick auf Verursachungskonzepte, die nach Fehlverhalten, Sozialisationsdefiziten, Persönlichkeitsstörungen, genetischen Schädigungen fahnden, zugleich aber die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen weitgehend ausblenden. Mit dieser Individualisierung beschreitet Präventionspolitik den Weg des geringsten Widerstandes.

In dem relativ neuen Forschungszweig der Risikokommunikationsforschung wird im Hinblick auf die Akzeptanz präventiver Programme danach unterschieden, wie Risiken von potentiell betroffenen Gruppen eingeschätzt werden. Dabei kommt der Bewertung der nachgewiesenen Risikofaktoren (risky commodities) wie Rauchen oder Pestizide in den Nahrungsmitteln und ihrer persönlichen Kontrollierbarkeit ein hoher Stellenwert zu. Im Hinblick auf individuelle Risiken scheinen darüber hinaus subjektive Risiko-Nutzenerwägungen (risk-benefit ratio-items) eine wichtige Rolle zu spielen (etwa: die Gefahr, bei einer gewalttätigen Auseinandersetzung im Fußballstadion erwischt zu werden, wird gegen die soziale Anerkennung in der Bezugsgruppe aufgerechnet). Schließlich gibt es sogenannte »Mega-threats« (wie etwa Nutzung der Kernenergie, Biotechnologie, Klimakatastrophe), deren wahrgenommene Bedrohungen durch Risikokommunikation kaum verringert werden können, da die – zudem meist gegensätzlichen und hoch spezialisierten – Expertenmeinungen als interessengebunden identifiziert werden und daher begrenzte Glaubwürdigkeit besitzen (vgl. Wiedemann & Schütz 1994). Diese im einzelnen interessanten Forschungsergebnisse fügen sich in einen übergreifenden rationalistisch-technokratischen Präventionsdiskurs ein, dem es darum geht, über die Entwicklung geeigneter Formen der Risikokommunikation Akzeptanz bei den Individuen für neue systembedingte Risiken herzustellen und ihre Mentalität und ihr Verhalten darauf einzustellen. Die Bedeutung dieser mit erheblichen staatlichen und wirtschaftlichen Mitteln geförderten präventiven »Befriedungsstrategien« (Basaglia 1980) reagieren darauf, daß wissenschaftlicher Fortschritt oder staatlich verordnete Zwangsmaßnahmen nicht mehr mit selbstverständlicher Akzeptanz rechnen können. Stattdessen wird die Form einer »weichen« präventiven Kontrolle gewählt. Gegenwärtig wird dies besonders an den Kommunikationsstrategien zur Akzeptanz der Biotechnologie deutlich.

Die dominierenden Präventionskonzepte und die daraus abgeleitete Praxis folgen nach wie vor weitgehend dem »medizinischen Modell«, setzen auf Expertendominanz und orientieren sich an der traditionellen Logik der industriegesellschaftlichen Sozial- und Gesundheitspolitik und den auf Individualisierung ausgerichteten Problembearbeitungsstrategien ihrer Institutionen. Damit verfehlen sie die Anforderungen, die mit dem Wandel zur Risikogesellschaft an strukturelle Prävention gestellt werden.

Wirkungen der Prävention

Ein besonderes Problem von Präventionsforschung stellt der Nachweis der spezifischen Wirksamkeit und des zielbezogenen Verhältnisses von Aufwand/Kosten und Nutzen präventiver Maßnahmen dar. Dies hängt mit den in der Regel kaum exakt zu gewichtenden Anteilen multifaktorieller Ursachenbündel und darauf bezogener Maßnahmen zusammen und gilt insbesondere für allgemeine Präventionsprogramme und für Maßnahmen der »Verhältnisprävention«. Im Bereich der Gesundheitsprävention liegen für relativ eng umschriebene als gesundheits-schädlich nachgewiesene Verhaltensweisen (wie z.B. Rauchen), Einflußfaktoren (wie z.B. Lärmbelastung, Schadstoffeinflüsse am Arbeitsplatz) und belastende Rahmenbedingungen (wie z.B. Schichtarbeit; fehlende soziale Netzwerkeinbindung) gut kontrollierte Studien vor (vgl. zusammenfassend: Mechanic 1983; Waller 1986; Hurlmann & Laaser 1993; Rosenbrock et al. 1994). Dabei zeigen sich, grob zusammengefaßt, folgende Tendenzen:

Als besonders wirksam haben sich spezifische strukturelle Maßnahmen des Arbeitsschutzes (Verhütung der Unfallhäufigkeit, Verringerung von Berufskrankheiten) erwiesen, wie sie etwa in den Programmen zur »Humanisierung des Arbeitslebens« durchgeführt wurden. Gegenwärtig zeigen sich hier allerdings deutliche Tendenzen einer Aufweichung und teilweisen Rücknahme politisch erkämpfter und wissenschaftlich bewährter präventiver Standards. Insgesamt hat sich der Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Förderung und des wissenschaftlichen Forschungsinteresses im Rahmen der Prävention vom Produktionsbereich noch stärker als bisher auf den Reproduktionsbereich verlagert. Diese Entwicklung ist auch im Zusammenhang staatlicher Deregulierung und der Vermeidung politischer Auseinandersetzungen, kurz: der Entpolitisierung der Präventionspolitik zu sehen.

Lebensstilbezogene Prävention erweist sich besonders bei bereits vorgeschädigten Personen und identifizierten Risikogruppen als wirksam. Eine wichtige Voraussetzung zur Akzeptanz der Programme und zur Persistenz der geänderten Verhaltensweisen ist die »Anschlußfähigkeit« dieser Verhaltensweisen an die eingelebten Formen der alltäglichen Lebensführung sowie eine begleitende Unterstützung, sei es durch Fachkräfte oder im Rahmen von Selbsthilfegruppen.

Eher problematisch beurteilt werden sowohl allgemeine und relativ unspezifische Präventionsangebote als auch hochgradig spezifische Früherkennungsprogramme für relativ seltene Erkrankungen: »Durch bevölkerungsbezogene Selektion – über Krankheitsbewußtsein, Krankheitsrisiko und soziale Faktoren – kommt es eher zu einer positiven Selektion besonders Gesunder bzw. besonders wenig von Krankheit gefährdeter Personen im Rahmen von Früherkennungsprogrammen. Dies macht sich vor allem bemerkbar, wenn der Teilnehmerkreis an einer Früherkennung nur einen geringen Prozentsatz der jeweils in Frage kommenden Bevölkerung ausmacht. Früherkennung so betrieben, wird – unter dem Aspekt von Public Health – zu einem ineffektiven Unternehmen.« (Abholz 1994, S. 70).

Darüber hinaus zeigen sich, wie bereits aus der Pädagogik der kompensatorischen Erziehung bekannt, auch bei gesundheitsbezogenen Programmen soziale Selektionseffekte: Menschen, insbesondere aus sozial benachteiligten

Lebenslagen und mit belastenden Bedingungen am Arbeitsplatz »kommen auch dann nicht regelmäßig in die Kochkurse oder in die erlebnisorientierte Rückenschule, wenn diese von den Krankenkassen oder der Volkshochschule angeboten und beworben werden. Hinzu kommt noch, daß der gesundheitliche Nutzen aus solchen Verhaltensänderungen für Angehörige der unteren sozialen Schichten wahrscheinlich geringer ist als für Angehörige mittlerer oder höherer sozialer Schichten« (Kühn & Rosenbrock 1994, S. 37) und »die Gesundheitseffekte der gleichen Verhaltensweisen (z.B. des Nichtrauchens) [sind] in den unteren Schichten geringer als bei den Bessergestellten sind« (Kühn 1994, S. 330).

Zusammenfassend kommt **Abholz (1994, S. 79)** aufgrund einer umfangreichen **Sekundäranalyse der einschlägigen Fachliteratur zu dem ernüchternden Ergebnis:** »Der gesundheitspolitische Wert von Präventionsmaßnahmen wird weit überschätzt.«

Die folgenden beiden **Fallbeispiele sollen exemplarisch** drei Thesen illustrieren:

□ am Beispiel der **Raucherprävention in den USA** zeigt sich, daß sich **Verhaltensänderungen nicht isoliert von Aspekten säkularen sozialen Wandels bewerten lassen**, und

□ selbst gut kommunizierbare und hoch spezifische Risikoprävention reproduziert die **bekanntesten Effekte sozialer Selektion**;

□ am Beispiel der **Aids-Prävention** zeigt sich, daß individuelle Verhaltensänderungen **nur mit der Einbindung der Risikogruppen gelingen und sich nicht sozialtechnisch jenseits politischer und gesellschaftlicher Kontroversen bewegen kann**.

Raucherprävention

Die staatlichen Programme der Raucherprävention in den USA gelten auch **hierzulande als ein Paradebeispiel** für erfolgreiche **lebensstilbezogene Prävention**. Erfolg und Akzeptanz der **Aufklärungs-, Beratungs- und Kursprogramme**, die von **Werbeverboten** und steuerlichen Maßnahmen flankiert **wurden und von spektakulären Prozessen der großen Tabakkonzerne gegen die Maßnahmen begleitet waren**, wird **unter anderem** auf die Einfachheit der Botschaft und den wissenschaftlichen Konsens über die Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen, vor allem aber auf die Intensität der Kampagnen und die großflächige Verknüpfung der Programmelemente zurückgeführt.

Bei näherer Betrachtung relativiert sich das Bild des auf den ersten Blick erstaunlichen Rückgangs des Tabakkonsums. »Ebenso wie bei anderen subjektiven Risikofaktoren des Lebensstils haben am Rückgang der Raucherquote die unteren sozialen Schichten praktisch nicht teilgenommen.« (Kühn 1994, S. 329) Auf der Basis von Daten der nationalen amerikanischen Gesundheitsbehörde kommt Kühn zu folgendem Ergebnis: »Der Prozeß der Umwertung des Rauchens vom ehemaligen Symbol des erfolgreichen, attraktiven, unabhängigen und dynamischen modernen Menschen zum Symbol für eine unsoziale, selbstschädigende und verantwortungslose Haltung erfolgt von oben nach unten in der sozialen Klassengesellschaft. Mehr als je zuvor weisen die unteren Schichten die höchsten Raucher- und die niedrigsten Aufhörquoten sowie die höchsten Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei

den Krankheiten auf, die mit dem Genuß von Tabak in Zusammenhang gebracht werden.« (Kühn 1994, S. 342f.) Im Hinblick auf die spezifische Wirksamkeit der Anti-Tabak-Politik zeigt sich darüber hinaus, daß die Erfolgsquoten der Selbstaufhörer höher als die der Kursteilnehmer waren. Wie bei anderen gesundheitsbezogenen Präventionsprogrammen zeigte sich auch hier, daß vor allem sehr starke Raucher (weitgehend unabhängig von der sozialen Schichtzugehörigkeit), die bereits gesundheitlich beeinträchtigt sind, von den Programmen besonders profitieren (vgl. Kühn 1994, S. 335).

beitragen: Das Verhalten der Raucher sei nicht nur selbstschädigend, sondern verantwortungslos gegenüber der Gemeinschaft, die die Folgekosten zu tragen habe, disziplinos und ohne Selbstachtung vor der Integrität der eigenen Gesundheit usw. In dieser moralischen Neubewertung des Rauchens kondensieren sich zugleich die sozialen Ressentiments gegenüber den disziplinosen und »unwürdigen« Angehörigen der unteren sozialen Schichten (daraus erwachsen aber auch Hilfe und Bekehrungsmotive, wie aus anderen Bereichen in der Geschichte der Sozialarbeit bekannt). Von der moralischen Diskriminierung zur sozialen Diskriminierung ist es nur ein Schritt (vgl. Kühn 1994, S. 343). Die aus sozialpsychologischen Gründen als wirksam anzunehmende soziale Stigmatisierung dürfte einen erheblichen Anteil an der Wirksamkeit der Raucherpräventionsprogramme haben.

Die Kohärenz der Argumente zur moralischen Neubewertung des Rauchens und ihr Zusammenhang mit anderen Einstellungskomponenten eines (schichtenspezifischen) Lebensstils verweist auch darauf, daß isolierte Präventionsprogramme selbst unter den günstigen Bedingungen der Eindeutigkeit und Gesichertheit der Botschaft nur begrenzten Erfolg haben und in der Regel nur im Einklang mit bereits vorhandenen säkularen Trends und realistischen Möglichkeiten zur Lebensstilveränderung wirksam werden.

AIDS-Prävention

Maßnahmen zur Aids-Verhütung gehören zu den am intensivsten auf ihre spezifischen Wirkungen hin untersuchten Präventionsprogrammen. Sie stellen das Paradigma für eine erfolgreiche Risikogruppenprävention und eine nur mäßig erfolgreiche Allgemeinprävention dar.

»Ein Bündnis aus Schwulenvertretern, Vorkämpfern für den Schutz der Privatsphäre, Ärzten und Gesundheitsbeamten schuf im ersten Aids-Jahrzehnt das Modell einer Aids-Politik, in dem sich die Vorstellung vom Sonderstatus der Epidemie spiegelte: HIV-Infizierte oder Infektions-Gefährdete sollten für Kooperation und Einbeziehung gewonnen statt kontrolliert und überwacht werden, also *inclusion and cooperation* statt *control and containment*«. (Bayer 1994, S. 348, Hervorh. im Original). Im zweiten Aids-Jahrzehnt zeigen sich dagegen, vor allem auch in den USA, zunehmend Tendenzen zur Kontrolle, zur Zurückverfolgung der Infektionswege und zur sozialen Isolierung und Ausgrenzung der HIV-Infizierten. Daran wird deutlich, wie Bayer betont, daß es kein überpolitisch unabhängiges Interesse der GesundheitsexpertenInnen gibt. Die politische Debatte um Aids-Prävention geht dabei über das klassische Spannungsverhältnis von Hilfe und Kontrolle hinaus und verweist, wie auch das Beispiel der Anti-Raucher-Kampagne zeigt, auf die Dimension gesellschaftlicher Haltungen, Mentalitäten und säkularer Moralisierungstrends. Nicht zuletzt in diesem Zusammenhang erweist sich das demokratische Defizit der gängigen Präventionskonzepte als fatal.

Die cursorische Darstellung der begrenzten Wirkungen präventiver Konzepte und ihrer vermuteten Ursachen verweist auf ein generelles gesellschaftstheoretisches Defizit der Präventionskonzepte und der weitgehend sozialtechnisch geführten wissenschaftlichen Präventionsdiskurse.

Das unter präventionspolitischen Gesichtspunkten interessanteste Ergebnis der sorgfältigen Sekundäranalyse Kühns besteht in dem Nachweis, daß ein deutlicher Rückgang des Tabakkonsums bereits vor Beginn der massiven Anti-Raucherkampagnen stattgefunden hat. Wenn auch die Gründe für diesen säkularen Trend noch nicht wissenschaftlich aufgeklärt sind, so lassen sich zumindest die Träger dieses Trends benennen: die Oberschichten und die von Teilen von ihnen getragene Gesundheitsbewegung. Darin wiederholt sich die auch aus anderen Bereichen bekannte Erfahrung, daß säkulare Verhaltensänderungen von bestimmten Gruppen der höheren sozialen Schichten ausgehen und sich von dort als neue kulturelle Muster in den anderen Teilen der Gesellschaft verbreiten. Die Verankerung der amerikanischen Anti-Raucher-Kampagne in einem säkularen Trend dürfte auch zur Erklärung der massiven moralischen Stigmatisierung und Diskriminierung der Raucher

Defizite in der gesellschaftstheoretischen Fundierung von Prävention

Bei der Konzeptualisierung wissenschaftlicher Präventionskonzepte haben gesellschaftstheoretische Überlegungen im Unterschied zu sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden bislang eine eher untergeordnete Rolle gespielt. Das hat vermutlich unter anderem damit zu tun, daß »Prävention« erst seit relativ kurzer Zeit als explizites sozialpolitisches Konzept zunehmend die traditionellen Konzepte von Gesellschaftspolitik und Sozialplanung interpretiert, überlagert und teilweise abzulösen beginnt. Prävention wurde bislang eher als »sozialtechnisches« Problem gesehen, zu dem Sozialmedizin, Kriminologie, Sozialarbeit und Medizinsoziologie spezialisierte Beiträge liefern. Erst mit der soziologischen Selbstthematization der Gegenwartsgesellschaft als Risikogesellschaft, dem Scheitern traditioneller an Normalisierung und Kontrolle orientierter Interventionspolitik und der nur begrenzten Wirksamkeit auf Verhaltensänderung abzielender Präventionsprogramme bestimmen in letzter Zeit übergreifende und integrierende gesellschaftstheoretische Überlegungen den wissenschaftlichen Präventionsdiskurs (vgl. z.B. Hurrelmann & Laaser 1993). Im Folgenden möchte ich einige ausgewählte sozialwissenschaftliche Konzepte benennen, die einige der im Vorangehenden beschriebenen Probleme und Defizite der gängigen Präventionskonzepte aufgreifen können und zugleich

Präventionsprogrammen liefert die Lebenslagenforschung wichtige Hinweise (2);

□ zur Klärung der Verankerung präventiver Konzepte in lokalen sozialen Milieus liefern Netzwerkforschung und die neueren Ansätze einer Soziologie der Emotionen wichtige Beiträge (3);

□ zur Klärung des Problems säkularer Trends tragen Analysen sozialer Bewegungen (4) und theoretische Konzepte des Mentalitätswandels bei (5);

□ zur einer Klärung und Bewertung der Attraktivität des Konzeptes »Prävention« im Rahmen staatlicher Politik sind historisch ausgerichtete Sozialstaatsanalysen erforderlich. Auf diesen Gesichtspunkt kann ich im Rahmen des vorliegenden Textes nicht näher eingehen.

1) Das sozialwissenschaftliche Lebensweisen-/Lebensstilkonzept (vgl. Berger/Hradil 1993) relativiert die Zuschreibung individueller Verantwortung für gesundheitsriskantes und abweichendes Verhalten und lenkt die Aufmerksamkeit auf die sozialen Bedingungen derartiger Verhaltensweisen. Mit Hilfe des Lebensweisen-/Lebensstilkonzeptes können Strategien der Gesundheitsförderung und andere Bereiche sozialer Prävention zielgruppenspezifisch konzipiert und den emotionalen Bindungen an Lebensgewohnheiten genauer Rechnung getragen werden. Das Lebensweisen-/Lebensstilkonzept zeigt darüber hinaus, daß einzelne präventiv relevante Verhaltensweisen in ein komplexes Gesamtmuster von Praktiken, Einstellungen, Werthaltungen und Gefühlslagen eines (milieutypischen, geschlechtsspezifischen, aber auch lebensphasenabhängigen) Lebensstils eingebunden sind und nicht isoliert veränderbar sind.

In engem Zusammenhang mit der Lebensstilforschung ist der Lebensweltansatz zu sehen. Mit einer Verlagerung der Blickrichtung auf die subjektiven Deutungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Einbindung in die handlungsbestimmenden Lebenswelten der Individuen können gesundheitsfördernde und -schädliche Verhaltensweisen als individuell sinnvoll und funktional verstanden werden. Dieses Wissen eröffnet neue Perspektiven hinsichtlich der aktiven Einbeziehung von Zielgruppen präventiver Angebote und ersetzt damit die einseitige »compliance«-Fragestellung durch neue Formen der Experten-Laien-Kommunikation. Darüber hinaus eröffnet der Lebensweltansatz Perspektiven zu einer gründlicheren Erforschung der alltäglichen Gesundheits- und Krankheitsbewältigungsverhaltens verschiedener Bevölkerungsgruppen als Grundlage zur Entwicklung lebensweltgerechter »Passungen« präventiv erwünschter Verhaltensweisen.

2) »Lebenslage« ist ein zentrales Schlüsselkonzept zur differenzierten Beschreibung sozialer vertikaler und horizontaler Ungleichheit in der modernen Gesellschaft mit ihrer Tendenz zur Pluralisierung von Lebenslagen. Für die Gesundheitsforschung stellt das Lebenslagenkonzept eine notwendige und differenzierende Ergänzung zu der Vielzahl sozialepidemiologischer Studien zum Zusammenhang von sozialer Lage, Beruf und Krankheit dar. Der von der Lebenslage abhängige Zugang zu Ressourcen (z.B. Information, Bildung, Gesundheitswissen) und die lebenslagenabhängige Gesundheits- und Krankheitsfürsorge einzelner bedeutet für die Gesundheitsförderung die Notwendigkeit einer zielgruppengenaue und regional spezifischen Ressourcenförderung.

3) Die Theorie sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung (vgl. Keupp & Röhrle 1987) beleuchten die

notwendige Bestandteile genuin sozialwissenschaftlich fundierter Präventionskonzeptionen ausmachen:

□ zur Klärung mangelnder Akzeptanz spezifischer Präventionskonzepte angesichts veränderter Lebensformen können die Ergebnisse der Lebensstilforschung und der Lebensweltansatz wichtige Hinweise liefern (1);

□ zur Klärung des Problems der sozialen Selektivität von

Mechanismen sozialer Bindung unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen und liefern damit die theoretischen Voraussetzungen für Strategien einer Vernetzung präventiv wirksamer Solidarität in »künstlichen sozialen Netzen«. Eine zentrale Rolle spielen dabei die bislang erst in Ansätzen entwickelten soziologischen Konzeptionen zu den Mechanismen emotionaler Bindungen unter den Bedingungen zunehmender Singularisierung und Individualisierung (vgl. Badura 1990).

4) In den vorliegenden Präventionskonzepten tauchen soziale Bewegungen überwiegend in Form der Einbeziehung und Förderung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen auf. Die gesellschaftlichen Voraussetzungen und Motive dafür, daß sich Selbsthilfe inzwischen zu einem auch von breiteren Schichten akzeptierten kulturellen Muster entwickelt hat (vgl. Trojan 1986), bleiben dabei weitgehend ungeklärt. In den Untersuchungen zur Entstehung und Dynamik sozialer Bewegungen in den tektonischen Verschiebungen der modernen Gesellschaft ließen sich wichtige Hinweise für die Beurteilung der Chancen präventiver Strategien gewinnen. Nicht zuletzt würde die Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Analysen etwa der Gesundheitsbewegung das politische oder genauer: das demokratische Defizit der gängigen Präventionskonzepte erhellen.

5) In engem Zusammenhang mit den für Präventionskonzepte bedeutsamen Analysen der Hintergründe sozialer Bewegungen steht die Frage nach den inhaltlichen Aspekten säkularen Mentalitätswandels. Die sozialpsychologischen Erklärungsmuster für die Wirksamkeit sozial diskriminierender Moralisierungen, wie sie am Beispiel der Anti-Raucher-Kampagnen sichtbar wurden und sich im Hinblick auf die Inanspruchnahme genetischer Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen einer neuen Eugenikdebatte gefährlich abzuzeichnen beginnen, bedürfen der Ergänzung durch eine soziologische Erklärung für die spezifische Empfänglichkeit gegenüber den Zumutungen an individuelle präventive Verhaltensänderungen. Hier böte sich etwa die von Elias (1976) im Rahmen seiner Überlegungen zum Zivilisationsprozess formulierte Hypothese von der zunehmenden Ersetzung des Fremdzwangs durch Selbstzwang als Diskussionsangebot zu einer übergreifenden Deutung zur Akzeptanz individualisierenden Präventionsdenkens an.

Mit den hier nur skizzenhaft benannten und teilweise im Rahmen von Public-Health und Sozialpädagogik aufgenommenen gesellschaftstheoretischen Fragestellungen verbindet sich ein Plädoyer für die Entwicklung einer integrierten sozialwissenschaftlichen Präventionstheorie.

Das demokratische Defizit der gängigen Präventionskonzepte

Eine Präventionspolitik, die nicht »die Sicherung der Sicherheit vor die Sicherung der Subjekte« (Hellerich 1989, S. 40) stellt, steht vor der Herausforderung, auf das Demokratie- und Partizipationsdefizit des in der Wissenschaft und der Praxis dominierenden Präventionsdiskurses zu reagieren. Ganz abgesehen davon, daß die bisherigen Erfahrungen mit Präventionsprogrammen zeigen, daß Prävention nicht gegen die Individuen, sondern nur mit ihnen erfolgreich ist, geht es hier um das normativpolitische Problem, in welcher Weise welche Risiken der

Risikogesellschaft gesellschaftlich bewältigt werden sollen. Die bereits erwähnten manipulativen Strategien der Risikokommunikation weisen hier in die Richtung einer Erweiterung »weicher« sozialtechnischer Kontrolle des »Risikos« Mensch (vgl. Wambach 1983). Wenn die in der sozial- und gesundheitspolitischen Präventionsrhetorik formulierte Zielvorstellung einer verstärkten Selbstverantwortung, und das heißt auch präventiver Selbstvorsorge, nicht zynischer Appell bleiben oder zu indirektem Verhaltenszwang führen soll, dann ist dies an eine Reihe von Voraussetzungen gebunden. Dazu gehört u.a. eine (Re-)Politisierung der expertendefinierten Präventionsprogramme mit riskanten Folgen für Ziele, Inhalte und Umsetzung der Programme. Dazu gehört der Abschied von normativen Normalitätsfiktionen, die den mit dem gesellschaftlichen Wandel verbundenen Veränderungen von Lebensbedingungen, Lebensformen und Mentalitäten nicht mehr entsprechen und eine Infragestellung auf Sachzwangargumenten beruhender Rationalität oder wissenschaftlich legitimierter Expertendominanz. Dazu gehört schließlich der Prozeß der politischen Aushandlung individuell bzw. von der Politik zu tragender Risiken.

Auf der Ebene bereichsspezifischer Präventionsprogramme bieten sich eine Reihe von Möglichkeiten, das demokratische Defizit der gängigen Präventionskonzepte und -praxis aufzubrechen. Ich möchte hierzu abschließend einige Stichworte nennen:

□ Strategien des »Empowerment« (vgl. Rappaport 1987); dies bedeutet zunächst Herstellung der Transparenz der mit den Programmen angestrebten Zielsetzungen, Information über die Hintergründe und Hilfestellung bei der Aneignung eigener Vorstellungen zu den in Frage stehenden Maßnahmen und Verhaltensänderungen;

□ Partizipation statt bloßer Motivation zur Teilnahme (vgl. Sachs-Pfeiffer 1989); hier geht es um die aktive Mitgestaltung und Veränderung der Ziele und die Rückgewinnung der Definitionsmacht über Gesundheit, Lebensgestaltung, Problembewältigung auf der Grundlage vorhandener und gemeinsam erschließbarer Kompetenzen und Ressourcen;

□ Unterstützung bei der (Wieder)Aneignung der unmittelbaren sozialen Umwelt und damit verbesserte Möglichkeiten einer Kontrolle über die eigene Lebensgestaltung jenseits traditioneller Normalitätsdispositive als Voraussetzung für die erwünschte Übernahme von Selbstverantwortung;

□ Vernetzung präventiver Aktivitäten mit lokalen sozialen Bewegungen und Initiativen;

□ Einbindung präventiver Strategien in andere Bereiche lokaler Politik- und Lebensgestaltung (z.B. soziokulturelle Arbeit, Stadtplanung, Verkehrsberuhigung).

Die hier genannten Stichworte sollen verdeutlichen, daß das Demokratiedefizit nicht durch modernisierte Aufklärungs-, Informations- und Bildungskonzepte und Strategien einzuholen ist. Prävention als vorverlegte Intervention gegenüber bekannten und unbekanntem Teilrisiken erfordert einen vorgängigen demokratischen Diskurs und einen darauf basierenden Konsens hinsichtlich der Bewertung der jeweiligen Risiken vor dem Hintergrund der sozialen, kulturellen, psychischen und materiellen »Kosten« und Gestaltungsalternativen von individueller gruppen- und strukturbezogener Prävention angesichts eingelebter gesellschaftlicher Alltagspraxis einerseits und der absehbaren »Gewinne« für alle Beteiligten anderer-

seits. Dabei können wissenschaftliche Erkenntnisse aus Sozialepidemiologie, Medizin, Ökologie, Sozialwissenschaften usw. eine bedeutsame Entscheidungshilfe darstellen und wichtige Hinweise zur Entwicklung von Präventionsszenarien liefern. Ihre internen Rationalitätsstandards können in einem demokratischen Gemeinwesen – jenseits aller problematisierten Effektivitäts- und Effizienzüberlegungen – jedoch ebensowenig wie Organisationsrationalitäten, staatliche Herrschafts- und Kontrollaspekte oder (gesundheits-, umwelt-, sozialpolitische) Kostenüberlegungen alleiniger Maßstab für die Umsetzung und für eine Verknüpfung mit den säkularen Trends sich wandelnder kultureller Muster, den Lebenswelten und Lebensplanungen auf dem Wege demokratischer Beteiligung und Entscheidungsfindung sein. Auf diese Weise ließe sich auch der Gefahr begegnen, Prävention mit Gesellschaftspolitik zu verwechseln anstatt sie wissenschaftlich-gesellschaftstheoretisch – zu verankern und – politisch – als *Element* gestaltender Gesellschaftspolitik zu begreifen.



Literatur

- Abholz, Heinz-Harald:** Grenzen medizinischer Prävention. In: Rosenbrock, Rolf et al. (Hrsg.): op.cit., 1994, S. 54-82
- Badura, Bernhard.** (1990): Interaktionsstreß. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft. Zeitschrift f. Soziologie, 19, 1990, 5, S. 317-328
- Basaglia, Franco et al.** (Hrsg.): Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Syndikat. Frankfurt/M. 1980
- Bayer, Ronald:** Aids und die Politik der Prävention. In: Rosenbrock, Rolf et al. (Hrsg.): op.cit., 1994, S. 346-357
- Beck, Ulrich:** Risikogesellschaft. Suhrkamp. Frankfurt/M. 1986
- Berger, Peter A. / Hradil, Stefan** (Hrsg.): Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Schwartz. Göttingen 1993
- Böllert, Karin:** Prävention statt Intervention. Eine andere Funktionsbestimmung sozialer Arbeit. In: Otto, H.-U. / Hirschauer, P. / Thiersch, H. (Hrsg.): Zeit-Zeichen sozialer Arbeit. Entwürfe einer neuen Praxis. Neuwied: Luchterhand 1992, S. 155-164
- Bourdieu, Pierre:** Ökonomisches Kapital, soziales Kapital, kulturelles Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten, Soziale Welt, Sonderband 2. Schwartz. Göttingen 1983
- Elias, Norbert:** Über den Prozeß der Zivilisation. Band I. Suhrkamp. Frankfurt/M. 1976
- Evers, Adalbert:** Recht auf Sicherheit und Recht auf Risiko. Sozialstaatliche Politik im Widerstreit von Schutzbedürfnissen und Gestaltungsansprüchen. In: Böllert, Karin / Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft. Bielefeld 1989, S. 37-48
- Ewald, Francois:** Der Vorsorgestaat. Suhrkamp. Frankfurt/M. 1994
- Faltermaier, Toni:** Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Beltz. Weinheim 1994
- Foucault, Michel:** Die Geburt der Klinik. Hanser. München 1975
- Hellerich, Gerd:** Die Transformation von der nekrophilen zur biophilen Prävention. In: Stark, Wolfgang (Hrsg.): op.cit. 1989, S. 40-56
- Hurrelmann, Klaus:** Sozialisation und Gesundheit. Juventa. Weinheim/München 1988
- Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich** (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Beltz. Weinheim & Basel 1993
- Keupp, Heiner / Röhrle, Bernd** (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Campus. Frankfurt/M. 1987
- Kühn, Hagen:** Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. edition sigma. Berlin 1993
- Kühn, Hagen / Rosenbrock, Rolf:** Präventionspolitik und Gesundheits-

- wissenschaften. In: Rosenbrock, Rolf et al. (Hrsg.): op.cit., 1994, S. 29-53,
- Kühn, Hagen:** Anti-Tabakpolitik in den USA: Modell oder Sonderfall der Prävention? In: Rosenbrock, Rolf et al. (Hrsg.): op.cit., 1994, S. 325-345
- Mechanic, David** (Hrsg.): Handbook of Health, Health Care and the Health Professions. Free Press. New York 1983
- Rappaport, Julian:** Terms of empowerment/exemplars of prevention : toward a theory for community psychology.: American Journal of Community psychology, 15, 1987, S. 121-135
- Rosenbrock, Rolf et al.** (Hrsg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, edition sigma. Berlin 1994
- Sachs-Pfeiffer, Toni:** Partizipation: Teilhaben statt Teilnehmen. In: Stark, Wolfgang (Hrsg.): op.cit., 1989, S. 191-122
- Stark, Wolfgang** (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Lambertus. Freiburg 1989
- Trojan, Alf** (Hrsg.): Wissen ist Macht. Selbsthilfe in Gruppen. fischer alternativ. Frankfurt/M. 1986
- Waller, Heiko:** Sozialmedizin. Juventa. München 1986
- Wambach, Manfred M.** (Hrsg.): Der Mensch als Risiko. Suhrkamp. Frankfurt/M. 1983
- Wiedemann, Peter M. / Schütz, Holger:** Risikokommunikation als Aufgabe. In: Rosenbrock, Rolf et al. (Hrsg.): op.cit., 1994, S.115-136