

## Rolf Rosenbrock im Gespräch mit Anja Dieterich und Klaus Stegmüller

KS: Lieber Rolf, wir würden gerne zwei Themen in den Mittelpunkt unseres Gespräches stellen. Zum einen die Rolle und Funktion des Jahrbuchs vor dem Hintergrund seiner Umbenennung und der personellen Erneuerung der Redaktion, zum anderen den Themenschwerpunkt »Verantwortung – Schuld – Sühne« des vorliegenden Bandes. Lass uns mit dem erstgenannten beginnen und einige Aspekte zum historischen Kontext der Entstehung des Jahrbuchs benennen.

RR: Das erste Jahrbuch ist 1976 erschienen, und ich habe hier ein Exemplar der 2. Auflage mitgebracht. Das waren noch Zeiten, in denen nach einer 1. Auflage von 6.000 Exemplaren zwei Jahre später weitere Bände neu aufgelegt werden mussten. Für das erste Jahrbuch bildete sich eine Redaktion. Zur ersten Generation gehörten Harald Abholz, Christian Gaeth, Holm Gottschalch, Frigga Haug, Christoph Ohm und Udo Schagen, ich kam dann 1978 dazu. Der Vorläufer des Jahrbuchs war ein Band zur »Kritik der bürgerlichen Medizin«, 1970 erschienen als Heft 60 der Zeitschrift »Das Argument«, die im Jahr 2009 mit fast 300 Ausgaben der Zeitschrift ihren 50. Geburtstag gefeiert hat. Diese Zeitschrift ist aus einer von Wolfgang Fritz Haug verantworteten Flugblatt-Serie der Anti-Atomtod-Bewegung der späten 1950er Jahre hervorgegangen und dann zum zentralen Theorieorgan der Studentenbewegung und praktisch aller Debatten, die daraus folgten, geworden. Die Zeitschrift hat sich dabei eine ganze Reihe von fach- bzw. feldspezifischen Reihen in der Art des JKM zugelegt – Forum Kritische Psychologie, Automation und Qualifikation, Alternative Wirtschaftspolitik, um nur einige zu nennen. Diese erschienen – wie auch zahlreiche thematische Einzelbände – als »Argument-Sonderbände«. Die Namensgebung des JKM wie auch anderer Reihen ist uns heute nicht mehr unmittelbar eingängig: »Kritik der bürgerlichen Medizin« meinte in der Sprache der Studentenbewegung Kritik des Umgangs mit der Gesundheit in bürgerlichen, d. h. kapitalistischen Gesellschaften. Das war auch der zentrale Impetus, der auf die »Jahrbücher« überging. Aus heutiger Sicht enthält der Titel noch eine zweite Missverständlichkeit, die aber nicht Argument-spezifisch ist, sondern uns bis heute in vielen Varianten begegnet. Denn es ging ja immer um Gesundheit und Krankheit, und nicht nur um Medizin, dass also dort, wo »Gesundheit« eigentlich ge-

meint ist, »Medizin« gesagt wird. Diese ›falsche‹ Titelgebung hat aber der Intention und dem Auftrag und auch dem Erfolg des Jahrbuchs nie im Wege gestanden, weil die Jahrbücher in den 1970er und 1980er Jahren allein auf weiter Flur damit waren, dieses Themenspektrum zwischen Buchdeckeln zu versammeln. Die Schwerpunktthemen waren beispielsweise »Der Arzt und das Geld«, »Profite der Pharmaindustrie«, »Arzt, Gesundheit und Dritte Welt«, »Militärpsychiatrie«, »Arbeitsmedizin als Mittel der Ausbeutung«, »Blaming the Victim« und so weiter; alles Themen, die wir heute noch am Wickel haben, und deren qualifizierte Bearbeitung damals *zunächst* ein ›Alleinstellungsmerkmal‹ der Jahrbücher waren. Die Radikalität der Kritik, d. h. die Verknüpfung der Themen mit der Politischen Ökonomie hatte ihren Preis: Wir wurden nicht zur Kenntnis genommen, nicht zitiert, waren aber – das sage ich ohne jede Bescheidenheit – um Längen besser als alles andere, was in diesem Feld erschien. So gab es beispielsweise die irgendwann eingegangene Zeitschrift »Medizin – Mensch – Gesundheit« im Enke-Verlag, im Kern das einzig vergleichbare Format, allerdings eine andere Spielklasse im Hinblick auf Bravheit und Flachheit. Das hat uns, die wir aus der Studentenbewegung kamen, nicht irritiert. Für die Redaktion war die erste große politische öffentliche Bewährungsprobe neben einigen kleineren Veranstaltungen, die wir immer auch gemacht haben, die Vorbereitung und Durchführung des ersten Gesundheitstages in West-Berlin im Frühjahr 1980. Diese Veranstaltung – wesentlich organisiert von Ellis Huber – war fachlich-inhaltlich sehr stark von der gesamten Redaktion des Jahrbuchs unterstützt. Dieser Kongress, zu dem ca. 20.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Berlin kamen, kann man als Geburtsereignis dessen ansehen, was später Gesundheitsbewegung genannt wurde. In völlig überfüllten Hörsälen wurden die Themen »Universitäten und Medizin im Nationalsozialismus«, »Medizin und Dritte Welt«, »Präventionsstrategien und soziale Ungleichheit« und andere mehr aufgegriffen. Die sieben Kongressbände, 1980 und 1981 in der Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin, erschienen, griffen thematisch das gesamte Themenspektrum dieser Bewegung – und auch der Jahrbücher – auf und wurden de facto zur Agenda dessen, was später dann New Public Health genannt wurde. Es lässt sich daran auch erkennen, wie lange solche Zeitläufe sind: Ab Mitte der 1970er Jahre gab es das JKM als linke politisch-ökonomisch orientierte Initialzündung, ab 1980 dann die breite Gesundheitsbewegung, die sich natürlich dann im Verlauf der 1980er Jahre wieder in tausend Subthemen und in verschiedene institutionelle Kontexte ausdifferenzierte. Und es dauerte weitere zehn Jahre, bis sich Anfang der 1990er Jahre der erste Public

Health-Studiengang in Deutschland etablierte und die Forschungsförderung durch das BMBF begann. Ich würde auch heute noch sagen, dass Public Health bei allen fachlichen Defiziten und Unvollkommenheiten, die man in dieser Disziplin hierzulande feststellen kann, nicht so gut wäre – oder vielleicht bescheidener: noch viel schlechter wäre –, wenn es die »Jahrbücher für Kritische Medizin« nicht gegeben hätte.

KS: Du hast für das »Jahrbuch« – zumindest für die zweite Phase – die unmittelbare Verbundenheit mit der Gesundheitsbewegung als deren Publikations-Organ und den kritischen Bezug auf die Medizin genannt. Mit dem nun erfolgten Relaunch des Jahrbuchs und der neuen Redaktion wollen wir den Versuch unternehmen, hier neu anzuknüpfen, nicht zuletzt auch durch die Erweiterung des Titels in »Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften«. Es ist offensichtlich, dass dieses Alleinstellungsmerkmal des Jahrbuchs in den vergangenen Jahren verloren gegangen ist. Die Ausgangsthese wäre, dass es zumindest in der Anfangsphase der Public Health-Forschungsverbände auch in anderen Publikationsorganen einen kritischen Bezug auf die Medizin, aber auch auf die etablierten Gesundheitswissenschaften gab und geben konnte, wenn auch heute nicht mehr so deutlich. Die damit verbundene Frage an dich: Worin würdest du ein Alleinstellungsmerkmal für das neue Projekt »Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften« sehen, und worin siehst du die Notwendigkeiten hierzu?

RR: Zunächst zum Namen: Ich finde »Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften« klingt schön, trägt aber diese semantische Unklarheit, die im Begriff »Kritische Medizin« liegt, weiter in sich. Meint das »Kritik an der Medizin«? Meint das »Aufruf für eine andere Medizin« oder meint das »Kritik an der Rolle der Medizin in der Gesellschaft, an ihrer Rolle für die Gesundheit«? Das bleibt auch in der neuen Titelgebung unklar; allerdings müssen Titel auch Traditionen transportieren und dies ist durch die Ergänzung »Gesundheitswissenschaften« aus meiner Sicht gelungen.

Wenn ich in alte Argument-Bände blicke, dann fällt mir auf, dass radikale Kritik, also der direkte Bezug von Gesundheits- und Versorgungsproblemen auf die politisch-ökonomischen Grundlagen unserer Gesellschaft, eigentlich kaum noch geschrieben wird. Das ist sehr schade, weil das nach wie vor aktuell nötig, dringlich und wichtig wäre. Denn schließlich sind diese Zusammenhänge alles andere als statisch und bedürfen laufender Untersuchungen. Natürlich gibt es auch Gründe dafür, dass eine solche radikale Kritik nicht mehr so im Vordergrund steht: Diese ur-

sprüngliche Intention, aus der Systemperspektive Kritik zu üben, war im Grunde genommen ein Argumentationsgestus von Outsidern oder von Outlaws, d. h. von Menschen, die im akademischen Mainstream-Diskurs nicht ernst genommen wurden und ausgeschlossen blieben. Solche Autoren – da zähle ich mich dazu und euch ebenso – haben mittlerweile die Möglichkeit, im Gesundheitssektor professionell in Forschung, Lehre, Beratung und Gestaltung zu arbeiten. Dadurch werden die Themen, die sie bearbeiten, natürlich sehr viel »kleinteiliger« als beispielsweise das Thema »Kapitalismus und Gesundheit«, und Energien zur Bearbeitung der »großen« Themen werden absorbiert. Hinzu kommen vielerlei bewusste oder unbewusste Rücksichtnahmen, die einen beschleichen, wenn man in diesem Betrieb arbeitet. Das wiederum hat zur Folge, dass diese Radikalkritik, die ich nach wie vor für nötig halte, weil sie für ein realitätstüchtiges Verständnis auch der kleinteiligen Themen unverzichtbar ist, eher weniger, zu wenig stattfindet. Zum anderen hat die gleiche Entwicklung zur Folge, dass sehr viele von den Kritikern, die früher im »Jahrbuch« publiziert haben, heute andere Foren für eine Publikation haben – das Spektrum akademisch »zulässiger« Kritik hat sich erweitert. Dies heißt: Wenn ich heute einen kritischen Artikel zum Thema »Gesundheit und Gerechtigkeit« publizieren möchte, kann ich den auch im »Das Gesundheitswesen« veröffentlichen – vielleicht nicht gerade im US-Stil-bornierten »Journal of Public Health« – aber es finden sich auch andere Publikationsmöglichkeiten; das war früher anders.

AD: Ich würde gerne noch mal zum Thema »Was ist kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften?« nachhaken. Die neue Redaktion hatte überlegt, das Jahrbuch »Zeitschrift für Kritische Gesundheitswissenschaften« zu nennen, kam aber nach längerer Diskussion zu dem Ergebnis, dass dafür die Zeit noch nicht reif sei. M. a. W. nicht nur aus Gründen der Reminiszenz sollte »die Medizin« im Titel als Reibungspol und Gegenüber von Gesundheitswissenschaften erhalten bleiben. Sie soll insofern explizit benannt werden, als sich die Medizin noch nicht als eine von vielen Disziplinen in die Gesundheitswissenschaften mit einreihet, sondern nach wie vor eine dominante Stellung innehat. Die Dopplung im Titel – das wäre die zweite These – besagt aber auch, dass die Gesundheitswissenschaften sich in Deutschland als eigene Disziplin mittlerweile etabliert haben. Und daraus folgend die dritte These: Gerade weil sie sich etabliert haben, ist es mittlerweile sinnvoll bzw. nötig, auch innerhalb des gesundheitswissenschaftlichen Diskurses eine kritische Position einzunehmen gegenüber dem mittlerweile dort vorherrschenden Mainstream.

RR: Also, ich verstehe dich so, dass der Titel »Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften« eine zeitgemäße Übergangserscheinung ist. Dem kann ich folgen. Man könnte dem entgegen, dass es semantisch nicht einleuchtend ist, nun Medizin und Gesundheitswissenschaften gegenüberzustellen. Im Grunde genommen sind natürlich Public Health, Pflege, Sozialarbeit, Gesundheitspsychologie etc. und Medizin alles Gesundheitswissenschaften. Das würde einen Jahrbuch-Titel »Kritik der Gesundheitswissenschaften« nahelegen. Wahrscheinlich würden aber dann viele potenzielle Leserinnen und Leser gar nicht darauf kommen, dass auch die Medizin dabei mit gemeint ist. Denn die Medizin ist natürlich immer noch ein sehr mächtiges Teilsystem der Gesellschaft mit zahlreichen Privilegien, Machtpotenzialen und Bündnisstrukturen, über die die anderen Gesundheitswissenschaften nicht verfügen. Insofern ist diese Gegenüberstellung empirisch zutreffend. Das erlebe ich sowohl in meiner wissenschaftlichen wie in meiner Arbeit der Politikberatung als ungebrochen; nach wie vor ist diese Beziehung zum Teil von Arroganz und zum Teil von Nicht-verstehen-Wollen bzw. von Nicht-verstehen-Können geprägt. Wenn dies durch den Titel transportiert werden soll und dies auch bei den Leserinnen und Lesern so ankommt, ist das eine wichtige und auch orientierende Botschaft. Es wäre auch viel gewonnen, wenn die oft hinderliche bzw. blockierende Rolle der Medizin bei nicht-medizinischen gesundheitlichen Innovationen im Jahrbuch thematisiert würde, anstatt – wie heute eher üblich – das ganze Problem zu verdrängen oder mit Konsens-Vokabular zu maskieren.

AD: Nochmals zum möglichen Alleinstellungsmerkmal des JKMG angesichts deiner Aussage, dass kritische Positionen mittlerweile auch in anderen Zeitschriften publiziert werden können. Wo würdest du perspektivisch die besonderen Aufgaben für das JKMG sehen? Worin könnte ein spezifisch kritisches Profil des neuen Jahrbuchs bestehen? Ist womöglich eine ähnliche Besonderheit wie vor 30 Jahren, d. h. erneut eine radikale Kritik des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit und Gesundheit sinnvoll?

RR: Ein brauchbares Profil könnte sich allein daraus ergeben, dass der Titel »kritisch« oder »zur Kritik« ernst genommen wird. Es würde alle Arbeiten einschließen, die den herrschenden Umgang mit Gesundheit und Krankheit – in Politik, Praxis, Forschung und Publizistik – hinterfragen, die Gründe für erkennbare Fehlsteuerungen und Defizite analysieren und zumindest Richtungen angeben, in denen nach Lösungen oder Problemminderungen gesucht werden könnte. Das ist keine Themen-

vorgabe, sondern bezeichnet einen Fokus, den der Wissenschaftsbetrieb einschließlich der Förderpraxis regelmäßig nicht hervorbringt. Dieser Fokus bewährt sich bei großen – Beispiele: Ungleichheit, GKV-Politik, Versorgungsintegration – wie auch bei kleinteiligeren Themen – Beispiele: Hebammenbetreuung, ›Gesundes Frühstück‹ in der KiTa. Es schließt zwei Typen von Arbeiten ein, die ich auch in meinem eigenen Entwicklungsweg beobachtet habe. Ich habe in den ersten Jahren meiner gesundheitswissenschaftlichen Karriere überwiegend Arbeiten geschrieben vom Typus: »Zur Kritik der Pharmaindustrie« oder »Zur Kritik der Arbeitsmedizin«. In den besten Fällen ist dies die Anwendung von Konzepten und Begriffen der Politischen Ökonomie auf den jeweiligen Gegenstand. Diese Arbeiten können zeigen, warum es ist, wie es ist und warum es so schwer ist, das zu ändern, aber meistens lassen sie sich auf das Feingefüge der Widersprüche und Entwicklungen im Gegenstandsbereich nicht ein. Solche Arbeiten sind notwendig, und es gibt zu wenige davon. Ein kritisches Jahrbuch muss sie fördern. Später habe ich dann eher Arbeiten des Typus »Zur Gestaltung von ...« verfasst. Solche Arbeiten sind – wenn sie gut sind – dadurch gekennzeichnet, dass sie die großen ökonomischen und politischen Variablen weder verdrängen noch in den toten Winkel der ›Rahmenbedingungen‹ (ein sehr ›entlastendes‹ Wort) verbannen, sondern benennen und bei Vorschlägen auch berücksichtigen. Solche Arbeiten können die Differenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit sehr anschaulich machen und auch damit einen Beitrag zur Politisierung des Verstehens und Handelns leisten. Das zeigt sich zum Beispiel, wenn gefragt wird, wie man gewinnwirtschaftlich geführte Unternehmen wohl dazu bringen könnte, einen halbwegs humanen und produktiven Umgang mit der von ihr gekauften Arbeitskraft einzuhalten, oder wenn man fragt, wie ein menschenfreundlicher und wirksamer Umgang mit dem Cervix-CA aussehen könnte und warum die ›HPV-Impfung‹ den Stellenwert bekommen konnte, den sie hat. Da kommt man fast automatisch aus den feinen Zielsetzungen im Gegenstandsbereich – gewissermaßen induktiv – auf die großen Variablen und zur politischen Ökonomie zurück. Was ich so lese, gibt mir oft den Eindruck, dass dies im Public Health-Bereich mehr Kolleginnen und Kollegen bewusst ist, als es explizit den Anschein hat. Ein kritisches Jahrbuch und seine Redaktion müssten diese Potenziale identifizieren und zum Schreiben ermuntern. Eine weitere Komponente des Profils eines kritischen Jahrbuchs bildet die Ideologiekritik, also zum Beispiel Antworten auf Fragen wie: Warum verfolgen wir heute bestimmte Interventionsstrategien? Warum haben die vorherrschenden Formen von Qualitätssicherung dieses Gewicht? Warum keine ande-

ren? – diese Fragen lassen sich an vielen Stellen anbringen. Und ich hoffe und wünsche es dem Jahrbuch, dass es viel von dem, was es an in diese Richtung Gedachtem und an Ungeschriebenem gibt, versammeln kann; ich wünsche dem Jahrbuch, dass es ihm gelingt, Autorinnen und Autoren dazu zu motivieren, solches zu Papier zu bringen. Dem steht entgegen, dass solche Publikationen nicht besonders hoch angesehen sind. Aber auch wenn sie manchmal nicht gerade karriereförderlich sind, stimmt auf der anderen Seite auch: der Spielraum »zugelassener« Kritik ist sehr viel größer, als er – im doppelten Sinne – wahrgenommen wird. Ein kritisches Jahrbuch hat hier die Funktion der Ermunterung durch Vorbilder. Das Jahrbuch sollte sich nicht auf Genres oder Formate festlegen. Die geistfeindlichen Konsequenzen der Publikationspraxis sehr hoch angesehener Journale (Portionierung in möglichst viele Teile, starre Gliederungen etc.) müssen nicht nachgeahmt werden. Manchmal ist auch ein Essay ganz ohne Fußnoten die beste Form.

KS: Da klingt eine Menge Kritik an dem an, was man den Gesundheitswissenschaften unter dem Stichwort »Gestaltungsorientierung« unterstellen könnte. Würdest du den Entwicklungstrend von Public Health in den etwa vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren mit einer deutlichen Schwerpunktsetzung im Bereich der Versorgungsforschung so beschreiben? Welche anderen Themenbereiche könnten oder sollten es denn sein?

RR: Sicherlich beinhaltet Public Health mit seinem umfassenden Anspruch, Theorie und Praxis der Verbesserung der Gesundheitschancen von Gruppen und Bevölkerungen durch Senkung von Gesundheitsbelastungen und Förderung von Gesundheitsressourcen sein zu wollen, jede Menge Raum für Gesellschaftskritik. Und das ist gut so. Will Public Health als Fach diesen Anspruch einlösen, muss es notwendig eine kritische Position behalten. Ich sehe aber sowohl in der Ausschreibungspraxis für Drittmittel wie auch in der Beantragung von Drittmitteln an vielen Stellen sowohl gesundheitsfremde bzw. -feindliche Interessen als auch die »kleine Schere im Kopf« wirksam werden, die – pointiert formuliert – selbst gewählte Zensurschere. Beispielsweise in der Form, dass man Kausalketten nicht bis zum Ende benennt, insbesondere dort, wo es politisch und auch systemkritisch wird, und dort, wo man durch Problemverkürzung oder Einengung des Blickwinkels ein vermeintlich stimmiges Bild zu zeichnen sucht, allerdings um den Preis der Verdrängung bzw. Nichtbenennung wichtiger unabhängiger Variablen – und damit auf Kosten der Realitätstüchtigkeit.

Natürlich unterliegt Public Health als Wissenschafts- und Praxis-Disziplin einer starken öffentlichen Nachfrage. Die Suche nach Gesundheitsstrategien und auch nach Methoden, Strukturen und Regulierungen für nicht-medizinische Prävention und Gesundheitsförderung ist ja populär und wird zweifellos noch zunehmen. Aber diese zunehmende Nachfrage impliziert natürlich die Gefahr und die Versuchung für die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, sich auf die Reduktionen des Problemzuschnitts, die die Auftraggeber wünschen, einzulassen. Insofern ist die starke Orientierung auf Versorgungsforschung selbst schon eine klare Verkürzung gegenüber einem umfassenden Ansatz von Public Health. Deshalb muss man heute auf der Banalität bestehen, dass Public Health mehr ist als Versorgungsforschung. So hätte Public Health sehr viel mehr Forschungen zu Ungleichheitsfragen und zur Verursachung von Krankheit und Gesundheit in den Vordergrund zu rücken, sie lässt sich jedoch vor allem auf das förderungsträchtige Themenrepertoire der Versorgungsforschung ein, das mehr durch Konsensbildung als durch wissenschaftliche Fragestellungen festgelegt wird. Public Health steht in einem Kräftefeld vielfältiger und divergierender Interessen und deren Sogwirkungen. Am Beispiel: Wenn man die Versorgungsforschung, so wie sie heute überwiegend angelegt ist, als Kooperationsprojekt mit der klinischen Medizin betreibt, wird aus Versorgungsforschung ganz schnell Behandlungsforschung mit der Gefahr, dass alles, was mit den treibenden Kräften des Medizinsystems oder *nicht*medizinischen Interventionen oder mit gesellschaftlichen Widersprüchen zu tun hat, ausgeblendet zu werden droht. Mit Blick wiederum auf das Jahrbuch hieße das: ein kritischer Stachel hätte aus meiner Sicht stets die Aufgabe, das Diskussionsfeld über und den Blick auf die systembestimmten Ursachen von Gesundheit und Krankheit offen zu halten.

AD: Ich würde gerne noch einmal zuspitzen. Das war ein Plädoyer für eine *ausschließlich* kritische Haltung, also für eine Kritik des *Bestehenden* in einer Zeit, in der es auf Kongressen der letzten Monate durchaus Sätze gab wie: »Eine kritische Sozialwissenschaft hat in Public Health keine Daseinsberechtigung, wir brauchen Gegenvorschläge.« Radikale Kritik wird als Old-School-Meinung diffamiert. Kann Deiner Auffassung nach Kritik auch die Möglichkeit von Gegenvorschlägen beinhalten, die ja einerseits den Charme des Konstruktiven haben, allerdings auch der Gefahr unterliegen, sich mit Sachzwängen zu arrangieren. Um es anders zu formulieren: Ist für dich eine alternative Versorgungsforschung, die auch eigene Vorschläge beinhaltet, überhaupt denkbar? Und um nochmals den Bogen zum Jahrbuch zu schlagen: Würdest du es als



sinnvoll erachten, konstruktive Vorschläge mit zu berücksichtigen oder ist es die Position des Stachels im Pelz, also allein die radikale Kritik, worauf man sich konzentrieren sollte?

RR: Ich vermute, die Frage ist hypothetisch, weil ein Jahrbuch nur mit Beiträgen des Typs »Zur Kritik von« füllen zu wollen, derzeit allein aufgrund des Mangels an Autorinnen und Autoren bzw. Beiträgen schwierig werden würde. Ich bin auch nicht gegen konstruktive Vorschläge; was ich allerdings beim Mainstream in Public Health vermisste, ist das Durchleuchten und die klare Analyse der limitierenden und fördernden Bedingungen, unter denen Vorschläge gemacht und erst recht umgesetzt werden. Schon allein diese Bedingungen mit zu benennen, wäre gegenüber dem heutigen Stand ein wesentlicher Fortschritt. Für einen solchen Blickwinkel braucht es einen Publikationsort, ganz einfach auch aus Gründen der seriösen Weiterentwicklung der Disziplin. Deshalb ist für mich nicht die Trennlinie zwischen Beiträgen »Zur Kritik von« und »Zur Gestaltung von« relevant, sondern aus meiner Sicht geht es darum, Beiträge des Typs »Zur Gestaltung von« zu versammeln, die eine klare Einordnung in den systemischen Rahmen vornehmen, in dem sich diese Vorschläge abspielen. Eine Versorgungsforschung aus sich heraus kann diesen limitierenden Rahmen in der Regel *nicht* verlassen; hierzu bedarf es, wie das von Dir genannte Zitat eines als »führend« bezeichneten Versorgungsforschers in Deutschland zeigt, beständiger gegentendenzialer Anstrengungen.

KS: Noch einmal zur Frage möglicher »Themenfelder«. Welches sind diese aus deiner Sicht, die unter den Nägeln von Public Health brennen und die vielleicht auch in zukünftigen Bänden des Jahrbuchs thematisiert werden sollten?

RR: Da sind die klassischen Themenfelder zur Entstehung von Krankheit und Gesundheit, die bis zu den letzten erforschbaren unabhängigen Variablen vorstoßen müssen und deshalb natürlich Fragen des Wirtschaftssystems berühren. Es sind zweitens Beiträge zur Ideologiekritik, die im Public Health-Feld immer dringlicher werden, weil uns die Ideologien gerade in dem Maße, wie Public Health erfolgreich ist, oftmals wieder einholen. Ein Beispiel: Vor 20 Jahren war das Thema »sozial bedingte Ungleichheit« ein Nicht-Thema. Die etablierte Wissenschaft orientierte sich am Idealbild der nivellierten Mittelstandsgesellschaft nach dem Motto: »Das gibt sich von alleine!« Es zeigte sich dann aber, die Ungleichheiten lösen sich nicht von alleine, sie werden vielmehr

immer größer. Ich bin der Überzeugung, dass es auch das Verdienst des Jahrbuchs, seiner Autorinnen und Autoren und seiner Sympathisantinnen und Sympathisanten ist, dass das Thema gesundheitliche Chancengleichheit überhaupt wieder auf der Agenda steht. Das hat natürlich auch zur Folge, dass sich jetzt wieder viele zu diesem Thema äußern, die in den letzten 20 Jahren dazu geschwiegen haben, und von denen man sich wünschen möchte, sie hätten auch weiterhin geschwiegen. Es sind diejenigen, die einfach sagen: Selber schuld! Sollen die doch besser kochen, dann haben sie auch keine Adipositas. Ein Thema ist also der Kampf gegen diese wieder neu aufwabernden Ideologien der Unveränderbarkeit, die Ideologien des Sachzwangs, die Ideologien der Selbstverantwortung. Und aus meiner Sicht sind eben Gestaltungsvorschläge das dritte wichtige Themenfeld, die aber zugleich die limitierenden Bedingungen mit artikulieren müssen. Dies gilt auch für die Ebene des Global Health, also für die Fragen der internationalen Gerechtigkeit, und ebenso auch für den in Deutschland eher noch unterentwickelten gesundheitsbezogenen Gerechtigkeitsdiskurs. Das ist natürlich auch auf die Versorgungsforschung und sicherlich auch auf das Thema der Arzneimittel- und der Pharmaindustrie zu beziehen, aber auch auf professionspolitische Auseinandersetzungen. Was ebenso fehlt, ist eine kritische Durchleuchtung aktueller Auseinandersetzungen zur Krankenhauspolitik, zur Frage einer vernünftigen Integrierten Versorgung und anderes mehr. Zunehmend wichtiger wird die Auseinandersetzung mit der Gentechnologie, die sich als – medizinische – Alternative zur nicht-medizinischen Prävention aufbaut. Auch wenn das Meiste davon ungedeckte Wechsel auf die Zukunft sind und die – gerade vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte unabweisbar naheliegenden – ethischen Fragen bislang ohne Antwort sind, so muss man sehen, dass dieser Forschungszeitweig – auch z.B. von der EU – kräftig gefördert wird; weil es eben dabei nicht nur um Gesundheits-, sondern auch um Industriepolitik geht. An Themen sehe ich überhaupt keinen Mangel. Vielmehr sehe ich ein Problem darin, wie man den in Deutschland zu solchen Themen mit Sicherheit vorhandenen Sachverstand motivieren und ermutigen kann, das niederzuschreiben, was im Grunde genommen sehr viele im Hinterkopf haben.

KS: Also, selbst ein Thema wie »Health Inequalities«, das zunehmend auch durch den Mainstream der Disziplin aufgenommen wird, dort allerdings in Teilbereichen auch »biologisiert« wird, würde dazu gehören? Es kommt – so verstehe ich dich – weniger auf die Themenwahl selbst an, als vielmehr darauf, wie man diese »anpackt«.

RR: Ja, so sehe ich das!

AD: Im Kern sind wir damit bereits beim zweiten Themenbereich angelangt, den wir – mit Blick auf den inhaltlichen Schwerpunkt des vorliegenden Bandes – mit Dir erörtern wollen. Die Themenwahl des Bandes verknüpft zwei der von Dir genannten Punkte. Nämlich einmal die Frage von Ideologiekritik an den vorherrschenden gesellschaftspolitischen Tendenzen einer zunehmenden Orientierung an der Selbstverantwortung, der Individualisierung von Gesundheit zwischen Regulierung und Disziplinierung – wie wir das im Untertitel des Bandes genannt haben. Mit diesem Ansatz wird suggeriert, es gebe einen neuen Persönlichkeitstypus eines sich selbst managenden und autonom agierenden Individuums. Vielleicht als Einstiegsfrage: Hältst du dieses Leitbild für Public Health als etwas grundsätzlich Brauchbares, oder würdest du in der Verabsolutierung einer solchen Sichtweise auch eine Gefahr sehen? Welches Leitbild wäre aus deiner Sicht eine Alternative für Public Health?

RR: Das Leitbild des autonom sich selbst managenden Individuums ist ein Produkt der Ideologie des Neoliberalismus. Aufgrund seiner Dominanz ist die Thematik »Eigenverantwortung« oder »Selbstverantwortung« ein entscheidender ideologischer Kampfplatz von Public Health. Für Public Health sind »ein immer höheres Maß an Selbstbestimmung« und soziale Teilhabe so ziemlich die höchsten Ziele, die mit Gesundheitspolitik angestrebt werden, also – in der Sprache des Capabilities-Ansatzes – die Maximierung der Verwirklichungschancen für ein selbstbestimmtes Leben, für das man sich mit guten Gründen entscheiden kann. Die Ottawa-Charta impliziert für diesen Weg eine Strategie der Befähigung und des Empowerment, während der neoliberale Diskurs eine Bestrafung für Nichtbefolgung darstellt. Dies ist eine radikale Verkürzung bzw. eine Umkehrung des Problems von Selbstverantwortlichkeit: Wer sich nicht so verhält, muss dann auch zur Rechenschaft gezogen werden und auch selbst zahlen. Das ist – wie gesagt – aus meiner Sicht einer der zentralen ideologischen Kampfplätze, an dem sich die Zukunft und damit letztlich auch die Realitätstauglichkeit der Disziplin entscheidet. Dies wird eigentlich sofort evident, wenn man berücksichtigt, dass von den sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, wie uns die Sozialepidemiologie in überreicher Fülle illustriert, deutlich weniger als die Hälfte auf individuelles Verhalten zurückzuführen ist. Mehr als die Hälfte erklären sich unmittelbar und direkt aus dem sozialen Status. Hinzu kommt, dass auch gleiches Ver-

halten unterschiedlich stark gesundheitsgefährdend oder -fördernd ist, je nach dem, wie stark die Gesellschaft nach Macht, Prestige, Bildung und Geld gespreizt ist. Der Versuch, diese Problematik dem Individuum und seinem Verhalten aufzuheben, ist eigentlich für einen epidemiologisch orientierten Menschen intellektuell unzumutbar. Und auch das gesundheitsrelevante Verhalten – so viel sehen ja auch konservative Soziologen – ist ja keineswegs ein frei gewähltes. Die Bedingungen für eine freie Entscheidung im Hinblick auf Gesundheit ist eine hochkomplexe Frage, und diese einfache Setzung »der Mensch kann sich frei entscheiden« hat etwa den gleichen gesellschaftspolitischen Reflektionsgrad wie die Aussage aus dem Umkreis der französischen Revolution, dass die Erhabenheit des gesetzlichen Gleichheitsgrundsatzes sich gerade darin zeigt, dass es den Armen wie den Reichen gleichermaßen verboten ist, unter den Brücken zu schlafen. Die Schwierigkeit besteht für mich darin, dass man oft in die falsche Ecke gedrängt wird, wenn man dies sagt. Als sei dies ein Plädoyer für den totalen Versorgungsstaat oder die Passivierung von sozial Benachteiligten. Das Gegenteil ist der Fall: bei Gesundheitsförderung, die diesen Namen verdient, geht es immer um Aktivierung und ›mehr Selbstbestimmung«. Und genau das kennzeichnet diese ideologisch ›schiefe‹ Schlachtordnung, die die Auseinandersetzung mit der Ideologie der Selbstverantwortung so komplex macht. Man hat vor dem Hintergrund der Hegemonie des Mainstream kaum noch die Gelegenheit, die empirisch eindeutig untermauerten und gut unterlegten Größenordnungen und Zusammenhänge überhaupt deutlich zu machen.

KS: Eine zweite Ebene: Im so genannten Modernisierungsdiskurs wird unterstellt oder doch zumindest thematisiert, dass es auch bei der Prävention darum ginge, bestimmte Normierungen vorzunehmen, also dass es auch darum ginge »Leben zu optimieren«. Bestimmte Präventionskonzepte, in denen letztlich eine Vorstellung davon entwickelt wird, wie sich jemand zu verhalten habe, wie er mit seinem Körper, mit seiner Gesundheit umzugehen habe, lassen sich – mit Rekurs auf Foucault – als »Biopolitik« kritisieren. Wie bewertest du solche Einschätzungen?

RR: Wir hatten solche Debatten im Zusammenhang mit AIDS-Prävention: Ist das Ziel unserer Bemühungen, den Kondomgebrauch zu maximieren, also Safer Sex zu propagieren, oder ist das Ziel, eine informierte Entscheidung im Sexualeben zu treffen? Und natürlich bin ich als Public Health-Vertreter bei der zweiten Position. Aber ich tue das in

der Hoffnung – die sich dann auch wieder empirisch bestätigten lässt –, dass sich 80 Prozent zum Beispiel der schwulen Männer dann stabil für das Kondom entscheiden, wenn die Grundlagen der Entscheidung klar sind, es also informierte Entscheidungen sind, und wenn diese Entscheidungen möglichst frei von widerstrebenden materiellen, psychosozialen oder anderen Einflüssen getroffen werden können. Lässt das die Aussage zu, es gehe um die Normierung auf Safer Sex? Safer Sex ist vielleicht ein Ergebnis dessen, aber nicht von vornherein Ziel; Ziel war die Befähigung *zu* – und zwar auf individueller wie kollektiver Ebene. Ein anderes Beispiel: Ich kann feststellen, dass Kinder, die einen übermäßigen Medienkonsum haben, häufiger an ADHS leiden. Ich kann daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass Kindern verboten werden muss, länger als zwei Stunden pro Tag vor dem Bildschirm zu verbringen. Dies wiederum lässt sich schlecht damit vereinbaren, dass sich Kinder heute eine Medienkompetenz erarbeiten müssen, von der wir aus heutiger Sicht gar nicht wissen, wie diese in Zukunft aussehen wird. Das heißt, wir können nur versuchen klarzumachen, dass Kinder, wenn sie vor dem Bildschirm lange Zeiten nur passiven Eindrücken unterliegen, nur Reizen ausgesetzt sind, ohne diese physisch oder psychosozial ›ausleben‹ zu können, dann auch solche ausgleichenden Aktivitäten brauchen und dafür Gelegenheiten und Anreize benötigen, die das Gleichgewicht wieder herstellen. Möglicherweise wird dies darauf hinauslaufen zu sagen: Mehr als zwei Stunden pro Tag sind gesundheitsschädlich. Und natürlich steht ein solcher Vorschlag immer in der Kritik, normierend zu sein; und vielleicht ist er das auch. Aber wenn es in einem solchen Rahmen stattfindet, in dem ich ein Angebot mache in der Weise: ›Wenn du ein Leben im Gleichgewicht mit dir selbst und deiner Umwelt führen willst, dann führt beständiges, längeres Sitzen vor dem Bildschirm zu den und den Gefährdungen und dazu gibt es die und die real erreichbaren und attraktiven Alternativen‹, dann geht es um das Problem als solches und nicht darum, zu normieren. Und mehr als ein solches Angebot will ich als Public Health-Vertreter auch gar nicht machen, und auch die Gesundheitspolitik sollte nicht mehr als ein solches Angebot machen.

AD: Das heißt, von diesem autonomen Subjekt auszugehen und es für Public Health-Strategien nutzbar zu machen, indem zum Beispiel informierte Entscheidungen ermöglicht werden sollen. Hier setzt aber der Vorwurf oder das Risiko der Disziplinierung oder Normierung an, dass eben all das, was der Optimierung des Selbst dient, als gesundheitsförderlich deklariert wird und *deswegen* eingehalten werden muss, was

ja einen Zwang zur Selbstdisziplin nach sich zieht. Wenn man diesen Ansatz hinsichtlich neoliberaler Tendenzen kritisieren will, ist ja die Alternative, um mit diesem Konzept zu arbeiten, dass man letztlich die Entscheidung für gesundheitsschädliches Verhalten – weiter rauchen, trotzdem fernsehen, unsafe sex – als moralisch gleichwertig stehen lassen können muss, und zwar jenseits auch von Kosten-Nutzen-Erwägungen. Muss das mitgedacht werden und mit erlaubt sein, d. h. liegt hierin das eigentliche emanzipatorische Potenzial von Public Health?

RR: Das würde ich so sehen. Ob das gesellschaftlich und politisch durchsetzbar ist, ist eine andere, viel schwierigere Frage. Weil natürlich aus solchen Zusammenhängen, welche die Sozialepidemiologie, Medizin oder andere Public Health-Forschung hervorbringt, eben auch Normen hergeleitet werden *können*, und der Selbstzwang natürlich in einem neoliberalen Weltbild als die geeignete Bewältigungsstrategie erscheint. Und an dieser Stelle hat Public Health aus meiner Sicht den Auftrag und die Verpflichtung, die gegentendenzielle Sichtweise deutlich zu machen. Inwieweit es möglich ist, eine solche Sichtweise auch praktisch politisch zum Durchbruch zu verhelfen, seht auf einem anderen Blatt. Aber wir haben durchaus auch positive Beispiele. Als der Gesetzgeber im Jahre 2007 den § 62 SGB V dergestalt reformieren wollte, dass Menschen, die nicht zur Früherkennung gehen, im Falle einer Erkrankung dann zwei statt ein Prozent ihres Einkommens an Zuzahlung leisten sollten, gab es von großen Teilen der Public Health-Szene völlig zu Recht einen Sturm der Entrüstung. Immerhin hat dann der Gemeinsame Bundesausschuss diese Verpflichtung zur Untersuchung umgewandelt in eine Verpflichtung zur Inanspruchnahme einer Beratung über die entsprechende Untersuchung. M.a.W. er hat die Schaffung der Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung normiert, die Entscheidung selbst aber der Selbstbestimmung überlassen. Da ließe sich immer noch fragen: Warum Beratung als Verpflichtung? Ist es repressiv, wenn ich Menschen darüber informiere, was gut oder was schlecht für ihre Gesundheit ist? Darüber lässt sich auf der theoretischen Ebene sicher trefflich streiten. Praktisch sehe ich es so, dass ich mir angesichts des Trommelfeuers ökonomisch interessierter Botschaften aus offener und verdeckter Werbung, die im Hinblick auf ein gesundes Leben desorientierend bzw. irreführend sind, öffentliche, dem Gemeinwohl verpflichtete Information wünsche. Denn schließlich zielt ja die kommerzielle Werbung letztlich auf Normierung des Konsums und des Verhaltens.

KS: An dieser Stelle würde ich gerne den im gesundheitspolitischen Kontext viel gebrauchten Begriff ›Anreiz‹ mit in die Diskussion einbringen. Ist mit dem Setzen von Anreizen letztlich nicht immer auch der Zwang verbunden, das eine sein zu lassen und das andere zu tun? Wie würdest du die beiden Begriffe gegeneinander abgrenzen?

RR: Zwang ist der oberste Punkt einer gedachten Skala von Anreizen. Ein Anreiz ist etwas, dem man folgen kann, aber in der Regel nicht folgen *muss*. Aber zugegeben, dem Anreiz nicht zu folgen, ist teurer als ihm nicht zu folgen. Zum Zweiten gibt es für mich positive wie negative Anreize, Sanktionen und Gratifikationen. Zum Dritten empfinde ich die derzeitige Diskussion als extrem verkürzt und ideologiegeladen, wenn unter Anreizen ausschließlich monetäre Anreize verstanden werden. Dies wiederum entspricht dem Bild des homo oeconomicus, einem anderen beliebten ideologischen Leitbild unseres Gesundheitswesens, dem ebenfalls durch »Gegenempirie« überhaupt nicht beizukommen ist. Dieses Leitbild versperrt die Suche nach einem umfassenderen Erklärungstableau, was Menschen dazu motiviert, bestimmte Dinge zu tun oder zu lassen. Ein solches Set von Erklärungen ist aus neoliberaler Sicht ohnehin völlig uninteressant, da man sagt: »Also, ihr habt euch zu fügen, und wenn ihr euch nicht fügt, müsst ihr bezahlen.« In einer solchen Sichtweise verschließt man sich der Einsicht, dass zum Beispiel gesundheits- oder selbstschädigendes Verhalten in einer bestimmten Lebensweise nicht sinnlos ist, sondern eine Funktion erfüllt, mithin in dieser Lebensweise funktional ist. Da setzt ja auch die lebensweltorientierte Prävention an: Wir können an solches Verhalten nur herankommen, wenn wir ›eine Stufe höher ansetzen‹, d. h. mit den Menschen kooperativ und partizipativ ihre Lebenswelt auf positive und negative, materielle und immaterielle, individuelle und gruppenbezogene Anreize nach bestimmten Verhaltensweisen durchforsten, sie vor allem selbst darüber entscheiden lassen, was zu ändern wäre und sie in diesen Veränderungsprozessen unterstützen. Das sind allerdings Strategien, die außerordentlich differenziert und diffizil sind, so dass sie bei denen, die heute über Eigenverantwortung und Selbstverantwortlichkeit reden, gar nicht vorkommen.

AD: Aber letztlich rekurrieren die genannten Public Health-Interventionen auf das individuelle Verhalten. Ob es nun der Druck ist, mich selbst gesund managen zu sollen, oder das Angebot, eine informierte Entscheidung zu treffen – das Individuum steht im Mittelpunkt. Noch mal zurück zur Frage der Anreize: Welche ergänzenden Rahmenbedingungen auf der Makroebene könnten es sein, die sich gerade von sol-

chen Versuchen abheben, die allein am Individuum ansetzen und es in die ein oder andere Richtung bewegen wollen? Welche Maßnahmen der lebensweltlichen Prävention siehst du auf der Ebene der staatlichen Regulierung oder gesetzlichen Steuerung?

RR: Da müssen wir über Prävention im Setting sprechen, heutzutage ebenfalls ein ›Kampffeld‹. Und hier stellt sich die Frage: Nutzen wir Schulen, Betriebe und andere Settings als Einflugschneisen und Ablageorte für allerlei traditionelle oder PR-mäßig aufgemotzte Gesundheitsbotschaften, oder geht es um die Schaffung gesundheitsförderlicher Settings, was immer auch heißt, dass die Betroffenen oder Nutzer des Settings in einem partizipativen Verfahren in die Lage versetzt werden, das Setting selbst nach ihren Bedürfnissen zu gestalten. Der Setting-Ansatz ist so eine Art ›Scharnierkonzept‹, das zwar individuelles Verhalten im Blick hat, allerdings in dem Sinne, dass es darauf ankommt, durch Veränderungen der Verhältnisse positive oder negative Anreize für Verhalten zu setzen. Es ist zugleich aber auch ein Konzept, das den Blick ›nach oben‹ auf die ›großen‹ Variablen offen lässt, weil ein Setting eben nicht zufällig so ist, wie es ist, sondern es dafür Gründe gibt. Erfolgreiche Interventionsstrategien hätten damit die politischen und ökonomischen Bedingungen, die das Setting prägen, zu berücksichtigen. Dies wäre dann die geeignete Ebene, auf der die Frage der richtigen Gewichtung zwischen ›Verhalten‹ und ›Verhältnis‹ auszufechten wäre. Hier sehe ich schon Bedingungen – beispielsweise vor dem Hintergrund der Beispiele hervorragender betrieblicher Gesundheitsförderung als partizipativer Organisationsentwicklung, die in der Regel auf Sonderbedingungen eines sensiblen und verständnisvollen Managements zurückzuführen sind – wo durch die Erweiterung von Partizipationspielräumen Prozesse in Bewegung gesetzt werden können, die dann nicht nur dazu führen, dass beispielsweise die Pausen selbstbestimmt gelegt oder die Arbeitsflüsse nach den Bedürfnissen der Beschäftigten umorganisiert werden können, sondern im Ergebnis ein anhaltend verändertes Verhältnis zur Welt produzieren. Interessanterweise kommt bei partizipativ angelegten Interventionsprojekten der betrieblichen Gesundheitsförderung – neben den Forderungen nach mehr Transparenz, Vorgesetztenschulung etc. – regelmäßig seitens der Beschäftigten auch die Forderung nach einem rauchfreien Betrieb auf. Und genau an dieser Stelle kreuzen sich Verhaltens- und Verhältnisprävention: wenn man denn einen Beitrag zur Tabakprävention leisten will, ist es natürlich viel effizienter, wenn der ›rauchfreie Betrieb‹ von den Beschäftigten selber gefordert, beschlossen, umgesetzt und kontrolliert wird.



KS: An diesem Punkt drängt sich die Frage nach der Fremd- und Selbstschädigung auf. Beim Thema Rauchverbot dürfte die Frage der Fremdschädigung unstrittig sein – da zweifellos durch das Passivrauchen andere geschädigt werden. Wie verhält es sich aber bei der Frage Selbstschädigung?

RR: Hier sollte mal sich zunächst in Erinnerung rufen, dass das Thema Passivrauchen ja der entscheidende Hebel war, um in den USA, dem Mutterland der Konsumentensouveränität wie auch aller Anti-Tabak-Kampagnen, die Verantwortung für die Anti-Tabak-Politik aus der Zuständigkeit der relativ schwach instrumentierten Food and Drug Administration herauszunehmen und in den Verantwortungsbereich der Environmental Protection Agency zu übergeben. Tabak wurde kurzerhand zum Umweltgift deklariert und so konnte die EPA, die weitergehende Kompetenzen hat, schneller und radikaler regulieren und auch verbieten. Dies war der US-spezifische Ausweg aus dieser heiklen Debatte über ein Verbot der Selbstschädigung, indem man das Fremdschädigungsargument enorm stark gemacht hat und dann auch noch mit einer institutionellen Übertragung bewehrt hat. Bei Tabak sehe ich das grenzwertig. Wenn ich sage, es ist ein Genussmittel, das bei bestimmungsgemäßem Gebrauch bei ungefähr jedem Zweiten, der es nutzt, zu mehr oder weniger heftigen Gesundheitsproblemen führen wird, lautet die Frage: Wie weit darf eine Gesellschaft diese Botschaft auch mit Sanktionen verbinden? Bei Heroin z. B. sind wir da ohne große Diskussion relativ strikt.

KS: Darf sie das ggf. auch mit dem allgegenwärtigen Kostenargument?

RR: Dieses Argument ist ja bekanntlich nicht unumstritten, weil an Lungenkrebs relativ schnell und billig gestorben wird. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sieht es etwas anders aus. Wenn wir jedoch eine Aufgabe von Public Health auch darin sehen, Erkrankungswahrscheinlichkeiten zu senken, dann ist Tabakkonsum zwar nicht das wichtigste, aber natürlich ein wichtiges Thema – und muss es auch sein angesichts von 140.000 vorzeitigen Todesfällen in Deutschland pro Jahr. Dem entgegenzuhalten ist das Recht auf Selbstbestimmung. Ich habe im Jahresgutachten 2001 des Sachverständigenrats versucht, dies auf Formel zu bringen: Es geht nicht darum, die *Raucher*, sondern das *Rauchen* zu marginalisieren. Was im Zweifel heißt: Lasst die Raucher in Ruhe, aber wenn sie rauchen wollen, dann bitte woanders. Das ist im

Kern eine Variante des Fremdgefährdungs- bzw. des gleichgerichteten Belästigungs-Arguments, vermeidet aber die oft peinlichen (und wahrscheinlich nutzlosen oder kontraproduktiven) Belehrungs- und Moral-Rituale. Das heißt für mich, nicht Personen, sondern ein Verhalten zu marginalisieren. Dabei ist klar, dass Marginalisieren letztlich auch eine zu Sanktionen führende Variante der Verhaltensbeeinflussung ist. Allerdings gibt es aus meiner Sicht für diese schwierige Grenzziehung keine stichhaltigen, theoretisch gut fundierten Kriterien. Ich finde persönlich rauchfreie Hotels, Gaststätten, öffentliche Gebäude und so weiter sehr angenehm. Allerdings bin ich mir nicht so sicher, ob das Thema inzwischen wirklich noch so ein so heiß umkämpftes Feld ist.

AD: Trägt aber ein solcher Public Health-Begriff vom ›gesundheits-schädlichen Verhalten‹ d.h. das Marginalisieren von Rauchen und ähnlichen Verhaltensweisen nicht auch ein normierendes Leitbild eines gesundheitsförderlichen, ausreichend schlafenden und sich gut ernährenden, Sport treibenden, nicht rauchenden Menschen in sich? Was letztlich auch dazu führt, dass jemand, der all diese ›gesunden‹ Verhaltensweisen für sich nicht in Anspruch nimmt oder sich gegen diese verwehrt, diskriminiert wird?

RR: Ja, aber man kann hier nur versuchen, eine Skala zu bilden. Als Gesundheitswissenschaftler wissen wir ungefähr, was gut und was schlecht für die Gesundheit ist. Die erste Stufe der Skala wäre: Man muss den Leuten sagen, was gut und was schlecht für ihre Gesundheit ist. Hier wissen wir allerdings, das *kann* gar nicht sehr weit tragen, weil die meisten Verhaltensweisen integraler Teil von Lebensweisen sind. Eine Stufe höher wäre zu fragen: Was können wir an den Lebensweisen ändern oder an den Lebenswelten, in denen diese Lebensweisen entstehen? Das wäre die Ebene der Settings, also v. a. das Feld partizipativer Projekte der soziallagen-bezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Nun kann man sich theoretisch auf dem Standpunkt stellen, allein schon eine entschiedene Aufklärung darüber, dass zu viel Fett, zu viel Alkohol, zu viele Zigaretten etc. schädlich sind, wäre im Grunde ein Eingriff in die Autonomie des Individuums. Man könnte also sagen, bereits bei der Information fängt die Unfreiheit an. Dem ist – nochmals – entgegenzuhalten, dass die Bevölkerung tatsächlich täglich mit gesundheitsfeindlichen Botschaften bombardiert wird, so dass mir die eigentliche Frage zu sein scheint, wie gesundheitsförderliche Gegeninformation zu organisieren wäre. Die Frage ist: Wie weit darf Public Health mit dem Auftrag, Eintrittswahrscheinlichkeiten von Krankhei-

ten zu senken, gehen? An welcher Stelle stößt dieses Public Health-Paradigma an Grenzen? Seit der in den 1980er Jahren in der deutschen Public Health-Szene geführten wichtigen aufklärerischen Debatte wissen wir, dass auch Alfred Grotjahn, einer der Väter unserer Disziplin und Inhaber des ersten deutschen Lehrstuhls für Sozialhygiene an der Charité, mit seinen wunderbaren Vorschlägen zur Sozialreform im Sinne der Verbesserung der Gesundheitschancen nicht immun war, sich gleichzeitig für Zwangssterilisationen und andere schlimme Menschenrechtsverletzungen auszusprechen. Strategien zur Verminderung gesundheitlich riskanten Verhaltens müssen hingegen auf die autonome und selbstbestimmte Entwicklung des Individuums rekurrieren und sich hierüber mittelbar wieder auf Public Health beziehen lassen, da Selbstbestimmung aus Sicht von Public Health ein zentraler Bezugspunkt sein muss. Offensichtlich geraten hier zwei unterschiedliche Konzepte von Selbstbestimmung, je nach disziplinärem Blickwinkel, in Konflikt miteinander. Insofern kann ich für mich in dieser Diskussion auch keinen Schlusspunkt setzen. Ich kann nur konstatieren, dass die Diskussion hierüber weder in der Öffentlichkeit noch in den *Mainstream-Journals* von Public Health die Tiefe erreicht hat, die ihr eigentlich gebührt.

KS: Das wären dann die großen »unabhängigen Variablen«, die du eingangs genannt hast, an deren Thematisierung man nicht vorbeikommt.

RR: Ja, an denen kommt man naturnotwendig nicht vorbei. Ein wichtiger, erster Schritt dazu wäre, die unterschiedlichen Vorschläge, die es zum Beispiel zum Umgang mit dem Tabakrauchen gibt, auf die dahinter liegenden Menschenbilder und Ideologien zu überprüfen. Also letztlich die aufklärerische Funktion von Public Health-Wissenschaft zu stärken, das allein wäre schon gegenüber dem Ist-Zustand ein großer Fortschritt.

KS: Und das machte auch aus Public Health-Sicht eine unterschiedliche Bewertung einer Anti-Raucher-Kampagne und der Trimm-Dich-Kampagne aus, weil wir wissen, dass sich hinter ersterer zwar nicht nur, aber eben halt auch veritable ökonomische Interessen verbergen?

RR: Eine Kampagne wie die Trimm-Dich-Kampagne, die positive Anreize setzt, sich in geselliger Form mehr zu bewegen, stößt sich auf den ersten Blick jedenfalls mit keinem mir wichtigen Prinzip. Es kommt hier sehr auf die konkrete Umsetzung und Durchführung an: Wenn sie so angelegt sind, dass übergewichtige Menschen diskriminiert oder dif-

famiert werden, oder wenn es darauf hinausläuft, die feinen Unterschiede zwischen den Sozialschichten als Distinktionsmerkmale besonders sichtbar zu machen, dann habe ich damit ein Problem. Aber zunächst würde ich erst einmal sagen, wir brauchen mehr in den Alltag integrierte Gelegenheiten und auch positive Anreize, sich mehr zu bewegen. Wenn sonst keine anderen Gründe dagegenstehen, ist das erst mal gut.

AD: Und solche Gründe könnten in einer diskriminierenden Aufmachung liegen, beispielsweise in dem darüber vermittelten Menschenbild des ›schlank, rank, beweglich‹?

RR: Ja, aber auch das muss ja auch nicht sein. Beispielsweise hat die Public Health-Community einen kleinen Sieg errungen, als die Bundesregierung die ursprüngliche Parole »fit statt fett« beschämt wieder zurücknahm, nicht nur weil sie diskriminierend, sondern auch weil sie immanent unsinnig ist. Die meisten übergewichtigen Menschen finden sich total fit und fühlen sich allein deswegen gar nicht angesprochen.

KS: Letzteres ist allerdings eher ein strategisches Argument.

RR: Ja, richtig, ein PR-Argument, wenn du so willst. Aber diese pejorative, moralisierende Betonung des Gegensatzes zwischen fit und fett, der natürlich ausgrenzt, ist ein auch unter strategischen Gesichtspunkten zu vermeidender Fehler. Und nochmals: Einer Forderung nach einem größeren Angebot an Bewegung, nach mehr Bewegungsflächen in Gemeinschaft oder allein ist per se natürlich schlechterdings nicht zu widersprechen. Allerdings sind solche Angebote immer hoch anfällig, durch ein Menschenbild geprägt zu werden, das wir keineswegs schätzen. Die wichtige Aufgabe einer kritischen Public Health-Wissenschaft bestünde dann darin, auch und gerade bei populären Kampagnen darauf zu achten, dass der Einfluss solcher Menschenbilder und die daraus folgende Orientierung verhindert, neutralisiert, zumindest aber nicht zu stark wird.

AD/KS: Wir danken dir für dieses Gespräch.

RR: Auch ich danke.