

Marshall H. Becker

## Gesundheitsförderung und Medizinsoziologie\*

Wie viele von uns, habe ich einen großen Teil meiner Berufskarriere damit verbracht, dabei zu helfen, die Öffentlichkeit zur Mitarbeit bei der Entwicklung eines gesunden Lebensstiles zu gewinnen. Bei den vielen Versuchen von Gesundheitsförderung, die mich heute umgeben, kam ich nicht umhin, mir meine Gedanken dazu zu machen. Schon der große amerikanische Philosoph Lawrence Peter Berra (einigen von Ihnen wird er als früherer Catcher und Manager der New York Yankees bekannt sein) wußte: »Man kann viel durch Beobachtung lernen.« Ich möchte Ihnen daher einige persönliche Beobachtungen darüber vortragen, was ich als dunkle Seiten der Gesundheitsförderungsbewegung kennengelernt habe, Aspekte, die meines Erachtens die Aufmerksamkeit der Medizinsoziologen verdienen.

Beginnen möchte ich mit der These, daß die Gesundheitsförderung die Öffentlichkeit viel zu früh dazu ermahnt hat, eine große Zahl von Verhaltensweisen zu übernehmen. »Viel zu früh« deshalb, weil unter Gesundheitsfachleuten ein hohes Maß an Uneinigkeit über Validität und Interpretation der Daten besteht, die diesen Ermahnungen zugrundeliegen. Die meisten von Ihnen dürften mit den widersprüchlichen Bewertungen der Bedeutung von Übergewicht, Cholesterin, Sport, Typ A Persönlichkeit, Früherkennungsscreening, Alkohol, Kaffeeconsum etc. für die persönliche Gesundheit und Langlebigkeit vertraut sein (Becker 1987, Eckholm 1985, Skrabanek 1988a, 1988b). Anstatt größere und bessere Studien und einen substantielleren Wissensstand abzuwarten, hat man vorschnell Empfehlungen zu gravierenden Veränderungen des individuellen Lebensstils abgegeben. Heraus kam dabei, daß einigermaßen zufriedene Leute ängstlich wurden und sich gedrängt sahen, erhebliche Verhaltensänderungen vorzunehmen, Anstrengungen, die in vielen

\* Revidierte Fassung einer Rede, die der Autor anlässlich der Verleihung des Leo G. Reeder Preises für hervorragende Beiträge zur Medizinsoziologie gehalten hat. Die Rede wurde am 22. August 1992 vor der Sektion Medizinsoziologie während der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Soziologie in Pittsburg, PA, gehalten. Erschienen in: »Journal of Health and Social Behavior, 1993, Vol.34 (march), pp.1-6«. – Die Übersetzung besorgte Nicola Wolf.

(wenn nicht allen) Fällen zum Scheitern verurteilt sind (Etzioni 1972, Haynes et al. 1979, Kolata 1985, Stunkard 1978). Manche Empfehlungen haben sich im nachhinein sogar als schädlich erwiesen (Bloom & Soper 1986, Frank 1985, Koplan et al. 1985). Mit diesen Widersprüchen haben wir die Öffentlichkeit verwirrt und Skepsis gegenüber Gesundheitsratschlägen erzeugt.

Besonders nachdenklich haben mich die neuesten Forschungsergebnisse über körperliche Bewegung gemacht. Wie wir alle wissen, wird regelmäßiges Sporttreiben zur Verringerung des Risikos von Herzerkrankungen empfohlen. Unglücklicherweise haben neuere Daten gezeigt, daß dieses Sporttreiben mit vielen tausend Verletzungen und anderen Gesundheitsschäden einhergeht. Mit extremem Training wurden sogar Unfruchtbarkeit, Beeinträchtigungen des Immunsystems, Krebs und vorzeitige Alterung in Verbindung gebracht. Was tun? Zu wenig joggen und in jungen Jahren an der koronaren Herzkrankheit sterben? Oder zuviel joggen, eine Schienbein nagelung und Knieoperation erleiden und dann ohne Nachkommen an einer bizarren Infektion sterben? Hier muß eine schwere Wahl getroffen werden. Als Reaktion auf diese Situation schrieb Meg Greenfield in *Newsweek* in einem Editorial mit dem Titel »Gebt mir das gute alte Cholesterin zurück«: »Was neue Ergebnisse verwerfen, sind nur andere neue Ergebnisse, die gerade in den verwirrten Köpfen der Öffentlichkeit Fuß gefaßt hatten. (...) Aufgrund dieses Phänomens werden wir ständig mit dem Rat behelligt, hohe Dosen von einem Was-auch-immer zu uns zu nehmen, das wir gerade unter Höllenqualen aus unserem Speiseplan verbannt hatten. (...) Mittlerweile muß die Öffentlichkeit argwöhnen, daß, was uns heute verboten ist, morgen in den besten Kliniken intravenös verabreicht werden wird.« (Greenfield 1984, 80)

Dieser unbekümmerte Umgang mit der Wissenschaft hat auch zu vielen unerfüllten Gesundheitsförderungs- und Präventionsversprechen geführt. »Tu, was wir Dir sagen und Du wirst ewig leben.« Aber wieviel Lebensverlängerung legen die Daten nahe? Taylor und Mitarbeiter (1987) stellten ein Modell auf, mit dem sie den Nutzen einer lebenslangen Diät zur Cholesterinreduktion in Form des Zuwachses von Lebenserwartung untersuchten. Ihren Berechnungen zufolge können unter den zwanzig- bis sechzigjährigen Personen jene mit einem niedrigen Risiko (definiert auf der Basis von Blutdruckwerten, Rauchgewohnheiten und HDL-Fettwerten) erwarten, drei Tage bis drei Monate länger zu leben und solche mit einem hohen Risiko erwartet eine Lebensverlängerung von achtzehn Tagen

bis achtzehn Monaten. Möglicherweise haben sich die Autoren der Untertreibung schuldig gemacht, wenn sie feststellen: »Obwohl es zweifellos Menschen gibt, die sich einer lebenslangen Diät unterziehen, um Ergebnisse dieser Größenordnung zu erzielen, nehmen wir doch an, daß es einige nicht tun werden.« Wir wissen wenig über mögliche schädliche physische und psychische Auswirkungen von größeren Diätveränderungen und -einschränkungen. Hirsch (1986) beobachtete, daß »die zwanghafte Sorge um die Ernährung auf die Dauer schädlicher sein kann als jedes Nahrungsmittel, das wir gewohnheitsmäßig essen« (9-10).

Die überwiegende Zahl der Menschen, die versuchen, ihr Gewicht zu reduzieren, scheitert entweder schon am Anfang oder daran, das reduzierte Gewicht aufrechtzuerhalten. Dies führt zu ungesunden Fluktuationen des Gewichts und zu einem negativen Selbstbild. Kaplan (1985) weist darauf hin, daß in jeder von fünf Studien über den Zusammenhang von Diätveränderungen und Mortalität eine reduzierte Mortalität aufgrund von Herzerkrankungen durch eine erhöhte Mortalität aufgrund anderer Erkrankungen ausgeglichen wurde, die Lebenserwartung also unverändert blieb. (Diese Beobachtung läßt vermuten, daß die Effekte unserer Interventionen denen von Stewarts vergleichbar sind, die auf dem Deck der *Titanic* die Stühle umstellen.) Die persönliche Kontrolle über die Lebensdauer ist in starkem Maße durch Biologie, Vererbung, Umwelt, Unfälle, Kultur und Zufall begrenzt (Gunning-Schepers & Hagen 1987). Außerdem sprechen wir nur über »Risikofaktoren«. Risikoreiches Verhalten mag bei einigen Menschen negative (obgleich nicht allzu wahrscheinliche) gesundheitliche Folgen zeigen – eine Vermeidung der Risikofaktoren ist aber sicherlich keine Garantie für das Ausbleiben von Krankheit.

»Tu, was wir Dir sagen und Du wirst 'high level-wellness' erreichen«. Hier beziehe ich mich auf folgendes Konzept von Dunn (1977): »Sie fühlen sich völlig lebendig und glühen vor Gesundheit. Lebendig bis in die Fingerspitzen. Sie strotzen vor Energie. Sie vibrieren vor Vitalität. In Zeiten wie dieser ist die Welt ein wunderbarer Ort!« (2). Ich kann in der Werkzeugkiste der Gesundheitsförderung nichts entdecken, was ein solches Entzücken wachrufen und erhalten könnte.

»Tu, was wir Dir sagen und die Kosten der medizinischen Versorgung werden endlich drastisch reduziert.« Hier stimmt etwas nicht. Obwohl die Alten länger leben, leben sie nicht mit weniger chronischen Krankheiten und ihre medizinische Versorgung kostet nicht

weniger. Wie Russell (1986) außerdem so trefflich gezeigt hat, können Präventionsprogramme tatsächlich mehr kosten als medizinische Behandlungen, weil Präventionsmaßnahmen auf eine größere Zahl von Menschen gerichtet sind, von denen nur wenige krank würden, kämen diese Maßnahmen nicht zur Anwendung. Folglich kann es weniger kosten, die wenigen Kranken zu behandeln als präventive Maßnahmen – sogar solche, die mit niedrigen Kosten verbunden sind – in der Bevölkerung zu etablieren.

Aber vielleicht die schädlichste Seite (möglicherweise, weil sie so diffus, schonungslos und schleichend ist) unserer Gesundheitsförderungsaufforderung macht die »Epidemie des Besorgtseins« aus (Thomas 1983), in der wir mit beinahe täglichen Proklamationen davor warnen, daß Gefahr in jedem Aspekt unseres Lebens lauert: »in der Luft, die wir atmen, dem Wasser, das wir trinken, den Speisen, die wir essen, den Häusern, in denen wir leben, den Stoffen, die wir berühren und der Arbeit, die wir verrichten« (Feinstein & Esdaile 1987, 113). In unserem Bemühen, die Gesellschaft dazu zu bewegen, unsere Ratschläge anzunehmen, mischen wir oft großzügige Mengen von »Furchterregern« als eine Art motivierendes Gewürz in unsere Botschaften. Das erzeugt meist erhebliche Beunruhigung, aber wenig Verhaltensänderung, mit dem Nettoeffekt, daß »Risikopersonen« zu »ängstlichen Risikopersonen« werden (Job 1988). Es hat sich eine bedeutende und einflußreiche Gesundheitsförderungsindustrie gebildet, die diese Entwicklung befördert und Kapital daraus schlägt. Wie Barsky (1988) schreibt, »haben die Kommerzialisierung der Gesundheit und das zunehmende Interesse der Medien an diesem Thema ein Klima erzeugt, in dem Krankheit mit Gefühlen der Besorgnis, Unsicherheit und Unruhe besetzt wird.«

Verstärkt werden diese Probleme der Gesundheitsförderung dadurch, daß die Wissenschaftler mit Vorsicht zu behandelnde Ergebnisse vorschnell publizieren. (getreu der biblischen Warnung: »Wer da nicht veröffentlicht, der wird untergehen, wer aber forscht ohn' Unterlaß, dem gibt der Herr C4«, Lipton & Hershaff 1985). Auch die Massenmedien – wohl wissend, daß wir eine von Gesundheitsbelangen besessene Gesellschaft geworden sind – tragen zur Vergrößerung der Probleme bei, indem sie vorläufige, bruchstückhafte Forschungsergebnisse als große Erkenntnisdurchbrüche darstellen und dabei vermeintliche Gesundheitsrisiken übertreiben. Besonders beunruhigend ist die Beobachtung von Wilson (1985), »daß es eine immer prominenter werdene Wissenschaftlergruppe gibt, die versucht, die Medien für ihre eigenen Karriereinteressen auszubeuten«.

Als der Vorsitzende der Cholesterinkommission, Dr. Richard Carleton, mit einer Minderheit konfrontiert wurde, die das »National Cholesterol Education Program« als über das hinausgehend kritisierte, was wissenschaftlich belegbar sei, entgegnete er: »Lassen sie uns nicht verwirren, sondern zusammenhalten. Lassen Sie uns eine Sprache sprechen«. Diesen Ausspruch griff die *New York Times* auf und schrieb in einem Editorial mit dem Titel »Fats, Fads, Fasts, Fallacies« (»Fette, Fabeln, Fasten, Fehlschlüsse«, 1990): »Aber so funktioniert unsere Wissenschaft nicht. Berühmte Persönlichkeiten können sich irren, besonders dann, wenn sie zusammenhalten und Verwirrung unterdrücken. Die Cholesterinkommission mag recht haben, aber ihre Methoden sind die der Scharlatanerie, nicht die der Wissenschaft. Wenn Sie einem Ernährungsberater zuhören, verfahren Sie am besten so: Vermeiden Sie Fette, Fabeln und übermäßige Gewißheit«.

Es ist kein Wunder, daß all die öffentliche Aufmerksamkeit und finanzielle Unterstützung den Wissenschaftsbetrieb zu einer erbarungslosen Suche nach immer »neuen Risikofaktoren« verleitet haben. Ob das Tragen einer Armbanduhr Krebs verursacht? Möglich. Schließlich kommt es ja oft zu Hautirritationen; das Leuchtzifferblatt könnte das Problem sein; oder vielleicht führt es zu Streß, Depression, Herzkrankheit oder Selbstmord, wenn man beobachtet, wie die Zeit verfliegt. Wenn man das klug angeht, ergibt das drei Stipendien, fünf Veröffentlichungen und einen Kinofilm (allerdings muß man eine Vorrichtung erfinden, mit der sich eine Armbanduhr an einem Mäusefuß anbringen läßt). Ich sehe hier zwei Hauptprobleme: Erstens ist es, vom Standpunkt der Wissenschaft aus betrachtet, deprimierend zu sehen, wieviel Forschung ohne eine Theorie über Krankheitsverursachung durchgeführt wird. Mehrfach wurde berichtet, daß unter den Teilnehmern an Studien zu Ursachen von Herzerkrankungen Personen mit niedrigen Cholesterinwerten in signifikant höherem Maße Unfälle oder Gewalt als Todesursache aufweisen. Andere Untersuchungen haben gezeigt, daß »mörderisches und selbstmörderisches Verhalten mit niedrigen Cholesterinwerten assoziiert ist« (Virkkunen 1985). Warum sollte das so sein? Ruft das Einhalten einer »low cholesterol«-Diät den Wunsch hervor, jemanden umzubringen oder aber selbst Mordopfer zu werden? Mir fällt zwar keine Theorie zur Erklärung dieser neuen Bedrohung ein, aber ich diniere nur noch mit Leuten, die Steak und Pommes Frites essen. Es geht mir hier darum, daß es einfacher ist, Kalorien zu sich zu nehmen, als diesen Korrelationen eine kausale Bedeutung zuzuschreiben.

Indem wir fast alles, womit wir in unserer Umwelt in Berührung kommen, als gefährlich anprangern, banalisieren wir zweitens solche Gesundheitsratschläge, die tatsächlich eine positive Wirkung auf die Gesundheit zeigen könnten.

Schließlich möchte ich zu dem Aspekt der gegenwärtigen Gesundheitsförderungsbewegung kommen, der mich am meisten beunruhigt: die Tendenz, dem *Individuum* die Verantwortung für die Gesundheit aufzuerlegen. Diesem Ansatz scheinen drei Annahmen zugrundezuliegen: Das persönliche Gesundheitsverhalten ist ein isoliertes Phänomen und unabhängig von anderen Bedingungen veränderbar. Jede(r) kann sich frei entscheiden, sein Verhalten zu ändern und es dann auch mit Erfolg tun. Und jede(r) ist persönlich verantwortlich dafür, durch Selbstdisziplin und Verhaltensanpassung gut zu leben (»to live well«, Coreil & Levin 1985, Wikler 1987). Obgleich keiner von uns bestreiten würde, daß wir gesünder wären, wenn wir uns mehr um uns kümmern würden, stimmen diese Annahmen doch wenig mit unserem Wissen über die wesentlichen Determinanten von Gesundheit und Krankheitsverhütung überein (Brown & Margo 1978). Gründe für diese Gewichtung lassen sich viele vermuten. Die westliche Denkweise hat beispielsweise schon immer die persönliche Verantwortung für Erfolg und Versagen betont (und es gibt immerhin auch persönliches Gesundheitsverhalten, z.B. Rauchen, das eindeutig zur Entstehung von Krankheit beitragen kann.) Außerdem kommt dieses Konzept sowohl unserer Hoffnung, daß Gesundheit und Lebensdauer unserer Kontrolle unterliegen, als auch unserer puritanischen Tradition entgegen. (H. L. Mencken spricht von »der beklemmenden Furcht, daß irgendwo irgendjemand glücklich sein könnte«.) Schließlich hat die individuelle Schuldzuweisung an die Kranken (»blaming the victim approach«) auch den Effekt, das Gesundheitssystem und die medizinische Versorgung von jeder Verantwortung in dieser Sache zu entbinden.

Ich möchte zu bedenken geben, daß Gesundheitsverhalten erstens in sozialen Gruppen erworben wird (z.B. Familie, Subkulturen). Es wird oft durch starke gesellschaftliche Kräfte unterstützt (z.B. Werbung) und hat sich als außerordentlich schwer veränderbar erwiesen. Zweitens ist das individuelle Verhalten für die meisten Menschen nicht die wichtigste Determinante ihres Gesundheitszustandes (Freudenberg 1981, Slater & Carlton 1985) und eine Intervention auf der individuellen Ebene wird ohne gleichzeitige Bemühungen zur Veränderung der breiteren ökonomischen, politischen und kulturellen gesellschaftlichen Bedingungen, die Krankheit produzieren und

befördern, wenig erfolgreich sein (Alonzo 1985, Milio 1981). Der lebensstilzentrierte Ansatz ermöglicht es uns, die schwierigeren, mindestens ebenso wichtigen Probleme des sozialen Lebensumfeldes zu ignorieren, das Verhaltensweisen hervorbringt oder verhindert.

Eine Reihe von Studien hat den Zusammenhang zwischen physischen und sozialökonomischen Lebensbedingungen einerseits sowie Morbidität, Mortalität und allgemeinem Gesundheitszustand andererseits belegt (Alonzo 1985, Cassel 1976, Slater & Carlton 1985). Levin (1987) weist darauf hin, daß ein kleiner Anstieg des Bildungsniveaus und der ökonomischen Lage eines Individuums oder einer Gesellschaft einen viel größeren Einfluß auf die Gesundheit habe als alle unsere für die Gesundheit verausgabten Mittel zusammen. Zola schrieb 1975: »Indem wir Ursache und Lösung der Probleme ins Individuum verlegen, verbauen wir erfolgreich alle anderen Interventionsebenen« (182). Aber unsere Bemühungen, über das Individuum hinauszugehen und die sozialen und ökonomischen Bedingungen von Krankheit, Gesundheit und »wellness« anzuerkennen, sind schwierig und bedrohlich. Etwas gegen Armut, Rassismus, Arbeitslosigkeit und den ungleichen Zugang zu Bildung und anderen Ressourcen zu tun, erfordert planvolle soziale und ökonomische Veränderungen, die schwerlich durch die Senkung des Cholesterinspiegels der Bevölkerung zu erreichen sind. Carlyon kommentierte 1984 die vermeintlichen Gesundheitseffekte von Jogging: »Ich bin mir nicht sicher, wie es bei den Arbeitslosen, den Ungelernten, den von Sozialhilfe lebenden Müttern, den asiatischen Flüchtlingen, Armen, Behinderten und den Besitzlosen unter uns wirkt« (29). Und Yankauer (1984) meinte dazu: »Nur die Zukunft wird zeigen, ob es sich bei unserem gegenwärtigen Präventionsenthusiasmus wirklich um eine kulturelle Errungenschaft handelt oder aber nur um einen rhetorischen Schutzschirm, der verhindert, daß wir uns die grundlegenden Probleme unserer Zivilisation ansehen« (326).

Drittens hat das Konzept der persönlichen Verantwortung dazu beigetragen, daß »Gesundheit« zur Neuen Moral geworden ist, anhand derer Charakter und persönlicher Wert beurteilt werden. »Krank sein« wird zu »schuldig sein« umdefiniert. Übergewichtige erhalten das Stigma, »sich gehen zu lassen«. Raucher »haben keine Willensstärke«. Nichtaerobiker sind »faul«. Oft operieren wir mit »Schuld«, um zu motivieren, bedenken dabei aber nicht, daß Schuldgefühle ihrerseits erhebliche physische und psychische Krankheit hervorrufen können. Gillick (1984) schreibt in seinem

Artikel mit dem Titel »Gesundheitsförderung, Jogging und das Streben nach einem moralischen Leben«, daß Jogging in den siebziger Jahren nicht aufgrund von wissenschaftlicher Evidenz für seinen Nutzen ein so breites Publikum angezogen habe, sondern vielmehr wegen der Möglichkeit, durch eine rechtschaffene Lebensführung persönliche und soziale Buße tun zu (369). In einem nationalen Survey gaben 46 % der Antwortenden »gute Gesundheit« als größte Quelle von Glück an (die Alternativen schlossen »großen Reichtum« und »persönliche Befriedigung durch Leistung« ein, Barsky 1988).

Gegenwärtig geht die Entwicklung dahin, Personen mit Krankheiten, die als durch Fehlverhalten wie übermäßiges Essen und zu wenig Bewegung als »selbstverschuldet« angesehen werden, mit höheren Krankenversicherungsbeiträgen bestraft werden sollen. Hier spielt das moralische Bedürfnis eine große Rolle. Kilwein (1989) schreibt dazu: »Ich habe noch nie den Vorschlag gehört, solche Patienten mehr für ihre Gesundheitsversorgung zahlen zu lassen, deren 'selbstverschuldete' Leiden von *zu wenig* Essen oder *Überarbeitung* herrühren« (9).

Schließlich interessiert es mich sehr, was aus uns als Individuen wird, wenn »Gesundheit« zum höchsten Wert in unserer Gesellschaft avanciert. Die Advokaten der Gesundheitsförderung nehmen für sich in Anspruch, für »Selbstverwirklichung« und »persönliche Erfüllung« zu kämpfen. Theologen und Philosophen sind sich aber im allgemeinen darin einig, daß man sich, um solche Erfüllung zu erlangen, für etwas engagieren muß, was über das eigene Selbst hinausgeht – also genau das Gegenteil der Betonung von persönlichen Risikofaktoren und Lebensstil. Ich fürchte, daß die Gesundheitsförderung, wie sie gegenwärtig praktiziert wird, eine entmenschlichte Besorgnis um das persönliche Wohl begünstigt, die persönliche Gesundheitsziele an die Stelle von wichtigeren humanen, gesellschaftlichen Zielen setzt. Es handelt sich um eine neue Religion, mit der wir uns selbst anbeten, gute Gesundheit unserer Frömmigkeit zuschreiben und Krankheit als Strafe für diejenigen ansehen, die den rechten Weg noch nicht gefunden haben, eine Sichtweise, die an Sozialdarwinismus und die »Ich«-Generation denken läßt (Gurin 1984, Stein 1982). Ich glaube nicht, daß ich mich durch Senkung meines Cholesterinspiegels »selbstverwirklichen« werde. »Ein Leben ohne Selbsterforschung ist nicht lebenswert.« Sicher hat Sokrates dabei nicht an Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs gedacht. Um unserer Gesellschaft und der Humanität willen müssen wir unsere Aufmerksamkeit nach außen richten.

Wenn das Vermeiden von manchen Gesundheitsrisiken wirklich einigen von uns zu ein paar Lebensjahren mehr verhilft, sollten wir auch um die Qualität der Gesellschaft und der Umwelt besorgt sein, in der diese Lebensjahre verbracht werden.

Ich möchte noch einmal zusammenfassen: Ich habe zu Bedenken gegeben, daß die Gesundheitsförderungs- und Krankheitsverhütungsbewegung bei all ihren Verdiensten eine Reihe von nicht wünschenswerten Entwicklungen hervorgebracht oder verstärkt hat, die der Aufmerksamkeit der Medizinsoziologie bedürfen: Der erbarungslosen Suche nach »Risikofaktoren« werden Ressourcen in großem Umfang (Gelehrsamkeit hingegen oft in kleinem Umfang) gewidmet. Die Öffentlichkeit wird vorzeitig zur Übernahme zahlreicher gesundheitsbezogener Verhaltensweisen ermahnt, mit wenig Erfolg, häufigen Umkehrungen dieser Ratschläge und unerfüllbaren Versprechen zu deren Wirkungen. Die Öffentlichkeit wird verwirrt und skeptisch gegenüber Gesundheitsratschlägen. Der Wissenschaftsbetrieb überstürzt sich mit der Veröffentlichung vorläufiger Ergebnisse. Die Massenmedien leisten dem Vorschub und verschlimmern oft alles noch. Und es ist ein nach innen gewandtes Verständnis von Gesundheit entstanden, das individuelle Schuldzuweisung und Stigmatisierung begünstigt, die kritischen sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Einflüsse auf die Gesundheit ignoriert und ein ohnehin schon ungesundes Ausmaß von Sorge um das persönliche Wohlergehen noch begünstigt.

Wenn es der Gesundheitsförderungsbewegung gelingt, sich einen gut definierten Schwerpunkt, einen vernünftigen wissenschaftlichen Konsens und realistische Ziele zu eigen zu machen, was einschließt, den sozialen Kontext von Gesundheit und Wohlergehen zu erkennen und hierin auch zur Konfrontation bereit zu sein, dann wird sich der Nutzen dieser Bewegung vervielfachen.

Lassen Sie mich schließen mit einigen Bemerkungen, die Leben und Gesundheitsförderung zusammenbringen: (1) Es wird immer die zehn Hauptursachen für den Tod geben. (2) Wir leben in einem sich verstärkenden ödipalen Alptraum, worin die Gesundheitsermahnungen unserer Mütter (wie z. B. »Rauche nicht«, »Paß auf, daß Du nicht zu dick wirst«, »Fahr vorsichtig« und »iß Deinen Fisch und Dein Gemüse«) nun auch noch von sehr ausführlichen und kostspieligen Untersuchungen unterstützt werden; und (3) ist wahrscheinlich der sinnvollste Lebens- und Gesundheitsratschlag »Maßhalten in allen Dingen und auch maßhalten in *diesem*«.

Korrespondenzadresse: Marshall H. Becker

Department of Health Behavior and Health Education, School of Public Health

The University of Michigan, 109 S. Observatory Street, Ann Arbor, Mi 48109-2029

## Literatur

- Alonzo, Angelo A. 1985. »Health As Situational Adaption: A Social Psychological Perspective.« *Social Science and Medicine* 21:1341-44
- Barsky, Arthur J. 1988. »The Paradox of Health.« *New England Journal of Medicine* 318:414-18
- Becker, Marshall H. 1987. »The Cholesterol Saga: Wither Health Promotion?« *Annals of Internal Medicine* 106:623-26
- Bloom, Bernard S. and Keith A. Soper. 1986. »Diagnostic Testing for Coronary Artery Disease in a Large Population.« *American Journal of Preventive Medicine* 2:35-41
- Brown, E. Richard and Glen Elgin Margo. 1978. »Health Education: Can the Reformers Be Reformed?« *International Journal of Health Services* 8:3-26
- Carlyon, William H. 1984. »Disease Prevention/Health Promotion-Bridging the Gap to Wellness.« *Health Values: Achieving High Level Wellness* 8:27-30
- Cassel, John. 1976. »The Contribution of the Social Environment to Host Resistance.« *American Journal of Epidemiology* 104:107-23
- Coreil, Jeannine and Jeffrey S. Levin. 1985. »A Critique of the Life Style Concept in Public Health Education.« *International Quarterly of Community Health Education* 5:103-14
- Dunn, Halbert L. 1977. *High-level Wellness*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, Inc.
- Eckholm, Erik. 1985. »Health Benefits of Lifelong Leanness are Challenged by New Weight Table.« *New York Times* August 6, 19-20
- Editorial. 1990. »Fats, Fads, Fasts, Fallacies.« *New York Times* March 3, 14
- Eisenberg, Leon. 1977. »The Perils of Prevention: A Cautionary Note.« *New England Journal of Medicine* 297:1230-32
- Etzioni, Amitai. 1972. »Human Beings are Not Very Easy to Change After All.« *Saturday Review*, June 3. 45-47
- Feinstein, Alvan R. and John M. Esdaile. 1987. »Incidence, Prevalence, and Evidence: Scientific Problems in Epidemiologic Statistics for the Occurrence of Cancer.« *American Journal of Medicine* 82:113-23
- Frank, John W. 1985. »Occult-Blood Screening for Colorectal Carcinoma: The Risks.« *American Journal of Preventive Medicine* 1:25-32
- Freudenberg, Nicholas. 1981. »Health Education for Social Change: A Strategy for Public Health in the U.S.« *International Journal of Health Education* 24:138-45
- Gillick, Muriel R. 1984. »Health Promotion, Jogging, and the Pursuit of the Moral Life.« *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 9:369-87
- Greenfield, Meg. 1984. »Give Me That Old-time Cholesterol.« *Newsweek*. June 25, 80
- Gunning-Schepers, Louise J. and J. Hans Hagen. 1987. »Avoidable Burden of Illness: How Much Can Prevention Contribute to Health?« *Social Science and Medicine* 24:945-51
- Gurin, Joel. 1984. »The Us Generation.« *American Health* October, 40-11
- Haynes, R. Brian. D. Wayne Taylor, and David L. Sackett (Ed.). 1979. *Compliance in Health Care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press

- Hirsch, Jane. 1986. »Family Nutrition Guide.« *Rx Being Well*, May/June. 9-10
- Job, R. F. Soames. 1988. »Effective and Ineffective Use of Fear in Health Promotion Campaigns.« *American Journal of Public Health* 78:163-67
- Kaplan, Robert M. 1985. »Behavioral Epidemiology, Health Promotion, and Health Services.« *Medical Care* 23:564-83
- Kilwein, John H. 1989. »No Pain, No Gain: A Puritan Legacy.« *Health Education Quarterly* 16:9-11
- Kolata, Gina. 1985. »Heart Panel's Conclusions Questioned.« *Science* 227:40-41
- Koplan, Jeffrey P., David S. Siscovick, and Gary M. Goldbaum. 1985. »The Risks of Exercise: A Public Health View of Injuries and Hazards.« *Public Health Reports* 100:189-95
- Levin, Lowell S. 1987. »Every Silver Lining Has a Cloud: The Limits of Health Promotion.« *Social Policy* 27:57-60
- Lipton, Jack P. and Alan M. Hershaft. 1985. »On the Widespread Acceptance of Dubious Medical Findings.« *Journal of Health and Social Behavior* 26:336-51
- Milio, Nancy. 1981. *Promoting Health Through Public Policy*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Co.
- Rosenberg, Lynn, Martha M. Werler, Julie R. Palmer, David W. Kaufman, M. Ellen Warshauer, Paul D. Stolley, and Samuel Shapiro. 1989. »The Risks of Cancers of the Colon and Rectum in Relation to Coffee Consumption.« *American Journal of Epidemiology* 130:895-903
- Russell, Louise B. 1986. *Is Prevention Better Than Cure?* Washington, DC: The Brookings Institution.
- Skrabaneck, Petr. 1988a. »Benefits of Mass Breast Screening Rest on Equivocal Evidence.« *Diagnostic Imaging* 10:73-77
- ders. 1988b. »Cervical Cancer Screening: The Time for Reappraisal.« *Canadian Journal of Public Health* 79:86-89
- Slater, Carl and Bill Carlton. 1985. »Behavior, Lifestyle, and Socioeconomic Variables as Determinants of Health Status: Implications for Health Policy Development.« *American Journal of Preventive Medicine* 1:25-33
- Stein, Howard F. 1982. »Neo-Darwinism and Survival Through Fitness.« *Journal of Psychiatry* 10:163-87
- Stunkard, Albert J. 1978. »Behavioral Treatment of Obesity: The Current Status.« *International Journal of Obesity* 2:237-48
- Taylor, William C., Theodore M. Pass, Donald S. Shepard, and Anthony L. Komaroff. 1987. »Cholesterol Reduction and Life Expectancy: A Model Incorporating Multiple Risk Factors.« *Annals of Internal Medicine* 106:605-14
- Thomas, Louis. 1983. »An Epidemic of Apprehension.« *Discover* 4:78-80
- Virkkunen, Matti. 1985. »Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results (Letter).« *Journal of the American Medical Association* 253:635-36
- Wikler, Daniel. 1987. »Who Should Be Blamed for Being Sick?« *Health Education Quarterly* 14:11-25
- Winsten, Jay A. 1985. »Science and the Media: The Boundaries of Truth.« *Health Affairs* 4:5-23
- Yankauer, Alfred. 1984. »Prevention and the Public Health.« *Preventive Medicine* 13:323-26
- Zola, Irving K. 1975. »Medicine as an Institution of Social Control.« 170-85, in *A Sociology of Medical Practice*, edited by C. Cox and A. Mead. London: Collier-Macmillan