

Kai Mosebach und Ulla Walter

Was vermag der Staat? Möglichkeiten und Grenzen politischer Steuerung in der Prävention und Gesundheitsförderung¹

Die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Präventionspolitik und Gesundheitsförderung ist analytisch wie normativ eng mit der Frage verbunden, wie sich eine gute Präventionspolitik in einem Staat – hier verstanden als politisches Gemeinwesen – umsetzen lässt. Die Institutionen für Prävention und Gesundheitsförderung sind sehr vielfältig und integrieren sowohl staatliche als auch gesellschaftliche Akteure. Die Mannigfaltigkeit dieser Träger und Anbieter von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung soll hier nicht empirisch beschrieben oder gar sozialmedizinisch bewertet werden (vgl. hierzu: Walter 2003; Walter/Schwartz 2003; Trojan/Legewie 2001). Im Mittelpunkt des Beitrags steht vielmehr die Rolle des Staates bei der Beförderung einer präventiven und gesundheitsförderlichen Politik. Es geht dabei theoretisch formuliert einerseits um die Möglichkeiten und Instrumente, über die der Staat verfügen kann, um bestimmte Ziele zu erreichen. Andererseits sollen jedoch auch die Grenzen der politischen Steuerung durch den Staat erörtert werden². Im Folgenden wird zunächst der derzeitige Diskussionsstand über die politikwissenschaftliche Steuerungstheorie moderner Gesellschaften resümiert, um anschließend die Ergebnisse auf die Kernfrage des Beitrages – der Rolle des Staates in Prävention und Gesundheitsförderung – anzuwenden. Abschließend werden einige Eckpunkte bestimmt, wie unter den gegebenen institutionellen Bedingungen im Gesundheitssystem Prävention und Gesundheitsförderung staatlicherseits gefördert werden können.

1. *Der moderne Staat: Zwischen institutionellem Komplex und korporativem Akteur*

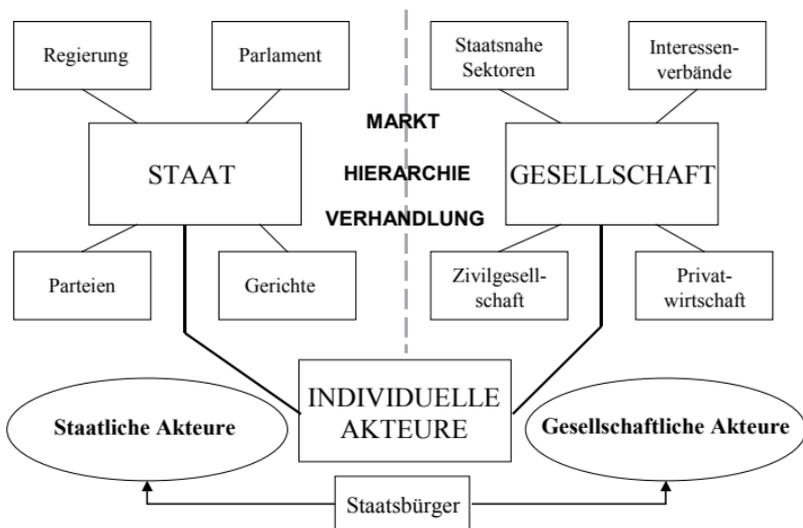
Der Begriff »Staat« ist wohl eines der meist genutzten Worte in der politischen Öffentlichkeit, allerdings wird kaum ein anderer Begriff so abweichend in unterschiedlichen sozio-politischen Kontexten verwandt. Ist der Staat für die einen der Inbegriff und der Repräsentant eines zeitlosen Gemeinwohlbegriffes, auf dem die Staatsnation ideologisch wie territorial ruht (Nationalstaat und Territorialstaat), stellt für andere der Staat eine politische Einheit dar, die insbesondere die persönlichen

Freiheitsrechte einschränkt und Herrschaft bedeutet, weshalb seine Tätigkeit spezifischen Normen und Regelungen unterworfen werden muss (Demokratischer Rechtsstaat und Verfassungsstaat). Für eine dritte Gruppe schließlich ist der Staat jenseits der beiden vorherigen Vorstellungen diejenige Instanz, die das als gerecht empfundene Gemeinwohl durchsetzt und soziale Rechte bzw. Gerechtigkeit etabliert (Sozialstaat). In jedem Verständnis, das eine bestimmte Facette des multidimensionalen Begriffes Staat repräsentiert, wird der Staat jedoch als einheitlicher Akteur und Stifter gesellschaftsweit gültiger allgemeiner Regelungen begriffen. Während seine gesellschaftliche Funktion, allgemein gültige Regeln zu etablieren, weithin anerkannt wird, hat die moderne politische Theorie den traditionell eindimensionalen Staatsbegriff mittlerweile differenziert und mehrfach »entzaubert« (vgl. Esser 1985; von Beyme 1992; Messner 1995). Demnach »zerfällt« der Staat analytisch in ein höchst differenziertes System politischer Institutionen, die den darin handelnden Individuen bestimmte Handlungsstrategien und Entscheidungsformen nahe legen (vgl. Benz 2001). Es macht daher keinen Sinn, dem Staat eine Einheitlichkeit zu unterstellen, die er nicht hat. Statt von dem einzelnen »homogenen Staat« sollte daher begrifflich präziser von »staatlichen Akteuren« gesprochen werden, die in ein hochgradig differenziertes System von Institutionen eingebettet sind. Staatliche Akteure bestehen aus einer Vielzahl von Individuen, die auf der Grundlage formaler und informaler Regelungen gemeinsame Ziele verfolgen und über gemeinsame Ressourcen und Legitimität verfügen. Daher werden staatliche Akteure auch als kollektive Akteure (z. B. Regierung, Verwaltung, Parlament, Gerichte und Parteien) bezeichnet, die freilich von individuellen Akteuren (Staatsbürger, Amtsinhaber) zu unterscheiden sind (vgl. Scharpf 2000; Benz 2001). Die kollektiven Akteure wie Parlament, Regierung, Parteien oder aber auch Massenmedien sind – wie ein kritischer Blick offenbart – keine homogenen Akteure mit identischen Interessen und Präferenzstrukturen. Als kollektive Akteure sind sie von Interessendivergenzen und Konfliktlinien durchzogen, die allein durch die institutionellen Regeln, die kollektive Akteure mitkonstituieren (neben den Vorstellungen, Werten und Interessen von individuellen Akteuren), eine Zeit lang »eingeebnet« werden. Politische Skandale, inhaltliche Brüche, Streitereien sind daher ebenso »normal« wie der medial unterstützte Drang von kollektiven Akteuren »Einheitlichkeit« zu erreichen (vgl. Scharpf 2000; Helms/Jun 2004).³

Die staatlich-kollektiven Akteure interagieren mit gesellschaftlichen Akteuren, seien es staatsnahe Organisationen (*Körperschaften des öffentlichen Rechts* und Träger der *öffentlichen Daseinsvorsorge*⁴),

Interessenverbände oder zivilgesellschaftliche Organisationen (siehe Abbildung 1). Die Erkenntnisse der politikwissenschaftlichen Implementations- und Korporatismusforschung zeigen, dass staatliche Akteure in entscheidender Weise auf Steuerungsressourcen (*Wissen*) der gesellschaftlichen Akteure angewiesen sind, da sie selbst relevante Produktionsbedingungen von steuerungsrelevantem Wissen nur bedingt innerhalb des administrativen Apparates bereitstellen können (z.B. durch entsprechendes Wissen in der Ministerialbürokratie). Das Verhältnis zwischen Staat (staatlichen Akteuren) und Gesellschaft (gesellschaftlichen Akteuren) ist somit aus einer politikwissenschaftlichen Steuerungstheorie bzw. Theorie des Staates das entscheidende (vgl. Benz 2001; Mayntz/Scharpf 1995; Poulantzas 2002).

Abbildung 1: Interaktion staatlicher und gesellschaftlicher Akteure (Auswahl)



Eigene Darstellung

Die Frage nach der Rolle und Identität des Staates ist daher der Problemstellung gewichen, wie *politische Steuerung* unter Beachtung einer solchen Pluralität staatlicher und gesellschaftlicher Akteure möglich ist. In den Blick geraten nun zunehmend auch gesellschaftliche Akteure, die über ein essentielles Steuerungswissen verfügen, das sie gegenüber dem Staat aber auch als »Verhandlungspfand« ausbeuten können. Politische Steuerung wird daher nicht mehr als *top-down*-Prozess betrachtet, sondern als spezifische Akteurskonstellationen, beruhend auf einer Konfiguration staatlicher und gesellschaftlicher Akteure unter

historisch-besonderen Bedingungen, die eine bestimmte Politik möglich machen. Eine erfolgreiche politische Steuerung bedeutet also, eine solch begünstigende Akteurskonstellation herbeizuführen. Ob dies gelingt oder nicht, ist eine rein empirische, keine theoretisch im voraus zu bestimmende Frage (vgl. Scharpf 2000).

Trotz der wissenschaftlichen »Entzauberung des Staates« (Helmut Willke) verschwindet der Begriff »Staat« keineswegs aus der politischen Semantik moderner Gesellschaften, weil er weiterhin als abstrakter Problemlöser von seinen Staatsbürgern angerufen wird. Dies verweist auf die von Niklas Luhmann gemachte Beobachtung, dass der Begriff *Staat* ein Ausdruck ist für die »Selbstbeschreibung des politischen Systems«, d.h. der dort agierenden und interagierenden Akteure, welches sich selbst und seine Aufgaben, gesellschaftlich bindende Regelungen zu treffen, hierdurch anruft (vgl. Luhmann 2002). Normative Theorien der Politik (z.B. »was ist gute Gesundheitspolitik«) kommen oftmals nicht umhin, eine für die Durchsetzung einer Reformmaßnahme als besonders günstig angenommene Akteurskonstellation im Sinne einer »Komplexitätsreduktion« auf den Begriff Staat zu reduzieren. Diese sprachliche Vereinfachung sollte jedoch nicht zu kognitiv-analytischen Reduktionen führen und das Verständnis des Staates als eines *homo-genen Akteurs* reaktivieren. Obwohl Luhmann im Rahmen seiner systemtheoretischen Konzeption von Gesellschaft aufgrund der operativen Geschlossenheit von gesellschaftlichen Subsystemen der Wirtschaft, Kultur, aber auch der Politik eine generelle Steuerbarkeit von gesellschaftlichen Teilbereichen durch das politische System ausgeschlossen hat, sind nicht alle Theoretiker der Politik seiner Häresie gefolgt (vgl. hierzu: Messner 1995: 143ff). Ohne die »Entzauberung des Staates« und die differenziertere Betrachtung seiner Binnenstruktur aufzugeben, beharren Vertreter einer kritisch-empirischen Staatsforschung darauf, dass in modernen Gesellschaften durchaus politisch gesteuert wird und auch erfolgreich gesteuert werden kann, und dies aus zwei Gründen: Erstens ist innerhalb des politisch-institutionellen Systems durchaus eine *zielgerichtete* und *strategische* Politik staatlicher Akteure mittels Koalitionsbildungen möglich und zweitens unterscheiden sich staatliche Akteure dadurch, dass sie über die »Kompetenzen der legalen Rechtssetzung, der Steuererhebung und der Rechtsdurchsetzung mit den Mitteln des Gewaltmonopols – und damit über Sanktionsmöglichkeiten [verfügen, UW/KM], die jene der Selbstorganisation im allgemeinen weit übertreffen.« (Mayntz/Scharpf 1995: 28).⁵ Die Drohung hiermit macht staatliche Akteure letztlich zu einem starken Spieler im politischen Aushandlungsprozess. Der Staat (bzw. staatliche Akteure) ist

nicht mehr der »Herr des Verfahrens«, sondern bestenfalls noch *primus inter pares*, der – wenn er weiterhin politische Ziele erreichen will – mit gesellschaftlichen Akteuren (und innerhalb des politischen Systems) kooperieren muss (kooperativer Staat), aber dennoch auch seine spezifischen Stärken ausspielen kann (vgl. Scharpf 2000: 319ff). Aus diesem Grund wird zunehmend die Aufgabe des modernen Staates darin gesehen, als *Moderator gesellschaftlicher Akteursinteressen* zu fungieren. Zudem haben gesellschaftliche Entwicklungen der Deterritorialisierung und Medialisierung von Politik, der abnehmenden Inklusivität der Staatsbürgernation, der Internationalisierung von Wirtschaft und Politik sowie die damit einhergehende Deregulierung und Re-Regulierung von Marktprozessen dazu geführt, dass sich Staatlichkeit und der Begriff des Staates erheblich verändert haben (vgl. Benz 2001). Die neue Staatlichkeit führt zu Desorientierungen im und über den Staat. Es hieße aber das Kind mit dem Bade auszuschütten, begrübe man den Anspruch auf gute Politik – in welchem Politikfeld auch immer – mit den zunehmenden Schwierigkeiten politischer Steuerung.

2. *Interaktionsformen und Steuerungsinstrumente des kooperativen Staates*

Die Durchsetzung von politischen Zielen wird einerseits dadurch bestimmt, in welcher Form die staatlichen und gesellschaftlichen Akteure interagieren (sog. *Interaktionsformen*). In der modernen politischen Theorie werden drei idealtypische Interaktionsformen identifiziert, welche die Interaktion staatlicher und gesellschaftlicher Akteure einbetten (vgl. Scharpf 2000; Benz 2001):

- Hierarchie: klassischer politischer Interaktionsmodus, wobei Akteure *top-down* in politische Entscheidungsprozesse und Verwaltungsverfahren eingebunden sind und über gemeinsame Zielvorstellungen verfügen (sollten). Hierarchische Interaktionsformen zeichnen sich aufgrund formaler Verfahrensbestimmungen durch eine hohe institutionelle Trägheit aus (= Bürokratismusvorwurf)
- Wettbewerb: für sich autonome Akteure (Präferenzstruktur und Strategiebildung) konkurrieren untereinander zur Erreichung ähnlicher, aber keineswegs identischer Ziele.⁶ Die Marktinteraktion ist aufgrund einer schnell veränderbaren vertraglichen Grundstruktur in Anpassungsleistungen auf externe Prozesse sehr flexibel
- Verhandlung: bei einem Verhandlungsprozess lassen sich die Vorteile des Wettbewerbs (flexible Anpassung an Herausforderungen) mit den Vorteilen der Hierarchie (allgemeine Durchsetzungsfähigkeit)

verbinden. Voraussetzung ist allerdings eine gemeinsame Problemlösungssicht und gegenseitiges Vertrauen der beteiligten Akteure. Empirisch lassen sich diese Idealtypen weitgehend nur als Mischformen auf einzelnen Politikfeldern nachweisen, so z.B. *Konkurrenz und Verhandlungen* in der parlamentarischen Arena, *Konkurrenz und Verhandlungen* im deutschen Bundesstaat und *Verhandlungen im Schatten der Hierarchie* in der öffentlichen Verwaltung (vgl. Benz, 2001, S. 175ff).

Andererseits verfügen staatliche Akteure über unterschiedliche Steuerungsinstrumente. Der Staat kann entweder selbst Güter und *Dienstleistungen* anbieten oder das gesellschaftliche Handeln von Akteuren *direkt* über regulative Politik, also die Setzung und Durchsetzung von Normen, und *indirekt* vermittelt finanziellen Anreizen, Überzeugung oder prozeduraler Steuerung zur Erzielung seiner politischen Ziele zu beeinflussen versuchen (vgl. Braun/Giraud 2003: 149f) (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Idealtypen staatlicher Steuerungsinstrumente

Sicherstellung wichtiger öffentlicher Güter und Ressourcen (Gesundheit)		Beeinflussung gesellschaftlichen Handelns			
		Direkte Steuerung	Indirekte Steuerung		
Hoheitsrechte des Staates	Staat als Anbieter von Gütern und Dienstleistungen	Regulative Politik (Ge- und Verbote)	Finanzierung (Finanzielle Anreize und Förderung)	Strukturierung: prozedurale Steuerung	Überzeugung

Quelle adaptiert nach: Braun/Giraud 2003: 150.

Die bereits genannten Trends der Internationalisierung der Wirtschaft und Privatisierung des Staates, die zu einer Veränderung von Staatlichkeit führen, lassen auch bezüglich dieser Typologie die direkte *Bereitstellung von öffentlichen Gütern und Ressourcen* durch den Staat zugunsten einer stärkeren Beeinflussung privater Akteure zurücktreten (vgl. Braun/Giraud 2003: 161ff; Rüb 2003). *Regulative Politik* wird daher wichtiger; sie meint die im Grenzfall administrative Durchsetzung von Regeln (Gebote, Verbote) gegenüber gesellschaftlichen Akteuren. Allerdings verschiebt sich die Wahrnehmung von regulativer Politik von der staatlichen Bürokratie auf eher quasi-öffentliche Agenturen, die im Auftrag und anstelle staatlicher Akteure agieren (vgl. Braun/Giraud 2003: 166).

Finanzierungsmaßnahmen können sowohl finanzielle Anreize umfassen oder finanzielle Förderungen beinhalten. Dabei zielen finanzielle Anreize auf das monetär bewertete Rationalkalkül der betroffenen Akteure und stellen de facto ein *marktförmiges Steuerungsinstrument* dar (z.B. Steuern und Subventionen). Hiervon zu unterscheiden ist die direkte *finanzielle Förderung* von gesellschaftlichen Akteuren, die oft als Ausgleich für politisch unerwünschte Markteffekte oder als Förderung bestimmter politischer Ziele fungiert (sog. *meritorische Güter*). Die Bereitstellung von Informationen dient der *Überzeugung* gesellschaftlicher Akteure. Es ist mithin das schwächste Beeinflussungsinstrument und bezieht sich jenseits des individuellen Rationalkalküls auf die Präferenzstruktur der betroffenen Akteure (Werte, Interessen, Wissen). In zunehmendem Maße wichtiger wird schließlich das Instrument der *prozeduralen Steuerung*, welches eng mit netzwerkförmigen Verhandlungssystemen zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren verknüpft ist. Diese als Politiknetzwerke bezeichneten Interaktionsformen sind das dominante Strukturprinzip nationaler, europäischer und globaler Politikgestaltung (vgl. hierzu: Benz 2001: 252ff; Benner/Reinicke/Witte 2002; Jachtenfuchs/Kohler-Koch 2003). »Prozedurale Steuerung« – oder auch *Interdependenzmanagement* (Renate Mayntz) – »versucht, gerade weil es in solchen Netzwerken keine hierarchische Macht mehr gibt und die Politik zum Teil nicht einmal in diesen Verhandlungssystemen vertreten ist, auf die Zusammensetzung der Netzwerke einzuwirken, die Agenda zu gestalten, die Entscheidungsmodalitäten zu beeinflussen, Zeithorizonte zu setzen oder die Verpflichtung zur Nutzung von Informationen aufzuerlegen. Was entschieden wird in solchen Verhandlungssystemen, kann nicht vom Staat bestimmt werden, aber die Richtung kann durch solche prozedurale Regelungen doch in nicht unbeträchtlichem Maße vorgegeben werden.« (Braun/Giraud 2003: 169)

3. *Staatliche Präventionspolitik als Praxis politischer Steuerung*

Die Rolle von staatlichen Akteuren in der Gesundheitspolitik im allgemeinen ist zentral durch die korporatistische Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems bestimmt. In den Selbstverwaltungsgremien wird die Implementierung gesetzlicher Vorgaben durch die unmittelbaren Akteure (Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer) des Gesundheitswesens ausgehandelt (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004). Das deutsche Gesundheitswesen ist insofern ein *staatsnahe* Bereich, jedoch kein unmittelbar staatliches Gesundheitswesen: »So sind wesentliche Elemente seiner Finanzierung und der Produktion medizinischer Dienstleistungen

an ein Geflecht – meist öffentlich-rechtlicher – Verbände delegiert worden. Dem stehen staatliche Rechtsetzungs-, Aufsichts- und Interventionskompetenzen gegenüber. Beides verbindet sich in der spezifisch deutschen Tradition der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.« (Döhler/Manow 1995: 140). Die politischen Interaktionen finden somit – ähnlich dem oben beschriebenen Modell der öffentlichen Verwaltung – als *Verhandlungen im Schatten der Hierarchie* statt.

Die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und deren institutioneller Niederschlag jedoch verhalten sich quer zu der im engeren Sinne medizinischen Versorgung. Im Rahmen präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen kommt dem Staat im engeren Sinne eine relativ höhere Bedeutung zu als im kurativ-medizinisch ausgerichteten deutschen Gesundheitswesen. Der öffentliche Gesundheitsdienst, dem aus historischen Gründen in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zur Weimarer Republik eine geringere Rolle bei der Präventionspolitik zuteil wurde, ist mit dem Aufkommen einer eher auf Individuen ausgerichteten Präventionspolitik noch zusätzlich zurückgedrängt worden. Zudem wurden seit Anfang der siebziger Jahre verstärkt neue präventive Maßnahmen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Das institutionelle »Bett« der Gesundheitsförderung ist dagegen noch viel stärker von nicht-staatlichen Akteuren und insbesondere zivilgesellschaftlichen und bürgerschaftlichen Strukturen geprägt (vgl. Mosebach/Schwartz/Walter 2004: 343ff). Dabei wird das ganze Spektrum möglicher staatlicher Steuerungsinstrumente angewandt:

Staatliche Dienstleistungen. Der Staat stellt durch eigene nachgelagerte Behörden und quasi-öffentliche Organisationen mit höherer Handlungsautonomie präventive Maßnahmen bereit. Hierzu gehören Maßnahmen aus den Bereichen der klassischen Verhältnisprävention wie z. B. Lebensmittelsicherheit, Trinkwasserhygiene und Überwachung/Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowie Seuchen ebenso wie Informationskampagnen und Broschüren. Die politischen Strukturen und Verteilung von Kompetenzen sind dabei stark differenziert, was die alltägliche Praxis und Neujustierung rechtlicher Kompetenzen zur Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung nicht immer erleichtert. In einem korporatistischen Gesundheitswesen sind zudem präventive Leistungen staatlicher Akteure, die durch medizinische Leistungserbringer substituiert werden können, stets der Gefahr ausgesetzt, in diesen besonderen Bereich abgeschoben zu werden (so z. B. Impfmaßnahmen in den siebziger Jahren zugunsten der Vertragsärzteschaft und Krankenkassen, vgl. Schmacke 2002).

Ein besonders erfolgreiches Beispiel eigenständiger staatlicher Präventionspolitik ist die AIDS-Kampagne seit den achtziger Jahren gewesen. Exemplarisch zeigt sich bei der AIDS-Kampagne die Mischung der idealtypischen Steuerungsinstrumente. Es wurden in enger Zusammenarbeit mit Vertretern der Selbsthilfegruppen (prozedurale Steuerung) Informationskampagnen an die betroffenen »Risikogruppen« lanciert (Überzeugung) und zugleich entsprechende finanzielle Ressourcen zur Einbettung von Folgen der Erkrankten bereitgestellt (Finanzierung). Der Begriff der »individuellen Verhaltensprävention« ist hierdurch einem kurativ-medizinischen Kontext entrissen und mit neuem Inhalt gefüllt worden: »Trotz breiter Wissenslücken – in denen angesichts einer Bedrohung wie AIDS notgedrungen oftmals auf Basis bloßer Plausibilität gehandelt werden musste und muss – ergibt sich damit als gesicherter Kernbestand für Verhaltensprävention das Modell einer vorwiegend nicht-medizinischen, die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigenden und stützenden Strategie, die durch auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiken und Vermeidungsmöglichkeiten unter besonderer Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung Anreizsysteme mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung gruppenbezogener Normen für risikomeidendes Verhalten schafft und stabilisiert« (Rosenbrock 1992: 91). Im Grunde hat sich hier eine »Koalition der Willigen« aus Selbsthilfegruppen, engagierten Professionellen und öffentlichen Gesundheitsämtern zur Prävention und Behandlung von HIV/AIDS sowie der sozialen Abfederung seiner sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Nebenwirkungen etabliert. Diese Koalition musste sich jedoch erst politisch gegen konservativ-repressive Maßnahmen durchsetzen (vgl. Freeman 2000: 132). Für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der entstehenden Public-Health-Wissenschaft in Deutschland war die HIV/AIDS-Kampagne sehr lehrreich (vgl. Rosenbrock 1992; Schmacke/von Schwarzkopf 1992).

Regulative Politik. Im Gegensatz zur Bereitstellung von präventiven Leistungen durch staatliche Akteure zielt regulative Politik darauf, gesellschaftliches Handeln durch Gebote und Verbote zu beeinflussen. Diese werden in rechtlichen Normensystemen niedergelegt (Gesetze, Verordnungen, Satzungen etc.). Adressaten dieses Steuerungsinstrumentes sind in einem korporatistisch strukturierten Gesundheitswesen vor allem die Akteure des Gesundheitswesens, aber auch private Wirtschaftssubjekte insoweit ihre Produkte und Dienstleistungen gesundheitlich negative oder positive Auswirkungen implizieren können. In jedem Fall ist regulative Politik neben der direkten Bereitstellung von Dienstleistungen

durch den Staat die am stärksten durchsetzbare. Insbesondere im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) sind *Gebote* ausgesprochen worden, die das Verhalten der Akteure des Gesundheitswesens beeinflussen sollen. Diese Gebote werden in einem Prozess der Politikevaluation nicht nur stetig fortgeschrieben, sondern durch Gesetzesnovellen oder im Rahmen neuer Gesetze angepasst (vgl. zum Policy-Cycle: Nullmeier 2003;). Hier einige Beispiele:

- Im Jahr 2000 wurde in § 20 SGB V erstmalig bestimmt, dass prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen und Ausgabenbegrenzung für präventive Maßnahmen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Einbeziehung des unabhängigen Sachverständigen erarbeitet werden sollen.
- Weiter sollen nach § 20 Abs. 2 SGB V die Krankenkassen zusammen mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), deren maßgeblichen rechtlichen Bestimmungen im siebten Sozialgesetzbuch niedergelegt sind, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenarbeiten.
- Die im § 21 SGB V niedergelegte Zusammenarbeit zur Verhütung von Zahnerkrankungen sticht insofern hervor, als hier sowohl die Krankenkassen und Vertragszahnärzte als auch staatliche Stellen in den Bundesländern zu gemeinsamen und einheitlichen Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe verpflichtet werden.
- Im derzeit gültigen § 65a SGB V wird festgelegt, dass Krankenkassen Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten nur anbieten dürfen, wenn diese sich selbst über mittelfristige Einsparungen selbst finanzieren können.
- Schließlich würden die Fluoridanreicherung von Wasser und ein mögliches Rauchverbot in Gaststätten durch *regulative Politik* festgelegt. So gesehen will *regulative Politik* Marktakteure bzw. deren technologischen Kapazitäten zu einem politisch als erwünscht gedachten Verhalten bewegen bzw. entsprechende materielle wie immaterielle Effekte bewirken (vgl. Czada/Lütz/Mette 2003).

Finanzierung. Direkte finanzielle Förderung (Subventionen, Steuervergünstigungen, Ausschreibungen) ist in einer marktwirtschaftlichen Gesellschaftsordnung ein oft genutztes Instrument. Es ist in Bezug auf Wettbewerbsverzerrungen zuungunsten konkurrierender privater Wirtschaftsunternehmen allerdings auch das am meisten umstrittene. Im präventivpolitischen und gesundheitsförderlichen Bereich kommt insbesondere der direkten Förderung quasi-öffentlicher Organisationen bzw. Vereine wie z.B. einzelnen Landesvereinigungen für Gesundheit sowie

Forschungsförderungen über Ausschreibungen eine besondere Bedeutung zu. Eher auf der individuellen Ebene ansetzend sind *finanzielle Anreizsysteme*, welche das individuelle Rationalkalkül zu einem gesundheitsbewussten Verhalten anregen sollen. Hier existieren einerseits steuerliche Belastungen als gesundheitsschädigend einzuschätzender Konsum- und vor allem Genussgüter wie Tabak und Alkohol (insbesondere: Alkopops). Andererseits können Krankenkassen zur Inanspruchnahme von präventiven Kassenleistungen an Versicherte finanzielle Anreize setzen, indem sie monetäre Entschädigungen bzw. Rückzahlungen erhalten oder von Zuzahlungsverpflichtungen teilweise ausgenommen sind (§ 65a SGB V).

Prozedurale Steuerung (auch: Strukturierung). Im Rahmen eines solchen Politikmodus setzt der Staat gesundheitspolitischen Akteuren einen Verfahrens- und Gestaltungsrahmen, den diese ausgestalten sollen. Mit einem gewissen Recht lässt sich dieses Steuerungsprinzip als Kerncharakteristikum der Steuerung im Gesundheitswesen bezeichnen (Selbstverwaltung). Im Rahmen des SGB V kommt es zu einer Delegation von Implementierungsaufgaben auf die korporativen Akteure des Gesundheitswesens. Auch wenn dies »im Schatten der Hierarchie« geschieht, ist aufgrund der höchst wissensintensiven Thematik und des Regulierungsobjekts dennoch eine gewisse Autonomie der selbstverwalteten Körperschaften möglich.⁷ Neben der Delegation von Implementierungsaufgaben können bei Nicht-Einhaltung von erwarteten Ergebnissen die Rahmenvorgaben verändert werden. So wurde beispielsweise nach der Streichung der Gesundheitsförderung aus dem GKV-Leistungskatalog (1997) die Wiedereinführung der Primärprävention im Jahr 2000 realisiert, die mit Lernprozessen einherging, indem stärker die Qualität von primärpräventiven Maßnahmen beachtet wird (vgl. Eberle 2002: 240ff). Mit diesen Lernprozessen und dem Politikwechsel haben sich auch die Akteurskonstellationen verändert. Als neuartige Beispiele für eine prozedurale Steuerung im Gesundheitswesen können die *Gesundheitsziele.DE*, *Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung* und die *Stiftung Prävention als Umsetzungsinstanz* des anvisierten Präventionsgesetzes angesehen werden (vgl. auch: Mosebach/Schwartz/Walter 2004). In allen Arenen findet Politikformulierung statt, die sich auf gemeinsame Ziele und Umsetzungsschritte verständigen, wobei der Staat – und hier insbesondere die zuständigen und involvierten Ressorts – nur ein Akteur unter vielen ist, aber über seine Rolle als »Moderator« hinausgehend durchaus auch gesundheitspolitische *Zielvorstellungen* im Sinne eines *Stewardship* mitprägt (vgl. WHO 2000; Saltman/Ferroussier-Davis 2000).

4. Staatliche Präventionspolitik und Gesundheitsförderung: Möglichkeiten und Grenzen politischer Steuerung

Alle staatlichen Steuerungsinstrumente (Eigentätigkeit, Gebote und Verbote, Finanzierung und prozedurale Steuerung) basieren letztlich – im Sinne des Rechtsstaatsprinzips – auf gesetzlichen Normierungen, die Eingriffe, Auflagen und finanzielle Unterstützung durch staatliche Akteure rechtfertigen. Dabei hat sich im Grunde die Praxis etabliert, dass im Rahmen von Gesetzgebungsprozessen den meisten Akteuren Gelegenheit zur Stellungnahme zu einem Gesetzentwurf gegeben wird. Der Gesetzgebungsprozess ist dabei ein hochkomplexer *Aushandlungsprozess*, der in dem Sinne pluralistisch ist, als und insofern alle betroffenen Gruppen ein Anhörungsrecht haben. Der hierdurch entstehende *legislative Zirkel* bedeutet jedoch nicht, dass alle Akteure gleichermaßen gehört werden (vgl. zum legislativen Zirkel im Gesundheitswesen: Mosebach/Schwartz/Walter 2004: 343ff). Im Gesetzgebungsprozess können sich jedoch manche Akteure stärker gegenüber den politischen Entscheidern durchsetzen als andere. Dies hängt mit der ungleichen Verteilung von Ressourcen (Geldkapital, Bildungskapital und Sozialkapital) unter den beteiligten Akteuren und der damit einhergehenden *strategischen Selektivität* des Staates (staatlicher Akteure) zugunsten begünstigter politischer Akteure und Akteursgruppen zusammen (vgl. Döhler 1990; Scharpf 2000).

Die Durchsetzungsfähigkeit des Staates (der zuständigen staatlichen Akteure) ist also begrenzt.⁸ Erstens können notwendige Kompromissbildungen im Rahmen der föderal strukturierten Verhandlungsdemokratie zu einem Politikscheitern führen. Dies geschah zum Beispiel bei der Wiedereinführung der Primärprävention im § 20 SGB V im Jahr 2000, die auf einem Kompromiss bezüglich einer deutlicheren Verankerung von Forderungen an die Qualitätssicherung von Primärprävention sowie der Bevorzugung des Begriffs Primärprävention statt Gesundheitsförderung ruhte. Dieser Konsens war nötig, um die Zustimmung des Bundesrates, in dem die rot-grüne Bundesregierung zu dieser Zeit keine Mehrheit mehr aufwies, zu erhalten. Zweitens machen die auf gesellschaftliche Akteure verteilten Steuerungsressourcen auch den Staat abhängig von diesen Akteuren, so dass es oft zu Aushandlungen und Kompromissbildungen zwischen diesen kommt.⁹ Die Aushandlungsmacht von im Gesundheitswesen vorzufindenden Körperschaften des öffentlichen Rechts (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen beispielsweise) ist dabei formal begrenzter als bei privaten Organisationen, denn sie können im Zweifelsfall durch administrative Macht mit

drohender Sanktionierung durch den Staat zu bestimmtem Verhalten veranlasst werden, während private Organisationen über größere Ausweichstrategien verfügen. Allerdings ist dies ein Graubereich, denn eine Ausweitung staatlicher Aktivitäten würde letztlich die Existenz öffentlich-rechtlicher Körperschaften unterminieren: Diese verfolgen daher schon aus einem egoistischen Organisationsinteresse heraus im Prinzip konsensuale Strategien, zumindest solange es ihnen nicht gelingt, die Kodierung des politischen Systems auf »Regierung ↔ Opposition« (Niklas Luhmann) zur Durchsetzung ihrer Interessen auszunutzen. Drittens können spezifische Akteurskonstellationen verbindliche Politikentscheidungen verhindern, wenn es nicht gelingt, eine ebenso den Machtverhältnissen wie den Problemsichten adäquate Akteurskonstellationen zu organisieren. Dies zeigte sich bei den Auseinandersetzungen um die Nutzung der Tabaksteuer für die Prävention. Hier wurde einerseits aus steuersystematischen Gründen staatlicherseits die Verwendung der Tabaksteuer für die Finanzierung von Präventionsprogrammen abgelehnt und andererseits wegen finanz- und standortpolitischen Bedenken die zweite Stufe der Tabaksteuererhöhung ausgesetzt. Diese letzte Ursache einer Politikblockade macht noch einmal nachdrücklich deutlich, dass der Staat kein homogener Akteur ist. Der Staat ist als Ganzes betrachtet vielmehr die historisch veränderbare Institutionalisierung eines politischen Kräfteverhältnisses zwischen Akteuren und Akteursgruppen (vgl. Benz 2001: 74ff; Poulantzas 2002: 154ff).

Eine erfolgreiche politische Steuerung basiert also letztlich darauf, dass es gelingt, eine begünstigende Akteurskonstellation politisch zu organisieren. Da in Institutionen individuelle Akteure handeln, kommt es in besonderer Weise darauf an, einen gemeinsamen Problem- und Lösungshorizont zu entwickeln. Statt staatlicher Steuerung ›von oben‹ sollte auf sachorientierte Akteurskonstellationen gezielt werden, welche innovative Lösungsmodelle in einem institutionell segregierten Gesundheitssystem entwickeln können. Vertrauen, reziprokes Handeln und gemeinsame Wertüberzeugungen können zu einem effektiven und effizienten Interorganisationsmanagement beitragen (vgl. Bandelow 2003; Scharpf 2000). Doch auch diese neuartigen Formen der Netzwerksteuerung bzw. prozeduralen Steuerung sind nicht gegen Politikblockaden gefeit. Unter den Bedingungen knapper finanzieller Ressourcen und der steigenden Bedeutung ökonomischer Steuerungsinstrumente im deutschen Gesundheitswesen ist auch eine Politikblockade trotz gemeinsamen Problem- und Lösungshorizonts nicht auszuschließen. Finanzielle Rahmenbedingungen werden dabei im Kontext eines sich zunehmend wettbewerbskorporatistisch strukturierten deutschen Gesundheitswesens

für die beteiligten Akteure immer wichtiger und lebensnotwendiger. Zu dem »Kampf um Lebenschancen organisierter Interessengruppen« – wie Jens Alber (1992: 41) die Geschichte der GKV kurz charakterisiert – kommt nunmehr der »Kampf um Marktanteile« hinzu. Unter Umständen ist damit die institutionelle Grundstruktur des deutschen Gesundheitswesens in Frage gestellt (vgl. Gerlinger 2002). Auf der Strecke bleibt möglicherweise die gemeinsame Orientierung an einer »guten Gesundheitspolitik«. Der parlamentarische Entscheidungsfindungsprozess und die nachfolgende Implementierung des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention können Hinweise geben, ob die Gesundheitspolitik zukunftsfähig und zu einem auf Prävention und Gesundheitsförderung setzenden Paradigmenwechsel fähig ist.

Korrespondenzadresse:
Kai Mosebach
Martin-von-Holle-Weg 6
30926 Seelze

Anmerkungen

- 1 Überarbeiteter Beitrag zur Tagung »Risiko Leben – Risiko leben« in der Evangelischen Akademie Loccum vom 20. bis 22. September 2004
- 2 Es geht hier auch nicht darum, Kriterien für eine »gute« präventive und gesundheitsförderliche Gesundheitspolitik aufzustellen oder diese gar zu definieren. Gute Politik – in welchem Politikfeld auch immer – setzt immer ein normativ-theoretisches Interventionsmodell als Bezug voraus, auf das sich bezogen werden kann. In der Regel kann die Politikwissenschaft hier nicht allein tätig sein und Lösungsangebote machen. Sie ist hier vielmehr auf multidisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen, in der Gesundheitspolitik v.a. auf die Erkenntnisse von Public Health (vgl. Scharpf 2000; Rosenbrock/Gerlinger 2004; Schwartz et al. 2003).
- 3 Wer diese Dialektik von kollektiven Akteuren und politischen Institutionen übersieht, ist allzu leicht für die populistische Diagnose einer allgemeinen politischen Krise anfällig.
- 4 Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf schreiben zu den allgemeinen Merkmalen »staatsnaher Sektoren«: »Als ‚staatsnahe‘ Sektoren bezeichnen wir gesellschaftliche Funktionsbereiche, die nicht zum Kernbestand der hoheitlichen Staatsfunktionen [d.h. z.B. Finanzhoheit, Polizeigewalt und Gerichtshoheit, UW/KM] gehören, für die der Staat – im Durchschnitt der westlichen Industriegesellschaften – aber dennoch ein Maß an Verantwortung übernommen hat« (Mayntz/Scharpf 1995: 13f).
- 5 Das bedeutet jedoch nicht, dass dieses normativ begründete Monopol auch überall und jederzeit in vollen Umfang durchgehalten wäre. Sowohl der derzeit in vielen Regionen der Welt zu beobachtende Zerfall von Staaten (z.B. Afrika) als auch die mit Privatisierungs- und Kommerzialisierungsprozessen einhergehende Privatisierung von Staatsgewalt durch privat finanzierte Söldnerarmeen und private

- Wachdienste unterminieren das Monopol des Staates auf physische Gewaltbarkeit. Allerdings verfügen die Träger der oben genannten Trends aber auch über keine demokratische Legitimation hierzu (vgl. Lock 2001).
- 6 Hierbei können auch staatliche Akteure untereinander oder mit privaten Unternehmen konkurrieren, z.B. im Krankenhaussektor (vgl. Harding/Preker 2003). Konzeptionell wird bei der Konkurrenz zwischen staatlichen Akteuren von »geplanten Märkten« gesprochen (vgl. Saltman 1996). Die hiermit angedeutete Unterscheidung zu »ungeplanten Märkten« (Neoklassik) ist jedoch insofern zu kritisieren, als »reale Märkte« stets politisch reguliert und sozial eingebettet sind, »geplante Märkte« also den Normalfall darstellen (Hollingsworth/Boyer 1997; Leys 2001; Czada/Lütz/Mette 2003).
 - 7 Im deutschen Gesundheitswesen gilt dies insbesondere für den als »kleinen Gesetzgeber« bezeichneten Gemeinsamen Bundesausschuss, dem zentralen Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung (vgl. Mosebach 2005).
 - 8 In einer zunehmend medial vermittelten Gesellschaft interagieren letztlich drei Machtkonfigurationen um die Konstituierung und Durchsetzung von politischen Maßnahmen. Der administrativen Macht des Staates (i.e.S.), die sich gegen föderale Vetopositionen durchsetzen muss, stehen die auf Steuerungsressourcen beruhende soziale Macht von gesellschaftlichen Organisationen und Verbände gegenüber. Beide zusammen bilden ein komplexes System von überlappenden und auf identifizierbare Politikfelder bezogenen Politiknetzwerken. Schließlich ist die medial vermittelte kommunikative Macht innerhalb der politischen Öffentlichkeit ein weiterer potentieller Machtfaktor. Die Steuerungsmöglichkeit des Staates (zuständiger staatliche Akteure) im engeren Sinne hängt also nicht nur von den Steuerungsressourcen vieler staatsnaher und staatsferner Organisationen ab, sondern ist wegen des föderalen wie gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses stets dem Risiko ausgeliefert, sich Veto-Positionen gegenüber zu sehen, die bestimmte Maßnahmen blockieren können (vgl. Messner 1995; Korte/Fröhlich 2004: 23ff).
 - 9 Man sollte sich dieses Kompromissbildern aber auch nicht zu harmonisch vorstellen. Die Strategien politischer Akteure, z.B. der Regierung, können aus einem ganzen Arsenal von strategischen Instrumenten bestehen, mögliche Politikblockaden zu überwinden. Hierzu gehören neben natürlich existenten Konsensrunden und Tischgesprächen (»Netzwerkpflege«) auch mediale Inszenierungen und theatralische Täuschungsmanöver (vgl. Korte/Fröhlich 2004: 232ff).

Literatur

- Alber, J. (2005): Deutschland. In: Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B.: Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien, Frankfurt a.M./New York: Campus, 31-176.
- Benner, T./Reinicke, W.H./Witte, J.M. (2002): Wandel gestalten im Zeitalter der Globalisierung: Die Rolle globaler Politiknetzwerke. In: Bertelsmann-Stiftung: Transparenz - Grundlage für Verantwortung und Mitwirkung. Ergebnisse der internationalen Recherche. Carl-Bertelsmann-Preis 2002, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 23-51.
- Benz, A. (2001): Der moderne Staat. Grundlagen der politologischen Analyse, München/Wien: Oldenbourg.
- Beyme, K. v. (1992): Theorie der Politik im 20. Jahrhundert. Von der Moderne zur Postmoderne. 2. Auflage, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Braun, D./Giraud, O. (2003): Steuerungsinstrumente. In: Schubert, K./Bandelow, N.C.: Lehrbuch der Politikfeldanalyse, 147-174.
- Cerny, P.G. (2000): Political Globalization and the Competition State. In: Stubbs, R./Underhill, G.R.D.: Political Economy and the Changing Global Order. Second Edition, Oxford et al.: Oxford University Press, 300-309.
- Czada, R./Lütz, S./Mette, S. (2003): Regulative Politik. Zähmungen von Markt und Technik, Opladen: Leske+Budrich.
- Döhler, M. (1990): Gesundheitspolitik nach der »Wende«. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin: Edition Sigma.
- Eberle, G. (2002): Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Stöckel, S./Walter, U.: Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklung in Deutschland, Weinheim/München: Juventa, 237-249.
- Esser, J. (1985): Staat und Markt. In: Fetscher, I./Münkler, H.: Politikwissenschaft. Begriffe - Analysen - Theorien. Ein Grundkurs, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 201-244.
- Freeman, R. (2000): The politics of health in Europe, Manchester/New York: Manchester University Press.
- Gerlinger, T. (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (P02-204), Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Helms, L./Jun, U. (2004): Politische Theorie und Regierungslehre. Eine Einführung in die politikwissenschaftliche Institutionenforschung, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Hollingsworth, J.R./Boyer, R. (1997): Contemporary Capitalism. The Embeddedness of Institutions, Cambridge: Cambridge University Press.
- Jachtenfuchs, M./Kohler-Koch, B. (2003): Europäische Integration. 2. Auflage, Opladen: Leske + Budrich (UTB).
- Korte, K.-R./Fröhlich Manuel (2004): Politik und Regieren in Deutschland. Strukturen, Prozesse, Entscheidungen, Paderborn et al.: Schöningh (UTB).
- Leyes, C. (2001): Market-Driven Politics. Neoliberal Democracy and the Public Interest, London & New York: Verso.
- Lock, P. (2001): Sicherheit á la carte? Entstaatlichung, Gewaltmärkte und die Privatisierung des staatlichen Gewaltmonopols. In: Brühl, T./Debiel, T./Hamm, B./Hummel, H./Martens, J.: Die Privatisierung der Weltpolitik. Entstaatlichung und Kommerzialisierung im Globalisierungsprozess, Bonn: Dietz, 200-229.
- Luhmann, N. (2002): Die Politik der Gesellschaft. Herausgegeben von André Kieserling, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mayntz, R./Scharpf, F.W. (1995): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Messner, D. (1995): Die Netzwerkgesellschaft. Wirtschaftliche Entwicklung und internationale Wettbewerbsfähigkeit als Probleme gesellschaftlicher Steuerung, Köln: Weltforum Verlag.
- Mosebach, K. (2005): Patienten-Empowerment und rot-grüne Gesundheitspolitik zwischen Patientenbeteiligung, Konsumentensouveränität und Privatisierung. In: Essers, M./Gerlinger, T./Herrmann, M./Hinricher, L./Lehnhardt, U./Seidler, A./Simon, M./Stegmüller, K.: Jahrbuch Kritische Medizin 42: »Patienten im Gesundheitswesen«, Hamburg: Argument-Verlag, 46-63.
- Mosebach, K./Schwartz, F.W./Walter, U. (2004): Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./

- Haisch, J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern et al.: Verlag Hans Huber, 341-353.
- Nullmeier, F. (2004): Policy-Forschung und Verwaltungswissenschaft (unter Mitarbeit von Achim Wiesner). In: Münkler, H.: Politikwissenschaft. Ein Grundkurs, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 285-323.
- Poulantzas, N. (2002): Staatstheorie. Politischer Überbau, Ideologie, Autoritärer Ektatismus. Mit einer Einleitung von Alex Demirovic, Joachim Hirsch und Bob Jessop. [Originalausgabe: 1978], Hamburg: VSA.
- Rosenbrock, R. (1992): AIDS: Fragen und Lehren für Public Health. In: Abholz, H.-H./Borgers, D./Klosterhuis, H./Kühn, H./Reichelt, A./Rosenbrock, R./Schafstedde, F./Schagen, U.: Jahrbuch Kritische Medizin 18: Wer oder was ist »Public Health«?, Hamburg: Argument-Verlag, 82-114.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern et al.: Verlag Hans Huber.
- Rüb, F.W. (2003): Vom Wohlfahrtsstaat zum »manageriellen Staat«? Zum Wandel des Verhältnisses von Markt und Staat in der deutschen Sozialpolitik. In: Czada, R./Zintl, R.: Politik und Markt. PVS - Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 34/2003, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 256-299.
- Saltman, R.B./Ferroussier-Davis, O. (2000): The concept of stewardship in health policy. In: Bulletin of the World Health Organization, 78, 6: 732-739.
- Saltman, R. (2002): Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. *Social Science and Medicine*, 54: 1677-1684.
- Scharpf, F.W. (2000): Interaktionsformen. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Opladen: Leske + Budrich (UTB).
- Schmacke, N. (2002): Die Individualisierung der Prävention im Schatten der Medizin. In: Stöckel, S./Walter, U.: Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, München/Weinheim: Juventa, 178-189.
- Schmacke, N./Schwarzkopf, H.v. (1992): Lehren aus AIDS: Anregungen für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: Abholz, H.-H./Borgers, D./Klosterhuis, H./Kühn, H./Reichelt, A./Rosenbrock, R./Schafstedde, F./Schagen, U.: Jahrbuch Kritische Medizin 18: Wer oder was ist »Public Health«?, Hamburg: Argument, 115-127.
- Trojan, A./Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt a.M.: VAS - Verlag für akademische Schriften.
- Walter, U. (2003): Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. *Sozialer Fortschritt*, 10: 253-261.
- Walter, U./Schwartz, F.W. (2003): Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U.: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, München und Jena: Urban & Fischer, 254-268.
- WHO (2000): World Health Report 2000: Health Systems, Geneva: WHO.