

Thomas Gerlinger • Uwe Lenhardt • Phillip Florian Schmidt*

Gesundheitsförderung und Prävention

Zwischen politischer Aufwertung, neoliberaler Indienstnahme und institutionellen Beharrungskräften

Zusammenfassung: Gesundheitsförderung und Prävention haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Zugleich ist dieses Politikfeld weiterhin durch Strukturdefizite, Unterlassungen und Fehlentwicklungen geprägt. Wichtige Einflussfaktoren für die Entwicklung sind Interessen des Kapitals und Machtressourcen wichtiger Akteure. Am Beispiel des Handlungsfelds »Arbeitswelt« und des Akteurs »Krankenkassen« wird gezeigt, dass neben mächtigen Partikularinteressen auch vielfältige institutionelle Faktoren für Kontinuität und Wandel in diesem Bereich bedeutsam sind.

Schlagwörter: Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenkassen, Sozialinvestition

Health Promotion and Prevention

Between Political Revaluation, Neoliberal Instrumentalisation and Institutional Inertia

Abstract: Health promotion and prevention have gained in importance in recent years. At the same time, this policy field continues to be characterised by structural deficits, omissions and undesirable developments. Important factors influencing the development are capitalist interests and the power resources of important actors. By analyzing the field of action »work environment« and the actor »health insurance funds«, it is exemplarily shown that in addition to particular social interests, a variety of institutional factors are also significant for continuity and change in this field.

Keywords: Health Promotion, Prevention, Social Health Insurance Funds, Social Investment

* **Thomas Gerlinger** ist Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und leitet dort die Arbeitsgruppe »Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie«. | **Uwe Lenhardt** arbeitet als Wissenschaftler an der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. | **Phillip Florian Schmidt** arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld an der Arbeitsgruppe »Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie«.

1. Einleitung

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bieten in Deutschland ein widersprüchliches Bild. Allenthalben ist die Versicherung zu vernehmen, dass dies zunehmend wichtige Handlungsfelder seien, und in der Tat ist ihr Stellenwert in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft in den letzten Jahren spürbar gewachsen. Zugleich bestehen zahlreiche Lücken und Defizite fort, von denen manche – etwa die Unterlassungen im gesundheitsbezogenen Umweltschutz (zum Beispiel bei der Reduzierung der Feinstaubbelastung) oder im betrieblichen Gesundheitsschutz (zum Beispiel bei der Verdichtung und Entgrenzung von Arbeit) – öffentlich mit Recht skandalisiert werden.

Diese Beobachtungen bilden den Ausgangspunkt des vorliegenden Beitrags, in dem zentrale Merkmale des aktuellen Zustands von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland skizziert und Erklärungen für die gefundenen Entwicklungstendenzen und Widersprüche geliefert werden sollen. Uns interessieren zum einen die Gründe für den Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung und Prävention, steht dieser doch – zumindest vordergründig – im Widerspruch zum Bild eines auf grenzenloser Arbeitskraftausbeutung und Naturzerstörung fußenden Kapitalismus. Zum anderen gehen wir den Gründen für die fortgesetzten Unterlassungen und Defizite in der Politik und Praxis der Prävention nach. Dabei nehmen wir auf diesem Feld wirkende sozialökonomische Interessen, Machtressourcen und institutionelle Eigenlogiken in den Blick. Abschließend werden einige aus den Befunden zu ziehende Konsequenzen für den Diskurs und das Handeln in der Gesundheitsförderung und Prävention diskutiert.

Gesundheitsförderung und Prävention sind ein unübersichtliches Handlungsfeld. Dies liegt *zum einen* an der Vielzahl der damit verbundenen Themen, denn Gesundheit und Krankheit werden bekanntlich von einer kaum überschaubaren Zahl von Faktoren beeinflusst. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention finden also keineswegs nur in den Geschäftsbereichen der Gesundheitsministerien in Bund und Ländern statt, sondern erstrecken sich auch auf die Arbeits-, Umwelt-, Sozial-, Wirtschafts-, Finanz-, und Verkehrspolitik sowie zahllose angrenzende und nachgeordnete Politikbereiche. *Zum anderen* ist hier eine Vielzahl von Akteuren, Institutionen und Organisationen beteiligt, die als Träger je eigener Zuständigkeiten, Interessen, Problemdeutungen und Handlungsstrategien in Erscheinung treten. Diese Akteursvielfalt ergibt sich nicht allein aus der erwähnten großen Zahl von Handlungsfeldern, sondern auch aus zwei Kernmerkmalen des politischen Systems der Bundesrepublik: dem föderalen Staatsaufbau sowie der großen Bedeutung der Sozialversicherung für die Sozialpolitik. Somit nehmen ne-

ben den staatlichen Akteuren in Bund, Ländern und Gemeinden (Ministerien, nachgelagerte Behörden, wie das Robert Koch-Institut oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kommunalverwaltungen) auch die fünf Sozialversicherungszweige (hier zentral: die Gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung) Aufgaben der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention wahr, nicht selten mit sich überschneidenden oder nur schwer abgrenzbaren Handlungskompetenzen. Hinzukommen – oftmals mit öffentlichen Funktionen ausgestattete – Wohlfahrtsverbände sowie erwerbswirtschaftliche Organisationen und zivilgesellschaftliche Einrichtungen.

Diese Unübersichtlichkeit verlangt im empirischen Teil dieses Beitrags eine Beschränkung auf ausgewählte Themenaspekte. Als *Handlungsfeld* rücken wir den arbeitsweltbezogenen Gesundheitsschutz in den Mittelpunkt, vor allem wegen seiner herausragenden Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit. Als *Akteur* betrachten wir speziell die in den letzten Jahren zu wichtigen institutionellen Trägern von nichtmedizinischer Prävention und Gesundheitsförderung aufgestiegenen Krankenkassen.

In unserer Analyse spielen drei Gesichtspunkte eine zentrale Rolle: *Ers*tens betonen wir den Zusammenhang zwischen Gesundheit und kapitalistischen Verwertungsinteressen, der je nach Handlungsfeld und Akteur unterschiedliche Ziele und Strategien hervorbringen kann. *Zweitens* geht es uns um die den unterschiedlichen Akteuren bei der Verfolgung dieser Ziele und Strategien zur Verfügung stehenden Machtressourcen. *Drittens* ziehen wir in Betracht, dass die auf dem Gebiet der Prävention bestehenden Handlungs- und Veränderungsbedarfe auf ein historisch gewachsenes System von Institutionen treffen, deren Zuschnitt, Ausstattung und Konfiguration den sich wandelnden feldspezifischen Herausforderungen und Politikzielen oftmals nur unzureichend gerecht werden – ein Problem, das seinerseits teils mit den beiden erstgenannten Aspekten zusammenhängt, teils aber auch unabhängig davon existiert.

2. Arbeit und Gesundheit: ein zentrales Terrain der Prävention

Ein bedeutendes – und historisch früh entstandenes (Kaufhold 1989) – Feld staatlicher Präventionspolitik im Kapitalismus ist die Regulierung der Arbeitsbedingungen. Nach Marx wohnt dem Kapital die Bestrebung inne, im »Heißhunger nach Mehrarbeit« (Marx 1890, MEW 23: 249) die Sicherheit und Gesundheit der lohnabhängig Beschäftigten durch Extensivierung und Intensivierung der Arbeitskraftverausgabung beständig zu untergraben (Marx 1894, MEW 25: 96ff.). Die daraus resultierende Tendenz, im gesellschaftlichen Maßstab eine Arbeitskräftereproduktion auf (zumindest)

gleichbleibendem Niveau zu gefährden und fundamentales Aufbegehren der Lohnarbeiter*innen gegen die kapitalistische Ausbeutung zu provozieren, konfligiert jedoch mit dem allgemeinen Kapitalinteresse an der langfristig gesicherten Verfügbarkeit eines hinreichend gesunden, »ausbeutbaren« und zugleich politisch-ideologisch integrierungswilligen Arbeitskräftepotentials. Dies begründet die Notwendigkeit allgemein gültiger Vorkehrungen gegen einen ungehinderten körperlichen und psychischen Verschleiß durch Lohnarbeit. Da die Konkurrenz der Einzelkapitale diese aber fortwährend genau dazu drängt, ist es erforderlich, ihnen solche Vorkehrungen »durch Zwangsgesetz von Staats wegen [...] aufzuherrschen« (Marx 1890, MEW 23: 505). Zu welchen Zeitpunkten, in welchen Formen und mit welcher Strenge der Staat hier als »ideeller Gesamtkapitalist« interveniert, hängt nicht nur vom Entwicklungsstand der technologischen Basis der Kapitalverwertung, der Zusammensetzung der Lohnarbeiter*innenschaft und der Organisation der Arbeit ab, sondern auch von den Kräfteverhältnissen zwischen den Klassen und (politischen) Klassenfraktionen. Einmal erreichte Fortschritte stehen damit immer wieder zur Disposition; so musste die Begrenzung der Arbeitszeiten in harten Kämpfen erstritten werden, und stets gab es mehr oder minder erfolgreiche Versuche von Staat und Kapital, hier das Rad wieder zurückzudrehen (Hermann 2008).

Seit den Anfängen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben sich die Gegenstandsbereiche der Arbeitsschutzpolitik und deren Instrumentarium nach und nach deutlich erweitert und ausdifferenziert. Charakteristisch für das deutsche Arbeitsschutzsystem ist eine dualistische institutionelle Struktur mit einer staatlichen Säule einerseits (Rechtsetzung auf Bundesebene, Überwachung und gegebenenfalls Sanktionierung durch Landesbehörden) und einem parallelen, per Gesetz ebenfalls mit Regulierungs- und Überwachungskompetenzen ausgestatteten selbstverwalteten System (Unfallversicherungsträger) andererseits (vgl. hierzu Lenhardt/Rosenbrock 2014). Auch wenn sich auf dem Gebiet der Rechtsetzung inzwischen ein prioritärer Geltungsanspruch des Staates durchgesetzt hat, verfügen die Unfallversicherungsträger nach wie vor über erhebliche Spielräume und die »Arbeitgeber*innen« qua Repräsentanz in der Selbstverwaltung über direkte Einflussmöglichkeiten bei der Ausgestaltung arbeitsweltbezogener Prävention. Dabei ist es keineswegs so, dass die Zuständigkeiten der staatlichen und selbstverwalteten Instanzen durchweg klar voneinander abgegrenzt sind oder zumindest in sich überschneidenden Kompetenzonen ein koordiniertes, gleichgerichtetes Handeln gewährleistet ist. Zwar wird seit 2007 versucht, dieser institutionellen Zerklüftung durch verstärkte Abstimmung im Rahmen einer »Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie« (GDA)

entgegenzuwirken, jedoch erwiesen sich Erfolge dieser Bemühungen häufig als recht prekär und blieben alles in allem in der Praxis sehr begrenzt (Hägele 2019).

Ein wichtiger Modernisierungsschritt in der Entwicklung des Arbeitsschutzes hierzulande bestand in der 1973 erfolgten gesetzlichen Etablierung eines Systems betrieblich verpflichtender präventionsfachlicher Beratung durch Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte (Pieper 2021). Damit wurden – zumindest dem Prinzip nach – eine Leerstelle im betrieblichen Arbeitsschutz geschlossen und die Voraussetzungen für dessen Professionalität und Qualität verbessert. Anspruch und Realität gehen allerdings auch hier auseinander, denn die Eingriffsmöglichkeiten der Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte sind durch ihre (arbeits-)vertragliche Abhängigkeit vom Betrieb und die Festlegung auf eine rein beratende Rolle von vornherein limitiert – abgesehen davon, dass die vorhandenen personellen Kapazitäten zumindest im betriebsärztlichen Bereich nicht einmal annähernd den betrieblichen Betreuungsbedarf abdecken können (Barth u.a. 2014). Darüber hinaus hat das Modell eine – schon früh identifizierte und kritisierte – Kehrseite insofern, als es im Arbeitsschutz eine Expertenzentriertheit befördert, die zusätzlich dazu beiträgt, dass sich die Belastungswahrnehmungen der Beschäftigten und deren Problemlösungsvermögen in der Gestaltung betrieblicher Schutzmaßnahmen nur unzureichend niederschlagen (Hauß u.a. 1980).

Letzteres bedeutet nicht, dass die Interessenperspektive der Beschäftigten keinerlei Eingang in den betrieblichen Arbeitsschutz findet. Den Rahmen hierfür bildet das Modell »sozialpartnerschaftlicher« Umsetzung des Arbeitsschutzes auf Betriebsebene, welches Anfang der 1970er-Jahre durch das Betriebsverfassungsgesetz und die Personalvertretungsgesetze des Öffentlichen Dienstes seine im Wesentlichen bis heute gültige rechtliche Verankerung erfuhr. Damit existieren zwar staatlich abgesicherte Möglichkeiten zur Geltendmachung gesundheitsbezogener Schutzansprüche der Beschäftigten. Diese Möglichkeiten werden jedoch mit zunehmender Nähe zu strategischen Unternehmensentscheidungen rechtlich limitierter und sind durch den Modus repräsentativer Interessenwahrnehmung durch Betriebs- und Personalrät*innen sowie deren Verpflichtung auf »Betriebswohl« und »Einvernehmlichkeit« von vornherein eingehegt (Ehlscheid 2021). Selbst in Ländern, in denen solche korporatistisch-konsensualen Formen betrieblicher Interessenpolitik traditionell weniger stark ausgeprägt sind, ist eine Tendenz zur »Domestizierung« autonomer Interessenartikulation im Arbeitsschutz durch Einbindung in Managementstrukturen zu beobachten (Walters/Wadsworth 2020). Zudem haben empirische Studien gezeigt, dass

viele Betriebsrät*innen dazu neigen, vorherrschende problematische Orientierungen des Arbeitsschutzes – etwa dessen Vorschriften- und Experten-zentriertheit oder ein auf materiell-stoffliche Faktoren und Unfallgefahren eingengtes Risikoverständnis – in ihrem Denken und Handeln zu reproduzieren (Fromm u.a. 1995). Dies mag aber fast als Luxusproblem erscheinen angesichts der Tatsache, dass in einem großen und wachsenden Teil der Betriebe die Voraussetzung für eine, auch nur rudimentäre Mitbestimmung in Arbeitsschutzfragen, nämlich die Existenz eines Betriebs- oder Personalrates, gar nicht gegeben ist (Ellguth/Kohaut 2021).

Die Schwächung von Strukturen der organisierten Interessenartikulation und Rechteinforderung auf betrieblicher Ebene hat sicherlich mit dazu beigetragen, dass die für das Präventionshandeln der Betriebe zentrale Vorschrift – das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) – auch 25 Jahre nach ihrem Inkrafttreten vielfach nicht oder unzureichend umgesetzt wird. An sich bietet dieses Gesetz – mit dem darin enthaltenen umfassenden und dynamischen Risiko- und Maßnahmenverständnis sowie der Vorgabe, erforderliche Schutzmaßnahmen durch eine Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen zu ermitteln und bei der Planung dieser Maßnahmen »Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen« – einen geeigneten Rahmen für eine betriebliche Präventionspraxis, die alle wesentlichen Dimensionen gesundheitlicher Belastung systematisch in den Blick nimmt und mit den Veränderungen der Arbeitswelt und der damit verbundenen Gestaltungsanforderungen Schritt hält (Larisch 2009: 36ff.). In der Realität ist davon aber recht wenig zu sehen: Die Kernvorschrift des ArbSchG – die Verpflichtung zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen – wurde auch noch im Jahre 2015 von knapp der Hälfte der Betriebe nach deren eigener Angabe nicht erfüllt, und wenn es denn gemacht wurde, konzentrierte man sich in bekannter Manier überwiegend auf klassische Problemstellungen des Arbeitsschutzes wie Unfallgefahren, schwere körperliche Arbeit oder Lärm, während insbesondere psychische Belastungen zumeist außen vor blieben (Lenhardt/Beck 2018).

Bei der Analyse des Arbeitsschutzes ist zu berücksichtigen, dass sich während der letzten drei Jahrzehnte Organisationsstrukturen, Steuerungsprinzipien und Rationalisierungskonzepte in den Unternehmen und damit auch die Formen und Bedingungen der Arbeitskraftverausgabung zum Teil fundamental gewandelt haben. In der Arbeitssoziologie werden diese Veränderungen begrifflich als Durchsetzung eines »flexibel-marktzentrierten Produktionsmodells« (Dörre 2003) gefasst, das es den Unternehmen ermöglichen soll, »schneller und flexibler [...] auf die weitere Ausweitung globaler

Konkurrenz und zunehmend volatile Märkte reagieren« zu können (Nies/Menz 2021: 339). Erreicht werden soll dies einerseits durch »systemische«, alle Unternehmensprozesse übergreifende und auch Zuliefer- und Absatzbeziehungen einschließende Rationalisierung, andererseits durch möglichst unmittelbare Anbindung der Unternehmensorganisation an die Marktanforderungen bis hin zur Internalisierung marktförmiger Konkurrenzprinzipien. Wachsende Teile der Lohnabhängigen werden damit einer indirekten Leistungssteuerung unterworfen, die unter Abschwächung strikter Detailkontrolle das Arbeitshandeln auf Signale wechselhafter Marktbeziehungsweise Kundenanforderungen ausrichtet und die Verantwortung dafür, wie diese Anforderungen erfüllt werden, mehr und mehr auf die Beschäftigten verlagert (»Selbstorganisation«) – wobei die Rahmenbedingungen für eine »erfolgreiche« Verantwortungswahrnehmung ihrer Kontrolle entzogen bleiben. Die für das marktzentrierte Produktionsregime typische Belastungskonstellation lässt sich somit als Verknüpfung von entgrenzten Leistungsanforderungen, erweiterter Verantwortungszuschreibung und eingeschränkten Handlungsspielräumen charakterisieren (ebd.: 342). Zum Ausdruck kommt dies in der Zentralität psychischer Belastungen in nahezu allen neueren empirischen Erhebungen zu Arbeitsbedingungen (vgl. etwa: BAuA 2020). Die Brisanz solcher Fehlbelastungen liegt nicht zuletzt darin, dass sie signifikant zur Entstehung weitverbreiteter und kostenträchtiger Gesundheitsprobleme (insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen, psychische Störungen und muskuloskeletale Beschwerden) beitragen (Niedhammer u.a. 2021).

Am Umgang mit der vielschichtigen Problematik psychischer Belastungen zeigt sich exemplarisch, wie wenig es der Arbeitsschutzpolitik gelingt, auf zentrale Herausforderungen der Arbeitswelt angemessen und wirksam zu reagieren. Jahrelang forderten Gewerkschaften, die Modalitäten betrieblicher Prävention von Gefährdungen durch psychische Belastung in einer »Anti-Stress-Verordnung« rechtsverbindlich zu regeln und somit in diesem immer bedeutsamer werdenden Handlungsfeld ein mit anderen Bereichen des Arbeitsschutzes vergleichbares Regulierungs- und Schutzniveau herzustellen (Pickshaus 2014: 139ff.). Diese, ab einem gewissen Zeitpunkt sogar von den Ländern unterstützte, von Kapitalseite hingegen mit energischem Widerstand bedachte, Forderung wurde ein ums andere Mal von der Bundesregierung umgangen, die sich stattdessen auf Appelle und Empfehlungen, auf freiwillige Vereinbarungen, eine äußerst allgemein gehaltene begriffliche »Klarstellung« im Arbeitsschutzgesetz und natürlich auf »mehr Forschung« verlegte (vgl. die Übersicht entsprechender Aktivitäten bei Adolph/Michel 2018). Auch auf der betrieblichen Ebene des Arbeitsschutzes erweist sich die Verankerung des Themas als ausgesprochen schwierig,

weil dessen präventive Bearbeitung schnell an hochgradig machtbestimmte, im Zentrum unternehmerischen Direktionsrechts stehende Fragen der Beschäftigungs- und Leistungs politik sowie der Arbeitsorganisation rühren kann (Beck 2013). Dies zeigt die nach wie vor geringe Berücksichtigung psychischer Belastungen in der obligatorischen Gefährdungsbeurteilung nach ArbSchG (Beck/Lenhardt 2019).

Es wäre allerdings zu kurz gegriffen, würde man die Rolle des Staates in der jüngeren Entwicklung des Arbeitsschutzes lediglich als Kumulation von Zögerlichkeiten, Versäumnissen und »Modernisierungsblockaden« betrachten. Vielmehr muss man konstatieren, dass im Zuge der ab den 1990er-Jahren forcierten Transformation des keynesianischen Wohlfahrts- zu einem angebotsorientierten »Wettbewerbsstaat« – mit der Deregulierung und »Flexibilisierung« des Arbeitsmarktes, der Ausweitung des Sektors prekärer Beschäftigung sowie der Privatisierung bzw. Kommerzialisierung öffentlicher Dienstleistungen als Kernelementen – *aktiv* die Basis für eine Verschärfung von arbeitsbezogenen Belastungsproblemen geschaffen und zugleich strukturelle Voraussetzungen ihrer präventiven Bewältigung unterminiert wurden (Urban 2013). Etwas überspitzt könnte man sagen: Staatliche Politik hat dem Kapital die Hebel in die Hand gegeben, mittels derer neue betriebliche Leistungsregimes, die flexiblere Verfügung über die Arbeitskraft und die zumindest partielle Inkaufnahme verschlechterter Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen durchgesetzt werden konnten.

Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch die oben erwähnte, in rückläufiger Tarifvertragsbindung und Betriebsratsdichte zum Ausdruck kommende Erosion organisierter Interessenvertretungsstrukturen und Gegenmachtpositionen der Lohnabhängigen. Da die Tarifbindung von Betrieben und die Präsenz von Belegschaftsvertretungen empirisch nachweisbar mit der Qualität der Arbeitsbedingungen und dem betrieblichen Arbeitsschutzniveau zusammenhängen (Cazes u.a. 2019; Walters u.a. 2012), hat deren Abnahme zwangsläufig negative Konsequenzen im Hinblick die Befolgung von Schutzvorschriften und das Ergreifen präventiver Maßnahmen durch die »Arbeitgeber*innen«. Hinzu kommt, dass der mit restriktiver Haushaltspolitik verbundene Umbau zu einem »Wettbewerbsstaat« auch vor einem weiteren System zur Absicherung anforderungsgerechten und vorschriftenkonformen betrieblichen Präventionshandelns – der staatlichen Arbeitsschutzaufsicht – nicht Halt gemacht hat: insbesondere in den 2000er-Jahren wurde im Zeichen öffentlichen »Sparzwangs« die Personalausstattung der Aufsichtsbehörden drastisch reduziert, so dass diese inzwischen nicht mehr in der Lage sind, ihre im Laufe der Zeit immer mehr ausgeweiteten und komplexer gewordenen Überwachungsaufgaben zu erfüllen. Neuere Versuche hier gegenzusteuen

ern, nehmen sich allerdings eher wie ein Tropfen auf den heißen Stein aus (Brettner u.a. 2021: 367ff.).

Letzteres lässt sich im Prinzip auch von der 1989 ins Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführten Betrieblichen Gesundheitsförderung durch Krankenkassen (BGF) sagen. Die BGF taugt schon deshalb nicht zur Kompensation der Defizite des Arbeitsschutzsystems, weil die für sie aufgewandten Ressourcen und die Reichweite ihrer Aktivitäten viel zu gering sind: Trotz beachtlichen Wachstums in den vergangenen Jahren machten die Kassenausgaben für BGF (2019: 240 Millionen Euro) auch zuletzt weniger als ein Fünftel dessen aus, was die Gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Prävention ausgeben, nur gut ein Prozent aller Betriebe (rund 23.000) kommen mit BGF-Leistungen überhaupt in Berührung. Das Problem liegt aber nicht einfach darin, dass hier zu wenig Geld in die Hand genommen würde, sondern in der institutionellen Verfasstheit der Leistungsträger und der Ausgestaltung des rechtlichen Rahmens der Leistungserbringung. Diesem Aspekt und den damit verbundenen Grenzen und Widersprüchen kassengezogener Prävention und Gesundheitsförderung (einschließlich BGF) wird im Folgenden nachgegangen.

3. Krankenkassen als Akteure der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Zu den bemerkenswertesten präventionspolitischen Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte zählt der per Gesetz auf den Weg gebrachte Aufstieg der gesetzlichen Krankenkassen zu wichtigen Akteuren der Gesundheitsförderung und Primärprävention. In ihren klassischen Funktionen auf die Finanzierung von Krankenversorgungs-, Lohnersatz- und verschiedenen medizinischen Präventionsleistungen (Impfungen, Krankheitsfrüherkennung) beschränkt, wurde ihr Aufgabenspektrum mit dem Inkrafttreten des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) im Jahr 1989 um Maßnahmen der nichtmedizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung erweitert. Dieser Auftrag schloss sowohl Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention (zum Beispiel Kurse zur Tabakentwöhnung) als auch der lebensweltbezogenen¹ Verhältnisprävention ein (zum Beispiel Unterstützung bei der bewegungsfördernden Umgestaltung öffentlicher Einrichtungen oder bei Maß-

1 Unter »Lebenswelten« versteht das SGB V in seiner aktuellen Fassung »für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports« (Paragraph 20a Absatz 1 SGB V).

nahmen zur Verminderung von Arbeitsbelastungen). Das SGB V definierte zunächst die für das Kassenhandeln in Frage kommenden »Lebenswelten« nicht näher, sieht man einmal von der expliziten Nennung der »Betrieblichen Gesundheitsförderung« (BGF) ab. Tatsächlich betreiben Krankenkassen Gesundheitsförderung und Prävention heute nicht nur im Betrieb, sondern auch in Wohnquartieren, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen (Kitas, Schulen und Hochschulen), Krankenhäusern oder Pflegeheimen.

Seit 1989 haben sich Art und Umfang des gesetzlichen Auftrags der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mehrfach gewandelt. 1997 setzte die konservativ-liberale Koalition dessen weitgehende Beschränkung durch, mit der den Krankenkassen wenig mehr als die Aufgabe zur Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren blieb. Anlass für diesen Eingriff boten damals zahlreiche, im Hinblick auf ihren gesundheitlichen Nutzen fragwürdige Angebote der Krankenkassen (»Bauchtanzkurse«). Kritisiert wurde nicht zuletzt, dass die Kassenangebote sich vor allem an gesundheitsbewusste Angehörige der Mittelschichten und viel zu wenig an untere Sozialschichten wandten, die in weit überdurchschnittlichem Maße Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, zumeist über nur geringe Ressourcen zu deren Bewältigung verfügen und somit weit stärker auf einschlägige Angebote angewiesen sind.

Darauf folgte 1999 eine von »Rot-Grün« durchgesetzte Wiederaufwertung dieses Handlungsfeldes unter gleichzeitiger Modernisierung der Gesetzesbestimmungen. Insbesondere erhielten die Krankenkassen nun den Auftrag, mit ihren Maßnahmen neben der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands auch einen Beitrag zur Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Zudem enthielt die Reform detaillierte Vorgaben für die Qualitätssicherung der von Krankenkassen getragenen Maßnahmen, unter anderem die Pflicht, Ziele, Zugangswege und Methoden unter Beteiligung unabhängigen Sachverständes zu definieren. Auf diese Weise sollte die Finanzierung von hauptsächlich auf leichte Vermarktung zielenden, aber gesundheitswissenschaftlich fragwürdigen Maßnahmen und die damit verbundene Indienstnahme des Gesetzauftrags für partikulare institutionelle Eigeninteressen (Positionierung im Kassenwettbewerb) eingedämmt werden.

Eine weitere Aufwertung erfuhren Gesundheitsförderung und Prävention mit dem 2015 von der »Großen Koalition« verabschiedeten Präventionsgesetz (Geene/Reese 2016). Ziele und Qualitätssicherung wurden noch einmal konkretisiert und erweitert, das Finanzvolumen wurde unter gleichzeitiger Festsetzung von Mindestausgaben für lebensweltbezogene Prävention und

BGF deutlich aufgestockt. Hiermit verbunden war eine Stärkung der Verhältnisprävention gegenüber der zuvor dominierenden Verhaltensprävention. Des Weiteren wurden die Krankenkassen verpflichtet, in der lebensweltbezogenen Prävention und der BGF zusammenarbeiten, um die Instrumentalisierung dieser Leistungsbereiche für Wettbewerbsziele der einzelnen Kassen zu begrenzen. Schließlich soll eine neue institutionelle Struktur die Koordination von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik verbessern und dazu beitragen, dass sich das Akteurshandeln stärker an gemeinsamen Zielen orientiert und insgesamt effektiver wird (Gerlinger 2021).

Die Bilanz der vielfältigen gesetzlichen Neuerungen fällt widersprüchlich aus. Positiv zu vermerken ist, dass die Zahl der von den Kassen getragenen Gesundheitsförderungsprojekte und der hiermit erreichten Personen in den letzten Jahren kräftig gestiegen ist (MDS/GKV-Spitzenverband 2020). Dies ist natürlich auf die gesetzliche Anhebung der Ausgaben zurückzuführen, die sich von rund 317 Millionen Euro im Jahr 2015 auf knapp 631 Millionen Euro im Jahr 2019 nahezu verdoppelten (MDS/GKV-Spitzenverband 2020: 40, 130). Ferner hat sich insgesamt betrachtet das Kassenhandeln im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention spürbar professionalisiert. Dies gilt nicht zuletzt für die Qualitätssicherung von Projekten, deren Zuschnitt häufiger als in der Vergangenheit den gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien – Ermittlung des Bedarfs, Definition von Zielen, Zugangswegen, Methoden etc. – entspricht. Zudem werden in einer wachsenden Zahl von Projekten Leitungs- und Steuerungsstrukturen etabliert und die Adressaten der Intervention an deren Konzeption beteiligt (MDS/GKV-Spitzenverband 2020). Allerdings darf nicht unerwähnt bleiben, dass es der erwähnten gesetzlichen Reformen der Jahre 1999 und 2015 bedurfte, um diese Entwicklungen in Gang zu setzen, beziehungsweise zu beschleunigen. Anhaltspunkte dafür, dass die Kassen sich auch ohne gesetzgeberischen Eingriff zu einem solchen Wandel veranlasst gesehen hätten, liegen nicht vor.

Letzteres gilt auch für die Verschiebung der Ausgabenanteile zwischen den einzelnen Präventionsarten: Im Vergleich zu 2016 verzeichnen Maßnahmen zur Prävention in Lebenswelten und zur BGF einen deutlich stärkeren Anstieg als Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention – aber auch dies wohl nur, weil der Gesetzgeber den Kassen Mindestausgaben für die beiden erstgenannten Leistungsarten auferlegt hatte. Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention, bei denen es sich im Wesentlichen um Kursangebote handelt, gelten im Allgemeinen als nicht sonderlich wirksam (Kolip u.a. 2019), weil sie hauptsächlich von Personen mit hoher Gesundheitsmotivation und meist nicht besonders hoher Gesundheitsbelastung in Anspruch genommen

werden. Da Angehörige sozial benachteiligter Gruppen und Schichten seltener in der Lage sind, geeignete Gesundheitskurse zu finden, diese vollständig zu durchlaufen und das dort Gelernte in ihr Alltagsleben zu integrieren, gelten Kursangebote weithin als ungeeignet, einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten.

Bei näherer Betrachtung muss man – den oben genannten Fortschritten zum Trotz – zu einem eher nüchternen Urteil über die Kassenpraxis auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Primärprävention gelangen. Zwar fällt der Ausgabenzuwachs in diesem Bereich seit 2015 kräftig aus, das Ausgabenvolumen ist aber nach wie vor von geringem Gewicht: die erwähnten Aufwendungen in Höhe von 631 Millionen Euro machten im Jahr 2019 nur 0,26 Prozent der gesamten Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung aus (BMG 2021). Auch die Zahlen der erreichten Personen und »Lebenswelten« mögen auf den ersten Blick imposant klingen, erscheinen jedoch – abgesehen davon, dass sich aus ihnen noch keine Rückschlüsse auf den Wirkungsgrad der Maßnahmen ziehen lassen – weit weniger eindrucksvoll, wenn man sie in einen größeren Kontext stellt. Nehmen wir das Beispiel der BGF: mit knapp 2,3 Millionen Personen erreichten die Krankenkassen hier gerade einmal fünf Prozent aller Erwerbstätigen.

Außerdem verbirgt sich hinter den erwähnten Anteilsverschiebungen zwischen den einzelnen Präventionsarten nicht jenes Maß an Innovation, dass wünschenswert ist und möglich gewesen wäre. Obwohl der Anteil der Ausgaben für die individuelle Verhaltensprävention im Vergleich zu 2015 – bei fortgesetztem Anstieg ihres absoluten Umfanges – abgenommen hat, ist er mit rund 36 Prozent im Jahr 2019 nach wie vor erheblich (MDS/GKV-Spitzenverband 2020) – trotz der weithin geteilten Skepsis im Hinblick auf den Nutzen dieser Art von Prävention. Darüber hinaus spielt auch die Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen nach wie vor eine viel zu geringe Rolle im Kassenhandeln. Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention wenden sich überwiegend an Mittelschichtsangehörige mit höherem Bildungsgrad, während immer noch zu wenige Präventionsaktivitäten in Lebenswelten mit einem hohen Anteil sozial Benachteiligter (zum Beispiel soziale Brennpunkte, Kitas und Schulen in benachteiligten Quartieren) stattfinden. Schließlich ist keineswegs sicher, ob und inwieweit die mit dem Präventionsgesetz etablierte institutionelle Architektur tatsächlich zu einer substanziellen Reduzierung der handlungsfeldtypischen Koordinationsprobleme beitragen kann. Die Verwendung der Mittel wird von den Krankenkassen und ihren Interessen geprägt, während insbesondere die Kommunen eine zu schwache Einbindung in die Entscheidungsstrukturen beklagen.

4. Hintergründe und Motive, fördernde und hemmende Faktoren

Das unübersichtliche und in vielerlei Hinsicht widersprüchliche Bild von Gesundheitsförderung und Prävention ist nicht auf die genannten Beispiele beschränkt. Es zeigt sich auch in anderen Bereichen dieses weiten Politikfeldes. So hat in der Tabakkontrollpolitik das 2007 verabschiedete Bundesnichtraucherschutzgesetz erhebliche Verbesserungen gebracht, während zum Beispiel bei der Tabakwerbung und der Tabakbesteuerung deutliche Defizite bestehen. Damit bleibt Deutschland unterm Strich weit hinter den Maßnahmen vieler anderer EU-Mitgliedstaaten zurück, sodass es auf der von einer internationalen Expertengruppe entwickelten Tabakkontrollskala im Jahr 2019 im europäischen Vergleich nur den 36. und damit letzten Rang belegte (Joossens u.a. 2020: 12). Im gesundheitsbezogenen Umweltschutz zählt Deutschland seit Jahrzehnten unter den EU-Mitgliedstaaten zu den stärksten Gegnern strengerer Grenzwerte für Autoabgase.

Die Gründe für die gezeigten Widersprüche in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik lassen sich nicht auf einen Nenner bringen. Vielmehr wirken hier unterschiedliche Einflussfaktoren zusammen. Folgende Aspekte sollen dabei unterschieden werden. Die politische Aufwertung von Gesundheitsförderung und Prävention ist zu einem wesentlichen Teil eine Reaktion auf den mit der gesellschaftlichen Alterung einhergehenden Wandel kapitalistischer Reproduktionsbedingungen. Aus Sicht politischer Entscheidungsträger hat sich der demografische Wandel zu einem erstrangigen sozialen und ökonomischen Problem entwickelt. Dieser Zusammenhang hat seinerseits unterschiedliche Aspekte. Erstens sollen Gesundheitsförderung und Prävention dazu beitragen, dem erwarteten Ausgabenanstieg für medizinische Versorgung und Altenpflege zu begrenzen.² Der mit chronischer Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit einhergehende Versorgungsbedarf soll auf einen möglichst kurzen Zeitraum vor dem Ende eines nicht mehr zu verlängernden Lebens begrenzt werden, um vor allem Arbeitgeber und öffentliche Haushalte, aber auch Krankenversicherte finanziell zu entlasten. Zweitens erfasst der demografische Wandel auch die Unternehmen. Mit der Alterung der Erwerbstätigen wächst auch die Gefahr einer Zunahme von Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung oder Erwerbsminderung und damit von Produktivitätsverlusten, insbesondere vor dem Hintergrund eines verbreiteten Fachkräftemangels. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sollen

² Dass gegen die Erwartung der ausgabenmindernden Wirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention zahlreiche Argumente vorgebracht werden, ändert nichts daran, dass dieses Narrativ für zahlreiche politische Entscheidungsträger handlungsleitend ist.

dazu beitragen, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gesund altern, die Belastungen des Arbeitslebens besser bewältigen, seltener erkranken und bis 67 oder sogar noch länger arbeiten können. Drittens macht das Nutzenkalkül vor dem Rentenalter nicht Halt: Gesundheitsförderung und Prävention sollen das Leitbild des aktiven Alterns Realität werden lassen (van Dyk/Lessenich 2009): Alte sollen selbst Familienangehörige pflegen oder sich ehrenamtlich auf anderen Feldern sozialer Dienstleistung engagieren und so Ausgaben für professionelle Dienstleistungen begrenzen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind in diesem Sinne Teil einer Sozialinvestitionsstrategie, die nicht mehr primär – wie die klassische, redistributiv-kompensatorische Sozialpolitik – darauf zielt, soziale Benachteiligungen abzufedern und schwierige Lebenssituationen zu bewältigen, sondern Ausgaben für Soziales zu vermeiden und die Produktivitätspotenziale einer verbesserten Bevölkerungsgesundheit zu erschließen. Die Tendenzen zur Aufwertung und Modernisierung von Primärprävention lassen sich insofern auch als Antwort auf die Verschärfung des internationalen Standortwettbewerbs begreifen und sind auch mit Konzepten einer angebotsorientierten Austeritätspolitik kompatibel. Der Umbau von Sozialpolitik in Richtung auf Sozialinvestitionen zur Steigerung volkswirtschaftlicher Produktivität wird seit Jahren in zahlreichen Ländern verfolgt (Midgley u.a. 2017) und ist auch ein Kernelement der von der Europäischen Kommission und vom Europäischen Rat formulierten Strategie »Europa 2020« (vgl. European Commission 2013).

Allerdings lässt sich staatliche Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik nicht allein als eine Antwort auf sich verändernde kapitalistische Reproduktionsbedingungen interpretieren. Parallel dazu vollzog sich in der jüngeren Vergangenheit auch in Politik und Gesellschaft ein Wandel in der Wahrnehmung und Bewertung von Gesundheit, der seine Resonanzen im politischen System hinterlässt. So genießt »Gesundheit« im Wertekanon der Bevölkerung nach wie vor einen hohen Stellenwert und hat sich in manchen akademischen Milieus sogar zu einem regelrechten »Gesundheitswahn« gesteigert, mitunter auch zurückgehend auf eine Internalisierung gesteigerter Leistungs- und Flexibilitätserwartungen in der Arbeitswelt und darüber hinaus (Röcke 2021). Das politische Skandalisierungspotenzial gesundheitsgefährdender Praktiken ist außerordentlich hoch und beinhaltet erhebliche Risiken für politische Entscheidungsträger. Indem sie diesem Umstand partiell Rechnung tragen, können sie auch begründet darauf hoffen, Zustimmung in der Bevölkerung zu erhalten und ihre Wähler*innenbasis zu verbreitern. Jedenfalls sind die politischen Legitimationsrisiken von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen ziemlich gering.

Grenzen findet diese Orientierung wiederum dort, wo Gesundheit und mächtige ökonomische Interessen selbst im Widerspruch zueinanderstehen, wie zum Beispiel der Arbeitsschutz oder der Umgang mit Grenzwerten für die Feinstaubbelastung durch Autoabgase zeigen. All diese Entwicklungen verdeutlichen, dass »Gesundheit« für sich allein nach wie vor kein sonderlich starkes Motiv für die Gesundheitspolitik ist, sondern vor allem dann zum Tragen kommt, wenn sie einen Beitrag zur Erreichung anderer – vor allem ökonomischer – Ziele zu leisten verspricht (Rosenbrock u.a. 1994).

Neben der Dominanz ökonomischer Interessen besteht eine Reihe weiterer Hindernisse für eine Aufwertung und Modernisierung der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik. Erstens ergeben sich erhebliche Probleme für die Legitimation (und Finanzierung) kontextbezogener primärpräventiver Interventionen aus den Schwierigkeiten der Evaluation und damit des Nutznachweises für derartige Maßnahmen. So bringen die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, die partizipative Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings oder die Reduktion von Umweltbelastungen oftmals hohe Kosten mit sich, wohingegen ihr monetärer Nutzen oft nur schwer zu messen ist oder jenseits der Interessen der Akteure beziehungsweise ihrer meist kurzfristigen Planungshorizonte liegt, wie der quartalsweisen Bilanzierung bei Unternehmen oder der Wahlperiode in der Politik.

Zweitens sind bei Ansätzen einer integrierten, lebensweltbezogenen und partizipativen Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik der Anpassungsbedarf für die beteiligten Institutionen, der Koordinierungsbedarf zwischen den Akteuren und damit die Komplexität der an sie gerichteten Handlungsanforderungen sehr hoch. So müssen Akteure gesundheitsbezogene Maßnahmen häufig in Organisationen implementieren, die anderen Zielen und Anreizsystemen folgen, und damit gewachsene Handlungsroutrinen und Problemwahrnehmungen infrage stellen. Der hohe Koordinations- und Anpassungsbedarf kann manche Akteure überfordern – erst recht dann, wenn strukturelle Handlungszwänge (zum Beispiel ein schwieriges Marktumfeld für Unternehmen oder Finanznot der öffentlichen Haushalte) fortbestehen. Entsprechend zahlreich und hoch sind die Hürden für die Implementation solcher Vorhaben. Um überhaupt die Aussichten auf eine Umsetzung von Präventionsprojekten zu verbessern, reagieren Akteure daher häufig mit dem Bemühen, die Komplexität der Handlungsbedingungen zu reduzieren und sich auf das »Machbare« zu beschränken. In der Konkurrenz unterschiedlicher Präventionskonzepte setzen sich somit zumeist diejenigen durch, die an ihre gesellschaftliche Umwelt am besten angepasst sind (»Darwinsches Gesetz der Prävention«; Kühn 1993), also den geringsten gesellschaftlichen Veränderungsbedarf mit sich bringen – ein Mechanismus, der die weit ver-

breitete gesundheitspolitische Präferenz für verhaltenspräventive Maßnahmen begünstigt.

Drittens erschwert die mit der eingangs erwähnte Fragmentierung des Politikfeldes verbundene große Zahl und Heterogenität von Akteuren, Aufgaben, Zuständigkeiten, Interessen, Problemdeutungen, Zielen, Praktiken und Handlungsroutinen die Handlungskoordinierung. Diese Merkmale treten bei der Organisation und Struktur der Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionspolitik in der komplexen Arbeitsteilung zwischen Bund und Ländern sowie in den Zuständigkeiten und Präventionsaufträgen der diversen Sozialversicherungsträger zutage (Kießling 2016).

Dass der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz die Krankenkassen in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik weiter aufwertete, ist aus vor allem aus zwei Gründen problematisch. Erstens nutzen sie, im Wettbewerb um niedrige Zusatzbeitragssätze stehend, ihre gesetzlichen Handlungsaufträge in der Gesundheitsförderung, um Menschen mit geringen Krankheitsrisiken zu umwerben (Bundesamtversicherungsamt 2018). Dies lässt sich am besten mit verhaltensbezogenen Maßnahmen erreichen, denn diese werden von dieser gesunden und gesundheitsbewussten Klientel besonders häufig in Anspruch genommen. Hingegen sind sie an einer Prävention durch Gestaltung von Lebenswelten nur begrenzt interessiert. Zweitens ist nicht ersichtlich, warum Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in bestimmten Lebenswelten besonders gut oder sogar besser geeignet sein sollen als kommunale Akteure. Häufig mangelt es ihnen an Wissen und Zugängen über die betreffenden Settings sowie an Ressourcen zur dringend notwendigen Koordinierung der lokalen und regionalen Akteure (zum Beispiel Vereine, Beratungsdienste, ehrenamtliche Personen). Dies zeigt auch, dass Krankenkassen hier Aufgaben zugewiesen werden, für die sie nicht geschaffen worden sind.

5. Schluss

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Zugleich ist dieses Feld geprägt von zahlreichen Unterlassungen. Auch Versuche, das Rad zurückzudrehen, sind keine Seltenheit. Ökonomische Partikularinteressen, die Verfügung über Machtressourcen, die Beharrungskraft historisch gewachsener Orientierungen und Handlungsmuster von Institutionen spielen dabei eine prägende Rolle. Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist nach wie vor niedrig. Insbesondere das übergreifende Ziel einer Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen hat ein viel zu geringes Ge-

wicht, ebenso wie Maßnahmen, die eine partizipativ gestaltete Veränderung von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen in den Mittelpunkt rücken.

Ökonomische Interessen sind für die politische Einstellung zu Gesundheitsförderung und Prävention von besonderer Bedeutung. Diejenigen, denen an der Stärkung dieses Handlungsfelds gelegen ist, können vor diesem Hintergrund in ein Dilemma geraten. Wenn sie für Gesundheitsförderung und Prävention unter Hinweis auf deren wirtschaftlichen Nutzen plädieren, so verfolgt dies einerseits den Zweck, die Durchsetzungskraft des Gesundheitsargumentes durch positive Bezugnahme auf mächtige Interessen jenseits von Gesundheit zu stärken. Andererseits begibt man sich damit in Gefahr, zumindest diskursiv die Verfolgung gesundheitlicher Ziele von eben diesen anderen gesundheitsfremden Interessen abhängig zu machen.

Dies hat zwei problematische Konsequenzen. Erstens erodieren die Legitimationsgrundlagen für Gesundheitsförderung und Prävention, wenn daran geknüpfte Profiterwartungen der Einzelkapitale beziehungsweise volkswirtschaftliche Wachstumserwartungen der politischen Entscheidungsträger*innen sich nicht realisieren oder nicht mehr plausibel gemacht werden können. Zweitens beinhaltet das Nutzenargument eine latente soziale Selektivität. Wenn Gesundheitsförderung und Prävention mit ökonomischen Nutzenerwägungen, etwa in der betrieblichen Gesundheitspolitik, legitimiert werden, so könnten davon vor allem solche Gruppen profitieren, deren Gesundheit Nutzen verspricht, weil ihre Qualifikation auf dem Arbeitsmarkt nicht ohne weiteres zu ersetzen ist. Das Plädoyer für Gesundheitsförderung und Prävention sollte sich daher zuerst und vor allem auf die Gesundheit und ihre Bedeutung für Lebensqualität und Lebensdauer beziehen und von anderen Argumenten nur mit Vorsicht Gebrauch machen.

Literatur

- Adolph, Lars / Michel, Jörg (2018): Regulativer Rahmen und programmatische Aktivitäten zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt. ASU – Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 53 (Sonderheft). Stuttgart: 44-50.
- Barth, Christof u.a. (2014): Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland. Dortmund. BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2020). Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund. DOI: <http://doi.org/10.21934/baua:bericht20191007>.
- Beck, David (2013): Betriebliche Gesundheitspolitik – Überlegungen zur Analyse betrieblicher Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis als Gegenstand von Politik. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 49. Hamburg: 10-28.
- / Lenhardt, Uwe (2019): Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: findings from a company survey in Germany. In: International Archives of Occupational and Environmental Health 92(3): 435-451. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00420-019-01416-5>.

- Brettner, Johannes u.a. (2021): Demokratie in der Arbeitswelt – eine vergessene Dimension der Arbeitspolitik? Daten, Schwerpunkte, Trends. In: Schmitz, Christoph / Urban, Hans-Jürgen (Hg.): Demokratie in der Arbeit. Eine vergessene Dimension der Arbeitspolitik? Gute Arbeit – Ausgabe 2021. Frankfurt/M.: 291-377.
- Bundesversicherungsamt (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn.
- Cazes, Sandrine u.a. (2019): A Hard Day's Night: Collective bargaining, workers' voice and job quality. In: OECD: Negotiating Our Way Up: Collective Bargaining in a Changing World of Work. Paris: 164-228. DOI: <http://doi.org/10.1787/1fd2da34-en>.
- Dörre, Klaus (2003): Das flexibel-marktzentrierte Produktionsmodell – Gravitationszentrum eines neuen Kapitalismus? In: Dörre, Klaus / Röttger, Bernd (Hrsg.): Das neue Marktregime. Konturen eines nach-fordistischen Produktionsmodells. Hamburg: 7-34.
- Ehlscheid, Christoph (2021): Mitbestimmung in der Transformation. In: Schmitz, Christoph / Urban, Hans-Jürgen (Hg.): Demokratie in der Arbeit. Eine vergessene Dimension der Arbeitspolitik? Gute Arbeit – Ausgabe 2021. Frankfurt/M.: 128-144.
- Ellguth, Peter / Kohaut, Susanne (2021): Tarifbindung und betriebliche Interessenvertretung: Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel 2020. In: WSI-Mitteilungen 74(4): 315-322. DOI: <http://doi.org/10.5771/0342-300X-2021-4-306>.
- European Commission (2013): Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020. Brussels, 20.2.2013. COM (2013) 83 final.
- Fromm, Christine u.a. (1995): Reform des Arbeitsschutzes. Veränderte Handlungsbedingungen für die betriebliche Interessenvertretung. In: WSI-Mitteilungen 48(2): 122-129.
- Geene, Raimund / Reese, Michael (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt/M.
- Gerlinger, Thomas (2021): Präventionsgesetz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <http://doi.org/10.17623/BZGA:224-i092-2.0>.
- GKV-Spitzenverband (2020): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. URL: <https://www.gkv-spitzenverband.de/>, Zugriff: 10.8.2021.
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2017): Gesundheitsförderung und Prävention. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer. Bern.
- Hägele, Helmut (2019): Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, 2. Strategieperiode. URL: <http://www.gda-portal.de/>, Zugriff: 6.9.2021.
- Hauß, Friedrich u.a. (1980): Gesundheitspolitik im Betrieb. In: WSI-Mitteilungen 33(10): 570-581.
- Hermann, Christoph (2008): Kampf um die Arbeitszeit. Ein Überblick. In: PROKLA 150 38(2): 83-102. DOI: <https://doi.org/10.32387/prokla.v38i150.484>.
- Joossens, Luk u.a. (2020): The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brussels.
- Kaufhold, Karl Heinrich (1989): 150 Jahre Arbeitsschutz in Deutschland: Das preußische Regulatorium von 1839 und die weitere Entwicklung bis 1914. In: Arbeit und Recht 37(8): 225-232.
- Kießling, Andrea (2016): Der deutsche Sozialstaat als Sozialversicherungsstaat und seine Auswirkungen auf das Präventionsrecht. In: Rechtswissenschaft 7(4): 597-624. DOI: <http://doi.org/10.5771/1868-8098-2016-4-597>.
- Kolip, Petra / Müller, Veronika (Hg.) (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern.
- Kühn, Hagen (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin.
- Larisch, Joachim (2009): Arbeitsschutz und ökonomische Rationalität. Ansätze und Grenzen einer »Vertrieblichung« von Sicherheit und Gesundheitsschutz. Berlin.

- Lenhardt, Uwe / Beck, David (2016): Prevalence and quality of workplace risk assessments – Findings from a representative company survey in Germany. In: *Safety Science* 86: 48-56. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.02.017>.
- Marx, Karl (1890): *Das Kapital*, Band 1. Marx-Engels-Werke (MEW), Bd. 23. Berlin 1972.
- (1894): *Das Kapital*, Band 3. Marx-Engels-Werke (MEW), Bd. 25. Berlin 1972.
- Midgley, James u.a. (2017): Social investment and social welfare. *International and critical perspectives*. Cheltenham.
- Niedhammer, Isabelle u.a. (2021): Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. In: *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* (Online First). DOI: <http://doi.org/10.5271/sjweh.3968>.
- Nies, Sarah / Menz, Wolfgang (2021): Rationalisierungsdynamiken der Digitalisierung und ihre Belastungsfolgen. In: Aulenbacher, Brigitte u.a. (Hg.): *Mosaiklinke Zukunftspfade*. Gewerkschaft, Politik, Wissenschaft. Münster: 338-344.
- Pickshaus, Klaus (2014): *Rücksichtslos gegen Gesundheit und Leben. Gute Arbeit und Kapitalismuskritik – ein politisches Projekt auf dem Prüfstand*. Hamburg.
- Pieper, Ralf (2021): Grundlagen der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG). In: vom Stein, Jürgen u.a. (Hg.): *Gesundheitsmanagement und Krankheit im Arbeitsverhältnis*. Handbuch, 2. Aufl. München: 105-119.
- Röcke, Anja (2021): *Soziologie der Selbstoptimierung*. Berlin.
- Rosenbrock, Rolf u.a. (Hg.) (1994): *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin.
- / Lenhardt, Uwe (2014): *Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz*. In: Hurrelmann, Klaus u.a. (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 4., vollst. überarb. Aufl. Bern: 333-344.
- Statistisches Bundesamt (2021): *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger*. URL: <https://www.gbe-bund.de/>, Zugriff: 6.9.2021.
- Urban, Hans-Jürgen (2013): *Der Tiger und seine Dompteure. Wohlfahrtsstaat und Gewerkschaften im Gegenwartskapitalismus*. Hamburg.
- Van Dyk, Silke / Lessenich, Stephan (2009): *Ambivalenzen der (De-)Aktivierung: Altwerden im flexiblen Kapitalismus*. In: *WSI-Mitteilungen* 62(10): 540-546.
- Walters, David u.a. (2012): *Worker representation and consultation on health and safety. An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*. European Risk Observatory Report. Luxembourg. URL: <http://www.osha.europa.eu/>, Zugriff: 6.9.2021.
- / Wadsworth, Emma (2020): *Participation in safety and health in European workplaces: Framing the capture of representation*. In: *European Journal of Industrial Relations* 26(1): 75-90. DOI: <http://doi.org/10.1177/0959680119835670>.
- Wanek, Volker / Schreiner-Kürten, Karin (2021): *Bedeutung und Rolle der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung*. In: Tiemann, Michael/Mohokum, Melvin (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Wiesbaden: 139-157.
- WHO (World Health Organization) (1997): *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. URL: <https://www.who.int/>, Zugriff: 16.8.2021.