

# Gesundheitsfördernde Pflichten und Verbote – Wie viel staatliche Autorität ist zumutbar?

## Health Promotion-Related Duties and Rules – The Acceptance of Governmental Authorities in the Private Sphere of Health

**Autor**

**T. Altgeld**

**Institut**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover

### Schlüsselwörter

- Gesundheitsbegriffe
- Gesundheitsförderung
- Verhältnisprävention
- nationale Aktionspläne
- Systemtheorie
- Gesundheitsziele

### Key words

- definitions of health
- health promotion
- structural prevention
- national action plans
- system theory
- health targets

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1237736>  
 Gesundheitswesen 2010;  
 72: 3–9  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0941-3790

### Korrespondenzadresse

**T. Altgeld**  
 Landesvereinigung für  
 Gesundheit und Akademie für  
 Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
 Fenskeweg 2  
 30165 Hannover  
 thomas.altgeld@  
 gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de

### Zusammenfassung

Die Akzeptanz für staatliche Regelungsversuche von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen steigt, wenn nur Minderheiten innerhalb von Gesellschaften von diesen Regelungen betroffen sind. Anhand eines Vergleiches der Tabak- und Alkoholkontrollpolitik in Deutschland werden diese unterschiedlichen Akzeptanzphänomene diskutiert. Die realen Handlungsspielräume der Gesundheitspolitik außerhalb der traditionellen Krankenversorgung und der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausbildung und Ausübung von Gesundheitsberufen sind beschränkt, weil gesundheitsrelevante Verhaltensweisen dem Verantwortungsbereich des Individuums zugeschrieben werden. Außerdem verhindert die deutliche Interessenartikulation von Wirtschaftsbereichen, die von gesundheitsriskanten Produkten profitieren, wirksame Regulierungsmaßnahmen des Staates.

### Einleitung

Die Nichtraucherschutzgesetze der Länder haben in Deutschland eine breite Diskussion ausgelöst, welche gesundheitsfördernden Verbote der Staat vornehmen darf und welche nicht. Sie zeigen auch, welche konkurrierenden Werte und Rechtsgüter in der öffentlichen Diskussion mindestens eine gleichrangige, wahrscheinlich sogar eine größere Rolle spielen als der Gesundheitsschutz selbst. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 30. Juli 2008 zeigt diese Rechtsgüterabwägung besonders klar [1]. Den Verfassungsbeschwerden von zwei Gastwirten und einer Diskothekenbetreiberin, die sich gegen Bestimmungen der Nichtraucherschutzgesetze von Baden-Württemberg und Berlin gewandt hatten, wurde statt gegeben, und zwar nicht, weil die Verfassungsrichter ein striktes Rauchverbot in Gast-

### Abstract

The acceptance of governmental authorities in the private sphere of health is increasing, even if the regulated behaviour patterns concern only small groups of a population. The tobacco and alcohol control policies in Germany are a good example for the different acceptance within the population of structural prevention strategies. The scope of action for a sustainable health policy, along side the health care sector and the framework for health professionals, is only limited. The responsibility for health seems to be a personal topic. Furthermore, the interests of the producers of harmful products hinder an effective governmental regulation.

stätten durch den Gesetzgeber ablehnen, sondern weil die angegriffenen Regelungen die Beschwerdeführer in ihren Grundrechten auf freie Berufsausübung verletzen. In ihrer Urteilsbegründung wird ausdrücklich hervorgehoben, dass der Gesetzgeber das Recht hätte, ein striktes, ausnahmsloses Rauchverbot in Gaststätten zu verhängen. Sowohl in der Urteilsbegründung als auch in der Pressemitteilung des Gerichts wird dies ausdrücklich betont: „Da die Gesundheit und erst recht das menschliche Leben zu den besonders hohen Gütern zählen, darf ihr Schutz auch mit Mitteln angestrebt werden, die in das Grundrecht der Berufsfreiheit empfindlich eingreifen. Der Gesetzgeber ist von Verfassungs wegen nicht gehalten, mit Rücksicht auf die Berufsfreiheit der Betreiber von Gaststätten Ausnahmen von einem Rauchverbot für den Gaststättenbetrieb in Gebäuden und vollständig umschlossenen Räumen

zuzulassen“. Aber die in allen Bundesländern getroffenen Ausnahmeregelungen zeigen für das Verfassungsgericht deutlich auf, dass ein solcher Vorrang für den Gesundheitsschutz gar nicht angestrebt wurde: „Entscheidet er sich aber für eine Konzeption, bei der das Ziel des Gesundheitsschutzes mit verminderter Intensität verfolgt und mit Rücksicht insbesondere auf die beruflichen Interessen der Gastwirte Ausnahmen vom Rauchverbot zugelassen werden, so müssen diese Ausnahmen auch die durch das Rauchverbot wirtschaftlich besonders stark belastete getränkegeprägte Kleingastronomie („Eckkneipen“) miteinfassen“ [1].

Die Interessen der „getränkegeprägten Kleingastronomie“ haben in Deutschland also eine der am intensiv diskutiertesten und dennoch sehr schwerfällig von den Gesetzgebern getroffenen, öffentlichen Gesundheitsschutzregelungen des letzten Jahrzehntes zu Fall gebracht. Die Gefahren paternalistischer Bevormundung durch den Staat einerseits und die Konkurrenz zu anderen Werten, eben des freien Wettbewerbs, wurde von den Gegnern von gesetzlichen Nichtraucherschutzregelungen besonders häufig als Argument gegen die Regelungen ins Feld geführt. Nachfolgend soll deshalb genauer betrachtet werden, wann staatliche Autorität bei welchen gesundheitlichen Themenfeldern akzeptiert wird und welches Handlungsrepertoire überhaupt staatlicherseits eingesetzt werden kann. Genauso wird aufgezeigt werden, wann genau diese Autorität nicht zum Tragen kommt. Anhand systemtheoretischer Grundlagen soll deutlich gemacht werden, warum solche kritischen Regelungen wie die heterogene Landschaft von Nichtraucherschutzgesetzen in Deutschland rechtlich scheitern mussten und warum die Länder sich nun mit Auflockerungsgesetzgebungen in diesem Bereich gegenseitig überbieten.

## Gesundheit zwischen Privatsache und öffentlicher Aufgabe

▼ In allen öffentlichen Diskussionen über die Gesundheit an sich und die optimalen Wege zu deren Erhaltung dominieren nach wie vor subjektive Gesundheitsbegriffe, die von Individuen genauso wie die von unterschiedlichen mit Gesundheit im weitesten Sinnen befassten Berufsgruppen oder Politikbereichen. Eine verbindliche Definition über die von der Weltgesundheitsorganisation in ihrer Verfassung von 1946 bereits getroffenen Definition von Gesundheit, nämlich als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ [2] ist bislang nicht erfolgt. Auch die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO vergrößert letztendlich die begrifflichen Unschärfen, indem sie die Gesundheitsdefinition maßgeblich erweitert: „Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. (...) Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“ [3].

Auch die Voraussetzungen für Gesundheit wurden in der Ottawa-Charta umfassend erläutert: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ [3]. Dieses neue prozesshafte, auf den Alltag bezogene Gesundheitsverständnis der Ottawa-Charta und dessen Zusammenführung mit den Voraussetzungen für Gesundheit potenziert die Möglichkeiten, Gesundheitsförderung zu betreiben. Nicht mehr Gesundheitspolitik im engeren Sinne der Krankenversorgung und des öffentlichen Gesundheitsschutzes, z. B. vor gefährlichen Stoffen oder Infektionskrankheiten, sind damit bestimmend für Gesundheitsförderung, sondern Interventionen in ganz anderen gesellschaftlichen Subsystemen, z. B. dem Bildungswesen oder der Tarifpolitik. Aber in genau diesen Subsystemen sind gesundheitliche Wertvorstellungen bzw. das Bewusstsein darüber, dass diese Subsysteme gesundheitsförderlich oder gesundheitsgefährdend sein könnten, kaum vorhanden.

Um die Handlungsmöglichkeiten der Politik zur Normsetzung im Bereich der Gesundheit und deren gesellschaftliche Akzeptanz genauer auszuloten, ist eine Engführung des Gesundheitsbegriffes notwendig. Schwartz u. a. benennen drei Bezugssysteme, in denen sich Vorstellungen und die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit analysieren lassen:

- ▶ *Bezugssystem der Gesellschaft:* Gesundheit und Krankheit werden hier unter dem Aspekt der Werteorientierung, eines normativen Rechts auf Gesundheit, der wirtschaftlichen Ausgaben der Gesellschaft und der gesellschaftlich legitimierten Definition bei Krankheit betrachtet.
- ▶ *Bezugssystem der betroffenen Person,* wo die subjektive Einschätzung als gesund oder krank die entscheidende Rolle spielt.
- ▶ *Bezugssystem der Medizin und anderer Professionen:* Gesundheit und Krankheit werden als Erfüllung bzw. Abweichung von objektivierbaren Normen und physiologischer Regulation bzw. organischer Funktionen verstanden [4].

Am umfassendsten sind die staatlichen Regelungen in den Bezugssystemen der Gesellschaft und der Medizin sowie anderer Professionen. Bis ins kleinste Detail sind Anspruchsvoraussetzungen, Art, Umfang und Dauer von medizinischen oder anderen Dienstleistungen sowie Ausschlusskriterien, Selbstbeteiligungen an den Kosten oder Überwachung der Leistungserbringung gesetzlich geregelt. Kaum ein anderer Versorgungsbereich ist ähnlich engmaschig verrechtlicht wie die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland durch die Sozial-, Berufsrechts- und Medizinalaufsichtsgesetzgebung. Das hohe Versorgungsniveau in Deutschland wird fast schon als staatliche Errungenschaft gepriesen. Aber gesundheitsbewusstes und -förderndes Verhalten selbst liegt dagegen in erster Linie im Verantwortungsbereich jedes Einzelnen. Die zugrunde liegenden Bezugssysteme lassen sich schwerlich gesetzlich regeln. Schon die Einschätzung und Wahrnehmung von Gesundheitsgefährdungen ist quasi nicht objektivierbar.

Aber mit Blick auf entstehende Kosten in der Gesundheitsversorgung selbst und damit dem allseits akzeptierten Handlungsfeld des Staates, werden die Folgen von bewusst oder unbewusst gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen bereits seit längerem diskutiert. Die Gesundheitspolitik greift damit in Wertsituationen ein und versucht Verhaltensweisen zu sanktionieren,

**Tab. 1** Stufenleiter staatlicher Interventionsmöglichkeiten bei Gesundheitsrisiken.

Laissez faire	vollständige Privatheit von Gesundheitsrisiken, Nichtbeachtung durch staatliche Stellen (z. B. Reisen)
Beobachtung	Berichte, wissenschaftliche Studien, zuständige nachgeordnete Behörden (z. B. Armuts- und Reichtumsberichterstattung, Sachverständigengutachten im Gesundheitswesen, nationale Gesundheitsberichterstattung, Alten- und Jugendberichte der Bundesregierung)
Freiwillige Leistungen	marginale Förderung freier Träger oder von kommunalen Angeboten, minimale Kampagnen, die vor allem auf mediale Informationsvermittlung setzen (z. B. Alkoholprävention, Sexuaufklärung, „Bündnisse für Familien“, kommunale Präventionsräte oder Verkehrserziehung)
Selbstverpflichtungen	der staatlichen Stellen selbst, insbesondere auf Bundesebene in Form nationaler Aktionspläne (z. B. „Nationaler Aktionsplan Diabetes“ oder „in form – Nationaler Aktionsplan Bewegung und Ernährung“, Aktionsplan Allergien, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit), aber auch auf Bundeslandebene (z. B. Gesundheitsziele der Länder, Gesundheitsinitiative Bayern aktiv) oder gemeinsam mit der Industrie (z. B. freiwillige Werbeeinschränkungen der Tabakindustrie im Umfeld von 150 m von Haupteingängen von Schulen)
Anreizsysteme (gesetzliche Regelungen 1)	z. B. über die Besteuerung von Produkten (z. B. Tabak oder Alkopops) oder über Bonus/Malusprogramme innerhalb der Sozialversicherungen (z. B. regelmäßige Kontrolluntersuchungen der Zähne als Anspruchsvoraussetzung für maximale Erstattung von Zahnersatzleistungen oder im Rahmen von Beitragsrückerstattungsleistungen für gesundheitsförderliches Verhalten)
Verbote (gesetzliche Regelungen 2)	Werbeverbote (z. B. für Tabak im Fernsehen), Nutzungseinschränkungen, Produktionsverbote oder Strafbarkeit von Besitz und Produktion (z. B. illegale Drogen)

die bislang genau diesem Regelungsbedarf entzogen waren. Luhmann hat die den Handlungsrahmen staatlicher Verwaltung als gesellschaftliches Subsystem folgendermaßen charakterisiert: „Die Verwaltung des Staates im weitesten, alle Gewalten einschließenden Sinne hat es mit der gesamten Gesellschaft zu tun und deshalb mit einer äußerst komplexen, widerspruchreichen Wertsituation. Sie muss, will sie sich – wie heute selbstverständlich – als demokratisch und sozialstaatlich verstehen, *jede* wertrelevante Folge ihres Handelns berücksichtigen, soweit ihre Entscheidungskapazität reicht. (...) Das politische System muss daher, um durch seine Zwecke die notwendige Unterstützung aktivieren zu können, die Staatsziele so breit und vieldeutig formulieren, dass sie zwar konsensfähig sind, aber als interne Rationalisierungs-, Arbeitsteilungs- und Kontrollstruktur versagen“ [5].

Diese an sich schon bereits „äußerst komplexe, widerspruchreiche Wertsituation“ ist für bestimmte gesellschaftliche Bereiche wie den Gesundheits- und Erziehungsbereich besonders widerspruchreich, weil sie den Alltag und die Lebenschancen vieler (oder fast aller) Individuen bestimmen. Bezogen auf den Bildungssektor diagnostiziert Luhmann eine „relative Autonomie“: „Es bildet sich ein *modus vivendi*, ein historischer und veränderbarer Kompromiss in der Frage, welche Probleme einer politischen Lösung bedürfen und welche nicht politisiert werden können“ [6]. Genau dieser *modus vivendi* was individuelle Gesundheitsverhaltensweisen anbelangt, wurde mit der aktuellen Nichtraucherschutzgesetzgebung versucht neu zu justieren und ist gerade deshalb auf so erheblichen Widerstand gestoßen, weil die Marktinteressen des gesellschaftlichen Subsystems der Wirtschaft hier mit der Ablehnung staatlicher Problemlösungen in einem bislang privaten Bereich durch viele Individuen einhergehen.

### Staatliche Interventionsmöglichkeiten bei Gesundheitsrisiken

Die große Aufregung um die Nichtraucherschutzgesetzgebung verdeckt den Blick darauf, dass es in einigen Bereichen gesundheitsbezogene gesetzliche Verbote und Pflichten gibt, die unhinterfragt in gesellschaftliche Routinen übergegangen sind, z. B. der Arbeitsschutz, das Verbot harter Drogen (von Cannabis bis

Kokain) oder Chemikaliengrenzwerte bei der Produktion von Lebensmitteln bzw. in Abgasen. Die deutsche Diskussion um das Rauchverbot in öffentlichen Räumen hat jedoch sehr deutlich gezeigt, dass gesundheitsbezogene Verbote durch den Staat, die nicht nur kleinere Bevölkerungsgruppen betreffen, wie beispielsweise Arbeitgeber, Landwirte oder Drogengebraucher, sondern immerhin etwa ein Drittel der Bevölkerung und zudem massiv wirtschaftliche Interessen vieler Gewerbetreibender betreffen, keineswegs leicht durchsetzbar sind. Die Behandlung von Gesundheitsrisiken durch den Staat lässt sich durch folgende Stufenleiter systematisieren, wobei wird hier nur das engere Feld der Gesundheitspolitik selbst beispielhaft betrachtet und nicht auch die mittelbaren Handlungsmöglichkeiten, z. B. in der Umwelt- oder Verkehrspolitik (s. [Tab. 1](#)).

Welche Stufe die Politik erreicht und welche Form von Verhältnis- und Verhaltensprävention damit als staatliche Aufgabe akzeptiert wird, hängt von der gesellschaftlichen Verankerung des jeweiligen Gesundheitsrisikos ab. Die (gesundheitlichen) Freiheiten des Einzelnen sind immer gesellschaftlich definiert. Allerdings erfolgt dieser gesellschaftliche Definitionsprozess unter massiver Einflussnahme von Lobbyisten, „Informationskampagnen“ der Wirtschaft und gezielte Medienarbeit mit Ergebnissen von industrieffreundlicher Auftragsforschung.

### Nationale Aktionspläne als symbolisches Politikfeld

Auf die geringsten Widersprüche der staatlichen Interventionsmöglichkeiten bei Gesundheitsrisiken stoßen staatliche Selbstverpflichtungen aller Art. Das Modell des Aushandelns unterschiedlicher Interessen zwischen der Industrie oder unterschiedlichen Interessengruppen und dem Gesundheitsministerium oder zwischen verschiedenen Ministerien ist breit akzeptiert und Bestandteil ministerieller Routinen. Im Gesundheitsbereich selbst wurden allein in der Legislaturperiode 2005–2009 mehrere gesundheitsbezogene oder doch zumindest gesundheitsrelevante Nationale Aktionspläne entwickelt, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Hier seien nur die letzten drei kurz skizziert:

- Der im März 2007 verabschiedete *Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von HIV/Aids* verfolgt das Ziel, Präventionsarbeit in diesem Bereich auszubauen. Ebenso dazu

gehört die länderübergreifende Zusammenarbeit bei der Bekämpfung des HI-Virus. Sie war ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft. Der Aktionsplan wurde gemeinsam von dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung erarbeitet [7].

- ▶ Der *Nationale Aktionsplan Diabetes mellitus* wurde 2008 vom Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erstellt. Für die Bereiche Prävention, Versorgung und Forschung wurde der Ist-Zustand analysiert und Zielvorgaben bis zum Jahre 2010 entwickelt [8].
- ▶ Der im Juni 2008 vorgelegte *Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten* „in form“ hat als erklärtes Ziel, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Er wurde gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz vorgelegt. Bis zum Jahre 2020 sollen sichtbare Ergebnisse erreicht werden. Ziel ist es, dass sich das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Bevölkerung positiv verändert und ernährungsmitbedingte Krankheiten zurückgehen [9].

Über dieses Instrument eines Nationalen Aktionsplanes hinaus sind eine ganze Reihe anderer Formen von Selbstverpflichtungen und Absichtserklärungen des Staates erarbeitet worden, teilweise von dem zuständigen Ministerium und seinen nachgeordneten Behörden selbst, z.B. die Strategie Kindergesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit 2008 [10] oder gemeinsam mit anderen Akteuren, z.B. das nationale Gesundheitszielekonzept von [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) [11] von 2002 bis 2009. Auffallend ist an allen genannten Papieren, dass sie von der Fachöffentlichkeit eher freundlich diskutiert und begrüßt werden, von einer größeren Allgemeinöffentlichkeit aber kaum wahrgenommen werden. Die Selbstverpflichtungserklärungen des Staates systematisieren maximal die Zusammenfahrtroutinen unterschiedlicher Ministerien und regen über begrenzte Förderaktivitäten unterschiedlich viele Projekte von Bund, Ländern, Kommunen und der Zivilgesellschaft an. Sie sind was ihre finanziellen Reichweiten betreffen, insoweit sie überhaupt über solche verfügen, sehr begrenzt und damit auch in ihrem Wirkungsradius beschränkt. Weil sie nur Appellcharakter an Institutionen und Individuen haben, werden sie als symbolische Politikstrategie zumindest nicht abgelehnt, aber auch nicht nachhaltig beachtet. Der verhaltensbeeinflussende Erfolg solcher Politikstrategien wird bislang nicht evaluiert. Hier bestehen aber erhebliche Evaluationsbedarfe, um die Wirksamkeit dieses Ansatzes nachzuweisen und zu erhöhen.

### Welche Gesundheitsverhaltensweisen können politisiert werden und welche nicht?

▼ Gesetzliche Regelungen, insbesondere wenn sie wirtschaftliche Interessen oder das Verhalten von einer relevanten Anzahl von Individuen betreffen, werden dagegen sehr breit diskutiert. Dabei ist interessant zu beobachten, welche Gesundheitsrisiken wann politisiert werden. Im Vergleich zu den meisten EU-Ländern und den USA oder Australien nimmt Deutschland in der Prävention und Kontrolle des Tabakrauchens einen der hinteren Plätze ein. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte be-

reits 2003 mit einstimmiger Unterstützung in der Weltgesundheitskonferenz die Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) [12] verabschiedet, in der die Unterzeichnerstaaten bereits in der Präambel ihre Entschlossenheit betonten, „dem Recht auf Schutz der öffentlichen Gesundheit Priorität einzuräumen“. Eindeutig formuliertes Ziel dieser Convention ist es, „heutige und künftige Generationen von den verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen, indem ein Rahmen für Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs geschaffen wird, die von den Vertragsparteien auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene einzuleiten sind, um die Verbreitung des Tabakkonsums und des Passivrauchens stetig und wesentlich zu vermindern“. Schon die Wortwahl von den „verheerenden“ gesundheitlichen und anderen Folgen des Tabakkonsums und Passivrauchens macht die dringenden Handlungsnotwendigkeiten deutlich. Festgelegt wird ein ganzes Bündel von Maßnahmen von Werbeverböten, Handelseinschränkungen über wirksamen Schutz vor Passivrauchen in geschlossenen Räumen.

Das von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007 vorgelegte Grünbuch „Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene“ [13] untermauert diese WHO-Strategien für den Geltungsbereich der Europäischen Union. Die Zahl der Länder, in denen auch ohne diese europaweiten Strategien bereits frühzeitig Rauchverbote am Arbeitsplatz und in öffentlichen Gebäuden oder in Restaurants und Kneipen erlassen wurden, nimmt zu. In Irland wurde bereits 2004 die erste umfassende gesetzliche Nichtraucherchutzregelung getroffen. Es folgten vergleichbare Regelungen in Italien, Spanien, Schweden, Lettland, Malta und Frankreich.

In Deutschland wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten und geförderten Gesundheitszieleprozesses bereits 2002 als eines von fünf ausformulierten Gesundheitszielen das Ziel „Tabakkonsum reduzieren“ verabschiedet. Es wurde dabei auf einen „Policy-mix“ gesetzt, der sowohl auf Verhaltens- als auch Verhältnisbeeinflussung abzielt. Die im Forum [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) entwickelten Oberziele, Teilziele und Maßnahmen lassen sich den beiden Bereichen der Veränderung von Verhaltensweisen („Verhaltensprävention“) oder der Veränderung von Strukturen („Verhältnisprävention“) zuordnen. Ein nationales Programm zur Reduzierung des Tabakkonsums muss sowohl Strategien der Verhaltensprävention als auch der Verhältnisprävention umfassen. Nachfolgend sind nur die Oberziele aufgeführt:

- ▶ **Aktionsfeld Verhältnisprävention:** Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert (gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen verbessern).
- ▶ **Aktionsfeld Verhaltensprävention:** Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gestiegen (Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung).
- ▶ **Aktionsfeld Verhaltensprävention:** Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf (Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung).
- ▶ **Aktionsfeld Verhaltensprävention:** Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher (Einstieg verhindern/Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen).
- ▶ **Aktionsfeld Verhaltensprävention:** Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt (Schutz vor Passivrauchen erhöhen) [11].

Die wichtigsten verhältnispräventiven Entscheidungen seit Anfang des Jahrtausends wurden in Deutschland bis zu den Nichtraucherchutzgesetzgebungen ausschließlich über die deut-



liche Erhöhung von Tabaksteuern und die Einschränkung der Bezugsmöglichkeiten über Zigarettensautomaten für Jugendliche getroffen. Bereits 1998 wollte die EU-Kommission ein umfassendes Verbot von Tabakwerbung durchsetzen. Doch Deutschland klagte vor dem Europäischen Gerichtshof dagegen und bekam im Jahr 2000 Recht. Im Mai 2003 hat die EU schließlich eine neue Richtlinie verabschiedet, die spätestens zum 31. Juli 2005 umgesetzt werden sollte, aber gegen die wiederum geklagt wurde, insbesondere weil sich die Zeitungsverleger gegen drohende Einnahmeverluste stark gemacht hatten.

In allen EU-Ländern, die Nichtraucherschutzregelungen im öffentlichen Raum vor Deutschland getroffen haben, waren diese Regelungen heftig umstritten. In Deutschland wurde dieses Themenfeld vergleichsweise spät aufgegriffen und erst als die Medien in ihrer Berichterstattung einen Schwenk zur Kritik an der laschen deutschen Gesetzgebungshaltung vollzogen hatten. Zunächst war unklar, ob Deutschland nicht auch auf nationaler Ebene verbindliche Regelungen zum Nichtraucherschutz im öffentlichen Raum treffen könnte. Nachdem im Rahmen der großen Koalition bereits Vorbereitungen im Dezember 2007 für ein ausführliches Nichtrauchergesetz getroffen worden waren, wurde die Bundeszuständigkeit für diesen Bereich verneint und die Landesebene als Gesetzgeber identifiziert. Unter Federführung des Landes Niedersachsen verständigten sich die Ministerpräsidenten der Länder im März 2007 auf die Rahmenbedingungen für die Nichtraucherschutzgesetzgebung auf Landesebene. Ab August 2007 traten die ersten gesetzlichen Regelungen (in Niedersachsen und Baden-Württemberg) in Kraft. Bis zum April 2008 folgten alle anderen Bundesländer. Damit bestand bereits vor dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Juli 2008 ein generelles Rauchverbot in Deutschland, aber zugleich ein Flickenteppich unterschiedlicher Verordnungen, insbesondere was die Ausnahmen vom Rauchverbot, aber auch die Strafen bei Verstößen und die Kontrolle der Umsetzung anbelangt.

Die „verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens“ [12] sind seit langem bekannt und von Gesundheitsexperten skandalisiert worden. Wieso ist in den letzten fünf Jahren nur eine mäßige Beschleunigung der Tabakkontrollpolitik in Deutschland erfolgt? Paradoxerweise war dies erst möglich, seit in Deutschland die Raucherquoten sinken und die Anzahl der Nie-Rauchenden zunimmt. Daten des Mikrozensus, aber auch der Gesundheitssurveys des Bundes belegen, dass in Deutschland ungefähr 20 Millionen Menschen rauchen. Zahlen aus dem Mikrozensus 2005 ergeben, dass 27% der Bevölkerung zwischen 15 und 75 Jahren rauchen, 32% der Männer und 22% der Frauen [14]. Außerdem rauchen nicht mehr alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen häufig. Insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen lässt sich ein Trend zu höheren Raucherquoten vor allem bei sozial benachteiligten Jugendlichen mit niedrigen oder keinen Bildungsabschlüssen feststellen. Die Gesundheitspolitik ist bezogen auf den Zeitpunkt zumindest hier erst restriktiv tätig geworden, seit sich die gesetzlichen Einschränkungen deutlicher auf ein Verhalten von nicht-privilegierten Minderheiten eingrenzen lassen.

### Ganz andere Maßstäbe für Alkoholprävention?

Die epidemiologische Bedeutsamkeit von Alkoholsucht und die damit verbundenen Folgeerkrankungen würden schärfere gesetzliche Regelungen zur Einschränkung des Alkoholkonsums in

Deutschland und anderen europäischen Ländern genauso bedeutsam erscheinen lassen wie Rauchverbote. Die Drogenaffinitätsstudie 2007 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigt, in welchem Ausmaß gerade Jugendliche bereits Alkohol konsumieren. Das Einstiegsalter für regelmäßigen Alkoholkonsum liegt demnach bei 13 Jahren. Jeder fünfte 14-Jährige trinkt bereits einmal wöchentlich Alkohol. Die Hälfte der 16- bis 17-Jährigen konsumiert mindestens einmal im Monat hochprozentige Spirituosen. Vor allem das sogenannte Rauschtrinken hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Die Zahl der Minderjährigen, die wegen einer akuten Alkoholvergiftung stationär behandelt werden müssen, hat sich innerhalb von fünf Jahren von 9500 auf 19400 mehr als verdoppelt [15]. Pro Jahr sterben in Deutschland schätzungsweise 70000 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums. Die Kosten alkoholbedingter Erkrankungen werden auf 20 Milliarden Euro geschätzt [16].

Auch die wirtschaftliche Bedeutung der Alkoholproduktion ist deutlich größer als die der Produktion von Tabakprodukten. Der Bericht für die Europäische Kommission von 2006 „Alkohol in Europa – Eine Public Health Perspektive“ führt dies besonders deutlich vor Augen: „Auf dem globalen Alkoholmarkt spielt Europa eine zentrale Rolle. Aus Europa kommt ein Viertel der Weltalkoholproduktion und mehr als die Hälfte der weltweiten Weinerzeugung. Im Handel ist eine noch stärkere Konzentration in Europa festzustellen, wobei die Europäische Union (EU) an rund 70% der Alkoholexporte und knapp der Hälfte der Weltimporte beteiligt ist. Obwohl der größte Teil dieses Handels zwischen EU Ländern stattfindet, trägt der Alkoholhandel rund 9 Mrd. € zu Handelsbilanz der gesamten EU bei. (...) Alkohol spielt in Zusammenhang mit zahlreichen Arbeitsplätzen eine Rolle. Allein in der Herstellung von alkoholischen Getränken (hauptsächlich Wein) sind über 750000 Menschen beschäftigt. Darüber hinaus gibt es aber auch noch Arbeitsplätze in der Versorgungskette, die mit Alkohol zusammenhängen, z. B. in Gaststätten und Geschäften“ [17].

Die Besteuerung von Alkohol unterliegt in Deutschland speziellen und kaum nachvollziehbaren gesetzlichen Regeln, weil die Steuersätze nicht für alle Alkoholika gelten und da sie sich nicht auf den Alkoholgehalt in der jeweiligen Getränkeart beziehen. Während für Bier, Schaumwein, Alkopops und Branntwein Verbrauchssteuern erhoben werden, wird Wein gar nicht mit besonderen Steuern belegt.

Die Vorschläge des Berichtes für die Alkoholprävention laufen auf ähnliche, strukturelle Maßnahmen hinaus wie die Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Obwohl die gesundheitlichen Folgen von Alkoholkonsum und die volkswirtschaftlichen Kosten keineswegs geringer ausfallen als diejenigen des Tabakkonsums und Passivrauchens, ist eine ähnlich konsequente Präventionspolitik für den Alkoholbereich jedoch nicht einmal ausformuliert worden, geschweige denn im Rahmen der Weltgesundheitskonferenz oder auf EU-Ebene als verbindlicher Framework verabschiedet worden. Auch die am 9. Juni 2008 veröffentlichten Empfehlungen für ein nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention des Drogen- und Suchtrates für die Drogenbeauftragte der Bundesregierung fokussieren ähnliche Regulierungs- und Denormalisierungsinstrumente wie das EU-Papier. Die neun dort ausformulierten Handlungsansätze sind:

- ▶ Den Einstieg verzögern und den risikoarmen Alkoholkonsum bei Jugendlichen fördern,
- ▶ Die Bevölkerung für risikoarmen Konsum motivieren,

- ▶ Nüchternheit fördern (durch Alkoholverzicht im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz, in der Schwangerschaft und bei Medikamenteneinnahme),
- ▶ Werbung und Sponsoring einschränken,
- ▶ Alkoholkonsum durch Preisgestaltung reduzieren,
- ▶ Verfügbarkeit von Alkohol einschränken,
- ▶ Ressourcen bereitstellen,
- ▶ Maßnahmen koordinieren, und
- ▶ Maßnahmenqualität prüfen [16].

Der Schwerpunkt der Vorschläge liegt schon rein quantitativ auf der Verhaltensprävention und der Aufklärung, die bislang im Übrigen keine nachweisbaren Effekte auf den Alkoholkonsum in der deutschen Bevölkerung hatte. Schon das EU-Papier hat ausdrücklich auf die mangelnde Wirksamkeit von Aufklärungskampagnen hingewiesen. In den Schlussfolgerungen des Papiers heißt es: „Aufklärungskampagnen sind nur wenig wirksam, wenn es um die Verringerung alkoholverursachter Schäden geht und stellen daher keine Alternative zu Maßnahmen dar, die den Alkoholmarkt regulieren. Letztere haben die stärksten schadensreduzierende Wirkung auch bei exzessiv trinkenden und jugendlichen Alkoholkonsumenten“ [18].

Schon die vorläufige Fassung des deutschen Empfehlungspapiers, die im März in die Presse gelangte, löste einen Sturm der Entrüstung bei der Werbewirtschaft, den Alkoholherstellern und des Gaststättengewerbes aus und führte dazu, dass die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die die Erarbeitung des Papiers in Auftrag gegeben hatte, umgehend dementierte, dass ein Werbeverbot für Alkohol von Seiten der Bundesregierung angedacht würde und auf die Vorläufigkeit des Entwurfes hinwies. Dabei fokussiert das EU-Papier auf die Wirksamkeit von Werbeverboten: „Die Beschränkung kommerzieller Werbung für alkoholische Produkte hinsichtlich Ausmaß und Inhalt wirkt mit hoher Wahrscheinlichkeit schadensverringend. Werbung fördert besonders bei Jugendlichen eine positive Haltung dem Alkoholkonsum gegenüber. Freiwillige Beschränkungen der Alkoholgetränkeindustrie im Sinne einer Selbstregulation der kommerziellen Werbung waren in der Vergangenheit eher wirkungslos. Werden Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation über die Auswirkungen eines Werbeverbots auf die EU übertragen, so ergibt sich, dass damit 202 000 Jahre an Behinderung und vorzeitigem Tod vermieden werden könnten, was Kosten in der Höhe von 95 Mrd. € jährlich entspricht“ [18].

Wirksame und auch akzeptierte, strukturelle Maßnahmen zur Alkoholprävention sind bislang nur im Bereich des Straßenverkehrs und innerhalb des Jugendschutzgesetzes umgesetzt worden. Eine Regulierung des Alkoholmarktes über Besteuerungsinstrumente wurde bei den Alkopops erfolgreich umgesetzt, allerdings führte dies nur zu Konsumeinschränkungen bei Alkopops und wahrscheinlich zum Ausweichen auf andere Alkoholarten, weil eine einheitliche Besteuerungspolitik weder für Alkohol noch für Tabakprodukte in Deutschland existiert.

## Fazit

Das Beispiel der strukturellen Maßnahmen zur Alkoholprävention zeigt, wie wenig staatliche Autorität bei Gesundheits- bzw. Risikoverhaltensweisen im Alltag akzeptiert ist, wenn es um Verhaltensweisen geht, die von einer Mehrheit der Bevölkerung ausgeübt werden. Die kulturbedingte Akzeptanz von Alkoholkonsum hat in Deutschland fast den Stellenwert eines nationalen Kulturgutes. Bei dem Zusammenspiel von Verbreitung eines gesundheitsriskanten Verhaltens innerhalb der Mehrheitsgesellschaft und massiven wirtschaftlichen Interessen in dem jeweiligen Feld stößt staatlicher Paternalismus sehr schnell an seine Grenzen, weil politische Mehrheiten kaum zu erhalten sind. Die staatliche Regelungsautorität und auch der gesundheitspolitische Impuls, überhaupt aktiv zu werden, enden hier relativ bald. Dass jedoch solche Prozesse tatsächlich veränderbare, historische Kompromisse sind, die festlegen, „welche Probleme einer politischen Lösung bedürfen und welche nicht politisiert werden können“ [6], zeigen die Veränderungen im Bereich der Tabakkontrollpolitik.

Luhmann hat in seiner Gesellschaftsanalyse bereits sehr deutlich gemacht, wie autonom gesellschaftliche Funktionssysteme innerhalb von Gesellschaften sind und sein müssen. Genau diese Autonomie schließt intensive Abgrenzungstendenzen gegenüber anderen Funktionssystemen ein, um das eigene System zu stabilisieren. Das Funktionssystem der (Gesundheits-)Politik kann eben nicht rein zweckrational gegenüber anderen Funktionssystemen (z. B. Wirtschaft, Bildung, Moral oder Wissenschaft) agieren und gesundheitsökonomische Argumentationsketten (zur Entlastung der Sozialversicherungssysteme) in Rechtsnormen gießen ohne deren massive Gegenwehr hervorzurufen. Die Handlungsmöglichkeiten des Staates im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention erschöpfen sich deshalb meistens in symbolischer Politik, die akribisch Gesundheitsprobleme beobachtet oder eventuell minimal gegensteuert über freiwillige finanzielle Leistungen bzw. größtenteils wirkungslose Selbstverpflichtungserklärungen. Das systemtheoretische Handwerkszeug Luhmanns könnte allzu eifrige Verfechter nachhaltiger staatlicher Verhältnisprävention eigentlich leicht vor größeren Illusionen bewahren.

Möglicherweise ist die an politischen Mehrheitsverhältnissen orientierte Regelungs- und Diskurspolitik für gesundheitsriskante Verhaltensweisen von Minderheiten in der Bevölkerung jedoch auch die ordnungspolitische Kehrseite des „Präventionsdilemmas“. Das „Präventionsdilemma“ [19] beschreibt, wie von den vorherrschenden Präventionsprogrammen vor allem besser gestellte Bevölkerungsgruppen mit höherem Bildungsniveau und niedrigeren, gesundheitlichen Bedarfen profitieren. Die Aktivitäten zur Individualprävention der gesetzlichen Krankenversicherer sind dafür das beste Beispiel. Der Präventionsbericht 2008 über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Präventions- und betrieblichen Gesundheitsförderung [20] stellt die Präventionsleistungen nach dem individuellen Ansatz auf lediglich sieben Seiten (von insgesamt 128 Seiten) dar. Fast könnte man so übersehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung aber genau für diese Individualprävention mittlerweile mehr als eine Viertel Milliarde Euro ausgibt und

zwar invers zum eigentlichen Gesetzesauftrag, einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu leisten. Bereits 1994 haben Kühn und Rosenbrock auf eine gewisse Selektion von Präventionsprogrammen hingewiesen: „Es lassen sich Regelmäßigkeiten einer „Zuchtwahl“ von Präventionskonzepten erkennen. Die soziale Umwelt selektiert und mutiert präventive Ideen, Ansätze und Konzepte in einer Weise, in der die Angepasstesten überleben“ [21] (Kühn & Rosenbrock, 1994, S.40). Diese „Zuchtwahl“ angepasster, leicht realisierbarer Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für besser gestellte Bevölkerungsgruppen ist wahrscheinlich das Pendant zu den regulierenden Eingriffsversuchen in das vermeintlich gesundheitsriskante Verhalten von sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen. In der Gesundheitspolitik herrscht nach wie vor ein verkürztes, individualistisches Präventionsverständnis, das sich am Bildungsbürgertum orientiert [19], und kein partizipativer Gesundheitsförderungs-begriff, der sich an den Alltags der adressierten Individuen ausrichtet und genau diese Gruppen schon in die Themenauswahl einbezieht. So lange die für politische Mehrheitsverhältnisse entscheidende Bevölkerungsgruppe der gebildeten Mittelschicht dem Selbstverwirklichungs-postulat zuwider laufende staatliche Regulierungen des eigenen gesundheitsriskanten Verhaltens nicht akzeptiert, werden gesetzlich geregelte Pflichten und Verbote kaum umsetzbar sein. Damit bleibt diese Gruppe – gesundheitlich betrachtet – ihres Glückes Schmied und Gesundheit eine Privatsache.

## Literatur

- 1 <http://www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg08078.html> (Zugriff 1/2009)
- 2 Franzkowiak P, Sabo P. Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz: Verlag Peter Sabo; 1993; 60
- 3 Franzkowiak P, Sabo P. Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz: Verlag Peter Sabo; 1993; 96
- 4 Schwartz FW, Siegrist J, von Troschke J et al. Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leid R, Raspe H, Siegrist J, Walter U., Hrsg. Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., vollst. Überarb. U. erv. Aufl. München und Jena: Urban & Fischer; 2003; 23–46
- 5 Luhmann N. Zweckbegriff und Systemrationalität. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1973; 216
- 6 Luhmann N. Das Erziehungssystem und die Systeme seiner Umwelt. In: Luhmann N, Schorr KE Hrsg. Zwischen System und Umwelt. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1996; 14–52
- 7 Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie. Bonn; 2007
- 8 Bundesministerium für Gesundheit. Aktionsplan Diabetes mellitus. Bonn; 2008
- 9 Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit. Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten „in form“. Bonn; 2008
- 10 Bundesministerium für Gesundheit. Strategie Kindergesundheit. Bonn; 2008
- 11 <http://www.gesundheitsziele.de/> (Zugriff 1/2009)
- 12 Weltgesundheitsorganisation. Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (amtliche deutsche Übersetzung). Genf; 2004
- 13 Kommission der Europäischen Gemeinschaften. Grünbuch: Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene. Brüssel; 2007
- 14 <http://www.rauchfrei-info.de/index.php?id=19> (Zugriff 1/2009)
- 15 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Köln; 2008
- 16 Facharbeitsgruppe „Suchtprävention des Drogen- und Suchtrates“. Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates an die Drogenbeauftragte für ein Nationales Aktionsprogramm Alkoholprävention. Berlin; 2008; 1
- 17 Andersen P, Baumberg P. Alkohol in Europa – Eine Public Health Perspektive. Ein Bericht für die Europäische Kommission – Zusammenfassung. Brüssel; 2006; 2f
- 18 ebd. S.16
- 19 Bauer U. Das Präventionsdilemma. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005
- 20 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Präventionsbericht 2008. Düsseldorf; 2008
- 21 Kühn H, Rosenbrock R. Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler M, Hrsg. Präventionspolitik. Berlin: Edition Sigma Verlag; 1994; 29–54