

**Rainer Müller (1999): Gesund leben – gesund arbeiten
Prävention im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Vortrag
zum Aktionstag 20.10.99 des Heilbäderverbands Baden-Württemberg e.V.**

Haben wir denn als Individuen und als Gesellschaft einen Anspruch auf gesundes Leben und gesundes Arbeiten?

Eine Veranstaltung wie die heutige zeigt, daß wir in unserem Staat wie auch in unserer Gesellschaft den prinzipiellen Konsens darüber teilen. Diese geteilte Grundannahme ist Ergebnis eines langen Prozesses der ökonomischen, politischen und sozialen Emanzipation des Individuums und der Gesellschaft und hängt eng mit der Ausbildung unseres demokratischen Sozial- und Rechtsstaates zusammen.

Wir haben als Personen ein Recht auf „gesund leben und gesund arbeiten“. Das Sozialstaatsgebot unseres Grundgesetzes und eine Reihe von rechtlichen Normen, wie z.B. das Sozialgesetzbuch oder die europäischen und nationalen Arbeitsschutzregelungen, künden von diesem Recht und verpflichten den Arbeitgeber, „die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“ (§ 3, 1 Arbeitsschutzgesetz).

In dieser Aufforderung kommt die vielfache Erfahrung zu Ausdruck, daß Sicherheit und Gesundheit durch Bedingungen der Arbeit negativ beeinflußt werden können, es also zu Gesundheitsschäden akuter (Unfall, Vergiftung) wie auch chronischer Art (Lungenkrebs z.B. durch Asbest) kommen kann. Aus diesen Erfahrungen von Gefährdungen bzw. Schädigungen und aus praktizierten Maßnahmen der gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitshandeln leiten sich die Verpflichtungen zur Prävention ab. Die wissenschaftlichen Disziplinen des Arbeitsschutz, wie Medizin, Technik, Psychologie, Soziologie, verfügen über vielfältige Kenntnisse zu Risiken und Schädigungen sowie ebenfalls zu Präventionsmöglichkeiten. Allerdings ist die Geschichte des Arbeitsschutzes nicht frei von Ignoranz, Fehl- und Falscheinschätzungen oder sogar auch von Scheitern in der Präventionspolitik. Eine Analyse erfolgreicher bzw. gescheiterter Präventionspolitiken hat sich mit folgenden Fragen auseinanderzusetzen:

- Was ist das Problem?
- Wie läßt es sich lösen?
- Wer sind die beteiligten Akteure?
- Welche Verantwortung und welche Lösungskompetenzen haben sie?

Die Antwort auf die erste Frage „Was ist das Problem?“ hängt davon ab, welches Verständnis von Krankheit bzw. Gesundheit die Beteiligten haben. Ist Krankheit oder Gesundheit etwas Schicksalhaftes, etwas rein Biologisches oder ein biographischer Ausdruck des Individuums, mit sich und seiner erlebten und erfahrenen physischen, psychischen und sozialen Umwelt in gelungener oder krisenhafter Auseinandersetzung zu sein? Besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen Gesundheitsproblem und Umweltbedingungen? Wie spezifisch bzw. wie direkt und in welchen Zeiträumen wirken die Einflußfaktoren? Wenn das Wechselverhältnis von Individuum und Umwelt ein gut begründetes Erklärungsmodell für Gesundheit bzw. Krankheit ist, dann folgt die nächste Frage: Wie gewichtig und einflußreich sind die von außen kommenden positiven wie negativen, auch über einen längeren Zeitraum wirkenden Einwir-

kungen, wie ist also die Exposition gegenüber Risiken in der Vergangenheit gewesen, wie sieht die Gefährdungssituation aktuell aus? Weiterhin ist zu fragen: Welche Relevanz haben genetische Prägungen bzw. im Lebenslauf erworbene physiologische, soziale oder auch psychisch-intellektuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. gesundheitsförderliche oder –schädliche Verhaltensweisen (das Ganze auch als Disposition bezeichnet)?

Die Beantwortung der Frage „Wie läßt sich das Problem lösen, welche Präventionsstrategien lassen sich praktizieren?“, wird nicht unwesentlich von den Antworten auf die erste Fragen abhängen. Stellt man die Disposition, also das Individuum mit seinem Lebenslauf und seiner Biographie und eben auch seiner genetischer Ausstattung in den Vordergrund, dann setzte man, wenn überhaupt, bei der Präventionsstrategie am Individuum an. Verlegt man seine Präventionsstrategie auf die Exposition, dann kommen Gefährdungen ins Blickfeld, wie sie in § 5 des Arbeitsschutzgesetzes genannt werden. Es heißt dort: „Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben durch

1. die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
2. physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
3. die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
4. die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
5. unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.“

Hält man das Wechselverhältnis von Disposition und Exposition für das wichtige Muster, dann wird man sowohl am Verhalten ansetzen wie auch auf Verhältnisse bei der Risikowahrnehmung, -abschätzung und eben auch Risikobewältigung abstellen. Auch hier ist das Arbeitsschutzgesetz sehr innovativ und auf der Höhe der Erkenntnisse der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Im § 4 heißt es nämlich: „Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation und sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen“ und es heißt weiter: „dem Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen“. Es geht also um eine integrierte Präventionsstrategie, die sowohl am Individuum wie auch an den Arbeitsbedingungen ansetzt.

Die Frage „Wer sind die beteiligten Akteure bzw. Mitspieler in der Präventionspolitik“ hat sich vertraut zu machen mit den verschiedenen und eigenen Relevanzkriterien und Interessen der Akteure, die durchaus widersprüchlich und konflikthaft angelegt sein können und nicht immer eindeutig sind. Bei der Analyse der Akteurebene ist davon auszugehen, daß es eine Sachebene gibt und eine Beziehungsebene wirkt. Zur Sachebene gehören die Befunde, die Diagnosen, die erhobenen Daten zur Belastung und Beanspruchung sowie Ressourcen und die wissenschaftlichen Argumente und Beurteilungsmuster wie die verschiedenen Grenzwertkonzepte und ebenfalls Entscheidungsdilemmata bzw. –unsicherheiten und das komplexe Bedingungsgefüge. Auf der Beziehungsebene sind vor allem die Interessen, Motive, Ziele und auch Machtpolitiken zu beachten. Die Interessen können sowohl materieller wie auch immaterieller Art sein. Bei der Betrachtung der Akteurebene ist eine sorgfältige Unterscheidung zwischen der Sachebene und der Beziehungsebene notwendig, um den Erkenntnishorizont wie auch den Handlungsspielraum in der konkreten Präventionspolitik zu vergrößern. Dies geschieht durch einen hohen Grad an Transparenz der Situation und damit gründliche Analyse auf der Sachebene. Erfolg wird nur dann be-

schieden sein, wenn es den beteiligten Partnern daran liegt und sie bewußt darauf hinarbeiten, eine vertrauensvolle Beziehung miteinander aufzubauen.

In einer sozialen Beziehung des Mißtrauens wird eine erfolgreiche Prävention von arbeitsbedingten Gefährdungen und Erkrankungen nicht möglich sein. Fruchtbare Kooperation in der Gesundheitsprävention setzt also die Bereitschaft und Fähigkeit voraus, sich auf der Sachebene im Konsens darüber zu verständigen, was ist das Problem ist und auf der Beziehungsebene ein Vertrauen herzustellen. Es geht darum, daß alle Beteiligten die Sichtweisen und Interpretationen sowie fachlichen Kompetenzen des jeweiligen anderen respektieren und anerkennen und zum Dialog und zum Aushandeln bereit sind.

Zu einer vertrauensvollen Beziehung gehört ebenso die Anerkennung der rechtlichen Ordnung und die Akzeptanz der Motive und Wünsche der einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit ihren biographischen Deutungen und individuellen Lebensentwürfen. Denn der Anspruch auf Gesundheit, auch in der Arbeit, ist nicht nur in der Rechtsordnung verankert, sondern hat ebenfalls in den sozialen und kulturellen Lebensentwürfen und Maximen der Individuen einen Ort. Allerdings ist Gesundheit nicht in allen Lebensphasen und Situationen oberste Präferenz, sondern steht als Norm bzw. Motiv oder auch als Ziel in Konkurrenz oder sogar im Konflikt mit anderen Werten, Wünschen und Zielen. Die Präferenzen im Handeln von Individuen oder gesellschaftlichen Gruppen können also wechseln. Genußerfahrung im Drogenkonsum oder Spannungserleben bei riskanten Sportarten oder auch gesundheitsgefährdende berufliche Tätigkeiten, um z.B. die Arbeit schneller erledigen zu können (Sog der Umstände), können im Widerstreit zur Gesundheit stehen. Im Umwelt-, Konsumenten- und Arbeitsschutz haben wir die Konkurrenz zwischen Homo Hygienicus und Homo Öconomicus auf der Individual- wie Gruppenebene und ebenfalls im Betrieb. Leistung, Rentabilität und Profitabilität wird nicht selten der Vorrang auf Kosten von „gesund leben bzw. gesund arbeiten“ eingeräumt.

Es bedarf also trotz allseits geteilter Annahme über den Wert von „gesund leben und gesund arbeiten“ unablässiger Anstrengungen zur Gesundheitssicherung bzw. Gesundheitsförderung; denn es gehört zu den geteilten Erfahrungen, daß die Gefährdung von Gesundheit im allgemeinen Leben wie in der Erwerbsarbeit den quasi naturhaften wie auch den von Menschen produzierten Risiken geschuldet ist. An dieser historischen wie aktuellen Erfahrung von Gesundheitsgefährdung und -schädigung und den angesprochenen Wertekonsenz knüpft Public Health an.

Gesundheit wird im Public Health-Verständnis als sowohl individuelles wie öffentliches Gut verstanden. Public Health geht der uralten zentralen Frage nach den Bedingungen eines guten Lebens nach und eben dies unter den Bedingungen der Marktökonomie, nämlich von Erwerbsarbeit und Konsum. Wie sollte also Erwerbsarbeit gestaltet sein, damit ein gesundes Leben möglich ist oder anders herum: Welche gesundheitlichen Sach- und Dienstleistungen sowie Bedingungen, wie z.B. Ernährung, Wohnen und Bildung, sollten dem Einzelnen zur Verfügung stehen, damit Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit gegeben ist und erhalten bleibt?

Im Kontext der Weltgesundheitsorganisation sind seit 1948 wiederholt Definitionen zu Gesundheit und Konzeptionen von Gesundheitspolitik als Public Health formuliert worden. Public Health wird als ein soziales und politisches Konzept verstanden, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezoge-

ne Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungsgruppen abzielt (Acheson Report 1988). Eine ökologisch orientierte Public Health-Konzeption betont die Gemeinsamkeiten im Streben nach Gesundheit und einer nachhaltigen Entwicklung (sustainable development, Rio-Konferenz 1992).

Public Health und nachhaltige Entwicklung meint nicht nur Schadensbegrenzung und –reparatur, sondern in einer ökonomischen Terminologie dauerhafte Erhaltung von Human-, Real- und Naturkapital als Quelle von Einkommen und damit Wohlfahrt. Teil des Humanvermögens ist das Arbeitsvermögen. Sicherung von Human- und Arbeitsvermögen gewährleistet also Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Produktivität. Leistungsfähigkeit wiederum ist an Gesundheit und Wohlbefinden geknüpft. Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeit und Gesundheitsförderung erhalten von daher ihre ökonomische Begründung in volkswirtschaftlicher wie auch betriebswirtschaftlicher Bilanzierung. Allerdings erfordert dies eine erweiterte Wirtschaftlichkeitsrechnung zum –Verhältnis von Aufwand und Ertrag, wie es Ökonomen für die betriebliche Gesundheitssicherung ja auch bereits schon getan haben.

Vorsorgliches Handeln bzw. Unterlassen im Interesse der Schadensvermeidung, also Prävention gegenüber dem Human- und Arbeitsvermögen, gebietet sich ebenso angesichts der demographischen Entwicklung.

Eine historisch erstmalige Situation hat sich mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen eingestellt. Zwischen der demographischen Entwicklung und der Sicherung von Gesundheit besteht ein enges Wechselverhältnis. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit auch die Finanzierung auf der Einnahme- und Ausgabenseite hängt von Zahl und Struktur der Bevölkerung ab. Umfang und Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen wiederum wirken auf die demographische Situation. Fertilität und Mortalität werden durch die vielfältigen Interventionen und Leistungen medizinischer, pflegerischer, sozialer und pädagogischer Art beeinflusst. Die Alterspyramide ist in Deutschland auf den Kopf gestellt. In wenigen Jahren werden fast 40 % der Bevölkerung älter als 60 Jahre sein. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren mehr als verdoppelt. Von 1960 bis 1993/95 nahm die Lebenserwartung bei Geburt der Männer von 66,69 auf 73,53 und der Frauen von 71,92 auf 79,81 und im Alter von 65 Jahren von 12,38 auf 14,79 (Männer) bzw. von 14,37 auf 18,57 (Frauen) zu (Deutscher Bundestag 1998). Die Fertilität sank deutlich auf eine Nettoerproduktionsrate von 0,6/0,7, d.h. auf 2/3 des zur Bestandserhaltung notwendigen Wertes. Trotz Migration wird für die Zukunft mit einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung gerechnet. Wie Japan, so ist auch die Bundesrepublik Deutschland eine Gesellschaft des langen Lebens geworden.

Der Anteil der über 50jährigen Erwerbspersonen übersteigt um das Jahr 2000 den Anteil der unter 30jährigen Erwerbspersonen. Zugleich ist in allen westlichen Industrienationen festzustellen, daß die Erwerbsquote der 55-59jährigen Männer in einer Spannweite von 50-80% liegt, in Deutschland bei etwa 70%. Die Erwerbsquote für 55-59jährige Frauen allerdings zeigt Anfang der 90er Jahre eine noch niedrigere Quote von etwa 40 % (Deutscher Bundestag 1994).

Die Erwerbsquoten wie auch Zahlen über Frühinvalidität und Arbeitslosigkeit sowie Behinderung weisen darauf hin, daß Altern/das Älterwerden und Erwerbstätigkeit in den marktförmigen Industriegesellschaften schwer miteinander in Einklang zu bringen

sind. Wissensmäßig wie auch technologisch stehen uns Möglichkeiten der menschengerechten und sozialverträglichen Arbeitsgestaltung auch für älter werdende Belegschaften zur Verfügung. Es gibt also Optionen für eine altersgerechte und humane Gestaltung der Arbeitsanforderungen im Lebenslauf. Dennoch wird in Betrieben ein Ausgrenzen von Älteren und Leistungsgeminderten und weniger eine Politik der Arbeitsplatzgestaltung in Verbindung mit Laufbahnpolitik betrieben.

Obwohl eine bewußtseinsmäßige wie kulturelle und ideologische Orientierung auf Erwerbsarbeit als Norm generell stark verankert ist, zeigt sich eine Abschwächung dieser Erwerbszentrierung mit zunehmendem Alter. Wir haben das kulturelle Phänomen, daß Arbeitnehmergruppen sich um das Alter von 50 Jahren herum innerlich mit ihren Lebensentwürfen von der Erwerbsarbeit abmelden. Es gibt eine faktische wie auch eine innere Emigration aus der Erwerbsarbeit.

Diese Relativierung der Zentralität von Erwerbsarbeit hängt unter anderem mit den negativen Erfahrungen in der Erwerbsarbeit zusammen und mit dem Wissen, daß erworbener Erwerbsstatus bzw. eingenommener Arbeitsplatz nicht sicher sind, man also keine geordnete, altersgemäße sichere Karriere im Berufsverlauf durchlaufen kann. Flexibilisierung und Dynamisierung - und nicht beamtenmäßige Karriere - sind das Muster der Erwerbsbiographie.

Ein weiteres Argument für eine Politik der Prävention speist sich aus den begründeten Zweifeln an der Effektivität und Effizienz der Leistungen der kurativen herrschenden Biomedizin.

Die medizinischen Leistungen sind in ihren theoretischen wie praktischen Konzepten an die klinische Medizin gebunden, und diese wiederum an ein biomedizinisches Verständnis von Krankheitsepisoden (Akutmedizin). Wie die Medizin generell, so sind die medizinischen Leistungen unter Legitimationsdruck gekommen, insbesondere wirken die Kalküle der Ökonomie Druck erzeugend. Die Leistungen müssen ihre Effektivität und Effizienz belegen und damit den Nutzen der Allokation von Ressourcen wie Geld und Personal offenlegen. Der Beitrag der Medizin an der Sicherung wie auch zur Wiederherstellung von Gesundheit im Sinne von beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit wird stärker als früher in Zweifel gezogen. Auch für die medizinischen Leistungen gilt, daß eine erhebliche Diskrepanz zu verzeichnen ist zwischen der Bedeutung chronisch degenerativer Erkrankungen auf der einen Seite sowie dem gesellschaftlich vorherrschenden Paradigma ärztlichen Handelns andererseits - nämlich Diagnostik und Behandlung von Spätphasen der Erkrankung. Unter welchen besonderen Voraussetzungen (Krankheitsarten, Therapieformen, soziale und berufliche Merkmale der Teilnehmer) Medizin medizinisch effektiv ist, ist bislang strittig geblieben.

Die Kritik an der Medizin weist nicht nur auf die Dominanz klinisch-medizinischer Sichtweisen und Praktiken, sondern auch auf eine unzureichende Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Eine mangelnde Einbeziehung der sozialen Situationen in den verschiedenen Lebensphasen und Lebenslagen wird beklagt. Außerdem reklamiert die Kritik eine längerfristige Zeitperspektive, nämlich auf den Lebensverlauf hin. Hinzu kommt noch ein weiterer Kritikpunkt, der eines "sozialbürokratischen" Risikofaktors (Badura u.a. 1987) im Umgang mit chronisch Kranken feststellt. Dieser Risikofaktor zeigt sich bei der schleppenden und defizitären Organisation der Versorgungs- und Betreuungskette.

Eine Gesellschaft mit langen Leben und in einer Zeit der Verschärfung der sozialen, organisatorischen und technischen Rationalisierung der Erwerbsarbeit hat neue Konzeptionen sozialstaatlichen und gesundheitspolitischen Umgangs bei der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe im Lebensverlauf zu entwickeln. Mit welchen gesundheitlichen Risiken die derzeitigen dynamischen Veränderungen in der Erwerbssphäre verbunden sind, belegen Umfragen zu den arbeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungen. Um eine europäische Perspektive einmal aufzumachen, seien die Ergebnisse der repräsentativen Umfrage der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen des Jahres 1996 kurz vorgestellt.

Im Jahre 1996 befragte die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen erneut eine repräsentative Auswahl von 1.000 Arbeitnehmern in jedem Mitgliedstaat (insgesamt 15.800 Personen). In der Europäischen Union arbeiten etwa 147 Mio. Menschen, von denen 83 % angestellt und 17 % selbständig sind. Danach äußern sich Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer folgendermaßen:

- Rückenschmerzen (30 %) und Streß (28 %) sind die häufigsten arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme, gefolgt von allgemeiner Erschöpfung (20 %), Muskelschmerzen (17 %) und Kopfschmerzen (13 %);
- Gesundheitsprobleme hängen meist mit unzulänglichen Arbeitsbedingungen zusammen; je schlechter die Arbeitsbedingungen, umso höher die Fehlzeiten;
- Fehlzeiten aufgrund arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme betreffen jährlich 23 % der Arbeitnehmer;
- körperliche Risiken (Lärm, Schwingungen, gefährliche Arbeitsstoffe oder Schadstoffe) und unzulängliche Arbeitsplatzgestaltung sind weiterhin gang und gäbe;
- die Arbeitsgeschwindigkeit nimmt stetig zu;
- 37 % der Arbeitnehmer führen kurze, sich wiederholende Tätigkeiten und 45 % monotone Tätigkeiten aus; beschwerliche Körperhaltungen werden von 45 % eingenommen, 33 % handhaben schwere Lasten
- den Arbeitnehmern wird allmählich mehr Selbstbestimmung im Hinblick auf ihre Arbeit eingeräumt;
- die Arbeit wird weitgehend von externen Zwängen beherrscht, der Kunde hat im Hinblick auf die Bestimmung des Arbeitstempos die Maschine abgelöst;
- Computer sind mittlerweile zu einem wichtigen Arbeitsmittel geworden, das von 38 % der Arbeitskräfte eingesetzt wird;
- 32 % der Beschäftigten haben in den letzten zwölf Monaten an von ihrem Unternehmen bereitgestellten Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen;
- Gewalt am Arbeitsplatz ist keine Randerscheinung;
- in Bezug auf die Arbeitsbedingungen bestehen große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, Gewerbebezügen, Ländern und Typen beruflicher Stellung.
- Gelegenheitsarbeit und befristete Arbeitsverhältnisse nehmen zu und zeichnen sich durch unzureichende Arbeitsbedingungen aus (Europäische Stiftung 1997, S. 1)

Medizinische Kuration bzw. medizinisch-klinische Rehabilitation wirken nicht mehr hinreichend, um die wachsende Schere beim Älterwerden zwischen Leistungsfähigkeit und Leistungsanforderung zu schließen. Eine neue Konzeption von gesundheitlichen Leistungen muß entwickelt und diese Strategie auf den Lebensverlauf bezogen werden.

Die bisherigen sozialstaatlichen Regulierungen sind auf Episoden und nicht auf dauerhafte Phasen von Krankheit, Arbeitslosigkeit, Armut ausgerichtet. In ihrer Bearbeitung sind sie hoch fragmentiert bei verschiedenen Institutionen angesiedelt sowie auf kurzfristige Perspektiven abgestellt. Eine Redefinition der gesundheitlichen Leistungen setzt also eine Umorientierung bei den Steuerungskonzepten, Regelungsmechanismen wie auch bei den normativen Orientierungen voraus. Dies bedeutet statt Fixierung auf Krankheit Orientierung auf Gesundheit und Gesundheitsförderung. Dies meint weiterhin statt kurzzyklische Zeitperspektiven Ausrichtung auf Stabilisierung und Organisation von langfristigen Lebensphasen bzw. auf einen gelungenen Lebensverlauf. Außerdem ist es notwendig, um den bürokratischen Risikofaktor und die niedrige Compliance bzw. mangelnde Mitwirkung der Versicherten bzw. Bürger zu vermeiden, stärker die Deutungen der Sozial- und Arbeitsbürgerinnen und -bürger über den Eigensinn ihres Lebenslaufs zu beachten. Nicht das Verständnis von Klient und Patient als passives "Objekt" sollte die Sicht- und Handlungsweise bestimmen. Statt dessen ist gefragt, sich auf den sozialen Status des Bürgers mit seinen Bedarfen nach Information, Aufklärung, Sinnggebung und Teilhabe zu beziehen. Nicht hoheitlich paternalistisch-bürokratisch, sondern demokratisch-partizipativ und zivil sollte der sozialstaatliche Umgang organisiert sein. In den sozialstaatlichen Regulationsmechanismen sollte statt Versicherungsfall-Denken die Moderation und Stabilisierung von Lebensverläufen konzeptionell und perspektivisch neu formuliert und praktiziert werden.

Wenn also der Heilbäder Verband Baden-Württemberg zu heutigen innovativen Tagung „Topfit – Jobfit“ einlädt, dann ist dies ein sehr gutes Zeichen dafür, daß sie die Zeichen der Zeit erkannt haben, um die Fragmentierung zwischen den verschiedenen Institutionen und Einrichtungen der Gesundheitssicherung aufzubrechen und in den Verfahren und Methoden der Gesundheitssicherung Erkenntnisse der Gesundheits- und Arbeitswissenschaften aufzunehmen, die dem Public Health-Paradigma verpflichtet sind. Ich wünsche der Tagung einen sehr guten Erfolg und eine breite und langfristige positive Wirkung in der Entwicklung einer präventiven Gesamtpolitik.