

## Versuche, die Geschichte der RAF zu verstehen

Das Beispiel Birgit Hogefeld

Mit Beiträgen von: Carl-Christian von Braunnühl, Birgit Hogefeld, Hubertus Jonssen, Horst-Eberhard Richter, Gerd Rosenkranz

ISBN 3-930096-87-0

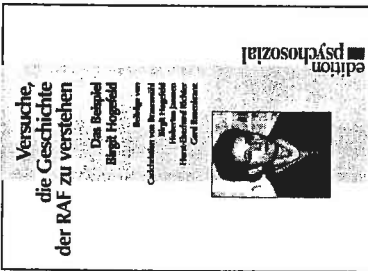
120 Seiten, 19,80 DM, bereits erschienen

Format 12,5 x 21 cm

1. Auflage 1996 vergriffen

2. Auflage 1996 fast vergriffen

**3. erweiterte und korrigierte Auflage erscheint im April 1997, ca. 160 Seiten, 24,80 DM**



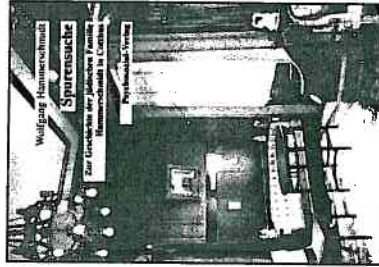
Wolfgang Hammerschmidt:

## Spurensuche

Zur Geschichte der jüdischen Familie Hammerschmidt in Cottbus

geb., 226 S., zahlr. Abb., 48,- DM, ISBN 3-930096-49-8

„Ein Jahrhundert wird besichtigt“, könnte der Untertitel des Buches lauten, dessen Ausgangspunkt eine Recherchereise an den Ort eines scheußlichen Geiselmordes im besetzten Frankreich des Jahres 1944 war. Denn die Betrachtungen des Autors gehen zurück bis zum Ende des 19. Jahrhunderts.

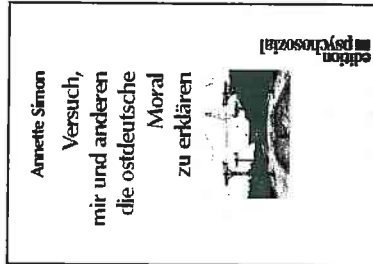


Anette Simon:

## Versuch, mir und anderen die ostdeutsche Moral zu erklären

112 Seiten, 19,80 DM, ISBN 3-930096-33-1

Der „Versuch...“ ist eine Art öffentliches Selbstgespräch. Dabei will die Autorin nur für sich sprechen, da ihre Biografie „keineswegs typisch“ sei.  
(Der Spiegel 27/1996)



PSV

Psychosozial-Verlag · Friedrichstraße 35 · 35392 Gießen  
Telefon: 06 41/7 78 19 · Telefax: 06 41/7 77 42

Michael Wolf

## Aufrichten durch Vorbeugen? \* Betrachtungen zum Präventionsparadox

Wenn Kritik geübt wird an sozial- oder gesundheitspolitischen Maßnahmen, dann heißt es immer wieder, sie seien auf bloße Reparatur beschränkt, lediglich kompensatorisch, nur kurativ, dem Entstehen der ihnen zugrundeliegenden sozialen Defekte sowie körperlichen und psychischen Beschädigungen beugt sie jedoch nicht vor. In geradezu allparteilicher Einmütigkeit wird sodann das Hohelied der Reformen intoniert, das in formelhafter Akkordfolge im Finalis stets in den eigentlichen Grundton, „Vorsorge“ oder „Vorbeugung“ genannt, einmündet. Wer auch hätte etwas einzuwenden gegen die Forderung: Gefahren sind frühzeitig abzuwehren, Risiken sind weitestgehend zu minimieren? Lauscht man dem Lobgesang, gewinnt man leicht den Eindruck, daß Prävention Wege eröffnet, die klassische Dichotomie von „Hilfe und Kontrolle“ aufzulösen, wie sie für die Sozial- und Gesundheitspolitik im allgemeinen und die soziale Arbeit im besonderen charakteristisch ist.

Viele, wenn nicht sogar die meisten der Sozial- und Gesundheitsarbeiter wissen um die Ambivalenz ihrer eigenen Tätigkeit. Sie wissen, daß „Hilfe“ nicht immer gleich „Hilfe“ und herrschaftsfrei ist, daß das Bild, das sie sich von ihrer Klientel machen, seien es nun Obdachlose, jugendliche Drogenkonsumenten oder psychisch Kranke, auf einer ideologischen Konstruktion basiert, und zwar insofern, als „Auffälligkeit“ oder „Krankheit“ nicht einfach naturgegeben ist, sondern von der jeweils zuständigen Profession als Normabweichung definiert wird, gegen die vorzugehen ist. Daß Prävention als „zuvorkommende Tätigkeit“ nicht, wie Hilfe, erst dann einsetzt, wenn etwas Ungewolltes und Ungutes sich schon ereignet hat, sondern den Anspruch erhebt, Ungewolltes und Ungutes erst überhaupt nicht geschehen zu lassen, mag die fesselnde Wirkung erklären, die vom Begriff der Prävention ausgeht. Nicht ohne Grund wurde und wird deswegen von vielen die Hoffnung gehegt, der Makel, der den sogenannten ‚helfenden Berufen‘ anhaftet, nämlich immer nur Flickschusterei zu betreiben und die Übel nicht an der Wur-

zel zu packen, ließe durch Prävention sich beseitigen. Die in den letzten Jahren gerade im Rahmen der Gesundheitsförderung stattfindende intensive Auseinandersetzung mit präventiven Modellen und Maßnahmen und die hierbei zutage tretene überwiegend positive Bewertung von sozialer Arbeit ist hierfür ein sichtbarer Ausdruck.

Doch nicht nur die Praktiker, auch die Theoretiker scheinen von Prävention fasziniert zu sein. In kaum einer der neueren wissenschaftlichen Arbeiten zur Sozial- und Gesundheitspolitik oder zur sozialen Arbeit wird es versäumt, die Forderung nach Prävention zu erheben. Und wenn selbst die verschiedenen relevanten politischen Akteure darin übereinstimmen, daß die Aufgaben der zukünftigen Sozial- und Gesundheitspolitik in verstärktem Maße in der Prävention zu liegen haben, dann könnte man meinen, der Begriff „Prävention“ sei eine Art Zauberformel, der die Fähigkeit beigemessen wird, eine durchgreifende Wende in der Sozial- und Gesundheitspolitik herbeizuführen, mit der die Realisierung des Zieles, physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden für alle zu ermöglichen, in greifbare Nähe rückt.

Ich behaupte nun und möchte hierzu einige Argumente vortragen, daß genau diese Zielvorgabe, die ja im Kern nichts Geringeres zum Inhalt hat als die Integrität und Identität der Person, also deren Unversehrtheit und Einzigartigkeit, durch Prävention nicht zu verwirklichen ist. Im Gegenteil, ich gehe sogar so weit, zu behaupten, daß die Konsequenzen, die aus der inneren Logik von Prävention folgen, letztlich die Integrität und Identität der Person gefährden.

Auch wenn ich im folgenden um der Deutlichkeit willen bei meinen Ausführungen zum Teil bewußt übertreibe, möchte ich bereits an dieser Stelle das mögliche Mißverständnis ausräumen, Prävention sei grundsätzlich falsch. Es gibt eine Reihe von präventiven Maßnahmen, die durchaus angebracht sind, wie zum Beispiel Maßnahmen zur Verringerung giftiger und krebserzeugender Schadstoffe im Trinkwasser und in der Luft oder Maßnahmen zur Verringerung oder gar Beseitigung gesundheitsgefährdender Belastungen am Arbeitsplatz. Das ist nicht der Punkt. Worum es geht, ist die Frage, ob Prävention „an sich“ neutral ist – man muß sie eben nur für den richtigen Zweck einsetzen – oder ob Prävention eine Logik innewohnt, die, statt von gesellschaftlichen Zwängen zu befreien, stets nur neue Formen von Herrschaft durchsetzt. Es gibt, wie ich meine, hinreichend Gründe, letzteres anzunehmen. Denn Prävention vollzieht sich ja nicht im luftleeren Raum, sondern in einer verrechtlicht-bürokratisierten Gesellschaft auf kapitalistischer Grundlage.

## II

Um die These vom Herrschaftscharakter von Prävention plausibel machen zu können, ist es vielleicht angeraten, etwas näher darauf einzugehen, was gemeinhin unter Prävention verstanden wird. In seiner grundlegenden Bedeutung bezeichnet Prävention ein Handlungsprinzip. Dieses besagt, es soll gehandelt werden, bevor ein bestimmtes Ereignis eintritt, und zwar mit dem Ziel, dieses Ereignis zu verhüten. Es soll also nicht abgewartet werden, bis ein Ereignis eingetreten ist, um dann die damit verbundenen Folgen zu behandeln.

Wie Prävention bewertet wird, ob positiv oder negativ, hängt davon ab, ob das Ereignis, das verhütet werden soll, tatsächlich als verhütenswert angesehen wird und ob auch die vorgesehenen Mittel für geeignet gehalten werden, das Ereignis zu verhüten. Je nach Standpunkt oder etwa Kenntnis eines Sachverhalts fällt die Bewertung selbstverständlich verschieden aus. Sei es in der Medizin oder der Psychiatrie, sei es in der Jugendhilfe oder der Altenhilfe – im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik wird Prävention jedoch grundsätzlich als positiv bewertet. Das von allen geteilte Motto „Vorbeugen ist besser als Heilen“ gibt hiervon beredtes Zeugnis.

Dennoch: Es muß nachdenklich stimmen, wenn in einem Politikfeld mit bestehenden verfestigten Konfliktfronten wie dem der Sozial- und Gesundheitspolitik es zu einem Gleichklang aller Interessen kommt. Diese verwirrende Situation klärt sich jedoch, sobald man sich genauer anschaut, wie der Präventionsbegriff dort verwandt wird. In der vorherrschenden Verwendungsweise wird der Begriff selbst differenziert, und zwar entsprechend dem Zeitpunkt, zu dem der präventive Eingriff erfolgt, in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Nehmen wir „Krankheit“ als Beispiel. Primäre Prävention hat hier zum Ziel, Erkrankungen zu verhindern oder, mehr technisch ausgedrückt, die Inzidenzrate, das heißt die Anzahl der Neuerkrankungen in einem gegebenen Zeitraum, möglichst gering zu halten. Sekundäre Prävention zielt dagegen auf die Verkürzung der Krankheitsdauer, also auf die Senkung der sogenannten Prävalenzrate. Und tertiäre Prävention ist schließlich darauf gerichtet, die negativen Folgewirkungen von Erkrankungen zu vermindern oder gänzlich aufzuheben.

So sinnvoll das Entwickeln von Typologien für die Theoriebildung im allgemeinen auch sein mag, die Differenzierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention scheint mir wenig hilfreich zu sein. In wenigstens zwei Punkten ist Kritik angezeigt. *Erstens:* Diese Differenzierung suggeriert Eindeutigkeit, denn sie basiert auf der Annahme, der Zeitpunkt einer Erkrankung sei zweifelsfrei festzustellen. Dies mag möglich sein im Falle von „Krankheit als Verletzung“, im Falle

von „Krankheit als Funktionsstörung“ wird es schon schwierig. Noch schwieriger wird es bei psychischen Störungen, bewegt sich psychische Befindlichkeit doch eher auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Das Phänomen, sich trotz körperlich guter Verfassung nicht gesund zu fühlen, gar zu leiden, ist hinlänglich bekannt.

*Zweitens:* Diese Differenzierung ist höchst ideologisch, da im eigentlichen Sinne des Wortes nur primäre Prävention als echte Prävention aufgefaßt werden kann; sekundäre und tertiäre Prävention sind bestenfalls Prävention minderen Anspruchs. Indem sich diese Differenzierung stärker auf die „Patientenkarriere“ bezieht und weniger auf die Verursachung von Krankheit, gibt sie dem Präventionsbegriff eine besondere Färbung: Sie verengt ihn auf verhaltensbezogene Maßnahmen und reißt damit den Zusammenhang von individuellem Verhalten und allgemeinen Verhältnissen auseinander. Auch hierzu ein Beispiel am Fall „Gesundheitserziehung“ – „Krankheitsvermeidungserziehung“ wäre selbstverständlich korrekter. Gesundheitserziehung kann verstanden werden als eine Form von primärer Prävention, die auf der Ebene des individuellen Verhaltens ansetzt und durch Bereitstellen von Informationen Wahlmöglichkeiten aufzeigen will im Hinblick auf bestimmte Verhaltensweisen, nämlich solche, die aus medizinischer Sicht nicht gesundheitsgefährdend sind. Geradezu klassisch zu nennen sind die Maßnahmen, mit denen eine Verhaltensänderung in bezug auf die Risikofaktoren Rauchen oder Alkohol angestrebt wird. Was hierbei aber systematisch mißachtet wird, ist die Tatsache, daß diese Risikofaktoren Faktoren eines „industriellen Charakters“ sind, der sich hierzulande historisch mit den heutigen Lebens- und Arbeitsbedingungen herausgebildet hat und der nicht entstanden ist etwa durch epidemische Borniertheit der Betroffenen, die sich vermutlich relativ einfach durch Gesundheitserziehung zum Verschwinden bringen ließe.

Bereits anhand dieser wenigen Hinweise wird deutlich: Prävention ist nicht gleich Prävention. Der vorhin erwähnte Gleichklang der Interessen beruht eben genau darauf, daß nämlich die vorherrschende Verwendungsweise des Präventionsbegriffs gesellschaftspolitisch unterschiedlich motivierte Zustimmung zuläßt. Wenn zwei das gleiche fordern, dann meinen sie noch lange nicht dasselbe.

Es ist aufgrund der Interessenkonstellation in der Sozial- und Gesundheitspolitik kein Zufall, daß die allseitige Zustimmung zu Prävention der subjektbezogenen Verhaltensprävention gilt. Wenig Widerhall finden in der politischen Öffentlichkeit hingegen Forderungen nach sogenannter Verhältnisprävention, das heißt nach einer verursachungszentrierten und auf institutionelle Änderungen gerichteten Prävention. Indiz hierfür sind die bislang ergriffenen, aber sich recht kümmerlich ausnehmenden arbeitsweltbezogenen Präventionsmaßnahmen. Und

dies, obwohl längst bekannt ist, daß der Arbeitswelt ein zentraler Stellenwert für die Gefährdung von Gesundheit zukommt und daß die Folgekosten der Produktion in Gestalt kompensatorischer Sozialleistungen enorm sind. Das vermag jedoch nicht zu verwundern. Es reflektiert lediglich den banalen Sachverhalt, daß sozialpolitische Institutionen ja gerade dafür da sind, den gesellschaftlichen Status quo prinzipiell zu erhalten. Das Dilemma, in dem sich die Apologeten des gesellschaftlichen Status quo befinden, nämlich auf der einen Seite die bestehende Herrschaftsordnung aufrechterhalten zu wollen und auf der anderen Seite „an sich“ vernünftige Präventionsforderungen nicht schlichtweg abweisen zu können, wird dadurch aufgelöst, daß sie der subjektbezogenen Verhaltensprävention, das heißt jener Form von Prävention zustimmen, die ihren Interessen weniger zuwiderläuft.

### III

Rekapitulieren wir kurz: *Erstens*, Prävention zielt darauf ab, bestimmte, als negativ bewertete Zustände, seien sie verhältnis-, seien sie verhaltensbedingt, in der Zukunft nicht eintreten zu lassen. *Zweitens*, die vorherrschende Form von Prävention ist die der subjektbezogenen Verhaltensprävention. Was besagt dies nun für die These vom Herrschaftscharakter von Prävention? Vielleicht kommen wir der Beantwortung dieser Frage ein Stück näher, wenn wir uns zuerst folgender Frage zuwenden: Was sind die verdeckten Voraussetzungen von Prävention, die sich auf das Verhalten von Individuen bezieht? Es gibt deren drei:

Die *erste* Voraussetzung ist, daß in der Gegenwart eine klare Vorstellung existieren muß über die mit Prävention zu erreichenden Ziele, über die zukünftigen Zustände. Indem Prävention aus der Vielzahl der möglichen Zustände bestimmte auswählt und damit Zukunft antizipativ herstellt, verlängert sie die Gegenwart normativ in die Zukunft. Denn mit der Option für eine bestimmte Zukunft wird zugleich ein Werturteil über die Gegenwart und die Zukunft gefällt. Mehr noch. Mit ihr wird auch eine alternative Zukunft unterdrückt, werden mögliche Zustände vernichtet, die vielleicht anderen als den herrschenden Interessen nutzbringender gewesen wären. Prävention ist insofern, das heißt aufgrund ihrer Struktur, nicht notwendigerweise aufgrund der jeweiligen Methoden, repressiv.

Die *zweite* Voraussetzung von Prävention ist, daß Informationen über die Ursachen und Bedingungsfaktoren von gegenwärtigem und zukünftigem Verhalten vorliegen müssen und daß auch über diese verfügt werden kann. Die gedankliche Vorwegnahme von Zukunft ist zwar stets eine ungewisse, doch sie ist in jenen Fällen relativ einfach, in denen die Beziehung zwischen dem Ist-Zustand

und dem Soll-Zustand eine eindeutige ist. Von der Beziehung zwischen gegenwärtigem und zukünftigem menschlichen Verhalten kann dies allerdings nicht behauptet werden. Menschliches Verhalten ist zu komplex, als daß es, wenn überhaupt, reduziert werden könnte auf eine Variable, die beeinflusst wird von nur wenigen Faktoren, und dann womöglich noch von solchen mit für das Verhalten eindeutigen Auswirkungen. Prävention unterliegt daher dem Zwang, möglichst viele Informationen zu sammeln, Beziehungen zwischen allen möglichen Faktoren herzustellen und ihren eigenen Handlungskontext umfassender Kontrolle zu unterwerfen, um für den Gesamtzusammenhang unerwünschte Nebenwirkungen des präventiven Eingriffs selbst auszuschließen. Prävention ist insofern der Tendenz nach totalitär.

Die *dritte* Voraussetzung von Prävention ist, daß diese auf einer spezifischen Machtverteilung beruhen muß, die es ihr ermöglicht, jene Faktoren zu steuern, die als bestimmend für die Herstellung der gewünschten Ziele angesehen werden. Da Ansatzpunkt der Prävention menschliches Verhalten ist, aus Sorge um das Gelingen von Verhaltenssteuerung aber die Entscheidung, was ein Individuum tun oder unterlassen will, nicht in dessen Belieben gestellt werden kann, verhindert Prävention die autonome Entwicklung des Individuums. Prävention ist insofern autoritär.

Wenn es Prävention notwendigerweise zukommt, in ihren Konsequenzen repräsentativ, totalitär und autoritär zu sein, sofern sie die von ihr gesetzten Ziele erreichen will, so besagt dies selbstverständlich nicht, daß diese Konsequenzen auch in jeglicher präventiven Maßnahme offen auftreten und daß auch ihr Herrschaftscharakter bewußt wahrgenommen wird. Dies ist immer an eine Reihe von konkreten Bedingungen geknüpft. So zum Beispiel an das Maß der Mitmachbereitschaft der betroffenen Individuen, an die Methoden und Instrumente zur Erhebung und Verarbeitung der für erforderlich gehaltenen Daten oder an die Reichweite und Durchgriffstiefe der eingesetzten Machtmittel. Es ist daher stets zu bedenken, daß über die Qualität von Prävention erst das Präventionsverfahren entscheidet, der Prozeß und die institutionelle Form, in der sie verwirklicht wird. Die Eigenart staatlicher Prävention – und das trifft auf polizeiliche Prävention ebenso zu wie auf sozial- und gesundheitspolitische – ist deswegen nur dann zu begreifen, wenn man in die Betrachtung zweierlei miteinbezieht: *zum einen*, daß der moderne Staat erst dadurch ist, daß er über das Monopol legitimer physischer Gewaltbarkeit verfügt, also über die Möglichkeit, seine Ansprüche gegebenenfalls auch mit Gewalt durchzusetzen; *zum anderen*, daß der moderne Staat verfaßt ist als bürokratischer Apparat, der sich des Rechts als Instrument bedient. Das erlaubt ihm, zur Bearbeitung ansiehende Probleme gesellschaftspolitisch zu entschärfen. Ich denke, das Stichwort „Individualisierung von Problemen“ verdeutlicht, was damit gemeint ist.

#### IV

Was läßt sich festhalten aus dem zuletzt Gesagten? Auch wenn man nicht jedes der Argumente teilt, soviel steht meines Erachtens jedenfalls fest: Solange weder die Art und Weise, wie etwas verhütet werden kann, noch das, was jeweils verhütet werden soll, zureichend geklärt sind, ist es unerlässlich, Überlegungen über die möglichen Konsequenzen von präventiven Maßnahmen anzustellen, selbst wenn diese mit lauterer Absichten und im wohlverstandenen Interesse der betroffenen Individuen ergriffen werden. Das erfordert selbstverständlich, sich Präventionskonzepte oder bereits ergriffene präventive Maßnahmen genauer anzuschauen. Ich will dies jetzt tun, und zwar an einem für die präventive Sozial- und Gesundheitspolitik typischen Beispiel.

Bis vor wenigen Jahren wurden etliche, insbesondere genetisch bedingte Krankheiten und Behinderungen als unabwendbar bzw. als nicht therapierbar betrachtet. Dies hing unter anderem damit zusammen, daß man nicht hinreichend Kenntnis über deren Verursachungen und Entwicklungsbedingungen besaß oder daß man nicht über geeignete Mittel und Verfahren zur frühzeitigen Diagnose und Therapie verfügte. Mit der Gentechnologie haben sich der Medizin nun vielfältige Möglichkeiten eröffnet, Krankheiten und Behinderungen mit genetischem Hintergrund besser zu erkennen, vorauszusagen und zu therapieren. Diese neuen Möglichkeiten erscheinen auf den ersten Blick als ein Gewinn, den nicht zu realisieren aller Rationalität widerspräche und gegenüber den Betroffenen kaum zu rechtfertigen wäre.

So ist es zum Beispiel möglich, genetisch bedingte Krankheiten oder Immundefekte auf der Grundlage eines genomanalytischen Screenings, das ist eine Art Rasterfahndung nach Genen und Chromosomen, frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls abzuwenden, wie etwa die Stoffwechsellkrankheit Phenylketonurie, die ohne rechtzeitige Behandlung zu bleibender Idiotie führen würde. In der genetischen Beratung kann die vorgeburtlich angewandte genetische Diagnostik dazu dienen, der Geburt von Kindern mit bestimmten Behinderungen vorzubeugen, und zwar durch Aufgabe des Wunsches nach einem Kind, durch Sterilisation oder durch Schwangerschaftsabbruch. Man geht derzeit davon aus, daß immerhin etwa 3% aller Neugeborenen mit schweren genetisch bedingten körperlichen Schädigungen und Stoffwechselanomalien zur Welt kommen.

Die Möglichkeiten, die sich der Medizin mit der Gentechnologie eröffnen, erscheinen zunächst einmal als eine Vermehrung der Optionen für die individuelle Lebensplanung. Wer wollte nicht zukünftige Krankheiten voraussehen und bei der Planung seines Lebens in Rechnung stellen können und wer nicht sich

und seinen möglichen Kindern das Leid von deren Behinderung ersparen? Aber auch Technik ist, wie Prävention, nicht neutral, sondern folgt einer eigenen Logik, die sich als sozialer Zwang gegenüber dem Einzelnen geltend macht. Ohne pränatale genetische Diagnostik wären angehende Eltern nicht mit der Frage konfrontiert worden, ob ein Embryo etwa mit Down-Syndrom (Mongolismus) abgetrieben werden soll. Jetzt gibt es für sie praktisch keinen Weg, dieser Frage auszuweichen, da der behandelnde Arzt sie auf bestehende Risiken hinweisen wird, um nicht zu Schadensersatz verpflichtet zu sein.

Die Konsequenzen dieser an der erblichen Gesundheit zukünftiger Kinder ausgerichteten Familienplanung sind in ihren Ausmaßen noch gar nicht abzusehen. Aber sie sind, soviel steht bereits heute fest, erheblich. Denn auf diese Weise werden letztlich nicht die Erbkrankheiten bekämpft, sondern die Erbkranken abgeschafft, also Menschen, die gewiß nicht sich und ihr Leben reduziert sehen wollten auf ein einziges Merkmal. Hier kommt in aller Deutlichkeit zum Ausdruck, daß moderner Prävention nicht mehr Krankheit, überhaupt Abweichung generell, sondern der Mensch als Risiko gilt, das man – je früher desto besser – in den „Griff“ bekommen muß.

Wenn der Stand der Technik die Norm vorgibt, genetisch bedingten Behinderungen vorzubeugen, und durch staatliche Präventionspolitik, ob gewollt oder ungewollt, die Einstellung erzeugt oder bekräftigt wird, es bestünde ein Anspruch auf ein gesundes Kind, so muß dies die Bereitschaft und Fähigkeit der Gesellschaft untergraben, das Leben Behinderter überhaupt zu akzeptieren. Es ist nur eine logische Konsequenz, wenn sich unter dem Druck der technischen Möglichkeiten die in der Medizin bestehenden normativen Schranken öffnen und den Weg freigeben von der eugenischen Selektion vor der Geburt zur Euthanasie behinderter Kinder unmittelbar nach der Geburt.

Da die Genomanalyse auch Aussagen über die zukünftigen Gesundheitsaussichten und die Auftretenswahrscheinlichkeit bestimmter Berufskrankheiten erlaubt, ist sie auch zu nutzen, um die langfristige Verfügbarkeit auf einem Arbeitsplatz abzuschätzen. Wer wollte Unternehmen daran hindern, im Rahmen ihrer Verträglichkeit darauf zu bestehen, daß Arbeitnehmer sich einem genetischen Screening unterziehen? In der Praxis würde dies nichts anderes heißen, als das Prinzip des Arbeitsschutzes auf den Kopf zu stellen: statt gesundheitsgefährdende Belastungen abzubauen, würden weniger belastbare Arbeitnehmer ausgesondert und zumeist in die Arbeitslosigkeit entlassen.

Was sich in einer derartigen, (heute noch) erst ansatzweise vorhandenen Entwicklung manifestiert, wäre mit „Fehlentwicklung“ unzutreffend beschrieben. Es kommt hierin vielmehr ein Sachverhalt zum Ausdruck, der nicht nur für medizi-

nische Prävention, sondern für Prävention allgemein charakteristisch ist: daß ihr nämlich nur das Normale als akzeptabel gilt, das Pathologische hingegen als korrekturbedürftig. Bleiben wir bei der Medizin: Gesundheit wird als „Normalzustand“ vorausgesetzt, Krankheit, Behinderung, psychische Störung als Abweichung vom Normalen definiert. Aufgabe der Medizin kann daher aus ihrer Sicht nur sein, Normabweichung als „Störung“ von Normalität zu identifizieren und durch einen medizinischen Eingriff zu therapieren. Doch was ist das Normale? Sind angeborener Minder- und Höherwuchs Krankheiten? Ab wann ist eine Verminderung der Intelligenz geistige Behinderung, wann liegt sie noch im Variationsbereich von normalen Fähigkeiten? Sind Erbmerkmale, die nicht für den Genträger selbst, sondern unter bestimmten Bedingungen für dessen Kinder Risiken darstellen, genetische Defekte?

Die entscheidende Frage, die geklärt werden müßte, um die aber geflissentlich herumgeredet wird, ist doch die, was „Gesundheit“, „gesundes Leben“, ein „lebenswertes Leben“ eigentlich ist. Der durch die herrschende Medizin vorgegebene Begriff von Gesundheit als „Abwesenheit von Krankheit“ ist jedenfalls negativ bestimmt. Er macht „Gesunde“ zu „Kranken“ und „Kranke“ zu „Gesunden“ und rechtfertigt Eingriffe jeglicher Art, von der eugenischen Selektion bis hin zur Lebenserhaltung um jeden Preis. Um welchen Preis? Solange nicht der Begriff von Gesundheit so gefaßt ist, daß er der menschlichen Vielfalt und Individualität Rechnung trägt und den betroffenen Individuen größtmögliche Verfügbung über sich selbst einräumt, betreibt Medizin im Namen der Normalität Anpassung an die Normalität. Dort, wo das Bedürfnis nach eigener Entwicklung, nach Anders-Sein durch die Herrschaftsordnung verhindert wird, wird es Individuen tendenziell unmöglich, Identität, Einzigartigkeit auszubilden. Diese zeichnet sich ja gerade durch das Nicht-Identische, Nicht-Festlegbare aus. Wir können keinen „aufrechten Gang“ haben, uns nicht „aufrichten“, solange wir uns „vorbeugen“ lassen, das heißt, uns Tag für Tag von der Medizin und den zuständigen Professionals mit ihrem hybriden Monopolanspruch in puncto Gesundheit verordnen lassen, was gut, was schlecht für uns ist, was wir zu tun, was wir zu unterlassen haben – nur um dem Leben ein paar Jahre hinzuzufügen statt den Jahren mehr Leben. Nicht die Länge, die Quantität des Lebens allein ist Indikator für ein lebenswertes Leben, ebenso bedeutsam, wenn nicht sogar gewichtiger, gerade weil ein einzelnes Leben sehr rasch ausgelöscht sein kann, ist die Qualität des Lebens, das Gefühl, sein Leben selbstbestimmt gelebt und genossen zu haben.

## Anmerkung

- \* Der Text basiert im wesentlichen auf dem Manuskript eines Vortrages, den ich an der Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich Sozialpädagogik, gehalten habe. Der Duktus des gesprochenen Wortes wurde weitgehend beibehalten. Außerdem wurde, vor allem aus Zeitgründen, darauf verzichtet, den Text mit Hinweisen auf akademische Autoritäten und mit einem wissenschaftlichen Apparat in Form von mehr oder minder ausführlichen Fußnoten zu befrachten. Es versteht sich von selbst, daß die vorgetragenen Überlegungen auch auf Arbeiten anderer aufbauen. Dem interessierten Leser seien zur weiterführenden Lektüre u.a. die untenstehenden Titel anempfohlen. Einschlägige Beiträge finden sich ferner in diversen Heften der *Blätter der Wohlfahrtspflege*, der *Neuen Praxis*, der *Prävention* und der *Widersprüche*.

## Literatur

- Daele, Wolfgang van den 1985: Mensch nach Maß? Ethische Probleme der Genmanipulation und Genterapie. München
- Elkeles, Thomas; Niehoff, Jens-Uwe; Rosenbrock, Rolf; Schneider, Frank (Hg.) 1991: Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990. Berlin
- Funk, Albrecht; Haupt, Heinz Gerhard; Narr, Wolf-Dieter; Werkentin, Falco 1984: Verrechtlichung und Verdrängung. Die Bürokratie und ihre Klientel. Opladen
- Rosenbrock, Rolf; Kühn, Hagen; Köhler, Barbara Maria (Hg.) 1994: Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitsversicherung. Berlin
- Wambach, Manfred Max (Hg.) 1983: Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt/M.
- Wenzel, Eberhard (Hg.) 1986: Die Ökologie des Körpers. Frankfurt/M.

Michael Wolf, Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin, Babelsberger Straße 14–16, 10715 Berlin

Martin Lühr

## Was ändert sich im Arbeitsförderungsgesetz?

Nach fast zweijährigem Vorlauf und nachdem die erste Fassung des Arbeitsförderungsreformgesetzes (AFRG) im Herbst 1996 an der fehlenden Zustimmung des Bundesrates gescheitert war, wurde es in einer modifizierten, nicht zustimmungspflichtigen Fassung Ende März 1997 vom Bundestag endgültig verabschiedet (BGB).

Das AFRG ist ein Artikelgesetz, mit dem insgesamt 83 Gesetze und Rechtsverordnungen geändert werden. Der Artikel 1 umfaßt das Nachfolgegesetz zum Arbeitsförderungsgesetz von 1969, das ab 1.1.1998 als Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) in Kraft tritt. Einige – teilweise einschneidende – Änderungen sind gemäß Artikel 11 AFRG bereits vorab zum 1.4.1997 im bestehenden AFG verankert worden.

Die anstehenden Veränderungen sind sehr umfangreich sind; an dieser Stelle können jedoch nur die wichtigsten Neuerungen Erwähnung finden.

### 1. Grundsätze

Aufgrund des angebotsorientierten Ansatzes, den CDU/FDP verfolgen, werden wichtige Ziele des jetzigen AFG im SGB III aufgegeben: Aufgabe der Bundesanstalt soll nur noch sein, „den Ausgleich am Arbeitsmarkt zu unterstützen.“

Im Kern ist das neue SGB III kein „Reform“, sondern ein Spargesetz: Das Hauptziel ist zunächst, den nominell noch im SGB III vorgesehenen Bundeszuschuß möglichst weitgehend zurückzuführen. Deshalb sollen unter anderem die arbeitsfördernden Maßnahmen in den neuen Bundesländern an das Niveau in den alten Ländern „angepaßt“, sprich verringert werden. Allein durch diese Maßnahme sollen innerhalb der nächsten vier Jahre nahezu 20 Mrd. DM (kumuliert) eingespart werden. An diesem Punkt wurde aufgrund des Wider-