

Gesundheitsförderung als soziale Kontrolle oder: Ausschließungsprozesse (noch) jenseits des Strafrechts

Health Promotion as Social Control or: Exclusion beyond Penal Law

Obwohl Gesundheitsförderung ein ressourcen-orientierter Ansatz in Gesundheitswissenschaften und -politik ist, zielt sie häufig doch v.a. auf die Veränderung von Verhaltensweisen i.S. vorgegebener Gesundheitsnormen. Am Beispiel Rauchen wird gezeigt, wie schnell sich eine emanzipativ gemeinte Politik zum Ausschließungs-Risiko für bestimmte Individuen und Gruppen entwickeln kann.

Schlüsselwörter: Ausschließung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsgesellschaft, Rauchen

Although health promotion is a resource-oriented approach in health science and health policy it aims in many cases at changing behaviour in terms of given norms of health. Smoking is used to show exemplarily how an emancipatory meant policy can become an exclusion risk for certain individuals and groups.

Keywords: exclusion, health promotion, health society, smoking

1. Gesundheitsförderung in der Gesundheitsgesellschaft

Es ist eine der wichtigsten Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften, dass – zumindest historisch betrachtet – der Anteil der Medizin an der Erhöhung der Lebenserwartung (die sich innerhalb der vergangenen 130 Jahre immerhin mehr als verdoppelt hat) äußerst umstritten ist (vgl. ausführlicher Schmacke 2005: 16f.; v. Troschke 2002: 23f.). Viel mehr als der Medizin sei die positive Entwicklung der Lebenserwartung hingegen einer verbesserten Individual- und Umwelthygiene wie auch der Verbesserung der Ernährung, der Wohnverhältnisse sowie der ökonomischen und sozialen Bedingungen geschuldet (vgl. Kolip 2002). Es ist u.a. diese Erkenntnis der herausragenden Bedeutung sozialer Aspekte (Armut, Arbeitslosigkeit,

Umwelt, Schicht, Geschlecht etc.) für den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die als Begründung für ein ganz neues Verständnis von Gesundheit und vor allem von Gesundheitspolitik ins Feld geführt wird.

Exemplarisch sei hier auf das jüngst erschienene Buch „Die Gesundheitsgesellschaft“ von Ilona Kickbusch verwiesen: Kickbusch (2006: 103ff.) vertritt die These, dass die Moderne durch drei „große Gesundheitsrevolutionen“ geprägt worden sei: Der große Fortschritt der ersten Gesundheitsrevolution (im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert) sei es gewesen, die *öffentliche Gesundheit zu sichern*, d.h. man investierte in die Trink- und Abwasserversorgung, regulierte Arbeitsschutz und Schulpflicht, führte Krankenversicherungen ein, verbesserte die Ernährung, die Wohnbedingungen usw. Die zweite Gesundheitsrevolution habe im Verlaufe des 20. Jahrhunderts zum einen die *Absicherung* bei Krankheit, Invalidität und Alter auf nahezu die gesamte Bevölkerung ausgeweitet und zum anderen umfassende medizinische *Versorgungssysteme* geschaffen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts nun würden wir Zeugen der dritten Gesundheitsrevolution, bei der die *Förderung der Gesundheit* in den vielfältigen Lebenswelten des modernen Alltags im Zentrum stehe. Die – um im Duktus von Kickbusch zu bleiben – revolutionären Subjekte sind dabei nicht (in erster Linie) Mediziner, sondern die VertreterInnen einer neuen multidisziplinären und anwendungsbezogenen Gesundheitswissenschaft, die sich als *(New) Public Health*¹ bezeichnet und nicht (mehr) nach Art der Medizin „kranke“ Individuen in den Blick nimmt, sondern die sich (in gesundheitsfördernder Absicht) auf Bevölkerungsgruppen und „settings“ sowie auf das Gesundheitssystem oder seine Teile konzentriert (vgl. Franzkowiak 2004: 121ff.; Kolip 2002: 16f.). Dabei ist das vorrangige Ziel nicht die Behandlung von Krankheit, sondern deren Verhinderung (Prävention) sowie die Förderung von Gesundheit bzw. gesundheitsförderlichen Strukturen (vgl. auch Hurrelmann 2000: 177f.).

Erreicht werden sollen diese Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung durch eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“, die unterschiedliche Methoden und Ansätze verhaltens- und/oder verhältnisorientierter Interventionsformen zur Anwendung bringt. Die im vorliegenden Zusammenhang wichtigsten sind: a) Information und Aufklärung, b) Empowerment und c) grundlegende soziale und politische Veränderungen.² Gemeinsam ist allen

1 „Die ‚alte‘ Public Health sprach mit wissenschaftlich begründeten öffentlichen Hygienemaßnahmen schwerpunktmäßig gesundheitlich unterversorgte und sozial gefährdete Teilgruppen an (...) New Public Health erweiterte den Adressatenkreis. Hier wird die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen in den Blick von Forschung und Anwendung genommen. Der Übergang führte auch zu einer Erweiterung der methodischen Basis: während das traditionelle Konzept im Kern epidemiologisch bestimmt war, treten im neuen Ansatz organisations- und systemorientierte Ansätze sowie die Gesundheitsökonomie gleichwertig hinzu“ (Franzkowiak 2003: 122).

2 Vgl. zur systematischen Aufarbeitung unterschiedlicher Ansätze in der Gesundheitsförderung z.B. Naidoo/Wills 2003: 89ff.

diesen Interventionsformen, dass sie in letzter Konsequenz (wenn auch mit unterschiedlicher Intensität) auf eine Verhaltensveränderung der jeweiligen Ziel- oder Bevölkerungsgruppe zielen, mithin Reaktionen auf unerwünschtes Verhalten sind. Auch wenn diese Interventionsformen in der Praxis nicht immer deutlich unterschieden werden können, so bilden doch die Gesundheitsinformationen (also Information und Aufklärung) idealtypischerweise die Basis einer (gestuften) gesundheitsfördernden (und durchaus emanzipativ gemeinten) Gesamtpolitik.

Zugleich allerdings sei die Gesundheitsgesellschaft, so Kickbusch (2006: 68), durch eine immer größer werdende Informationsflut gekennzeichnet, welche die Gefahr berge, „sich in dieser Flut von Informationen, Produkten und Dienstleistungen zu verlieren und sogar negativ und abweisend darauf zu reagieren.“ Um den BürgerInnen die „Navigation in dieser Gesundheitskomplexität zu erleichtern“, müssten ihre Handlungsfähigkeiten daher (im Sinne von Empowerment und) mit dem Ziel einer *Gesundheitskompetenz* gefördert werden: Gesundheitskompetenz versteht sich dabei als

„die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – Zuhause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen“ (Kickbusch 2006: 69).

Gesundheitsinformationen (auch im Sinne von Gesundheitsbildung und -erziehung) sollen die BürgerInnen also im Sinne von Gesundheitskompetenz empowern und in ihrer Selbstbestimmung sowie Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich Gesundheit stärken, damit sie die Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen (können). Man kann wohl sagen, dass dieser selbstbestimmte, gesundheitskompetente und verantwortlich handelnde Bürger – dieser, seine Gesundheit rational managende Unternehmer seiner selbst (vgl. etwa Bröckling 2004a: 272) – das Idealbild des Menschen in der Gesundheitsgesellschaft beschreibt. Aber eben ein ideales Menschenbild, dem die Realität häufig genug nicht gerecht wird: Oder warum, so Kickbusch (2006: 54f.), „leben so viele Menschen trotz eines hohen Informationsstandes und vieler Gesundheitsprodukte nicht gesund?“ Warum sind, trotz der verbreiteten Bekanntheit der gesundheitlichen Folgen, 200 Millionen Europäer „nicht nur übergewichtig, sondern fettleibig? Das ist kein Resultat rein individueller Lifestyle-Entscheidungen, sondern das Ergebnis struktureller Veränderungen unserer Lebensweisen, des Marktes und der Nahrungsmittelproduktion.“ Mit anderen Worten: Es reicht nicht, die Individuen zu informieren und zu empowern, sondern es werden zugleich strukturelle Maßnahmen erforderlich. Dementsprechend müsse

man umdenken und eine neue Art von Gesundheitspolitik installiert werden, die grundlegende soziale und politische Veränderungen bewirkt. Ich werde unten exemplarisch zeigen, was hierunter ggf. zu verstehen ist.

Zunächst aber zeigt sich an den skizzierten Überlegungen von Kickbusch m.E. Folgendes: Die Rede von Gesundheitskompetenz, Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen ist zwar (im Sinne der ProtagonistInnen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik) durchaus als emphatisch emanzipativ gemeint zu verstehen; zugleich aber steht die „richtige“ Entscheidung immer schon fest: Gesundheitskompetenz ist eben „die Fähigkeit des Einzelnen im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich *positiv* auf die Gesundheit auswirken“ (s.o.). Wenn sich die Bürger nun trotz aller Informierung (durch die Gesundheitsexperten) doch regelmäßig „falsch“ entscheiden, wenn also auf individueller Ebene nur wenig erreicht werden kann, dann stellt sich die Frage, ob und wie dieses Verhalten (ggf. auch jenseits von Gesundheitskompetenz und Empowerment) durch politische Entscheidungen und Maßnahmen verändert werden kann. Dass es verändert werden *darf*, steht zumindest für Ilona Kickbusch nicht zur Debatte – etwaige Einwände kontert sie vor allem mit Zynismus:

„So ganz verständlich sind diese Argumente nicht: Warum sollte eine Zigarette für Frauen – ‚You have come a long way, baby‘ – emanzipationsfördernder sein als eine Gesundheitskampagne für mehr Bewegung? Wie ist es der Freiheit dienlich, wenn man als Unterschichtskind schon in der Schule Zugang zum Soft Drink Automaten hat und wenn die Portionen im Burgershop immer größer werden? Dient es der Freiheit sich selbst zu schädigen und die Allgemeinheit dafür zahlen zu lassen? (...) Macht es Spaß, wenn man wegen Übergewicht nicht an der Turnstunde teilnehmen will?“ Usw. (Kickbusch 2006: 53).

Beim Wie des Veränderns hingegen setzt man auf zweierlei: erstens auf „Masse“, d.h. die Vielzahl von Maßnahmen:

„Um Verhaltensänderungen herbeizuführen, bedarf es – da sind sich inzwischen fast alle Epidemiologen einig – wegen der Vielzahl der beeinflussenden Faktoren auch einer Vielzahl von Maßnahmen in der Lebensumwelt. Diese sind dann auch meist stark mit gesellschaftlichen Normveränderungen verbunden, die wiederum auf das Verständnis der eigenen Identität zurückwirken. Die großen Veränderungen, die in den letzten zwanzig Jahren in Bezug auf das Rauchen stattgefunden haben, sind dafür ein herausragendes Beispiel“ (Kickbusch 2006: 56).

Und zweitens betont man die Verantwortung der Individuen, wobei man unterstellt,

„dass die Menschen ihre Gesundheit entscheidend verbessern könnten, wenn sie nur dazu bereit wären, ihre Lebensweisen zu ändern. Daraus ergibt sich zugleich, dass diejenigen Menschen, die nicht bereit sind, ihre

Lebensweisen zu ändern und entsprechende Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, die Konsequenzen für ihr Fehlverhalten dann selbst tragen müssen“ (Naidoo/Wills 2003: 93).

Grundannahme und Zielvorstellung einer solchen gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist, dass Krankheit grundsätzlich vermeidbar ist, wenn das Individuum nur ein ausreichendes Informations- und Risikomanagement betreibt und einen adäquaten Lebensstil pflegt. Was aber ist mit jenen, die sich nicht an die Normen der Gesundheitsgesellschaft halten wollen oder halten können? Die Übergewichtigen und die Cholesterin-Junkies, die Raucher und die Bewegungsmuffel u.v.m., sie alle werden im Kontext einer „gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ zu „Präventionsverweigerern“, die ggf. mit schärferen Maßnahmen zu ihrem Glück gezwungen werden müssen. Im Folgenden soll das von Kickbusch angeführte Beispiel des Rauchens herausgegriffen und gezeigt werden, wie schnell gesundheitsfördernde Maßnahmen „totalitäre“ Züge annehmen können und welche Konsequenzen eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ mit sich bringen kann.

2. Globale Tabakpolitik: Die Framework Convention on Tobacco Control

Ein wichtiger Meilenstein in der jüngeren Geschichte der (globalen) Tabakpolitik ist der 1964 erschienene (nach dem damaligen amerikanischen Surgeon General Luther Terry benannte) Terry-Report, der den Zusammenhang zwischen Rauchen und Krebs erstmals offiziell anerkannte und ihm damit politische Macht verlieh. Allerdings hatte (bereits damals) das bloße Wissen um die Schädlichkeit des Rauchens nur sehr geringe Auswirkungen auf den Zigarettenkonsum, und auch die in den 1960er und 1970er Jahren des 20. Jahrhunderts mit viel Macht und Geld propagierte medizinische Kritik konnte diese Entwicklung nicht wesentlich beeinflussen. Als Folge, so Knoblauch (1994: 252ff.), habe sich eine neue (US-amerikanische) Nichtraucherbewegung formiert, die sich seit Beginn der 1980er Jahre zunehmend auch aus Regierungsbeamten, Vertretern staatlicher Gesundheitsorganisationen, akademischen Public-Health-Forschern, „moralischen Führern“ von Nichtraucherorganisationen und (liberalen) Politikern zusammensetzte und die es sich zum Ziel gesetzt hatte, eine umfassende Anti-Tabak-Politik (einschließlich jener von Kickbusch beschworenen Vielzahl an Maßnahmen) zu installieren. Ausdruck fanden die Aktivitäten dieser Gruppe zunächst u.a. darin, dass der Surgeon General Koop 1986 das Passivrauchen offiziell als gesundheitsschädlich bezeichnete, „A Smoke-Free Society by the Year 2000“ ausrief und schließlich 1988 die Schrift „Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General“ publizierte, die zu dem Ergebnis kam, dass Nikotin in seinem Suchtpotential dem Heroin gleiche (vgl. ausführlicher Schmidt-Semisch 2005: 128ff.). Ergänzt wurde dieser Report des Surgeon Generals durch „Guidelines“ des US Departments of Health and Human Services (1989) hinsichtlich der „Media Strategies for Smoking

Control“, die u.a. Anregungen zu einer „creative epidemiology“ oder auch zum „framing“ geben – Strategien im Übrigen, die heute zum lehrbuchmäßigen Kanon der Gesundheitswissenschaften bzw. -förderung gehören (vgl. etwa Seibt 2004).

Die weitere Entwicklung ist dann in den folgenden Jahren insbesondere auch von der WHO vorangetrieben worden, wobei sie medienstrategisch im Wesentlichen zwei Wege verfolgt. Zum Ersten verfolgt die WHO die Strategie der großen bzw. wachsenden Zahl³ (der „Tabaktoten“), zum Zweiten jene Strategie, die Kickbusch (im positiven Sinn) als „gesellschaftliche Normveränderungen“ bezeichnet – und hierbei kann sie immerhin einigen Erfolg verbuchen: Seit Mitte der 1980er Jahre ist es zur konsequenten Umwertung („reframing“) des Tabaks (vom Genuss- zum Suchtmittel) und des Rauchens (vom Laster zur Sucht) gekommen. In diesem Kontext hatte die World Health Assembly (WHA) Tabak 1986 das erste Mal als „addictive“ bezeichnet und ihren Generalsekretär aufgefordert, dafür zu sorgen, dass die WHO eine führende globale Rolle im Kampf gegen das Rauchen übernehme. Diese Forderung ist möglicherweise der Grund, warum die WHA überhaupt auf den Begriff „addiction“ zurückgreift, denn eigentlich hatte die WHO seit 1964 ganz allgemein auf den Begriff der Sucht verzichtet und ihn durch „drug dependence“ ersetzt (vgl. hierzu Vogt/Scheerer 1989: 15f.). Nun taucht er im Zusammenhang mit Tabak wieder auf, was 1989 zu dem Beschluss führt, Tabak ab der 10. Revision der „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) in die Liste der „Abhängigkeit produzierenden Drogen“ aufzunehmen.⁴ 1995 bekräftigt die WHA – nun in aller Regel unter Verweis auf das enorme Suchtpotential des Tabaks⁵ – ihren Willen, die globale Rolle der WHO im Anti-Tabak-Kampf zu festigen, und regt eine „Framework Convention on Tobacco Control“ (FCTC)⁶ an, deren Erarbeitung sie 1999 beschließt und die sie im Mai 2003 verabschiedet.

In dieser FCTC verpflichten sich die Unterzeichnerstaaten – ganz im Sinne einer „gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ mittels einer Vielzahl von

3 Schätzte die WHO die Zahl der jährlichen Todesopfer durch Tabak 1986 noch auf 1 Million, so sind es 1989 bereits 2 Mio. (WHA 42.19) und 1990 dann 3 Mio. (WHA 43.16); 1999 steigt die Zahl auf 3,5 Mio. (WHA 52.18), 2002 auf mehr als 4 Mio. und 2004 auf 4,9 Mio. (WHO 2004). Für 2020 schätzt die WHO jährlich 8,4 Mio. und für 2030 jährlich 10 Mio. vorzeitige Todesfälle (vgl. auch Schmidt-Semisch 2006: 174f.; die jeweiligen WHA-Dokumente finden sich unter: <<http://www.who.int/gb>>).

4 Dies ist insofern erstaunlich, weil diese Klassifizierung bis dahin vom zuständigen WHO-„Expert Committee on Drug Dependence“ aufgrund der fehlenden psychoaktiven Wirkungen des Tabaks stets abgelehnt worden war (vgl. Schmidt-Semisch 2006).

5 Vgl. zur Suchtargumentation der WHO ausführlicher Schmidt-Semisch 2005 sowie Kolte 2006: 49ff.

6 Es ist das erste Mal, dass die Weltgesundheitsorganisation eine internationale Konvention auf der Grundlage von Artikel 19 ihrer Verfassung erarbeitet (vgl. hierzu auch Kickbusch 2006: 132f.).

Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen – dazu, „to reduce continually and substantially the prevalence of tobacco use and exposure to tobacco smoke“ (Art. 3). Weil „every person should be informed of the health consequences, addictive nature and mortal threat posed by tobacco consumption“ (Art. 4), sollen im gesamten Gesundheits- und Erziehungssystem „programms aimed at promoting the cessation of tobacco use“ etabliert werden, die geeignet sind „for diagnosing, counselling, preventing and treating tobacco dependence“ (Art 14). Zudem arbeitet die FCTC darauf hin, die Steuern herauf zu setzen und die Strafen für illegalen Zigarettenhandel zu erhöhen, den Verkauf von Tabakprodukten in Duty-Free-Shops zu untersagen (Art. 6), das Rauchen „in indoor workplaces, public transports, indoor public spaces and, as appropriate, other public places“ zu verbieten (Art. 8), Tabakverpackungen mit Warnhinweisen und abschreckenden Bildern zu versehen (Art. 11) und alle Formen der Werbung zu verbieten (Art. 13). Dabei gilt den Jugendlichen der besondere Schutz der FCTC: An sie sollen Tabakprodukte grundsätzlich nicht verkauft werden dürfen, und geschützt werden sollen sie überdies durch „prohibiting the manufacture and sale of sweets, snacks, toys or any other objects in the form of tobacco products which appeal to minors“ (Art 16). Um alle diese Maßnahmen durchzusetzen, „the Parties shall consider taking legislative action or promoting their existing laws, where necessary, to deal with *criminal and civil liability*, including compensation where appropriate“ (Art. 19; Hervorhebung durch d.A.)⁷:

Betrachtet man sich diese „Geschütze“, welche die Gesundheitswächter hier auffahren, bekommt man vielleicht eine Vorstellung davon, was Kickbusch und andere sich unter einer „Vielzahl an Maßnahmen“ oder auch einer „breit angelegten gesundheitsfördernden Gesellschaftspolitik“ vorstellen. Die individuelle Selbstbestimmung sowie Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich Gesundheitsfragen scheint jedenfalls nicht uneingeschränkt das Ziel einer solchen Politik zu sein.

Aber wie gestaltet sich diese Politik ganz konkret vor Ort bzw. in den jeweiligen „Lebensumwelten“? Ein Blick nach Bremen mag hier hilfreich sein.

3. Lokale Tabakpolitik: Das Bremische „Rauchfreiheitsgesetz“ und seine Umsetzung

Als ich kurz nach den Sommerferien 2006 in der Schule meines Sohnes zum Elternbeirat eintraf, wurde meine Aufmerksamkeit bereits am Eingang geweckt: „Die Schule ist nach § 4 Rauchfreiheitsgesetz rauchfrei“ (oder so

7 Informationen zur FCTC unter: <<http://www.tabakkontrolle.de>>; die Konvention selbst unter: <<http://www.who.int/tobacco/framework/download/en/index.html>> [Stand 2006-10-09].

ähnlich) las ich da auf blau unterlegtem Grund. Wie ich später erfuhr, war am 18. Juli 2006 das „Bremische Gesetz zur Gewährleistung der Rauchfreiheit von Krankenhäusern, Tageseinrichtungen für Kinder und von Schulen“ verabschiedet worden. Nach § 1 dient das Gesetz „der auch vorbeugenden Gesundheitspflege“ und verbietet deshalb das Rauchen in den genannten Einrichtungen. Während in § 2 noch Ausnahmen geregelt werden (so kann das Rauchen zum Beispiel im Bereich der Palliativmedizin sowie der Psychiatrie ausnahmsweise erlaubt werden), ist das Rauchverbot an Schulen sowohl für LehrerInnen als auch SchülerInnen umfassend – und zwar nicht nur im Schulgebäude und auf dem Schulgelände, sondern (nach § 4 Abs. 1) auch noch „in der unmittelbaren Umgebung des Schulgeländes“ (sog. „Bannmeile“).⁸ Die Schulleiter sind nach § 5 für die Umsetzung des Verbots zuständig und haben entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Verstöße gegen die §§ 4 und 5 können als Ordnungswidrigkeiten mit Geldbußen von bis zu 500 bzw. 1.000 Euro geahndet werden.

Wie man sich nun die Ahndung besagter Verstöße genau vorzustellen hat, darüber informiert eine vom Senator für Bildung und Wissenschaft eigens erstellte Handreichung zur Umsetzung des besagten „Rauchfreiheitsgesetzes“: Verstößt ein Schüler gegen das Verbot, so „soll zunächst pädagogisch reagiert werden (z.B. mit Abmahnung, Erteilung von Auflagen; Verhaltensverpflichtungen oder Ordnungsmaßnahme). Die Erziehungsberechtigten sind zu informieren.“ Schwieriger wird es, wenn ein Bußgeld verhängt werden soll, denn dann

„sind unbedingt Beweise für den Verstoß gegen das Rauchverbot anzugeben. Der Schüler oder die Schülerin muss beim Rauchen gesehen worden sein. Schüleraussagen sind in der Regel nicht zu verwenden. Ggf. genügt es, wenn *eindeutige Indizien* vorliegen, dass geraucht worden ist und es n u r der beschuldigte Schüler oder die beschuldigte Schülerin gewesen sein kann“ (Hervorhebungen im Original).⁹

Schließlich bietet die Handreichung folgendes abgestufte Verfahren der pädagogischen(!) Intervention:

1. Vorfall: Informierung der Klassenleitung, der Schulleitung und der Eltern; es ist ein Fragebogen zum Rauchverhalten auszufüllen sowie ein Ge-

8 Die entsprechende Handreichung zum Gesetz (s. nächsten Text-Absatz) führt dazu aus: „Die unmittelbare Umgebung muss konkret bestimmt sein z.B. durch:

- Benennung der Straßen, ggf. auch Straßenseiten von ... bis (Hausnummern, Seitenstraßen);
- Geschäfte (Bäckerei, Kiosk etc.) und die erlaubten Wege dorthin.“

9 Lehrer, die beim Rauchen erwischt werden, erhalten ebenfalls ein Bußgeld oder im Wiederholungsfall ein Disziplinarverfahren bzw. eine Abmahnung. Wird ein Schulleiter bzw. eine Schulleiterin beim Verstoß gegen das Gesetz erwischt, wird grundsätzlich ein Disziplinarverfahren eingeleitet.

spräch mit dem Klassenlehrer zu führen; zudem wird ein „sozialer Dienst (z.B. Schulhof sauber machen)“ fällig.

2. *Vorfall*: Informierung der Klassenleitung sowie Gespräch mit der Schulleitung; evt. Verhängung einer Ordnungsmaßnahme bzw. Verpflichtung zur Teilnahme an einem Anti-Rauch-Kurs; Androhung eines Bußgeldes.

3. *Vorfall*: „Verhängung des ersten Bußgeldes (20 bis 50 Euro) und Androhung des zweiten deutlich erhöhten Bußgeldes“; Empfehlung eines Rauchentwöhnungskurses.

4. *Vorfall*: „Verhängung des zweiten empfindlicheren Bußgeldes“; Verhaltensvereinbarung sowie „Einbeziehung der Suchtprävention Bremen“.

5. *weitere Vorfälle*: „Verhängung weiterer Bußgelder“ sowie ggf. „Überweisung in eine andere Schule“

Soweit das Bremische Rauchfreiheitsgesetz sowie die entsprechende Handreichung. Was wird es wohl bringen in den kommenden Monaten? Auf jeden Fall schafft es zunächst einmal mehr Kontroll- und Disziplinierungsarbeit, vor allem aber auch mehr Ärger: Die Anwohner der Schulen beschwerten sich bereits jetzt in der lokalen Presse über Rauchbelästigungen und Verschmutzungen in den Randbereichen der Bannmeilen. Vielleicht wird die verbotene Zigarette für die Jugendlichen auch noch cooler als es das Rauchen ohnehin schon ist, und auch die räumlichen Verbots-Grenzen fordern nervige Diskussionen mit den kontrollierenden Lehrern geradezu heraus. Über etwaige „eindeutige Indizien“ oder ähnliches möchte ich hier gar nicht nachdenken, auch wenn in meiner Vorstellung bereits „Tabak-schnüffler“ ihre Bahnen über das Schulgelände und die angrenzenden Areale ziehen. Alles deutet jedenfalls darauf hin, dass der Raum für Raucher kleiner wird und dass man sich anschickt, die Tabakpolitik der Drogenpolitik (mit allen bekannten Fehlern) anzugleichen.

4. Fazit

Aber auch wenn es so scheint, dass nun auch im Tabakbereich (zunächst noch mit dem Ordnungswidrigkeitenrecht) der alte Weg der Prohibition beschritten werden soll, so verweist die „Ultima ratio“ des Rauchfreiheitsgesetzes (die „Überweisung in eine andere Schule“) zugleich möglicherweise auch auf einen weiteren Kontrollmodus, nämlich den der (im Sinne des oben skizzierten Menschenbildes) ‚selbstverschuldeten Ausschließung‘. Diese Ausschließung bezeichnet nicht mehr (nur) die „Einschließung“ per Gefängnisstrafe oder Therapie, sondern vor allem die Ausschließung aus wichtigen Subsystemen unserer Gesellschaft, die Simon (bereits 1987) als „Access Society“ beschrieben hat. In Bezug auf andere (illegale) Drogen wird diese Form der Ausschließung von privaten und öffentlichen Arbeitgebern in den USA schon lange praktiziert: Sie reduzieren Drogenkonsum in ihren Betrieben allein dadurch, dass sie Urinalanalysen zur Bedingung einer Beschäftigung machen. Wer drogen-positiv getestet wird (oder den Test ver-

weigert), wird nicht eingestellt bzw. entlassen.¹⁰ Und dies nicht in erster Linie, weil Drogenkonsum verwerflich ist, sondern weil er als Risikofaktor für Sicherheit und vor allem Produktivität in das Risikokombinatorium des Individuums eingeht. In den Vordergrund der (gesundheits-)ökonomischen Argumentation tritt dabei der (wissenschaftlich vermeintlich abgesicherte) monetär-messbare Schaden¹¹, den der Einzelne durch sein Verhalten dem Kollektiv aufbürdet: Die Selbstschädigung (durch das Rauchen oder andere gesundheitsschädliche Verhaltensweisen) wird in dieser Logik zur Fremdschädigung des Kollektivs – eine Logik, die mit Blick auf die Einstellungstests unterschiedlicher Arbeitgeber ebenso greift wie z.B. bei den immer wiederkehrenden Überlegungen und Diskussionen hinsichtlich Kern- und Wahlleistungen sowie Selbstbehalttarifen in der Gesetzlichen Krankenkasse (vgl. ausführlicher Schmidt-Semisch 2002).

Die Normverschiebungen im Bereich der Gesundheit im Allgemeinen sowie des Rauchens im Besonderen deuten darauf hin, dass solche und ähnliche Ausschließungs- und Kontrollmaßnahmen in Zukunft vermehrt für alle jene Risiken „hoffähig“ werden, die als mehr oder weniger verhaltensbedingt bzw. entscheidungsabhängig aufgefasst werden können – nach Kruse/Kruse (2002) sind dabei folgende Verhaltensweisen im Gespräch: Alkohol- und Nikotinmissbrauch, falsche Ernährung, mangelnde Bewegung, Drogenkonsum und Tablettenmissbrauch, aber auch Erkrankungen durch Extremsportarten oder Fernreisen. Zwar weisen GesundheitswissenschaftlerInnen wie Kickbusch (2006: 146) solcherlei Szenarien der Entsolidarisierung zurück und betonen, dass Gesundheit im 21. Jahrhundert als „ein durch und durch demokratisches und reflexives Projekt“ verstanden werden müsse, welches sich überdies „gegen die totalitäre Dimension der Perfektion“ zu positionieren habe. Gleichwohl aber zielt auch Gesundheitsförderung allzu häufig doch wieder nur auf die Veränderung von Verhaltensweisen, was die entsprechenden Gesundheitsnormen bzw. Maßnahmen für bestimmte Individuen und Gruppen durchaus zum Ausschließungs-Risiko werden lassen kann. So gesehen gilt dann im Grunde auch für die Gesundheitsförderung, was Ulrich Bröckling (2004b: 211) mit Blick auf die Prävention formulierte: „Präventionsprogramme“, so Bröckling, „gleichen Kreuzzügen, ihre Logik ist die der antizipierenden Säuberung: Gegen welches Übel auch immer sie antreten, es soll eliminiert werden. Selbst wenn ein endgültiger Sieg den Protagonisten utopisch erscheint und sie sich mit bescheideneren Vorgaben zufrieden geben, als regulative Idee leitet dieses Ziel ihre

10 Vgl. hierzu sowie zur Situation in der BRD den Beitrag von Paul in diesem Band.

11 Beispiel Rauchen: Die World Bank (2003) schätzt z.B. die durch das Rauchen verursachten Kosten auf 6 bis 15 Prozent der gesamten Kosten des Gesundheitssystems in entwickelten Ländern. Thamm/Junge (2003: 57ff.) berechnen 17,3 Mrd. Euro für tabakbedingte Kosten der Krankenbehandlung, verlorene Produktivität sowie Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.

Praxis“. Das Bremer Rauchfreiheitsgesetz ist hierfür ein gutes, wenn auch sicherlich nicht das letzte Beispiel.

Literatur

- Bröckling, Ulrich (2004a): Unternehmer, in: Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas/Bröckling, Ulrich (Hg.): Glossar der Gegenwart, Frankfurt a.M., 271-276.
- Bröckling, Ulrich (2004b): Prävention, in: Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas/Bröckling, Ulrich (Hg.): Glossar der Gegenwart, Frankfurt a.M., 210-215.
- Franzkowiak, Peter (2004): Gesundheitswissenschaften/Public Health, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Schwabenheim, 121-126.
- Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim/München.
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg.
- Kolte, Birgitta (2006): Rauchen zwischen Sucht und Genuss, Wiesbaden.
- Knoblauch, Hubert (1994): Vom moralischen Kreuzzug zur Sozialtechnologie. Die Nichtraucherkampagne in Kalifornien, in: Hitzler, Ronald u.a. (Hg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit, Opladen, 248-267.
- Kolip, Petra (2002): Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien, in: Kolip, Petra (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung, Weinheim, 7-22.
- Kruse, Udo/Kruse, Silke (2002): Möglichkeiten und Grenzen der Kostendämpfungspolitik, in: Die Sozialversicherung, Teil I: 5/2002, 121-126; Teil II: 6/2002: 149-154.
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung, hg. v. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gamburg.
- Schmacke, Norbert (2005): Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, 2. Aufl., Bonn/Bad Homburg.
- Schmidt-Semisch, Henning (2002): Vom Tabakgenuss zur Nikotinsucht. Zum Paradigmenwechsel in der Tabakpolitik, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 4, 25-32.
- Schmidt-Semisch, Henning (2005): Vom Laster zur Modellsucht. Einige Anmerkungen zur Karriere des Drogenproblems, in: Dollinger, Bernd/Schneider, Wolfgang (Hg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin, 123-141.
- Schmidt-Semisch, Henning (2006): Nachahmungseffekte oder: Wie es zum Verbot der Schokoladenzigarette kam, in: Behr, Rafael/Cremer-Schäfer, Helga/Scheerer, Sebastian (Hg.): Kriminalitätsgeschichten. Ein Lesebuch über Geschäftigkeiten am Rande der Gesellschaft, Hamburg, 173-178.
- Seibt, Annette (2004): Interessendurchsetzung über die Medien – Media Advocacy, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4. Aufl., Schwabenheim, 129-131.
- Simon, Jonathan (1987): The Emergence of a Risk Society: Insurance, Law, and the State, in: Socialist Review 17, 61-89.

- Thamm, Michael/Junge, Burckhard (2003): Tabak – Zahlen und Fakten des Konsums, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Jahrbuch Sucht 2004, Geesthacht, 37-63.
- Troschke v., Jürgen (2002): Der Beitrag der Medizin zur Public Health, in: Kolip, Petra (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung, Weinheim, 23-52.
- US-Department of Health and Human Services („Terry-Report“) (1964): Smoking and Health: Report of the Advisory Committee of the Surgeon General of the Public Health Services, Rockville.
- US-Department of Health and Human Services (1988): Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Health, Rockville.
- US-Department of Health and Human Services (1989): Guidelines. Media Strategies for Smoking Control. NCI Publication 89-3013, März 1989.
- Vogt, Irmgard/Scheerer, Sebastian (1989): Drogen und Drogenpolitik, in: Scheerer, Sebastian/Vogt, Irmgard (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt a.M./New York, 1-50.
- WHO (2004): The World Health Organization Says that Tobacco is Bad Economics All Around. 31 May – World No Tobacco Day 2004: The Vicious Circle of Tobacco and Poverty (<<http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr36/en/print.html>> [Stand 2006-07-25]).
- World Bank (2003): Der Tabakepidemie Einhalt gebieten: Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle, Washington D.C.

Universität Bremen, Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften,
Grazer Str. 2, 28359 Bremen; E-Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de