

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Wege zu einer effektiven Prävention

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1989) : Wege zu einer effektiven Prävention, In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Bonn) (Ed.): 40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick - Ausblick - Perspektiven. Dokumentation des gleichnamigen Symposiums vom 3./4. April 1989 in Bonn, durchgeführt von der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V., Bonn, in Verbindung mit dem Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ISBN 3-927493-01-5, Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, Bonn, pp. 41-54

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/111985>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Wege zur einer effektiven Prävention

Ich soll hier zu Ihnen eine knappe halbe Stunde über Wege zu wirksamer Prävention sprechen. Sie werden nicht von mir erwarten, daß ich Ihnen in dieser kurzen Spanne die gesamte Landkarte, auf der sich diese Wege befinden oder befinden könnten, entfalte und erläutere.

Diese Landkarte trägt die Überschrift «Gesellschaftlicher Umgang mit Gesundheit und Krankheit». Zu Ihrer Erklärung müßte zunächst sicher einiges zu den bewegenden und haltenden politischen und ökonomischen Interessen, also zur Tektonik der Macht gesagt werden. Erforderlich wären auch Ausführungen über die institutionelle Ausprägung von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung, also zu den gut befestigten Grenzen und zum Teil extrem stark gemauerten Bastionen. Nötig wären auch Ausführungen über Großtrends der Veränderung von Gesundheitsbelastungen und Bewältigungsmöglichkeiten, also eine Art Klima- und Wetterkarte. Schließlich müßte noch einiges gesagt werden über die Menschen, die diese Wege suchen oder auch nicht, und auf welche Ziele hin sie sich dabei bewegen.

Dies alles kann ich im vorgegebenen Rahmen nicht. Statt dessen möchte ich drei Schlaglichter auf die Landkarte werfen. Damit sollen drei Thesen beleuchtet werden:

- (1) Es unterbleibt bei uns viel an nötiger und möglicher Prävention.
- (2) Dafür sind zumindest zum erheblichen Teil politische und ökonomische Faktoren verantwortlich.
- (3) Es gibt benennbare Möglichkeiten, den zum Teil blockierenden Einfluß dieser Faktoren zu überwinden und damit die Effektivität der Prävention erheblich zu erhöhen.

Gestatten Sie mir vor diesem eher optimistisch klingenden Dreiklang eine eher bittere Vorbemerkung: Zu Festveranstaltungen zum Thema Prävention besteht auf der politischen Ebene eigentlich kaum ein Anlaß. Denn solche Festveranstaltungen finden zu einer Zeit statt, in der auf wichtigen politischen Feldern relativ ungesteuert Prozesse laufen, deren gesundheitsschädliche und

damit präventionsfeindliche Konsequenzen derart offen zutage liegen, daß die wirksamen Wege zur Prävention in einer Umorientierung solcher Politiken lägen: Im Jahr 1989 werden einschließlich der stillen Reserve 3,7 Millionen Menschen arbeitslos sein, 1988 waren bereits 16,5 % der registrierten Arbeitslosen länger als zwei Jahre arbeitslos. Arbeitslosigkeit enturzelt, zerstört das Selbstbewußtsein und nimmt den Menschen Sinn und Rhythmus. Aber auch die Beschäftigten sind gesundheitlich längst nicht aus dem Schneider: Neben einem hohen Sockel klassischer Gesundheitsbelastungen im Arbeitsleben wachsen neuartige, vor allem psychisch vermittelte Beanspruchungen stark an. Unter den Beschäftigten wächst der Anteil von Arbeitsverträgen mit mangelhafter sozialer Absicherung und ohne langfristige Perspektive. Der Sektor der offenen Armut nimmt zu. Die dabei entstehenden offenen und verdeckten Notlagen werden ideologisch und sozialpolitisch immer weiter individualisiert, der Zugang zu kompensatorischen Sozial- und Gesundheitsleistungen wird zum Teil drastisch erschwert. Die epidemiologisch zum Teil dramatisch krankheitsverursachenden bzw. -fördernden Wirkungen solcher Lebenslagen sind schon oft und stets eindeutig nachgewiesen worden.

Gleichzeitig werden wir täglich mit neuen Nachrichten über eingetretene und drohende Umweltkatastrophen konfrontiert, die langfristig unsere Lebensgrundlagen bedrohen. Das macht Angst und kann mutlos machen. Ebenso wie das grausame Spiel mit der Weltuntergangsangst, wie es aus Debatten über neue Rüstungsrunden klingt. Angst und Mutlosigkeit aber sind denkbar schlechte Voraussetzungen für ein Klima lebensfreundlicher Aktivitäten. Prävention als Verhütung von Krankheiten ist aber als lebensfreundliche Aktivität auf ein entsprechendes Klima geradezu angewiesen.

An dieser Stelle könnte ich resigniert meinen Vortrag abbrechen und mich zur allgemeinen Verwirrung der Veranstalter auf meinen Platz zurückziehen. Soweit will ich den Frieden hier aber nicht stören. Als Zwischenfazit ist ja immerhin schon zweierlei festzuhalten:

Erstens: Es ist offensichtlich nicht üblich, die Maßnahmen der Arbeitsmarkt-, Technologie- und Innovationspolitik systematisch auf ihre Gesundheitsfolgen hin zu überprüfen oder ihre Zulässigkeit am Maßstab der Gesundheitsverträglichkeit zu messen. Die Gesundheitsgerechtigkeit hat keine vergleichbare Lobby wie dieje-

nigen, die in den sechziger Jahren die Autogerechtigkeit der Stadt zum Maßstab der Siedlungs- und Urbanitätsentwicklung erheben konnten.

Zweitens: Wer angesichts dieser hier nur beispielhaft genannten Prozesse das individuelle Verhalten als wichtigste Verursachung von Krankheit und als Ziel wirksamer Präventionspolitik sehen will, muß seinen Blickwinkel schon mit Scheuklappen künstlich begrenzen, damit ihm die gesellschaftlich produzierten und je individuell wirksamen Verhaltensbedingungen, die gesellschaftlich in Richtung auf Gesundheitsverträglichkeit hin zu verändern wären, nicht ins Gesichtsfeld geraten.

I. Das wird vielleicht noch deutlicher, wenn ich zur Begründung meiner ersten These von der Möglichkeit und der Notwendigkeit der Prävention ein paar Worte auf das Panorama der Krankheiten und der Sterbeursachen verwende.

Das Krankheits- und Sterbe geschehen in der Bundesrepublik Deutschland wird von wenigen, meist chronisch verlaufenden Krankheiten beherrscht, die damit den Rang von Volksseuchen einnehmen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, nichtentzündliches Rheuma, chronische Bronchitis, einige Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und der Leber, der Diabetes mellitus sowie Süchte und psychisch manifestierte Leiden erklären über drei Viertel sowohl des Krankheits- als auch des Sterbe geschehens in den industrialisierten Ländern. Zur Veranschaulichung: Von 100 Bewohnern der Bundesrepublik Deutschland fühlen sich täglich 15 Menschen krank, davon sind zwei Drittel chronisch krank. Die Verbreitung der chronisch und überwiegend degenerativ verlaufenden Krankheiten nimmt zu und erfaßt auch zunehmend jüngere Altersgruppen.

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten drei gemeinsame Merkmale:

1. Sie können mit den Mitteln der Medizin durchweg weder verhindert noch geheilt werden. Auch eine Vervielfachung medizinischer Bemühungen einschließlich der Vorverlegung medizinischer Intervention durch Krankheitsfrüherkennung würde hieran insgesamt nicht viel ändern.

Eine historische Erfahrung tritt hinzu. Zumindest seit der Industrialisierung wurden alle großen Volkskrankheiten, zeitlich zuerst und in der Wirksamkeit überlegen, nicht mit den Mitteln der naturwissenschaftlichen Medizin, sondern durch Primärprävention überwunden. Verbesserungen der Lebens-, Arbeits-, Wohn- und Bildungsverhältnisse sowie spontane und öffentlich ermöglichte bzw. angestoßene Verhaltensänderungen hatten die Dynamik der großen, vorwiegend Infektionsseuchen vor allem des letzten Jahrhunderts in Europa immer bereits gebrochen, bevor die naturwissenschaftliche Medizin mit ihren wirksamen Instrumenten der Immunisierung und Therapie eingreifen und diesen Erfolg befestigen konnte.

In bezug auf die neu aufgetretene Infektionskrankheit AIDS stehen wir derzeit vor der Aufgabe, diesen Erfolg zu wiederholen. Im Lichte der historischen Erfahrungen und moderner Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verhaltensbeeinflussung scheint dies keine aussichtslose Unternehmung. Das aber hier nur am Rande, denn AIDS ist epidemiologisch eine kleine Krankheit, in bezug auf das Krankheitspanorama atypisch und bleibt dies hoffentlich auch.

2. Der Anfang der meist langen und vielgliedrigen Verursachungsketten der chronisch degenerativen Krankheiten liegt durchweg lange vor dem manifesten Ausbruch der Krankheit. Er liegt ganz oder zum entscheidenden Teil außerhalb des Individuums, in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen, also in politisch gestaltbaren Bereichen.
3. Sowohl das Risiko zu erkranken oder zu sterben als auch die Möglichkeit, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen, als auch die Chancen, die Krankheit physisch, psychisch und sozial zu bewältigen, sind sozial ungleich verteilt. Ein 35jähriger Hochschullehrer hat im Durchschnitt ein um zehn Jahre längeres Leben vor sich als ein angelernter Arbeiter. Der versicherungsrechtlich weithin gewährleistete formal gleiche Zugang zu Versorgungsleistungen des Gesundheitswesens hat es nicht vermocht und kann es auch nicht bewirken, daß die Schere der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod sich schließt.

Angesichts dieser epidemiologischen Ausgangslage besteht weithin Konsens darüber, daß gesundheitspolitisch durchschlagende Erfolge gegen alle hier genannten Krankheiten vor allem durch Intervention *vor* der Manifestation zu erzielen sind.

Prävention also, aber wo? Auf welcher Ebene? Durch wen und mit welchen Instrumenten?

Glauben Sie nicht, daß ich Ihnen diese Frage mit einem Patentrezept beantworten könnte. Ich persönlich glaube auch gar nicht, daß es ein Patentrezept gibt. Vielmehr lassen die seit den siebziger Jahren bei uns und dem Ausland erzielten Forschungsergebnisse und erworbenen Erfahrungen nur den Schluß zu, daß die Frage, ob Prävention auf die Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens der Betroffenen zielen soll, zuvörderst nach den Kriterien der Wirksamkeit und der Zweckmäßigkeit zu beantworten ist. Dabei müssen freilich ethisch und juristisch fixierte Grenzen eingehalten werden.

Sowohl Vertreter der Verhaltensprävention als auch die Anwälte der Verhältnisprävention können auf erfolgreiche und erfolglose Beispiele für die Wirksamkeit ihrer Strategien verweisen.

Die enormen Fortschritte in der persönlichen Hygiene beim Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten, der Sicherheitsgurt beim Autofahren, die Erfolge der Kariesprophylaxe zum Beispiel in der Schweiz, aber auch die dramatischen Verhaltensanpassungen der Hauptbetroffenengruppen im Umkreis von AIDS oder der neuerdings drastische Rückgang des Rauchens in den USA zeigen, daß Verhalten durch öffentliche Politik in Richtung auf mehr Prävention zu beeinflussen ist. Und zwar desto effektiver, je mehr entsprechende Strategien dem Motto der WHO folgen, das da lautet: *Make the healthy way the easy choice*. Auf der anderen Seite können bei der Ernährung, bei den Alltagsdrogen (vor allem Alkohol), bei der Bewegungsarmut nur geringe Fortschritte verzeichnet werden. Aber wer wollte es einer Ehefrau und Mutter von zwei Kindern, die bei geringem Lohn monotone Schichtarbeit verrichtet, täglich eine Stunde aus dem Satellitenviertel zur Arbeit und zurück unterwegs ist und sich nebenher noch um ihre kranke Mutter kümmert, schon glaubwürdig vermitteln, daß sie gesünder kochen, am Wochenende joggen, nicht rauchen und kaum trinken soll? Hier liegen klare Grenzen von Strategien, die isoliert Verhalten beeinflussen wollen. Menschen unter solchen Belastungen kommen auch regelmäßig nicht in die Kochkurse oder in ein Streßbewältigungstraining, wenn dies von den Krankenkassen oder der Volkshochschule angeboten wird.

Auf der Seite der Verhältnisprävention sehen wir - trotz aller Mängel - vor allem in den letzten fünfzehn Jahren unbestreitbare Erfolge in der technischen Gesundheitsgerechtigkeit der Arbeitswelt und des Straßenverkehrs, in der Lebensmittelhygiene und zum Teil auch in der Umweltpolitik sowie auch

auf anderen Gebieten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der trotz vielerlei struktureller Behinderungen immer noch Enormes leistet. Wir stellen aber auch fest, daß Verhältnisprävention meist dort endet, wo von der Realisierung ökonomisch und politisch hoch besetzte Interessensfelder berührt würden. Die meist empirisch fragwürdigen und für Gesundheitspolitiker zunächst einmal ohnehin uneinsichtigen Argumente der Gewinnschmälerung und der Konkurrenzfähigkeit auf dem Weltmarkt erweisen sich immer wieder als effektive Präventionshindernisse, die wohl nur politisch überwunden werden könnten. Solange und soweit das nicht möglich ist, wird dann gern auf Verhaltensbeeinflussung ausgewichen, besser gesagt zurückgewichen. Gymnastikempfehlung statt ergonomischer Sanierung von Arbeitsplätzen, unrealistische Konsum- und Freizeitempfehlungen, die an der Lebens- und Arbeitswirklichkeit der Menschen vorbeigehen und auch durch gut gemeintes Social Marketing nicht lebbarer werden.

Der politisch oftmals fruchtbare Streit zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention wird regelmäßig in dem Augenblick müßig, wo er als Prinzipienstreit ausgetragen wird. Insgesamt kommt es darauf an, so früh wie wissenschaftlich plausibel, politisch möglich und ethisch zulässig in die vielgliedrigen Verursachungsketten primärer, sekundärer und tertiärer Risikofaktoren und Risikokonstellationen einzugreifen. Im Zweifel sind dabei Ansätze der Verhältnisprävention zweckmäßiger, weil sie automatisch, zeitstabil und ohne soziale Diskriminierung wirken. Um damit zum Abbau von gesundheitsriskantem Verhalten beizutragen, müssen entsprechende Kampagnen gruppen- bzw. schichtenspezifisch angelegt sein. Die sozialen Bedingungen des riskanten Verhaltens müssen in solchen Programmen wenn schon nicht beseitigt, so doch wenigstens offen thematisiert werden. Die Differenz zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention verschwindet dort, wo die Überwindung der das Fehlverhalten prägenden sozialen Bedingungen zum Bestandteil des Lernprogramms gemacht wird. Das sind dann Ansätze, die konkret an der Lebensweise der gefährdeten Bevölkerungsgruppen ansetzen und mit nicht bevormundender Information und konkreten Hilfestellungen zunächst einmal darauf zielen, die individuelle und kollektive Kompetenz zum besseren Umgang mit Gesundheitsgefahren zu stärken.

II. Wenn Prävention demnach nicht nur notwendig, sondern auch möglich

ist, so drängt sich die Frage auf, warum nicht mehr geschieht. Häufig hört man hier den Einwand, daß die Wirksamkeit vor allem unspezifischer Prävention erst noch erwiesen werden müsse, bevor in sie investiert werden kann.

Ein Blick auf die Gesundheitsgeschichte lehrt indes etwas anderes: Die wirksamsten Strategien zur Krankheitsverhütung wurden quasi experimentell, das heißt ohne feste Kenntnis ihrer positiven Effekte, entworfen und umgesetzt. Gerade unspezifische Prävention, zu der es angesichts der multifaktoriellen Genese der modernen Volkskrankheiten gar keine Alternative gibt, kann meist nicht im vorhinein ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen. Rudolf Virchow und Max von Pettenkofer hatten falsche Vorstellungen über die Genese der Krankheiten, für die sie wirksame Präventionsmaßnahmen vorschlugen. Heute wissen wir sehr viel mehr. Aber woran es fehlt, ist die breite Erprobung von Präventionsmodellen auf der Basis von Plausibilität und gesundem Menschenverstand. Zudem ist festzustellen, daß auch definitives Wissen über die Möglichkeiten der Verhütung, zum Beispiel von Rheuma, in der Arbeitswelt oder von Atemwegserkrankungen durch Luftverschmutzung nicht zu entsprechenden Präventionsbemühungen führt.

Vor allem in den siebziger Jahren wurden Strategien und Instrumente sozialer Prävention in bezug auf den Arbeitsschutz, auf gesundheitsbezogene Umweltpolitik, auf Selbsthilfegruppen, auf kommunale Angebote von Gesundheitsgütern entwickelt und zum Teil erprobt. Bis auf wenige Ausnahmen wurden sie jedoch nie den wissenschaftlichen Möglichkeiten entsprechend implementiert. Auch erfolgversprechenden Ansätzen wurden im Zuge von Wirtschaftskrise, Massenarbeitslosigkeit und Finanzknappheit die Rahmenbedingungen entzogen, oft unter Verweis auf die gleichzeitig relativ ungesteuert wachsenden Ausgaben für das Krankenversorgungssystem. Die siebziger Jahre erweisen sich im Rückblick - entgegen mancher Legende - nicht als Jahrzehnt der gescheiterten Prävention, sondern als Jahrzehnt der gescheiterten Präventionsprogrammatik, die im Gestrüpp ökonomischer Interessen und institutioneller Eitelkeiten hängengeblieben ist. Das hängt mit drei Faktoren zusammen, die ich hier nur kurz nennen kann:

- a) Für die soziale Prävention ist niemand zuständig. Gesundheitspolitik wird bei uns weithin als Krankenversorgungspolitik verstanden, das heißt, sie greift ein, wenn es im Grunde zu spät ist. Auch die neuerlichen Versuche, zum Beispiel durch das GRG, den Krankenkassen diese Aufgabe zuzuschieben, greifen zu kurz: Zwar sollen sie nach § 20 "den

Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken", doch ermöglicht das Gesetz nur solche Maßnahmen, die in Form von Leistungen an die eigenen Mitgliederklientel verabreicht werden können. Da gleichzeitig die Kassen untereinander immer stärker mit differenzierten Tarifen und Leistungskatalogen um unterschiedliche Versicherungsgruppen konkurrieren sollen, bedeutet dies für die Prävention in der Regel ihre Reduktion auf werbeträchtige und Public-Relations-Maßnahmen. Es zeichnet sich eine Situation ab, in der die Politik beruhigt und beruhigend darauf verweisen kann, daß Prävention jetzt Kassenaufgabe ist, während gleichzeitig diese Institutionen weder Spielraum noch Ressourcen noch Motive haben, wirklich entschlossen Strategien der Krankheitsverhütung zu verfolgen. Dem Politikwissenschaftler sind solche Sitten unter dem Stichwort «symbolische Politik» wohl bekannt. Es bleibt abzuwarten, wie die alten und neuen sozialen Bewegungen, die kritischen medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsprofessionals und experimentfreudige Teile des Staatsapparates mit dieser neuen Lage umgehen werden. Allzuviel Optimismus scheint nicht am Platz.

- b) Ein zweiter Grund für die Unternutzung der Möglichkeiten der Prävention liegt in der Tatsache begründet, daß seit 100 Jahren Gesundheit und Krankheit im Definitions- und Einflußgebiet der kurativ orientierten Individualmedizin liegen. Das ist gut und nötig, soweit es um Heilung und Linderung von Krankheiten und die Betreuung von Kranken geht. Es führt nur sehr begrenzt weiter, wo der individualmedizinische Ansatz als privilegierter Ausgangspunkt für Prävention genommen wird. Denn soziale Prävention und präventive Individualmedizin folgen zwei unterschiedlichen Leitfragenstellungen.

Die präventiv orientierte Individualmedizin fragt: Wie erkenne wir möglichst früh, daß ein Individuum erkrankt, und was können wir dann dafür tun, um den individuellen Krankheitsprozeß zu stoppen bzw. umzukehren?

Die Gegenfrage aus dem Leitbild der sozialen Prävention lautet: Unter welchen Bedingungen bleiben Menschen gesund bzw. geht die Inzidenz der wichtigen Krankheiten zurück, und was können wir tun, um diese Bedingungen für so viele Menschen wie möglich herzustellen bzw. zu erhalten?

Der Ansatz der Individualmedizin ist infolgedessen das Konzept der

Früherkennung zur Frühbehandlung. Gerade auf dem Gebiet der Diagnostik hat die medizinische Technologie in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte zu verzeichnen. Dabei ist freilich auch festzustellen, daß die Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der Medizin immer breiter wird. Befunde mit ungewissen, aber im Falle ihres Eintrittes dramatischen oder gar tödlichen Konsequenzen nehmen zu, ohne daß die Interventionsmöglichkeiten der Medizin dem auch nur annähernd folgen könnten. Nimmt man die Ergebnisse vor allem der angloamerikanischen Sozialepidemiologie zum Maßstab, so ist bereits heute in bezug auf große Teile der Früherkennungsprogramme der epidemiologische Nutzen nicht nachzuweisen. Überdies werden sie von jenen am wenigsten in Anspruch genommen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Intervention noch relativ hoch wäre. Die Produktion von medizinischen Damoklesschwertern ohne therapeutische Konsequenz nimmt zu. Ich verweise auf die kontroversen Diskussionen zur Rolle des HIV-Antikörpertests zur Prävention und Bekämpfung von AIDS. Im Zuge der mit der Gentechnologie möglich werdenden Genomanalyse stehen uns qualitative Sprünge in dieser Hinsicht bevor.

Damit keine Mißverständnisse aufkommen: Die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder sind ein gutes und sehr wirksames Instrument der Prävention, die Früherkennungen auf Cervix-Karzinom und vielleicht auch auf Dickdarmkrebs und Brustkrebs mögen sinnvoll sein, wenn sie die Zielgruppen, vor allen in den Unterschichten, auch tatsächlich erreichen. Für allgemeine Check-up-Untersuchungen, wie sie das Gesundheitsreformgesetz unter der irreführenden Unterschrift «Gesundheitsuntersuchungen» eingeführt hat, finden sich in der Literatur dagegen keine hinreichenden Belege für ihre epidemiologische Wirksamkeit. Jedenfalls werden wir auf dem Wege der immer größeren Früherkennungsprogramme die großen Volkskrankheiten unserer Zeit nicht besiegen können.

Zu fordern sind deshalb gleiche Entwicklungsbedingungen und gleiche Effektivitätsmaßstäbe für Strategien der sozialen und der medizinischen Prävention. Denn beide Strategietypen zielen heute in bezug auf wichtige Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Instrumenten, aber vergleichbarer Wirksamkeit auf die Verhütung des dramatischen Ausbruchs von Krankheiten. Lassen Sie mich dies am Beispiel des Herzinfarkts kurz erläutern.

Auf der Seite der *Präventivmedizin* wird hier sowohl mit *chirurgischen Mitteln* (Schrittmacher, Bypass-Operationen, Angioplastie, Laser-Ge-

fäßchirurgie) und der *Dauermedikation* (Antihypertensiva, Nitropräparate, Betablocker, Kalziumantagonisten, Lipidsenker, etc.) interveniert. Diese Interventionen stehen im Wettbewerb mit Strategien der *sozialen Prävention*. Dabei geht es um Verhältnisprävention oder auch Expositionsprophylaxe, zum Beispiel durch spezifische und unspezifische Belastungsreduktion vor allem in der Arbeitswelt, um individuelle *Dispositionsprophylaxe*, zum Beispiel durch Versuche der Beeinflussung von Streßverarbeitung, aber auch um Verhaltensbeeinflussung auf Basis des Risikofaktorenmodells im Hinblick auf Rauchen, Bewegung, Ernährung, Speisesalz etc. wie auch um Ansätze von *Gesundheitsförderung* durch Stärkung sozialer Netzwerke und durch Aktivierungsangebote. Ein Blick auf die gesundheitspolitische Landschaft lehrt, daß die medizinischen Interventionsmöglichkeiten in diesem Wettbewerb finanziell und politisch allemal die besseren Entfaltungsmöglichkeiten vorfinden als Strategien der sozialen Prävention. Diese Entwicklung führt uns möglicherweise immer tiefer in eine Sackgasse. Es wäre nötig, die beiden Interventionstypen ohne imperialen Gestus miteinander zu vergleichen und nach Möglichkeiten zu suchen, sie synergetisch miteinander zu verbinden. Dazu aber fehlt es aber unter anderem an einer institutionalisierten Gesamtverantwortung (s.o.).

- c) Einen dritten Grund für die Vernachlässigung der Produktivkraft Prävention habe ich schon erwähnt: Wenn es um die Sanierung von Arbeitsplätzen, um physiologisch und sozial zuträgliche Arbeitszeitregimes, um die gesundheitsgerechte Gestaltung von Ge- und Verbrauchsgütern oder um verbesserte Nahverkehrs- und Erholungsmöglichkeiten geht, versperren meist wichtige ökonomische und politische Bastionen den Weg zu wirksamer Prävention.

Diese Faktoren werden sich auf absehbare Zeit wohl nur wenig ändern. Es sind dies dicke Bretter, an denen immer wieder und beharrlich gebohrt werden muß. Für die Verteilung der Gewichte in der Diskussion ist freilich festzuhalten, daß diese Faktoren bei aller sonstigen Verschiedenheit stets in die gleiche Richtung wirken: in die Untergewichtung und damit Unternutzung der Möglichkeiten der sozialen Prävention, ohne die eine zukunftstaugliche Gesundheitspolitik kaum gedacht werden kann.

III. Eingangs versprach ich Ihnen einen eher optimistischen Dreiklang, und das verpflichtet mich jetzt, zumindest einige positive Ansatzpunkte zur Ingangsetzung bzw. Verbreitung wirksamer Präventionsstrategien zu nennen.

Zunächst ist eine nüchterne Betrachtung der Möglichkeiten und der Grenzen präventiver Strategien vonnöten. Nüchternheit ist eigentlich fast nie verkehrt, und ich sage das hier auch nur deshalb, weil mir in der öffentlichen Diskussion oftmals zwei andere Positionen den Ton zu bestimmen scheinen.

Die eine Position sieht gesundheitsriskantes Verhalten und auch gesundheits-schädliche Strukturen als weitgehend resistent gegenüber Politik an und neigt daher zur Resignation. Oft ist dies verbunden mit einer Schuldzuweisung an die Bürger und die Betroffenen, die sich halt nicht helfen lassen wollen. Zur Resignation tritt dann oft das, was die Amerikaner «blaming the victim» nennen, die Verhöhnung der Opfer. Die Ursache dieser Haltung liegt oft in der Beobachtung der wirklich geringen Erfolge rein gesundheitserzieherischer Ansätze. Oft werden auch die großen Schwierigkeiten der Durchsetzung wirksamer Prävention mit der mangelhaften Wirksamkeit solcher Strategien verwechselt.

Die andere Position besteht in der werbewirksamen Verbreitung froher Gesundheitsbotschaften durch rosige Festreden auf die Gesundheitsförderung, durch schiere Umbenennung von Institutionen und durch allzu wohlwollende Selbstevaluation höchst bescheidener Angebote zur Verhaltensänderung. Damit werden seriöse Bemühungen um Krankheitsverhütung eher diskreditiert.

Nüchtern ist vielmehr festzuhalten, daß die Verhütung der großen Krankheiten unserer Zeit ein Wissenschafts- und Politikfeld ist, auf dem wir uns gerade erst zu bewegen beginnen, und für dessen Erschließung wir noch viele Hindernisse mangelnden Wissens, Schwierigkeiten des Lernens und Probleme der Durchsetzung überwinden müssen. Dazu gehören Initiative und Mut zur Innovation. Auch zur institutionellen Innovation.

Ob Prävention in der Gemeinde, in der Arbeitswelt oder im Hinblick auf individuelle Lebensweise - immer muß es vorrangig darum gehen, die jeweils Betroffenen in ihrer Kompetenz zur Wahrnehmung und Bewältigung von Gesundheitsgefahren zu stärken. Hier liegt die große Produktivkraft der Prävention. Aus dem Gesichtswinkel der medizinisch dominierten Gesundheitspolitik wird dies häufig als «Laiensystem» bezeichnet. Genau das ist es aber nicht: Wo Menschen tatsächliche oder mögliche Gesundheitsbeeinträchtigungen für sich wahrnehmen und sich damit beschäftigen, sind sie zunächst einmal keine Laien, sondern die ersten Experten. Diese Fähigkeit gilt es zu

fördern. Aus dem Gesichtswinkel staatlicher Politik und auch aus dem Gesichtswinkel der Einflußnahme durch Verbände ist dies heikel. Denn hier geht es vor allem um Ermutigung und Förderung, um helfende Qualifizierung und Schaffung realer Einflußmöglichkeiten. Es geht nicht um Bevormundung, Eingemeindung, Unterordnung und Pazifizierung. Es gilt zu erkennen und in staatliche und verbandliche Politik umzusetzen, daß die mehr oder weniger organisierte Betroffenenkompetenz eine eigenständige Säule des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit darstellt. Dieser Kompetenz müssen vergleichbare Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten wie den anderen Versorgungssystemen eröffnet werden.

Den lebendigsten Teil der gesellschaftlichen Bemühungen um ein neues, präventives Verständnis von Gesundheitspolitik bilden die verschiedenen, in sich sehr heterogenen Gesundheitsbewegungen. Dabei ist nicht nur an spektakuläre Ereignisse wie Gesundheitstage mit Zehntausenden von Teilnehmern zu denken, sondern auch an die ca. 30 Gesundheitsläden, die ca. 5.000 - 10.000 gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen wie die ungezählten Bürgerinitiativen gegen Umweltschäden, Verkehrsbelästigungen etc. Die betriebliche Wahrnehmung von Gesundheitsgefahren, auch und gerade der komplexen Mehrfachbelastungen, funktioniert um so besser, je mehr es gelingt, die Beschäftigten selbst zur Identifikation solcher Risikokonstellationen und zum Entwurf belastungsmindernder Maßnahmen zu motivieren und zu qualifizieren. Die Durchforschung der Arbeitswelt auf die relativ leicht zu erkennen den Risikokonstellationen, zum Beispiel für nichtentzündliches Rheuma, aber auch für Herz-Kreislauf-Krankheiten, könnten am effektivsten von den Beschäftigten selbst in Gang gesetzt werden und hätten mutmaßlich eine hohe präventive Wirkung. In bezug auf AIDS beobachten wir heute, wie in Form der ca. 60 lokalen AIDS-Hilfen erstmals eine effektive Primärprävention durch organisierte Betroffenenkompetenz und mit staatlicher Unterstützung bewerkstelligt wird.

Präventionspolitik kann wohl nur erfolgreich sein, wenn sie die Entfaltung der Betroffenenkompetenz in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und den Einsatz von flankierenden Instrumenten und Strategien, zum Beispiel durch den Staat und die Medizin, davon abhängig macht, ob sie diesem Ziel tatsächlich dienen oder seine Erreichung eher behindern.

Es ist evident, daß solche Aktivitäten zunächst einmal dezentral vor Ort ent-

stehen und zu fördern sind. Eine wichtige Rolle könnte dabei eine öffentliche Institutionalisierung des öffentlichen Interesses an Gesundheit spielen. Ich meine damit zum Beispiel regionale Gesundheitskonferenzen, in denen die Kommunal- bzw. Regionalverwaltung und die Sozialversicherungsträger paritätisch und öffentlich zusammensitzen und mit allen möglichen Trägern der Prävention öffentlich Prioritäten, Ziele, Maßnahmen und dafür erforderliche Ressourcen diskutieren. Gesprächspartner sind die Arbeitswelt- und Umweltschutzorganisationen, die Verbraucherverbände, die Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen und natürlich immer wieder auch die örtliche Ärzteschaft. Solche Konferenzen könnten der öffentlichen Thematisierung, der Ermütigung und der öffentlichen Unterstützung dienen.

Natürlich fehlt es dazu auch noch an einer soliden Datengrundlage. Denn die akademische Disziplin der Sozialepidemiologie ist zwar zu Beginn unseres Jahrhunderts in Deutschland entstanden und zur Blüte gebracht worden, ihre Entwicklung hat sich aber von den ihr im Jahre 1933 versetzten Schlägen bis heute nicht erholen können. Erst langsam setzt sich in der Bundesrepublik der Gedanke durch, daß wir zur Fundierung wirksamer Prävention auch wissenschaftliche Institutionen benötigen, wie sie im Ausland längst zum Beispiel als «Schools of public health» erfolgreich arbeiten.

Gleichwohl reichen die bei uns vorhandenen Ansätze aus, um eine sowohl nationale wie regionale Gesundheitsberichterstattung zu fundieren und in Gang zu setzen. Regionale Gesundheitsberichterstattung ist also kein neuer Datenfriedhof. Ihr Ziel ist vielmehr ein unter territorialen, betrieblichen und sozialen Gesichtspunkten geordneter Überblick über die Gesundheitsprobleme und -risiken in der Region, ihre soziale Verteilung sowie auch über Möglichkeiten der Risikoverminderung und der Evaluation entsprechender Ansätze.

Eine so angelegte regionale Gesundheitsberichterstattung kann zum Mobilisierungs- und Führungsinstrument regionaler Präventionspolitik werden. Da finden sich dann Schwerpunkte der Luftverschmutzung, der arbeitsbedingten Erkrankungen, der Verkehrsfähigung, der sozialen Brennpunkte, der Erkrankungshäufigkeiten und nicht-medizinischer Prävention in einem inneren Zusammenhang.

Eine so verstandene und genutzte Gesundheitsberichterstattung kann schließlich zentral und dezentral zu einer immer zielführenderen Landkarte der Prävention werden. Die Wege zu wirksamer Prävention sollen unter Be-

achtung der Verkehrsregeln der Zivilisation die Hauptverkehrsstraßen auf dieser Landkarte werden.

Der Nutzen der Benutzung dieser Wege und Straßen, also die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Prävention, liegt in gewonnenen und lebbareren Lebensjahren. Nichts deutet darauf hin, daß dies nicht auch bezahlbar wäre.

Literatur mit weiteren Nachweisen:

Zwischenbericht der Enquête-Kommission «Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung», Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/3267, Bonn, 1988

Rosenbrock, Rolf: Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? In: Riedmüller, Barbara, Rodenstein, Marianne (Hrsg'in): Wie sicher ist die soziale Sicherung? (Suhrkamp) Frankfurt, 1989, S. 135 ff.

ders.: Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Gesetzliche Krankenversicherung - ein Thema in einer Arena. In: Naschold, F. (Hrsg.): Arbeit und Politik, gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung. (Campus) Frankfurt - New York, S. 367 ff.

ders.: F. Hauß (Hrsg.): Krankenkassen und Prävention. (Sigma) Berlin, 1985

ders.: AIDS kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. (VSA) Hamburg³ 1987

ders.: Prävention, warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist. In: Dr. med. Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, 12. Jg., Nr. 47, 1987, S. 50 ff.

Anschrift des Referenten:

Priv.-Doz. Dr. Rolf Rosenbrock
Wissenschaftszentrum Berlin für
Sozialforschung
Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken
und Präventionspolitik
Reichpietschufer 50
D-1000 Berlin 30