

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Prävention - warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist

Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1987) : Prävention - warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist, Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, ISSN 0173-430X, Mabuse-Verlag, Frankfurt, M, Vol. 12, Iss. 47, pp. 50-53

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122747>

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>.

Prävention

Warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist

Das Schlagwort Prävention fehlt in fast keiner Rede der Gesundheitspolitiker mehr. Es erweist sich aber recht schnell als Seifenblase, wenn man sich die praktische Umsetzung anschaut.

Im folgenden geht es — außer um eine Begriffserklärung — im wesentlichen um die Frage: Warum steckt Prävention in der Bundesrepublik immer noch in einer Krise? und: Welche politischen Kräfte sind daran interessiert und in der Lage, praktische Präventionsansätze durchzusetzen?

Primäre Prävention ist notwendig

Die Forderung nach einer in der Perspektive grundsätzlichen Schwerpunktverlagerung in der Gesundheitspolitik auf Strategien, Maßnahmen und Ressourcen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung bedarf einer kurzen systematischen Begründung, um sie über die billige (weil politisch bislang praktisch folgenlose) Alltagsweisheit „Vorbeugen ist besser als heilen“ hinauszuheben. Das Krankheits- und Sterbe-geschehen in der Bundesrepublik Deutschland wird von wenigen meist chronisch verlaufenden Krankheiten beherrscht, die damit den Rang von Volksseuchen einnehmen. Sechs Todesursachen, nämlich Herz-Kreislauf-Krankheiten (ca. 50%), Krebse (fast 25%), Lebererkrankungen, chronische Bronchitis, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) sowie Unfälle/Selbsttötungen erklären annähernd 90% aller Todesfälle. Die Dimensionen des Problems werden durch Berechnungen sichtbar, nach denen z.B. 1975 in der Bundesrepublik über 9 Millionen Lebensjahre durch „vorzeitigen Tod“ verloren gingen.

Unter Berücksichtigung rheumatischer, psychischer und Magen-Darm-Erkrankungen (die als Todesursache nicht von vergleichbarer Bedeutung sind) beherrschen diese wenigen Krankheiten in ungefähr gleichem Umfang nicht nur die Mortalität, sondern auch das Krankheitsgeschehen. Der Anteil chronischer Erkrankungen nimmt dabei kontinuierlich zu, mittlerweile sind zwei von drei kranken Personen chronisch krank, die Zunahme chronischer Erkrankungen trifft überproportional stark die jüngeren Altersgruppen. Die Entwicklung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben zeigt kein beruhigenderes Bild:



Wiederholte Hochrechnungen der Bundesanstalt für Arbeit ergaben z.B., daß von den männlichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Bundesrepublik nur ca. ein Drittel halbwegs gesund das Rentenalter erreicht. Je ca. ein Drittel stirbt vorher oder muß — ganz überwiegend wegen der genannten Erkrankungen — vorzeitig berentet werden.

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten drei gemeinsame Merkmale: Sie können mit den Mitteln der Medizin durchweg weder verhindert noch geheilt werden.

Die historische Erfahrung tritt hinzu: Zumindest seit der Industrialisierung wurden alle großen Volkskrankheiten — zeitlich zuerst und in der Wirksamkeit überlegen — nicht mit den Mitteln der Medizin, sondern durch Primärprävention überwunden. So haben sich z.B. Stadtsanierung und Lebensmittelhygiene historisch als wirksamste Gesundheitspolitik im Kampf gegen die damals dominanten Infektionskrankheiten erwiesen.

Sowohl das Risiko zu erkranken, als auch die Chancen, die Krankheit zu bewältigen, sind sozial ungleich verteilt. Der versicherungsrechtlich weithin gewährleistete formale gleiche Zugang zu Versorgungsleistungen hat es nicht vermocht und kann auch nicht bewirken, daß die Schere der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod sich schließt.

Prävention ist möglich

Aus alledem läßt sich folgern:

— Eine Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdienen will, muß einen Schwerpunkt darauflegen, so früh wie wissenschaftlich begründbar und praktisch möglich in die Verursachungsketten von Krankheiten einzugreifen.

— Gesundheitspolitik ist Lebenslagenpolitik und damit integraler Bestandteil der sozialen Auseinandersetzungen um Chancengleichheit und Verbesserung der Lebensqua-

lität. Präventionspolitik im engeren Sinne sind dabei jene gesellschaftlichen Bemühungen, die sich direkt auf den Abbau pathogener Faktoren richten.

— Prävention findet ihre Begründung und ihre Legitimation in ihrem Bezug zu den Politikzielen Gesundheit und Lebensqualität. Zwar spricht viel dafür, daß durch wirksame Krankheitsverhütung u.a. auch Kosten der medizinischen Versorgung als auch andere Aufwendungen eingespart werden könnten. Als Entscheidungskriterium für oder gegen Prävention taugen solche Berechnungen nicht, zumal ihre Anwendung zu absolut inhumanen Konsequenzen führen würde.

— Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung sind keine Zauberformeln, durch deren Anwendung sich die äußerst vielfältigen Probleme der Gesundheit der Bevölkerung auf einen Streich beheben ließen. Prävention ist vielmehr eine Philosophie, aus deren konkreter Anwendung in den verschiedenen Bereichen der Lebens- und Arbeitsbedingungen sich höchst unterschiedliche Strategien und Maßnahmen ergeben, die in ihrer Vielfalt den Instrumenten und Methoden der kurativen Medizin nicht nachstehen dürften, ohne allerdings deren teilweise grotesken Wildwuchs nachahmen zu müssen.

Zielsetzung jeder Prävention ist es, die Entstehung von Krankheiten durch Einwirkung auf gesundheitsbelastende Faktoren zu verhüten. Dabei ist die Frage, ob und in welchem Mischungsverhältnis sich solche Bemühungen

— auf die Veränderung gesundheitsrelevanter Lebens- und Arbeitsbedingungen (*Verhältnisprävention*)

— auf die Stärkung sozialer Bewältigungskapazitäten in Familie, Nachbarschaft und Gemeinde (*Gesundheitsförderung*) oder

— auf die Verringerung gesundheitsriskanten Verhaltens (*Verhaltensprävention*)

richten, zunächst eine Frage der sozialen und technischen Machbarkeit, der Zweckmäßigkeit und der Verallgemeinerbarkeit, bei deren Beantwortung ethische und juristisch fixierte Grenzen zu beachten sind.

Ein Blick auf die Geschichte erfolgreicher Prävention zeigt positive Beispiele für alle drei Formen:

— Die Luftgesetzgebung (z.B. Clean Air Act in London und Pittsburgh) und die öffentliche Lebensmittelkontrolle zeigen die enorme und sozial völlig unkomplizierte Wirksamkeit von Verhältnisprävention.

— Die in den 70er Jahren entstandenen Gesundheitsbewegungen (Gesundheitsläden, Selbsthilfegruppen u.v.a.m.) haben ihre Wirksamkeit vor allem auf den Feldern der positiven Krankheitsbewältigung (Tertiärprävention) durch gegenseitige praktische und psychosoziale Unterstützung unter Beweis gestellt.

— Schließlich zeigen Beispiele wie persönliche Körperhygiene und Gurtpflicht beim

Autofahren, daß auch gesundheitsgerechtes Verhalten sich nahezu flächendeckend durchsetzen kann, wenn es mit den konkreten Lebenslagen der Zielgruppen in Übereinstimmung zu bringen ist. (Verhaltensprävention)

Primäre Prävention steckt in einer tiefen Krise

Obwohl die Priorität der Prävention mit Ergebnissen aus der Sozial- und Arbeitsepidemiologie, empirisch belegt worden ist, während wissenschaftlich haltbare Gegenbeispiele, die die kurative Ausrichtung des gesamten Gesundheitswesens stützen könnten, nicht erbracht worden sind, entspricht die Ausrichtung der gesamten Gesundheitspolitik keineswegs diesen grundlegenden Erkenntnissen:

— Gesundheitspolitik reduziert sich aufgrund ungesteuerter Wachstumsprozesse in einigen Teilbereichen des medizinischen Versorgungssystems und den daraus folgenden Verteilungsproblemen immer mehr auf Kostenpolitik. Für das Thema „Prävention“ scheint es derzeit auf staatlicher Ebene kaum politische Kapazität zu geben.

— Es ist gesamtgesellschaftlich derzeit keine Kraft erkennbar, die der „Gesundheitsgerechtigkeit der Lebens- und Arbeitsbedingungen“ als präventivem Gestaltungsmaßstab ein auch nur annähernd großes Gewicht verleihen könnte wie dies in den 60er Jahren mit der „Autogerechtigkeit der Stadt“ geschah.

— Die Ausgabenposten der Sozialen Krankenversicherung für Vorbeugung liegen, wenn man sie von den nicht hierher gehörenden Aufwendungen für Früherkennungsforschungen und den vorwiegend eigenreklamorientierten Aufklärungsaktivitäten entkleidet, im Promille-Bereich.

— Die wenigen darüber hinausgehenden Ansätze z.B. in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GVK) sind durchweg von der ursprünglich konzipierten Verhältnisprävention in die weniger konfliktive Verhaltensprävention zurückgewichen.

— Auf der Ressourcenseite wachsen die Ausgaben für den kurativen Apparat durchweg schneller als die ohnehin minimalen Aufwendungen für Prävention. Das erklärt sich nicht zuletzt aus der Tatsache, daß das Wachstum des Medizinsystems von marktorientiertem Gewinn- und Erwerbsinteresse vorangetrieben wird, während hinter der Entwicklung von Prävention kein entsprechender Motor steckt. . .

— Diese Gewichtsverteilung bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Forschung: Die Aufwendungen für präventionsorientierte Forschungen bleiben — nach einem kurzen Aufschwung in den 70er Jahren — immer weiter hinter den Ausgaben für die techni-

sche und pharmazeutische „Weiterentwicklung“ des Medizinsystems zurück.

— Institutionell ist der Präventionsbereich z.B. gegenüber den 20er Jahren effektiv abgebaut worden. Die ohnehin gewaltigen Defizite dieses Bereichs werden derzeit durch Mittelkürzungen und Teilprivatisierungen bei gleichzeitiger Aufgabenzunahme weiter verschärft. Die mögliche Effektivität des Arbeitsschutzes als institutionalisierter Prävention leidet unter erheblichen Fehlsteuerungen und nicht abgepufferten Auswirkungen der Wirtschaftskrise. Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ hat auch deshalb beträchtliche Legitimationsdefizite, weil in ihr der Bereich „Prävention“ de facto nicht vertreten ist.

Zusammengefaßt heißt das: Es wird unter der Überschrift „Gesundheitspolitik“ zu über 90% *Krankheitspolitik* betrieben. Eine eigenständige, dieses Ziel anstrebende *Gesundheitspolitik* existiert kaum. Die Notwendigkeit ihrer Entwicklung ist sachlich unbestreitbar. Die Möglichkeiten ihrer Entwicklung sind derzeit nicht günstig, aber vorhanden und ausbaufähig.

Die Krise der Prävention findet grob zusammengefaßt ihre Ursache in drei Bereichen:

a) Die gegenwärtige Gesundheitspolitik leidet nicht nur unter ihrer geradezu schon klassischen Verengung des Blickwinkels auf das Medizinsystem und die mit ihm zu lösenden Probleme. Seit Ende der 70er Jahre verkürzt sich die Perspektive der Politik darüber hinaus zunehmend auf ökonomische Fragen. Höchst irreführende Schlagwörter wie das von der Kostenexplosion sind die Leitbegriffe. Gesundheitsbezogene und längerfristige Überlegungen geraten aus dem Blickfeld. Dies verbindet sich mit einer staatlich betriebenen Wirtschafts- und Sozialpolitik, die unter der wohlklingenden Leitlinie „Leistung muß sich wieder lohnen“ steht. Diese fragwürdige Sichtweise bedeutet sozial- und gesundheitspolitisch die Inkaufnahme von Massenarbeitslosigkeit auf lange Sicht, die Hinnahme eines breiter werdenden Spektrums offener und verdeckter Armut und die Individualisierung und Entsolidarisierung von Problemlagen nach dem Motto: Jeder ist seines Glückes Schmied, also auch verantwortlich für die Ketten seines Unglücks. Akademisch drückt sich dies im Vordringen einer Gesundheitsökonomie aus, die von Marktwirtschaft viel, von der Wirkung ökonomischer Hebel auf Gesundheit und Krankheit aber meist nichts versteht. So treffen z.B. die vorhandenen und weiter geplanten Einschränkungen bzw. Strafgebühren beim Zugang zu professionellen Gesundheitsleistungen („Selbstbeteiligung“) vor allem unterprivilegierte Bevölkerungsschichten, die meist auch besonders große Gesundheitsprobleme haben. Diese Schichten werden durch die auch materielle Reindividuali-

sierung des Gesundheitsrisikos vom Gesundheitssystem und damit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen insgesamt geradezu abgeschreckt. Die Möglichkeiten diese Problemgruppen für präventive Strategien zu gewinnen, sinken. Selbstbeteiligung ist deshalb präventionsfeindlich.

Da die Ursachen für diese Fehlentwicklungen in der Wirtschaftspolitik liegen, können diese Ursachen der Krise der Prävention wohl auch nur durch eine Änderung der Wirtschaftspolitik beseitigt oder zumindest gemildert werden.

b) Der zweite Grund für die Krise der Prävention liegt tiefer: Wirksame Prävention beinhaltet den Abbau gesundheitsriskanter und gesundheitsschädlicher Verhältnisse in der Arbeitswelt, in der Wohnwelt, in der Konsumsphäre etc. Diese Bereiche werden derzeit weitgehend autonom nach den vor allem wirtschaftlichen Interessen der daran beteiligten Unternehmen gesteuert. Bei der Absicherung dieser ökonomisch und politisch hochbesetzten Interessensfelder findet man schöne Beispiele präventiven Denkens: In der Praxis heißt dies, daß häufig auch solche Veränderungen politisch blockiert werden, die diese Interessen noch gar nicht berühren, sondern weit im Vorfeld liegen. Verhindert werden dabei häufig auch solche Lösungen, die bei sachlicher Betrachtung sogar im allgemeinen Interesse lägen. Die Praxis des Arbeitsschutzes als Prävention in der Arbeitswelt oder auch die Umweltpolitik liefern fast unerschöpfliches Anschauungsmaterial für diese These der Prävention gegen die Prävention.

In diesem Zusammenhang ist es vielleicht nützlich, daran zu erinnern, daß der Weg zur Verbesserung der Gesundheitslage immer über soziale Kämpfe führte. Das Gesundheitsmotiv findet sich in den Auseinandersetzungen aller Epochen, von den Sklavenaufständen bis zum Kampf um die 35-Stunden-Woche.

Praktische Prävention ist deshalb sehr häufig weniger ein Wissensproblem als vielmehr ein Macht- und Durchsetzungsproblem.

c) Die dritte Ursache der Krise der Prävention liegt in der Eigenart unseres Medizinsystems und der in ihm dominanten medizinischen Betrachtungsweisen von Gesundheit und Krankheit. Die Medizin als Wissenschaft geht von einem enggefaßten, negativ bestimmten Krankheitsbegriff aus. Für die medizinische Versorgung bereits erkrankter Individuen ist diese Herangehensweise unbestreitbar adäquat.

Zum Präventionshindernis wird sie erst dadurch, daß diese Betrachtungsweise nicht nur auf Fragen der Kuration, Symptomlinderung und Betreuung angewandt wird, sondern auf alle Fragen von Gesundheit und Krankheit.

In dieser Abgrenzungsfrage, der Frage der

Bedeutung der Medizin für die Gesundheit, liegt die Quelle sowohl für die Selbstüberlastung des medizinischen Systems mit Problemen, die es nicht lösen kann, als auch für den imperialistischen Gestus, mit dem manche ärztlichen Ständesvertreter gegen gesundheitswissenschaftliche Ansätze aus anderen Wissenschaftsdisziplinen vorgehen. Das Schicksal des betrieblichen Arbeitsschutzes unter der Regie traditionell ausgebildeter Arbeitsmediziner, die kämpferischen Reaktionen von Teilen der Ärzteschaft auf z. B. kassengetragene Gesundheitszentren oder auch auf Einzelprojekte wie die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) belegen dies eindrucksvoll. Es ist deshalb nach politischen Instrumenten zu suchen, die der Medizin helfen, sich auf jene Aufgaben zu konzentrieren, die sie wirklich lösen kann und das Feld freizugeben für präventionspolitische Ansätze, deren Zuschnitt von anderen Disziplinen zu entwerfen ist. Zu nennen sind hier insbesondere die Arbeits- und Sozialepidemiologie, die Ökonomie, die Politikwissenschaft, die Soziologie, das Sozialrecht und Verhaltenswissenschaften. Es gibt weder historisch noch logisch hinreichend plausible Gründe für die Annahme, daß Prävention eine vorwiegend ärztliche Aufgabe ist. Gesucht werden muß deshalb nach Instrumenten, die die notwendige Selbstbescheidung und auch Selbstrücknahme des medizinischen Versorgungssystems bei gleichzeitigem Aufbau „vorgelagerter“, d.h. nicht primär medizinischer Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen befördern. Solche Ansätze der Steuerung des Medizinsystems sind — auch unter dem Gesichtspunkt der Kostenminimierung im Gesundheitswesen — absehbar wirksamer als die seit Jahren dominierenden Versuche, die Fehlleitungen durch ökonomische Verhaltenssteuerung des Patienten (Selbstbeteiligung) zu beheben.

Wie kann Prävention durchgesetzt werden

Es ist eine anspruchsvolle, aber im Prinzip lösbare Aufgabe, ein gesellschaftspolitisches Programm für eine zunehmend gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen zu schreiben. Nur haben Programme, die Ziele benennen, meistens den Nachteil, daß sie nicht sagen können, wer diese Ziele mit welchen Instrumenten erreichen kann. Wichtiger erscheint es daher, die sozialen Kräfte zu benennen, die an diesem Thema interessiert sind und deren Kraft gebündelt werden könnte.

a) Den lebendigsten Teil der gesellschaftlichen Bemühungen um ein neues, präventives Verständnis von Gesundheitspolitik bilden die verschiedenen und in sich sehr heterogenen Gesundheitsbewegungen. Dabei ist

nicht nur an die spektakulären Ereignisse wie Gesundheitstage mit zehntausend Teilnehmern zu denken, sondern auch an die ca. 30 Gesundheitsläden, und die ca. 5.000 bis 10.000 gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen. Diese Bewegungen, die jeweils ganz spezifische Stärken und Schwächen aufweisen, sind in den größeren Zusammenhang eines zunehmenden Vertrauensschwundes gegenüber dem vorherrschenden Typus von medizinischer Versorgung zu sehen. Der Anteil der Bürger, deren nahezu bedingungsloses Vertrauen in das Medizinsystem einer skeptischen Vorsicht gewichen ist, ist in den letzten 15 Jahren von 10% auf über 25% angewachsen und deutet auf ein gewaltiges Bewußtseinspotential zugunsten einer präventiven Ausrichtung der Gesundheitspolitik hin, Ermutigend scheint mir in diesem Zusammenhang vor allem die Zunahme an Gesprächsbereitschaft und Kooperation zwischen den gesellschaftspolitisch engagierten Teilen der Gesundheitsbewegungen und der Gewerkschaftsbewegung.

b) Nach wie vor dürfte der Gewerkschaftsbewegung eine zentrale Rolle zukommen, auch wenn man aktuell nicht davon sprechen kann, daß sie dieser Aufgabe eine ihrer Bedeutung entsprechenden Stellenwert ein-



räumt. Dennoch sprechen Gründe für die Erwähnung der Gewerkschaften an erster Stelle.

— Überproportional betroffen vom Defizit an präventiver Gesundheitspolitik sind die unteren Sozialschichten, deren Interessen vor allem von den Gewerkschaften vertreten werden.

— Keine andere gesellschaftliche Kraft verfügt absehbar auch nur potentiell über das politische Austausch- und Konfliktpotential

heitspolitik. „Professionelle“ sind dabei nicht nur die zahlreichen Ärztinnen und Ärzte, die über einen adäquaten Stellenwert ihrer Technik und Kunst für die Gesundheit nachdenken und danach handeln. Vielmehr gehören darüber hinaus auch die kritischen Sozial- und Arbeitsepidemiologen aus Medizin und Sozialwissenschaft, das wachsende kritische Potential in den Pflege- und Betreuungsberufen sowie Sozialwissenschaftler, Sozialrechtler etc. hierzu. Diese

Ob die Verkürzungen, Verengungen und Fehlsteuerungen des *betrieblichen Arbeitsschutzes* zugunsten einer stärkeren Orientierung auf die realen Gesundheitsprobleme der Arbeitswelt, d.h. vor allem auf das Massengeschehen der arbeitsbedingten Erkrankungen, überwunden werden können, hängt vor allem von der autonomen Thematisierung dieser Gesundheitsprobleme durch Belegschaften, Vertrauensleute und Betriebsrat ab.



Entwicklung ist ein Produkt der 70er Jahre und knüpft an die besten Traditionen der vom deutschen Faschismus zerschlagenen Gesundheitswissenschaften der 20er Jahre an.

d) Über die Aktivierbarkeit der existierenden sozialstaatlichen Institutionen des Gesundheitswesens sind abschließende Urteile derzeit kaum möglich.

Vom *Öffentlichen Gesundheitswesen* können unter den gegenwärtigen Bedingungen der Mittelkürzungen und Teilprivatisierungen kaum wichtige Initiativen erwartet werden. Die Institutionen der *Gesetzlichen Krankenversicherung* könnten auch derzeit schon wichtige Beiträge zur öffentlichkeitswirksamen Thematisierung von Aufgaben der Prävention, z.B. mit Hilfe sozialepidemiologisch angeleiteter Berichtswesen über „Arbeit und Gesundheit“ leisten.

An Ansätzen und Engagement fehlt es also nicht. Was sowohl auf der Ebene der Wissenschaften als auch auf der Ebene der politischen Bewegung fehlt, ist ein Diskussionszusammenhang zwischen diesen auf vielen Disziplinen und Institutionen verstreuten Ansätzen und ihre von parteipolitischen Zwecken freie Zusammenführung unter der Zielstellung einer Gesundheitspolitik, die an einem positiven Gesundheitsbegriff orientiert ist, ohne deshalb den pragmatischen Bezug zur Wirklichkeit zu verlieren und sich statt dessen auf die rosaroten Wölkchen schöner Utopien zurückzuziehen.

Rolf Rosenbrock/Wissenschaftszentrum Berlin

(Der Artikel ist eine gekürzte Fassung eines Vortrags auf der Tagung der ev. Akademie Tutzing: „Mehr Ärzte — Mehr Krankheit?“)

und die dafür erforderlichen Erfahrungen, um wesentliche Elemente wirklicher Prävention sowohl gegen bornierte Geschäftsinteressen von Unternehmern als auch gegen Einkommens- sowie Statusinteressen von Teilen des medizinischen Versorgungssystems durchzusetzen.

c) Nicht zu unterschätzen ist auch der wachsende Anteil kritischer Stimmen unter den „Professionellen“ und ihr möglicher Beitrag zu einer präventiven Wende der Gesund-