

# Prävention im Spannungsfeld von Individuum, Staat und Gesellschaft

J. G. Gostomzyk

Landeszentrale für Gesundheit im Bayern e.V.

## Folie 1: Inhalt

Beobachtungen und Erfahrungen haben in allen Epochen zu gesundheitsbezogenen vorsorgenden Lebensregeln geführt. Sei es als Anordnungen der Religion, der bürgerlichen Gesetzgebung oder als Ergebnis wissenschaftlicher Erkenntnis. In München ist Max von Pettenkofer (1818–1901) zu nennen, der aus naturwissenschaftlichen Beobachtungen wichtige Impulse gegeben hat für die Entwicklung der Hygiene allgemein, also Regeln für ein gesundes Leben und insbesondere für die Entwicklung einer gesunden Stadt. Trotz aller Anerkennung seiner Leistungen bereits zu Lebzeiten, endete er durch Suizid. Hatte dieser hervorragende Naturforscher die Bedeutung seelischer Gesundheit zu wenig beachtet?

## Folie 2: Phasen präventiver Konzepte

Der Mensch ist ein soziales Wesen (Aristoteles 322-384 v.Ch.). Seine Gesundheit als dynamisches somato-psycho-soziales Geschehen ist deshalb ein privates und zugleich ein öffentliches Gut und dementsprechend ist der Erhalt der Gesundheit durch Prävention von Krankheit eine individuelle und eine gesellschaftliche Aufgabe. Es gibt durchaus die Meinung, den Staat aus der Verantwortung für unser Lebensglück zu entlassen und seine Verantwortung darauf zu beschränken, wo Not am Mann ist und sich derer anzunehmen, denen die körperlichen oder geistigen Voraussetzungen fehlen, sich aus eigener Kraft zu helfen. Glücklicherweise lösen viele Menschen die komplexe Aufgabe Prävention eigenverantwortlich und ohne unmittelbar oder mittelbar staatlich geregelte Intervention und es ist richtig darauf zu achten, dass durch externe Interessen keine neuen Abhängigkeiten geschaffen werden.

### Folie 3: Lebensphasen der individuellen Prävention

Für die Gesellschaft, insbesondere für die derzeitige Gesundheitspolitik, ist Prävention eine wachsende Herausforderung, die sich aus den gegenwärtigen Megatrends in der Gesundheit der Bevölkerung ergibt:

1. Steigende Lebenserwartung
2. Dominanz chronischer Erkrankungen
3. Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

Präventives Handeln als Antwort auf diese Herausforderung hat heute, initiiert durch die Ottawa Charta der WHO von 1986, grundsätzlich zwei Komponenten:

1. Gesundheitliche Belastungen senken, d.h. verantwortlicher Umgang mit Risiken
2. Ressourcen stärken, d.h. Entwicklung von Kompetenz, Selbstwirksamkeit, Teilhabe, und Verhaltensänderung unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren.

Abb. 3: Gesundheit – Krankheit: Public Health – Betrachtung von Präventionszielen

### **Prävention und Sozialprinzipien**

Eine Orientierung für die Verantwortung und die Aufgabenverteilung in der Prävention ergeben sich aus den im Grundgesetz verankerten Sozialprinzipien Individualität (Eigenverantwortung), Solidarität und Subsidiarität, die ja auch als Grundsätze für die gesetzliche Krankenversicherung gelten. Der § 1 SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, trägt die Überschrift „Solidarität und Eigenverantwortung“ und verpflichtet den Versicherten für den Erhalt seiner Gesundheit zu sorgen, also zur Verhaltensprävention.

### **Soziale Gerechtigkeit und Freiheit – Auftrag des Sozialstaates**

Gesundheit und ihre Bedingungen sind in der Gesellschaft ungleich verteilt, wobei sich derzeit die Schere weiter öffnet in Abhängigkeit vom sozialen Status. Die soziale

Lage beeinflusst Lebensbedingungen, Teilhabechancen, Gesundheitsverhalten und damit schließlich Gesundheitschancen. Die Lebenserwartung für Männer der untersten 20 % unserer Gesellschaft differiert zu der der oberen 20 % um ca. 10 Jahre (bei Frauen ca. 5 Jahre), dabei leben die Männer der oberen Sozialschicht rund 7 Jahre länger mit unbeschädigter Gesundheit.

Die vom Zivilrecht geprägten Vorstellungen über Besitzstandsgerechtigkeit (*sum cuique*) oder die im Arbeits- und Wirtschaftsleben geforderte Leistungsgerechtigkeit (jedem nach seinen Leistungen) bleibt im Bereich der Gesundheit unbefriedigend. Der soziale Rechtsstaat strebt nach sozialer Gerechtigkeit, allerdings sind dabei Gerechtigkeit und Gleichheit auseinander zu halten. Soziale Gerechtigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet Chancengerechtigkeit, d.h. jeder Versicherte, das sind über 90 % der Bevölkerung, hat Anspruch auf gesundheitliche Versorgung und die „Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ (§ 12 SGB V). Davon unabhängig ist die Tatsache, dass besser gestellte Menschen sich darüber hinausgehende Gesundheitsgüter leisten können und dass mancherseits diese Ungleichheit durchaus angeprangert wird (Zwei-Klassenmedizin, GKV/PKV, frei vereinbarte Leistungen).

Das natürliche Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit (Antonovsky: Salutogenese und auch das Konzept: bedingte Gesundheit) und die Kohärenz individueller und gesellschaftlicher Bemühungen um den Erhalt und um die Wiederherstellung von Gesundheit rechtfertigt die Deduktion der in der sozialen Krankenversicherung geltenden Prinzipien sozialer Gerechtigkeit in den Bereich der Prävention. Ein zusätzliches Argument ergibt sich, wenn die Kosten organisierter Prävention aus dem Beitragsaufkommen der Sozialversicherungskassen beglichen werden sollen, wie im Entwurf des Präventionsgesetzes 2005 vorgesehen. Auch in der Prävention bedeutet soziale Gerechtigkeit Chancengerechtigkeit bei ungleicher Ausgangssituation bezüglich Gesundheit und sozialer Lage. Im Kontext gesamtgesellschaftlicher Möglichkeiten sollte jeder die Startchancen (Bedingungen bzw. Präventionsleistungen) zur Verwirklichung der ihm in der jeweiligen Lebensphase möglichen Gesundheit angeboten erhalten. Entsprechende Programme der Sekundärprävention (Vorsorge und Früherkennung) und der

Tertiärprävention (AHB-Maßnahmen u.a.) sind seit langem organisiert, vieles ist aber noch offen und zu entwickeln.

Das muss auch bei eingeschränkter Entscheidungsfreiheit gelten, also bei Behinderung und ebenso am Anfang und am Ende des Lebens, denn entsprechend der Fundamentalnorm des deutschen Rechts ist die grundgesetzlich garantierte Würde des Menschen unantastbar (Art. 1 GG), d.h. auch unteilbar. Prävention wird zu einem kontrovers diskutierten ethischen Problem, wenn sie als rechtfertigendes Argument für einen Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik (Intoleranz gegenüber behindertem Leben) sowie Embryonen verbrauchende Forschung (vgl. Nationaler Ethikrat) angeführt wird, oder Fragen berührt wie prädiktive Molekulardiagnostik (genetische Tests) und informationelle Selbstbestimmung (Risiko: Diskriminierung durch Versicherungsunternehmen) oder das Patiententestament mit der Entscheidung gegen medizinische Interventionen am Ende des Lebens. Der Begriff Prävention wurde im NS-Regime pervertiert, als mit dem Präventionsziel eines „gesunden Volkskörpers“ so genanntes „lebensunwertes Leben“ vernichtet wurde.

Die Freiheit des Individuums, nach seinen Vorstellungen zu handeln, findet dort ihre Grenzen, wo die Freiheit anderer, dies ebenfalls zu tun, beeinträchtigt wird. Der demokratische Staat soll soziale Gerechtigkeit und die Freiheit des Einzelnen garantieren. Dementsprechend darf Chancengerechtigkeit für gesellschaftlich definierte Präventionsziele den Einzelnen nicht in der Zielerreichung binden, sie hat vielmehr dessen Persönlichkeit zu respektieren. Demgegenüber versuchen totalitäre Systeme den Bürger auch in der individuellen Gesundheitsbildung zu entmündigen. Einerseits wird Leistungsfähigkeit für das System hoch bewertet und andererseits kann der Machtanspruch auf das Individuum Autonomie, Individualität in der Lebensgestaltung und damit auch Risikobereitschaft oder Scheitern auf dem Weg zu echten oder vermeintlichen Quellen der Gesundheit nicht tolerieren.

Die Handlungsfreiheit des einzelnen in der Prävention hat Grenzen. Diese Problematik wird immer wieder im Zusammenhang mit der Freiwilligkeit der Beteiligung an Impfungen (Primärprävention) oder Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (Sekundärprävention) hinterfragt, wobei mit

naturwissenschaftlich begründeter Rationalität versus subjektiv begründeter Eigenverantwortung, mit altruistischer Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft oder mit ordnungsrechtlichen Aspekten des Infektionsschutzes argumentiert wird. Aktuelle Planungen der Verantwortlichen im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu Präventionsmaßnahmen im Falle bioterroristischer Angriffe (Pocken-Endemieplan) oder der Nationale Influenzapandemieplan zeigen Grenzziehungen für staatlich garantierte Freiheit in der Prävention.

Aber Freiheit verbindet Rechte stets mit Pflichten. Freiheit braucht Ordnung, auch in der Prävention. Ordnung als Element der Lebensführung gehört zur Kneipp-Heilkunde ebenso wie zur Suchtprävention. Der Bürger hat das Recht auf Bildung, aber hat er auch im Interesse der Allgemeinheit an seiner Gesundheit eine Bildungspflicht, gleichsam als Bringschuld? Zum Beispiel unsere HIV-Prävention setzt auf Aufklärung und den informierten mündigen Bürger. Das ging längere Zeit gut, aber seit ungefähr zwei Jahren steigt laut Statistik des Robert Koch – Institutes (RKI) in Deutschland die Zahl der Neuinfektionen, und zwar überproportional unter Heterosexuellen.

### **Prävention als notwendige Anpassung an kulturellen Wandel**

Ursprünglich war die Anpassung an die Gegebenheiten der Natur für den Menschen eine Notwendigkeit zum Überleben. Mit dem Eintritt in die Kulturgeschichte gestaltete der Mensch eine ihn und seine Gesundheit schützende Umwelt, die er ständig weiter entwickelt. An diesem so genannten Fortschritt arbeiten wir alle und durchaus mit Gewinn für unsere Gesundheit. Die durchschnittliche Lebenserwartung in entwickelten Ländern ist heute so hoch wie zu keinem früheren Zeitpunkt der Menschheitsgeschichte und sie wächst offenbar noch weiter. Wir leben nunmehr in einer totalen Kulturwelt, geprägt von technischen Entwicklungen, ökonomischem Kalkül und multimedialen Informationsangebot, die offenbar einem immer schnelleren Wandel unterliegt. Wir erleben Entgrenzungen, alles gerät in Fluss („fluide Gesellschaft“), Konstante werden zu Variablen (Individualisierung, Wertewandel, globaler Wertpluralismus, Fernwirkungen erfolgen in real-time). Bislang normale biographische Grundrisse gehen in der Postmoderne verloren und

damit vorgefertigte Identitätspakete. Identitätsarbeit und –bildung ist heute Verknüpfungsarbeit aus gezielter oder mehr oder weniger zufälliger Selbsterfahrung in verschiedensten Bereichen. Identitätsarbeit ist patchworking als Aufgabe für neue Generationen (H. Keub).

Aber bei wachsender Geschwindigkeit der Veränderungen in unserer Lebenswelt wird präventives Verhalten immer bedeutsamer gegenüber im Wandel implizierter gesundheitlicher Risiken wie permanente Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln mit den Folgen Überernährung und Fettsucht, Bewegungsmangel sowie Stress, süchtiges Verhalten usw.. Chronische Erkrankungen bedrohen unsere Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte. Sollen sie vermieden oder ihr Eintritt verzögert bzw. ihre Dauer komprimiert werden, so müssen wir offen und sensibel die Kultur und die gesellschaftlichen Entwicklungen wahrnehmen, Prävention ist dann eine gesellschaftlich veranlasste Kulturmission für den einzelnen Bürger und für die Bevölkerung mit dem Auftrag, Präventionsaktivitäten immer wieder auf aktuelle Ziele zu justieren und entsprechend den Vorstellungen von universaler, fokussierter oder indizierter Prävention umzusetzen. Auch Public Health - Genetics ist hier zu nennen, welche angeregt von den Ergebnissen der Genomforschung neue Wege in der Prävention sucht. Zu alledem sind Kosten-Nutzen-Erwägungen für Präventionsmaßnahmen anzustellen bis hin zu der Frage, wie viel oder welche öffentliche, d.h. staatlich bzw. von der Wissenschaft postulierte Prävention verträgt der Mensch? Hingewiesen sei auf die Hormonsubstitution zur Prävention klimakterischer Beschwerden, die Cholesterindebatte oder extreme Diättempfehlungen.

### **Demographischer Wandel erfordert Prävention**

Die steigende Lebenserwartung und der wachsende Anteil hoch betagter Menschen in der Gesellschaft und das damit verbundene Ansteigen der gesellschaftlich zu bewältigenden Krankheitslast durch chronische Krankheit inklusive Multimorbidität, geben Anlass, neben der kurativen Medizin die Prävention zu forcieren. Antonovsky bemühte das Bild von immer wieder hilflosen Menschen in einem reißenden Fluss, die von Rettern an Land gezogen werden. Er stellt die Frage, ob es nicht sinnvoller

und weniger aufwendig sei, stromaufwärts zu gehen und zu verhindern, dass Menschen in den Fluss fallen? Das Bild entspricht einem der Hauptargumente der Gesundheitspolitik, nämlich die in Prognosen unfinanzierbar dargestellten Sozialsysteme (GKV und GRV) durch Prävention zu entlasten. Es ist allerdings nicht zweifelsfrei bewiesen, dass Prävention bei saldierter Rechnungslegung tatsächlich zu Einsparungen in diesen Systemen führt. Aber Prävention ist ein Wert an sich, denn es ist besser, gesund zu sein als krank oder vorzeitig zu sterben.

Angesichts der demographischen Entwicklung verpflichtet die Vorstellung von der Generationengerechtigkeit jeden Bürger moralisch, d.h. aus seiner Verantwortung für das Leben nachfolgender Generationen, in jedem Lebensalter zu gesundheitsförderlichem Verhalten, um aus eigener Kraft die ihm mögliche Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten und so die sozialen Sicherungssysteme augenblicklich und in Zukunft zu entlasten. Offenbar ist aber die real praktizierte Prävention weit komplizierter, wie manche ihrer Ergebnisse zeigen, z.B. die Zunahme des Übergewichts in der Bevölkerung oder des Rauchens bei Frauen. Die Defizite in den Voraussetzungen für erfolgreiche Prävention liegen nicht in der Erkenntnis, sondern in der Motivation zum Handeln.

## **Gesellschaftlich organisierte Verhältnisprävention**

### Folie 4: Rechtliche Regelung zur Verhältnisprävention

Verhältnisprävention ist eine Politikfelder übergreifende Aufgabe. Mit einer Vielzahl gesetzlicher Regelungen werden gesundheitsförderliche Verhältnisse für alle Bürger angestrebt. Dazu gehören Regelungen des Sozialgesetzbuches, des Arbeits- und Umweltschutzes (z.B. TA-Luft, Immissionsschutz, Gefahrenstoff-VO, Biostoff-VO, Arbeitsstätten-VO, Strahlenschutz-VO, Medizinischer Arbeitsschutz uva.). Derzeit wird das hohe und damit aufwändige Schutzniveau hinterfragt mit der Intention, inwieweit staatliche Kontrolle entbürokratisiert und auch durch Unternehmerverantwortung ersetzt werden kann. Demgegenüber wird im Bereich Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit nach aktuellen Skandalen („Gammelfleisch“) wieder verstärkt staatliche Kontrolle gefordert.

Die politischen Handlungsebenen für gesundheitsbezogene Prävention sind:

1. Bundesebene: Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr als sozialstaatliche Aufgaben mit dem Ziel, Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen im Staatsgebiet zu wahren. Präventionsaufgaben bzw. -regelungen finden sich in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches (GKV, GRV, GUV, GPfV, Arbeitsförderung). Daneben stehen Umweltgesetze zum Schutz von Wasser, Luft und Boden als elementare Lebensgrundlagen sowie zur Begrenzung von Emissionen. Hauptinstrumente des Bundes (BMG) sind dabei das RKI mit dem Auftrag des Monitoring und der Gesundheitsberichterstattung sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Sie informiert die Bevölkerung über aktuelle Gesundheitsrisiken und über Möglichkeiten der Prävention,
2. Die Bundesländer nehmen in eigener Zuständigkeit Präventionsaufgaben wahr. Wir erleben gerade Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern in den Bereichen Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit. Eine zentrale Rolle auf Länderebene spielt der ÖGD mit Landesinstituten (LGL) und Gesundheitsämtern.
3. Kommunen sind nach der Verfassung Einrichtungen mit autonomen Zuständigkeiten. Zu ihren Aufgaben gehört die Förderung gesunder Lebensverhältnisse, die jedoch nur zu einem Teil als gesetzliche Pflichtaufgaben konkretisiert sind. Dazu gehören z.B. die Jugend- und Sozialhilfe und die Seuchenbekämpfung nach dem Infektionsschutzgesetz.

Die Kommune ist die vom Bürger unmittelbar gefühlte Ebene der Verhältnisprävention, sie betrifft z.B. Lärm, Feinstaub, Trinkwasser usw. Im Entwurf des Präventionsgesetzes 2005 sind die Kommunen mit ihren Lebenswelten (settings) wie Kindergärten, Schulen, Betriebe, Vereine, Selbsthilfeeinrichtungen, sozial benachteiligten Stadtteilen als Haupthandlungsfelder für Prävention vorgeschlagen.

4. Die drei nationalen Ebenen werden von der EU-Ebene, seit den Maastricht-Verträgen 1993, durch Empfehlungen und Regelungen der Europäischen Kommission beeinflusst. Dazu kommen Präventionsempfehlungen der WHO.

### **Der Präventionsgesetz-Entwurf 2005**

Das Ziel des Gesetzes war, die Prävention als eine vierte Säule der Gesundheitspolitik neben Kuration, Rehabilitation und Pflege aufzubauen. Wesentliche Eckpunkte waren:

1. Gleichrangigkeit von Prävention mit Kuration, Rehabilitation und Pflege herstellen, vor allem durch Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern.
2. Festlegung prioritärer Gesundheitsziele bei gleichzeitiger Stärkung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Bürger. Ein Präventionsforum sollte nationale Präventionsziele formulieren.
3. Finanzierungskonzept zur Unterstützung von Präventionsaktivitäten in Ländern und Kommunen. Bildung einer Bundespräventionsstiftung mit jährlich 250 Mio. Euro, die von den Sozialkassen, in erster Linie für die GKV nach § 20 SGB V, aufgebracht werden sollten (vgl. Fondslösung in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006).

#### Folie 5: Präventionsstiftung

Als Mittelverwendung war vorgesehen:

40 % für gemeinsame Kassen übergreifende Projekte auf Länder-, Regional- und Kommunalebene.

40 % zur originären Verwendung der Sozialversicherungsträger,

20 % (50 Mio. Euro) zur Finanzierung bundesweiter Aktivitäten sowie des Stiftungsrates zur Festlegung von bundesweiten Präventionszielen und zur Stärkung der BZgA.

Ein inhaltlicher Konsens zwischen Bund, Ländern, Kommunen, Krankenkassen und zivilgesellschaftlichen Akteuren kam nicht zustande, zentrales Konfliktfeld war die Finanzierung der Bundesstiftung. Der Gesetzentwurf war in eine Komplexitätsfalle geraten unter Missachtung der „fiskalischen Äquivalenz“, d.h. vereinfacht gesprochen unter Nichtbeachtung des in Bayern gültigen wohl jedem Bürger geläufigen Satzes: Wer zahlt, schafft an!

Der Entwurf des Präventionsgesetzes war der Versuch einer zentralistischen Regelung für Strukturen und die Finanzierung der Prävention mit der Option, auch Präventionsziele zu definieren. Daraus ergaben sich Konflikte zwischen den Beteiligten bis hin zu der Frage der Verfassungsmäßigkeit, etwa der gemeinsamen Verwendung von Versichertenbeiträgen und Steuern in Präventionsprojekten. Lösungsansatz: Die Komplexität der Aufgabe Prävention erfordert dezentrale überschaubare Lösungen.

Präventionsziele sollten in der Regel auf kommunaler Ebene dem tatsächlichen Bedarf entsprechend definiert werden, im Sinne der selektiven oder der indizierten Prävention. Einige GKV-Kassen, z.B. die AOK Bayern, handeln inzwischen so, sie schließen Verträge über zum Teil auch länger dauernde Projekte mit einzelnen Betrieben oder Schulen. Bereits 2003 wurde das Projekt „Prävention bei sozialer Benachteiligung“ auf den Weg gebracht, unterstützt von den Bundesverbänden der GKV-Kassen, das nach dem Modell der „guten Praxis“ (good practice) funktioniert, d.h. sich an Praxis erprobten Vorbildern orientiert.

Die Finanzierung von Präventionsprojekten sollte für Antragsteller transparent durch die örtlichen bzw. regionalen Geschäftsstellen der Sozialversicherungsträger oder anderer Kostenträger (Gebietskörperschaften oder auch private Sponsoren) erfolgen, einschließlich der Prüfung von Plausibilität und Qualität des jeweiligen Antrages. Man kann vermuten, dass von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen der Nachweis erbracht werden soll, dass ein separates Präventionsgesetz nicht notwendig sei und dass ein Ausbau der Regelungen zur Prävention in den vorhandenen Sozialgesetzen ausreichen würde. Abzuwarten bleibt ohnehin das Ergebnis der Gesundheitsreform 2006, bevor über ein neues Leistungsgesetz zur Gesundheit verhandelt werden kann.

Gesundheitsbezogene Prävention ist eine gesamtgesellschaftlich zu erbringende Leistung, die Medizin ist traditionell daran beteiligt. Die Sozialkassen wurden im Entwurf 2005 als Träger der Prävention genannt, Ärzte können dabei Leistungserbringer sein. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat zum Entwurf in einer Stellungnahme gefordert, dass neben den Ärzten auch die Psychotherapeuten als zuständig zu nennen seien. Ärztliche Tätigkeit ist heute zu einem guten Teil die Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Entsprechende Früherkennungsprogramme werden vom Psychologen und Psychotherapeuten für psychische Risiken wie Suchterkrankungen, Depression, Suizid u.a. erarbeitet. Zur Bewertung des aktuellen Forschungsstandes fühle ich mich nicht kompetent, insbesondere hinsichtlich der Anforderungen an Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen).

Zur Primärprävention liegen viele wissenschaftliche Ergebnisse und praktische Erfahrungen vor. Zu den oft mäßigen Erfolgen in diesem Bereich ist zu sagen, wir haben kein Erkenntnisproblem, wohl aber ein Umsetzungsproblem. Verhalten verändern wollen heißt nicht nur Einsichten vermitteln, sondern auch motivieren und neues Handeln verstärken. Hier ist psychologische und pädagogische Kompetenz gefragt. Meiner Meinung nach sollten sich Psychologen und Psychotherapeuten in der Prävention nicht im Sinne der olympischen Idee „dabei sein ist alles“ darauf beschränken, mit der Psychokomponente bei psychosomatischen Krankheitsbildern bzw. ausschließlich bei psychischen Störungen dabei sein zu wollen. Sie sollten außerdem ihre originäre Kompetenz zur Motivation in der Primärprävention (Persönlichkeitsentwicklung usw.) spezifisch weiter entwickeln und als ihre originäre Leistung in das mit Sicherheit immer wichtiger und immer bedeutsamer werdende Präventionsgeschehen einbringen.