

Hauß, Friedrich

**Article — Digitized Version**

## Prävention durch Krankenkassen - ein widersprüchliches Konzept

Die Betriebskrankenkassen: Zeitschrift des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen Essen

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Hauß, Friedrich (1985) : Prävention durch Krankenkassen - ein widersprüchliches Konzept, Die Betriebskrankenkassen: Zeitschrift des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen Essen, ISSN 0342-2186, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Haarfeld, Essen, Iss. 8 (Sonderteil), pp. X-XV

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112204>

**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](mailto: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](mailto: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 durch Krankenkassen – ein widersprüchliches Konzept

Von Dr. Friedrich Hauß,  
Wissenschaftszentrum Berlin, Schwerpunkt Arbeitspolitik

## 1. Prävention – eine allseits geteilte Programmatik

Es gibt heute nur noch wenige Vertreter der Meinung, Kassen sollten sich ausschließlich auf die Erhebung von Beiträgen und deren Umverteilung auf die Leistungsanbieter beschränken, um das Kostenproblem in den Griff zu bekommen.

Verantwortung für die Gesundheit der Versicherten kann sich nicht nur in Kostenfragen erschöpfen. Vielmehr hat sich in den letzten Jahren gezeigt, daß die Konzentration auf das Kostenproblem weder dazu geführt hat, daß es gelöst wurde, noch hat diese Konzentration Einfluß auf die Gesundheit oder Krankheit der Versicherten gehabt. Sie war (bis jetzt), bezogen auf die Gesundheit, in ihrer Wirkung neutral, hat also auch keinen Beitrag zu deren Verbesserung oder zur Entwicklung neuer, gesundheitsgerechter Leistungen und Maßnahmen geliefert.

Unter den Politiken und Strategien, die in den letzten Jahren als Hoffnungsträger für eine wirksame Gesundheitserhaltung und Krankheitsverhütung galten, hat sich die Prävention als favorisierte herausgebildet. Denn mit den traditionellen Mitteln der Gesundheitspolitik (Ausweitung medizinischer Leistungen) hat sich der gesundheitliche Status der Bevölkerung nicht verbessert, so daß andere Interventionen in das Geschehen der Volkskrankheiten notwendig schienen und es angesichts der Hilflosigkeit der Medizin auch sind.

Der präventive Anspruch aller Kassenarten ist auf programmatischer Ebene vielfach formuliert, die praktische Wirklichkeit hinkt diesem Anspruch jedoch deutlich hinterher. Aus naheliegenden Gründen betonen gerade die Betriebskrankenkassen besonders die Notwendigkeit arbeitsweltbezogener Präventionsmaßnahmen. Obwohl zahlreiche Nachweise für den Zusammenhang von arbeitsweltbedingten Belastungen und chronischen Volkskrankheiten vorliegen, folgen entsprechende Maßnahmen entweder nicht oder sie sind (selbst wenn sie gesetzlich vorgeschrieben sind) nur gegen erhebliche Widerstände durchzusetzen. Auf die Gründe dafür wird besonders im Artikel von Rolf Rosenbrock eingegangen.

Es ist jedoch nicht allein die formale Nichtzuständigkeit der Kassen auf dem Gebiet der arbeitsweltbezogenen – oder Verhältnisprävention, die Maßnahmen auf diesem Gebiet so rar macht. Vielmehr überwiegt das Konzept der personalen Prävention, also jener Maßnahmen, deren Adressat die Personen und nicht die krankmachenden Verhältnisse sind.

Diese Maßnahmen sind es, die vor allem den Gegenstand dieses Artikels ausmachen. Dabei sollen zunächst einige Systematisierungen und Abgrenzungen vorgenommen werden.

## 2. Arten und Formen der Prävention, ihre Häufigkeit und gesundheitliche Wirkung

Obwohl es sich eingebürgert hat, zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention (= Rehabilitation) zu unterscheiden, folgen wir dieser Einteilung nicht, da sie nicht die Adressaten der Prävention zum Ausdruck bringt. Gerade in der Frage jedoch: An wen oder was (oder gegen wen oder was) wendet sich die Prävention, unterscheiden sich die verschiedenen Konzepte wesentlich. Wir arbeiten mit den Begriffen:

- Verhältnis- oder Ursachen-Prävention und meinen damit präventive Maßnahmen, die sich auf die Verhältnisse beziehen, in denen Krankheitsursachen entstehen können oder bereits vorhanden sind, also z. B. krankmachende Faktoren in der Arbeitswelt.
- Mit personaler Prävention bezeichnen wir alle Maßnahmen, die die Person zum Gegenstand haben. Die personale Prävention wird auch als Verhaltensprävention bezeichnet, mit der sich an Gewohnheiten, Einstellungen, Handlungen der Personen gewandt wird. Ziel dieses Präventionsansatzes ist die Vermeidung von Faktoren (Risikofaktoren), die als Ursache für bestimmte chronische Volkskrankheiten entdeckt wurden.

Maßnahmen der Früherkennung wollen wir nicht der Prävention zurechnen, da die mit ihnen verbundenen diagnostischen Schritte „nur“ dazu führen, daß ein bereits vorhandener Krankheitserreger (oder eine Krankheit) „früher“ erkannt wird, als dies ohne diese Maßnahme möglich gewesen wäre. Damit ist jedoch keine Minimierung von Krankheitsursachen verbunden, sondern es wird (oft jedoch vergeblich) lediglich der Interventionspunkt vorverlegt. Bevor eingehend auf die Maßnahmen der personalen Prävention, ihre Verbreitung, ihre Konzepte und mögliche Wirkungen eingegangen wird, sollen noch zwei Maßnahmentearten von der personalen Prävention ausgegrenzt werden, die ihr oft fälschlich zugerechnet werden, mit Prävention jedoch nichts gemein haben und auch unter anderer Zielsetzung erfolgen. Es sind dies Maßnahmen des Wettbewerbs und Maßnahmen der Krankenkastendkontrolle durch die Kassen.

## 3. Wettbewerb zwischen den Kassen – gesundheitspolitisch sinnvoll?

„Wettbewerb bildet ein wichtiges Stimulanz, um optimale Leistungen zugunsten der Versicherten zu erbringen“ (BKK-Tag 1980), er fördere die Kreativität der Kassen und helfe ihnen, sich gegenüber ihrem speziellen Klientel mit ihren ureigensten Vorteilen zu profilieren. Zwischen Wettbewerb und Öffentlichkeitsarbeit wird nicht immer trennscharf unterschieden, oft erscheint die Öffentlichkeitsarbeit als Teil des Wettbewerbs.

Hier soll folgendermaßen getrennt werden: Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind offensichtlich für jede Institution unerlässlich, die in der Öffentlichkeit steht. Selbst Monopolunternehmen, wie z. B. städtische Gas-, Wasser- und Elektrizitätswerke betreiben heftige Öffentlichkeitsarbeit, jedoch keinen Wettbewerb, da sie gegen niemand anderen konkurrieren.

Wettbewerbsmaßnahmen der Kassen zielen im Gegensatz zu Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit auf die Gewinnung neuer Klienten. Sicherlich sind hier die Grenzen oft fließend, vor allem weil die Inhalte beider Maßnahmenteilen sich ähnlich sind. Dies führt zu einer zweiten Unschärfe:

Weil die Themen der Öffentlichkeitsarbeit und des Wettbewerbs nahezu die gleichen sind wie die Themen der Gesundheitsziehung und Aufklärung, also der Verhaltensprävention, ist eine Grenzziehung zwischen Maßnahmen des Wettbewerbs und der Öffentlichkeitsarbeit einerseits und Maßnahmen gesundheitlich gemeinter Aufklärung andererseits oft kaum erkenntlich. Die Öffentlichkeitsarbeit der Kassen und ihrer Verbände vollzieht sich stets zwischen veröfflichter Verhaltensprävention aus gesundheitspolitischen Überlegungen und reinem Wettbewerb.

Unter diesen Bedingungen wundert es auch nicht, daß ein Viertel aller befragten Kassen angegeben hat, die zeitlich zuletzt durchgeführte „Präventionsmaßnahme“ sei ausschließlich erfolgt, weil „andere Kassen auf diesem Gebiet auch schon aktiv geworden sind“ und/oder weil „die Öffentlichkeitsarbeit neue Anstöße erhalten sollte“. Für ein Viertel der Kassen besteht also in Bezug auf ihre letzte Maßnahme kein Gesundheitsziel. Angesichts der ohnehin nur begrenzten Wirkungsweise der Verhaltensprävention (s. u.), die wie gezeigt werden kann, nur unter der Bedingung verbessert werden kann, daß sie sich enger auf Gesundheitsprobleme bezieht, kann von verhaltenspräventiven Maßnahmen der Öffentlichkeit und des Wettbewerbs keinerlei gesundheitspolitische Wirkung erwartet werden, dies ist auch gar nicht ihr Zweck.

Es soll an dieser Stelle nicht die Frage erörtert werden, ob Wettbewerb unter den GKV-Kassen überhaupt eine – auf lange Sicht gesehen – sinnvolle Angelegenheit z. B. auch im Hinblick auf das gegliederte Versicherungssystem sein kann. Lediglich in Bezug auf die Gesundheit der Versicherten (oder noch nicht Versicherter) soll noch auf einen weiteren Widerspruch hingewiesen werden: Wettbewerbsmaßnahmen zielen auf die Erweiterung oder Verstärkung des Klientels und bedienen sich dazu oft genug der Inhalte der Verhaltensprävention. Es ist zu fragen, ob sich Mitglieder werben lassen, wenn sie zunächst aufgefordert werden, das Rauchen einzustellen, mehr zu laufen, weniger zu essen usw. Allein die Tatsache, daß die Kasse solche Aktivitäten unternimmt, ist unter Umständen noch kein hinreichender Werbegrund. Und die ausgesandte Botschaft (Verzicht) steht in merkwürdigem Gegensatz zum Ziel des Wettbewerbs (Gewinn).

Unter einer auf Gesundheitserhalt orientierten Sichtweise kann aus den vorliegenden Daten sogar nachgewiesen werden, daß Kassen, die freiwillige Maßnahmen der Prävention (Verhaltensprävention) ausschließlich unter dem Aspekt der Öffentlichkeitsarbeit und des Wettbewerbs durchführen, hierfür Ressourcen aufwenden, die bei anderen Betriebskrankenkassen in sinnvollere Präventionsmaßnahmen geleitet werden. Nun verändert sich zwar nicht der Ausstoß an Informationsmaterial, wenn in den verschiedenen Betriebskrankenkassen unterschiedlich stark ausgeprägte Wettbewerbsorientierungen vorliegen, aber Maßnahmen der persönlichen Beratung durch geschultes Personal, oder etwa

Maßnahmen wie Vorträge und Seminare und Maßnahmen, die sich auf die Arbeitswelt beziehen, werden von Kassen, die eine starke Wettbewerbsorientierung haben, signifikant seltener durchgeführt. Da es sich bei diesen zuletzt beschriebenen Maßnahmen jedoch um solche handelt, die gesundheitspolitisch sicherlich sinnvoller sind als das bloße Verteilen von Informationsmaterial, kann gesagt werden, daß eine einseitige Wettbewerbsorientierung der Kassen bei der Verfolgung ihrer gesundheitspolitischen Ziele eher schadet, der Gesundheit der Versicherten jedoch mit Sicherheit nichts zutut.

#### 4. Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit – eine präventive Maßnahme?

Zu Maßnahmen mit vorwiegend präventivem Charakter wird oft auch die Krankenstandskontrolle gezählt. Die Begründung lautet etwa folgendermaßen:

Aus der gesetzlich vorgeschriebenen Krankenstandsdokumentation folge aus Verantwortung für die Versicherten ein besonderes Eingehen auf problematisch scheinende Einzelfälle.

Zwar ist dies im strengen Sinne keine Präventionsmaßnahme, da Gesundheitsschäden ja nicht ursächlich abgewendet, sondern Einzelfälle betreut werden, aber im Kassenalltag findet diese Differenzierung nicht statt. Tatsächlich könnten aus einer Analyse der Krankenstandsdokumentation auch Informationen für präventive Maßnahmen gewonnen werden. Die Krankenstandsdokumentation kann somit Ausgangspunkt für drei unterschiedliche Maßnahmenteilen sein: für Prävention, Betreuung und Kontrolle. Da die Funktion der Kontrolle in der Regel nicht thematisiert, sondern den anderen Maßnahmenteilen zugeschlagen wird, soll im folgenden näher darauf eingegangen werden, um hier etwas Klarheit zu schaffen.

Die Auswertung der Krankenstandsdokumentation in den Kassen und/oder der Rückgriff auf Erfahrung und langjährige Praxis im Umgang mit der individuellen Arbeitsunfähigkeit führt in den Kassen zu unterschiedlichen Maßnahmenteilen und Richtungen von Maßnahmen. Fast alle Kassen (83,5 v. H.) nehmen bei „auffälligen“ AU-Verläufen mit dem behandelnden Arzt Kontakt auf und bitten um ein klärendes Gespräch. Fast 55 v. H. schlagen in solchen Fällen die Versicherten vorzeitig dem VdD zur Untersuchung vor. 37,2 v. H. nehmen mit dem Versicherten selbst Kontakt auf. Nach krankmachenden Faktoren in der Arbeitswelt suchen immerhin noch 11,3 v. H. der Kassen. Maßnahmen, die nachhaltig das Vertrauensverhältnis zu dem Versicherten stören könnten und sich hart an der Grenze zur Legalität bewegen sind – anders als oft behauptet wird – sehr selten: Nur 1,9 v. H. der Kassen informiert in solchen Fällen den jeweiligen betrieblichen Vorgesetzten.

Gesundheitsunterstützenden Charakter haben diese Maßnahmen, wenn geeignete Behandlungsmethoden festgestellt werden sollen und wenn sich möglicherweise ein ernstes Gesundheitsproblem andeutet, dessen frühe Erkennung weiteren Schaden verhindern kann. Unter einem solchen Aspekt müßten sich diese Maßnahmen dann vor allem an Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit richten, die zwar nur 7,2 v. H. aller Krankenstandsfälle ausmachen, aber 38,5 v. H. des gesamten Krankenstandsvolumens und 46,6 v. H. der Fallgesamtkosten (Zahlen vgl. Volkholz, 1983).

In dieser Gruppe sind die gravierenden Gesundheitsprobleme zu vermuten, an deren Behebung die Kassen mitarbeiten können.

Aus Expertengesprächen mit Kassenmitarbeitern, Betriebsräten und Unternehmen ist jedoch hervorgegangen, daß sich die Krankenstandskontrolle nicht primär auf diese Gruppe bezieht, sondern auf die Beschäftigten mit Kurzzeit-AU und hohen Fallzahlen. Neben dem plausiblen Argument, daß sich auch hinter diesen Fällen ernstzunehmende Gesundheitsprobleme verbergen könnten, werden jedoch auch „kassenfremde“ Argumente angebracht: Man kenne seine „Pappenheimer“, es liege „Mißbrauch“ sozialer Rechte vor.

Der Begriff des Mißbrauchs ist ohnehin untauglich zur Lösung von Gesundheits- und sozialen Problemen. Zum einen gibt es keine empirische Untersuchung, die „Mißbrauch“ nachgewiesen oder quantifiziert hätte (alle diesbezüglichen Zahlen sind Schätzungen), zum anderen ist der Begriff moralisch und nicht wissenschaftlich. Gesundheitspolitisch sinnvoller ist es, von „Bewältigungsverhalten“ zu sprechen, welches konkret diagnostizierbare Gründe hat, aber auch eher unspezifische, in der Person des Versicherten begründete, und oft nicht mit medizinischen Begriffen faßbare Gründe haben kann. Selbst wenn wir davon ausgehen, daß diese unspezifische Art der Bewältigung in allen Fällen vorliegt, in denen der Versicherte zwischen einem und drei Tagen arbeitsunfähig ist, so würden damit jedoch nur 1,7 v. H. des gesamten Krankenstandsvolumens erklärt werden können. Erweitert man den Zeitraum auf 4 bis 7 Tage, so müssen für diesen Fall z. B. 6,5 v. H. der Fallgesamtkosten aufgewendet werden, kein Betrag, der es rechtfertigt, die Hauptaktivitäten in dem Präventionsbereich auf die Kontrolle des Krankenstands zu richten.

Gerade was den Vertrauensärztlichen Dienst betrifft, ergeben sich ohnehin mehrere Argumentationsbrüche. Zum einen haben sich aus Untersuchungen von Bürkardt und Oppen (1984) keine Anhaltspunkte dafür ergeben, daß unterschiedlich rigide Kontrollpraktiken des V&D einen Einfluß auf die Höhe des Krankenstandes nehmen könnten. In dieser Hinsicht wird der V&D als Kontrollinstrument überschätzt.

Zum anderen zeigt sich aber auch, daß der V&D fast ausschließlich als Kontrollinstanz (und nicht etwa als Beratungsinstanz) genutzt wird: zwar kann nicht differenziert werden, aus welchem Grunde die Kassen einen Versicherten zur Untersuchung vorschlagen, da im „Anlaß I“ sowohl „begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit“ aber auch die „Sicherung des Heilerfolges“ enthalten ist. Dennoch wird das Übergewicht des „begründeten Zweifels“ an der AU sehr deutlich, wenn man folgenden Sachverhalt bedenkt:

Je nach regionaler Schwankung werden 40 bis 60 v. H. der Versicherten unmittelbar nach Einladung zum V&D untersucht. Dadurch erübrigt sich der Besuch beim V&D. Hätten die Kassen (oft berechtigt) tatsächlich Zweifel an geeigneten Behandlungsweisen und ein Interesse an der „Sicherung des Heilerfolges“, müßten sie auch in den gesundheitsbeschriebenen Fällen auf einer Untersuchung durch den V&D bestehen, denn die Gesundheitschreibung besagt ja weder etwas über den tatsächlichen Gesundheitsstatus des Beschäftigten noch etwas darüber, ob sein Heilerfolg in Zukunft gesichert sei (vgl. Hauß, Oppen, 1985).

Es bliebe also zu überprüfen, ob sich die Kassen wirklich in jedem Falle im Umgang mit dem V&D an ihre gesundheitspolitische Aufgabenstellung halten, oder ob sie nicht der Gefahr erliegen, durch ihre Kontrollpraktiken Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die weder mit Kassenhandeln zu tun haben, noch geeignet sind, ein stabiles Vertrauensverhältnis zu ihren Versicherten herzustellen.

Es bedarf einer Erklärung, wieso Kassen sich dem Problem der Kontrolle der Kurzzeit-AU so intensiv annehmen, obwohl

das Problem weder mengenmäßig noch in Bezug auf die Kosten, die es den Kassen verursacht, einen solchen Aufwand rechtfertigen würde.

Teilweise geben die Kassen selbst die Antwort auf diese Frage, etwa, wenn berichtet wird, es sei oft für den Versicherten günstiger, die Kassen führten anstelle der betrieblichen Personalbüros solche Gespräche. Zum anderen sei damit auch die Mitbestimmung durch den Betriebsrat umgangen. Die Mehrzahl der Kassen argumentiert nicht auf diese Weise, aber in dieser Argumentation wird eine Besonderheit der Betriebskrankenkassen deutlich:

Es ist die Übereinstimmung von Sichtweisen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit und ihre Entstehung, die zwischen Kasse und Betrieb besteht. Unter betriebswirtschaftlichen Aspekten stellen die Fälle häufiger Kurzzeitarbeitsunfähigkeit eventuell ein Problem für den Betrieb dar. Daß sich die Kassen dieses Problems annehmen, ist nicht darauf zurückzuführen, daß es etwa für sie ein gleichgelagertes Problem wäre, sondern es muß geschlossen werden, daß innerhalb der Kassen eine entsprechende betriebsbezogene Sichtweise vorliegt, die die Kasse zu Maßnahmen greifen läßt, die allein im betrieblichen Interesse liegen. Es kann weder aus den Daten noch aus den zahlreichen Expertengesprächen geschlossen werden, daß die Kassen in diesen Fällen auf Anweisung der Betriebe handeln würden. Es bedarf in der Regel gar nicht dieser Anweisungen, da die Kassen von sich aus (und oft mit Unterstützung aller Gruppen aus der Selbstverwaltung) entsprechend handeln und den „Mißbrauch“ im Interesse des Betriebes unterbinden wollen. Ob dies zu den ursprünglichen Kassenaufgaben gezählt werden kann, bleibt dahingestellt. Jedenfalls fließen auch hier Ressourcen in Maßnahmen, deren gesundheitlicher Wert nicht in jedem Fall gewährleistet ist. Angesichts der Krankenstandsdokumentation, die ohnehin von den Kassen durchgeführt werden muß, wäre es sicherlich sinnvoller, diese Daten zu verwenden, um einem betrieblichen Berichtswesen über den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit näher zu kommen.

Es hat sich also gezeigt, daß weder Wettbewerbs- noch Kontrollmaßnahmen einem primär gesundheitsbezogenen Ziel dienen, auch wenn eine solche Zielsetzung diesen Maßnahmen unterlegt wird. Unter diesem Aspekt soll im folgenden Abschnitt geprüft werden, welchen Beitrag nun die Maßnahmen leisten können, deren ureigenster Zweck es ist, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten und Krankheit zu verhüten.

## 5. Gesundheitserziehung und Aufklärung – wieviel kann der Einzelne sich helfen?

Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Aufklärung beherrschen heute das Präventionsgeschehen der Kassen. 84 v. H. aller Betriebskrankenkassen führen nach eigenen Angaben Maßnahmen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes durch, 73 v. H. klären über „gesunde Lebensweise“ auf, wobei der Kampf gegen die Risikofaktoren Alkohol und Nikotin an der Spitze steht. Daß Arzneimittelverbrauch nicht nur als Kostenproblem für die Kassen eine Rolle spielt, sondern auch ein gewaltiges Gesundheitsproblem darstellen kann, nehmen 43 v. H. der Kassen für Aufklärung gegen den Arzneimittelmißbrauch zum Anlaß. 40 v. H. wollen zu mehr Bewegung aktivieren, und 38 v. H. klären über Unfallgefahren im Verkehr und in der Freizeit auf.

Entgegen den oft geäußerten programmatischen Aussagen zu Risiken aus der Arbeitswelt, sind bei der Aufklärung über

diese Krankheitsursachen bisher nur 7 v. H. der Kassen aktiv geworden. Bereits auf dieser Ebene deuten sich die Schwierigkeiten an, Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt als solche zu thematisieren. Denn die gewachsenen und ökonomisch begründeten betrieblichen Interessenlagen, die auch in den Selbstverwaltungsorganen zum tragen kommen, werden es oft verhindern, daß belastende Arbeitsbedingungen durch die Kasse zur Sprache gebracht werden.

Über die reine Aufklärung hinausgehend, hat jede 5. Kasse geschultes Personal für die persönliche Beratung der Mitglieder eingestellt. 10 bis 20 v. H. der Kassen führen Ausstellungen durch, veranstalten Seminare etc. Trotz des nur geringen Anteils, den solche Maßnahmen im Gesamthaushalt einer Kasse ausmachen, fließt doch wenigstens ein großer Teil der personellen Ressourcen der Kassen in entsprechende Maßnahmen, und es besteht kein Zweifel daran, daß auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung insgesamt ein großes Know-how und ein hohes Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsniveau vorhanden ist. Dies zeigt sich auch daran, daß ständig neue Bereiche und Konzepte diskutiert oder sogar erprobt werden, so daß heute, gut 2 Jahre nach Abschluß der Befragung, der Fragebogen hätte erweitert werden müssen. Regionale und kommunale Kooperationsformen werden diskutiert, für konkrete Krankheitsbilder (z. B. Rheuma) sind präventive Maßnahmen im Gespräch. Prävention wird in den Kassen nicht als statische Leistung, sondern als Prozeß der Auseinandersetzung mit den heute vorherrschenden Krankheitsarten und den Möglichkeiten ihrer Überwindung verstanden.

Umso wichtiger ist es, die Grenzen und Möglichkeiten dieser Konzepte zu kennen, um zu einer realistischen Einschätzung ihrer Wirkung zu gelangen. Eine solche Einschätzung soll hier, gestützt auf die Daten des Forschungsprojektes, versucht werden. Dabei soll es im wesentlichen um die Abhandlung von Mängeln gehen, die sich nicht in erster Linie auf die Form der Maßnahmen, also etwa auf deren graphische Gestaltung beziehen, sondern auf die Ideen, Sichtweisen und Praktiken, die leitend für die Durchführung solcher Maßnahmen geworden sind.

Ausgangspunkt aller dieser Maßnahmen ist das Risikofaktorenmodell. Epidemiologische Untersuchungen haben für bestimmte Krankheiten (z. B. für Herz-Kreislauf-Krankheiten) die Häufung von Ursachen und Verhaltensweisen ergeben. Daraus wird geschlossen, daß diese Einzelfaktoren einen Beitrag zur Entstehung von Krankheit leisten können. Folgerichtig ist dann eine Strategie, die auf Vermeidung dieser Risikofaktoren hinarbeitet.

Das Risikofaktorenmodell wird jedoch, vor allem was seine strategische Bedeutung betrifft, oft fehlinterpretiert und deshalb überlastet.

Zunächst stellt dieses Modell keine Krankheitsentstehungstheorie dar, sondern eine Theorie der Erkrankungswahrscheinlichkeit. D. h. das Modell kann nicht Krankheit erklären, sondern nur Aussagen über das wahrscheinliche Auftreten von Krankheiten treffen und/oder Aussagen über die wahrscheinliche Verursachung eingetretener Krankheiten machen.

Eine Krankheitsklärung leistet das Modell aus mehreren Gründen nicht:

- Es ist (noch) nicht in der Lage, Aussagen über den inneren, systematischen Zusammenhang verschiedener Risikofaktoren für eine Krankheitsart herzustellen. Aus diesem Grunde ist die krankheitsverursachende Wirkung, die aus dem Zusammentreffen verschiedener Risikofaktoren entsteht, meistens unbekannt. Es wird jedoch

vermutet, daß diese Wirkung anders ist als lediglich jene Wirkung, die aus der Addition der Einzelfaktoren entstehen würde.

- Dies hat mehrere praxisrelevante Folgen. Wenn die gesundheitsschädliche Wirkung aller Faktoren gemeinsam nicht bekannt ist, können auch nur sehr vorläufige Aussagen über das Gewicht und die Bedeutung eines Einzelfaktors für die Krankheitsentstehung getroffen werden. Ein Beispiel: Inwieweit bei dem vorliegenden Schadstoffgehalt von Atemluft in Großstädten die Eliminierung des Faktors „Rauchen“ überhaupt noch von Bedeutung ist, kann nicht vorschnell gesagt werden.
- Eine weitere Schwäche der Risikofaktoren-Theorie ist ihre offensichtliche Unfähigkeit hinsichtlich der Erklärung von Zusammenhängen zwischen den einzelnen Risikofaktoren. Um beim Beispiel des Rauchens zu bleiben: Sowohl das Rauchen an sich kann ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein, als auch hektische Arbeitsbedingungen. Gleichzeitig besteht aber auch ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen hektischen Arbeitsbedingungen und dem Rauchen, wobei letzteres als Bewältigungsverhalten betrachtet wird. So entsteht eine bestimmte Reihenfolge oder Hierarchie der Risikofaktoren untereinander, d. h. ein Risikofaktor kann andere hervorrufen.

Für die Verhaltensprävention ist gerade das letztgenannte Beispiel von Bedeutung, denn aus ihm geht hervor, daß z. B. Rauchen nicht nur ein „Verhaltensfehler“ ist, der zu verändern wäre, sondern ein Bewältigungsverhalten darstellt, das vielfältige Ursachen haben kann und deshalb so kompliziert zu vermeiden ist. Hinzu kommt, daß die Zerstückelung von Krankheitsursachen in einzelne (meist verhaltensbedingte) Faktoren weder der Realität entspricht, noch der Auffassung von Realität, wie sie bei den meisten Versicherten vorliegt, die im vorwissenschaftlichen Erfahrungsraum durchaus Vorstellungen von den vielfältigen Ursachen von Krankheitsentstehung haben, und denen deshalb vor allem Appelle an die eigene Verhaltensänderung unglaubwürdig vorkommen müssen.

Die gedanklichen Kurzschlüsse, die zur eiligen Anwendung des Risikofaktorenmodells führen, liefern auch unzureichende Bewertungsmaßstäbe für den Erfolg verhaltensbezogener Maßnahmen: Als Erfolg gilt im allgemeinen, wenn das Verhalten sich tatsächlich ändert. Da aber damit noch keine Veränderung des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufes einhergehen muß, kann als gesundheitspolitischer Bewertungsmaßstab eigentlich nur die tatsächliche Veränderung von Mortalität und Morbidität angenommen werden.

Über den Zusammenhang von Krankheits- und Sterblichkeitsentwicklung mit Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention bestehen Hypothesen, die in dem Maß erhärtet werden können, wie die Bedeutung eines Risikofaktors bekannt ist. Da die Bestätigung dieser Hypothese jedoch immer an tatsächliche Verhaltensänderungen gebunden ist, diese sich aber in der Regel nicht erreichen lassen, bestehen auch keine gesicherten Erkenntnisse über Verhaltensänderungen und Gesunderhaltung auf epidemiologischer Ebene.

Es stellt sich also heraus, daß unabhängig von allen möglichen Defiziten in der Umsetzung sich Probleme für das Konzept der Verhaltensprävention schon deswegen ergeben, weil das Risikofaktorenmodell, auf welches sich die Verhaltensprävention im wesentlichen stützt, in sich widersprüchlich ist und (noch) nicht in der Lage ist, ein geschlossenes Krankheitsentstehungskonzept zu liefern. Insofern müssen alle daraus abgeleiteten Maßnahmen brüchig bleiben. Viel-

leicht ist dies auch der Grund für die zahlreichen praktischen (jedoch zu behobenden) Defizite, die im Umgang mit dem Risikofaktorenmodell als Verhaltensprävention entstehen.

Maßnahmen der Verhaltensprävention unterliegen bei den Kassen einer großen Zufälligkeit. Ob solche Maßnahmen durchgeführt werden oder nicht, hängt in den meisten Kassen nicht von einer detaillierten Problemanalyse, etwa über eine Krankenstandsstatistik ab, auch nicht von einer Adressatenanalyse etc. Dies legt den Schluß nahe, daß solche Maßnahmen gar nicht auf konkrete Gesundheitsprobleme bezogen werden; dies mindert die Chance, sie überhaupt einer Bewertung oder Wirkungsanalyse zu unterziehen, weil die dafür notwendigen Bezugspunkte fehlen.

## 6. Kein Weg aus der Sackgasse?

Es bleibt zu klären, wieso unter den gegebenen Bedingungen Präventionsmaßnahmen in der beschriebenen Art und Weise durchgeführt werden, obwohl deren begrenzte gesundheitliche Wirkungsweise bekannt ist, bzw. obwohl weitgehend unbekannt ist, wie, wo und für welche Krankheiten und Versichertengruppen solche Maßnahmen gesundheitlich sinnvoll sind.

Erklärungen, die diesen Sachverhalt allein aus der Notwendigkeit von Tätigkeitsnachweisen für Kassengeschäftsführer erklären wollen und sie als „symbolische Politik“ bezeichnen, greifen zu kurz. Sicherlich ist eine Maßnahme, die keine Wirkung zeigt, über die aber „viel geredet“ wird, objektiv als symbolische Politik zu bezeichnen. Aber diese Einschätzung setzt überwiegend bewußtes Handeln der Akteure der symbolischen Politik voraus; sozusagen „schlechten Willen“. Zugleich sind es auch kasseninterne Politikprozesse, in denen Maßnahmen immer so formuliert und durchgesetzt werden, daß sie konsenshaft von allen Beteiligten getragen werden können, ihr Profil also immer an der Linie des geringsten Widerstandes orientiert ist. R. Rosenbrock beschäftigt sich in seinem Aufsatz mit der Wirkung dieser Konsensfälle.

Es sind jedoch auch gesellschaftlich gewachsene Faktoren, die dazu führen, daß wirkungsvolle Methoden der Prävention nicht ergriffen werden. Folgende sollen hier zusammenfassend genannt werden:

1. Aus der Medizin entwickelt sich historisch ein individualisierendes Verständnis von Krankheit und Gesundheit, da die Medizin als Wissenschaft und Praxis sich mit dem einzelnen Menschen beschäftigt. Diese Sichtweise hat sich bis heute erhalten. Sie ist (allerdings zunehmend schwächer) durch die zentrale Rolle, die Ärzte und Medizin im Gesundheitswesen spielen, zur vorherrschenden Sichtweise geworden. Die gesamte Struktur des Gesundheitswesens ist darauf abgestellt. Die kollektiven, gesellschaftlichen, betrieblichen Ursachen von Krankheiten bezieht die Medizin nur insofern in ihre Überlegungen ein, als sie bestimmte Folgen im einzelnen hervorrufen. Gerade in der Bundesrepublik Deutschland ist diese Tradition ungebrochen (aber nicht unkritisiert), es gibt z. B. keinen Ausbildungsgang für Präventivmedizin.
2. Dieses dargestellte Denkschema hat sich, da es die Praxis der ärztlichen Versorgung leitet, nicht nur bei den Ärzten etabliert, sondern ist zur vorherrschenden Sichtweise von Gesundheit und Krankheit geworden. Es findet sich in den Ansätzen zur Verhaltensprävention wieder. Auch diese setzt erst da an, wo „Verhalten“ als vermeintliche Krankheitsursache sich niedergeschlagen hat oder sich als individuelle Krankheitsursache niederzuschlagen droht.

3. Schon für die Krankheitsbilder der Vergangenheit (z. B. Tuberkulose) ist oft festgestellt worden, daß die allgemeine Verbesserung des Lebensstandards und der Arbeitsbedingungen einen größeren Einfluß auf die Rückentwicklung dieser Krankheit nehmen konnte, als die medizinische Behandlungsweise oder der medizinische Fortschritt. Dies muß erst recht gelten für die heutigen modernen Volkskrankheiten, deren Ursachen – soweit sie bekannt sind – hauptsächlich in der Arbeits- und Lebenswelt liegen. Behandlung und Prävention, die angesichts dieser Sachlage im wesentlichen beim Individuum ansetzen, müssen notwendigerweise in ihrer gesundheitlichen Wirkung begrenzt bleiben.
4. Wenn trotzdem am Konzept der Verhaltensprävention festgehalten wird, hat dies seine Ursachen im wesentlichen in den Hindernissen, die für eine anders geartete (z. B. Verhältnisprävention) bestehen und die teilweise unüberwindlich scheinen. Die hindernden Gründe bestehen nicht darin, daß der verhältnispräventive Ansatz etwa als nicht sinnvoll angesehen würde. Es ist umgekehrt: Weil die Hindernisse so hoch scheinen, gilt der Ansatz als nicht realisierbar.

Die Widerstände für Verhältnisprävention speisen sich aus ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Interessen an dem Erhalt von Zuständen und Verhältnissen und führen so zu Sichtweisen, die dem Einzelnen die Schuld an seiner Krankheit zuweisen. Verhältnisprävention kostet in der Regel Geld, stellt gewachsene Strukturen und Hierarchien in Frage und berührt z. B. im Betrieb Macht- und Finanzpositionen.

Verhältnisprävention gerät damit in den Einzugsbereich politischer Interessen und Konflikte, für deren Austragung sich die Kasse als ungeeignet erweist, bzw. sich nur dann behaupten kann, wenn Maßnahmen der Verhältnisprävention konsensual unter allen Beteiligten durchgeführt werden. Nun besteht aber eine Reihe von Möglichkeiten, diese Konsensfindung durch flankierende Maßnahmen der Kassen zu erleichtern (oder auch erst zu ermöglichen), um so die Herausbildung der Verhältnisprävention zu fördern. Hierauf soll abschließend mit einigen Argumenten im Rahmen von praktisch-realistischen Verbesserungsvorschlägen eingegangen werden.

Mit Hilfe einer Krankheitsartenstatistik, die nach Betriebsbereichen aufgeschlüsselt ist und die von nur ca. 5 v. H. aller Kassen bereits geführt wird, ließen sich bereits wertvolle Aussagen über Krankheitsverteilungen im Betrieb treffen, die als Informationsgrundlage für präventive Maßnahmen in Frage kämen. Aus diesen Erkenntnissen folgen noch keine Maßnahmen, und die Daten zeigen auf, daß präventive Maßnahmen auch dort durchgeführt werden, wo ein solches betriebliches Berichtswesen nicht vorliegt. Aber ein solches Berichtswesen liefert zusätzliche Argumente für Präventionsmaßnahmen, hilft Schwerpunkte zu setzen und die Veränderungen aufzuzeigen. Es kann mit Fug und Recht gesagt werden, daß solche betrieblichen Informationssysteme die am weitestreichendsten von den Kassen allein zu tragende, vorbereitende Maßnahme zur Durchführung betrieblicher Verhältnisprävention darstellt. Natürlich lassen sich zahlreiche Variationen eines solchen Berichtswesens feststellen, auf die hier jedoch nicht eingegangen wird. Auch die Hindernisse und Schwierigkeiten, vor allem die Gefahr, daß solche Systeme zur gesundheitsbedingten Selektion der Beschäftigten mißbraucht werden, sollen nicht verschwiegen werden. Aus Modellversuchen wird man hier jedoch Wege entwickeln, die den Einzelnen in seinen Rechten nicht verletzen und die trotzdem einen hohen Informationsgrad gewährleisten.

Da allein aus gesundheitspolitischer Vernunft noch keine präventiven Maßnahmen im Betrieb durchgeführt werden, bedarf es ihrer Abstützung durch zusätzliche Impulse. Als Träger dieser Impulse kommen die Versicherten in der Kasse, aber auch die Beschäftigten selbst infrage. Auch dies kann auf vielfältige Art durch die Kassen gefördert werden:

Zunächst würde z. B. ein betriebliches Berichtswesen über die Krankheitsartenverteilung, das natürlich (streng anonymisiert) allen betrieblichen Stellen zugänglich wäre, durch sich selbst eine betriebsöffentliche Diskussion des Themas befördern. Dies kann dazu führen, daß auf der Seite der Unternehmen ein Legitimationsdruck entsteht, aus dem heraus Maßnahmen durchgeführt werden können.

Hier könnten auch sinnvoll gesteuerte Maßnahmen der Verhaltensprävention als Instrument genutzt werden, um das Verhalten der Beschäftigten auf die Änderung krankmachender Faktoren zu orientieren. Überhaupt sollten, bei aller Notwendigkeit verhältnisbezogener Maßnahmen sich die Kassen nicht in eine Ecke drängen lassen, die sie letztlich zur Ohnmacht im präventiven Bereich zwingen würde: Diese Fälle bestünde etwa darin, sich einseitig auf Maßnahmen der Verhältnisprävention zu stützen, die aber nicht zu realisieren wären. Eine solche Überforderung würde zur Selbstblockade führen.

Es sollen daher noch einige Vorschläge für die verbesserte Durchführung verhaltensbezogener Maßnahmen entwickelt werden, wobei die aufgezogenen, schon dem Konzept der Verhaltensprävention innewohnenden Grenzen, auch bei diesen Vorschlägen ihre Gültigkeit behalten:

1. Die Maßnahmen sollten weniger pauschal gestreut, als vielmehr enger an konkrete Gesundheitsprobleme und konkrete Populationen gebunden werden. Auch auf der scheinbar überschaubaren Ebene des Betriebes ist z. B. eine epidemiologische (oder auch nur erfahrungsgesättigte) Begründung von Maßnahmen erforderlich, um Verzettlungen zu verhindern, um die Maßnahmen langfristig anlegen zu können, um den Adressatenkreis mit seinen Gewohnheiten, Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten genau beschreiben zu können.

In Bezug auf Maßnahmen gegen den Alkoholabusus im Betrieb zeichnen sich einige positive Ansätze in dieser Richtung ab. An diesen Maßnahmenteilen läßt sich auch sehen, daß sie nur dann wirkungsvoll sind, wenn sie nicht spontan durchgeführt werden, weil praktisch jede verhaltensbeeinflussende Maßnahme eine Reihe absichernder, flankierender Maßnahmen erforderlich macht (z. B. Absicherung von Arbeitsplatz, Barrieren gegen Abgruppierungen durch Betriebsvereinbarungen etc.), die nur dann entwickelt und aufgebaut werden können, wenn sie längerfristig angelegt werden. Entsprechend den Daten sind hier Großbetriebe im Vorteil, da der Aufwand, solche Maßnahmen durchzuführen, relativ unabhängig von der Betriebsgröße ist, insgesamt jedoch erst für eine bestimmte Anzahl von Betroffenen vertretbar scheint. Es wäre zu überlegen, wie auf regionaler Ebene (durch Zusammenschlüsse von Betrieben) Erleichterungen zu schaffen sind.

2. Erst die längerfristige Anlage von verhaltenspräventiven Maßnahmen macht auch die Einhaltung eines weiteren Erfordernisses möglich: Die Entwicklung des komplexen Gesundheitsproblems und seiner Ursachen und die Vermeidung seiner Zerlegung in einzelne Risikofaktoren. Ein Beispiel: Rauchen ist ein Teil (bzw. ein Faktor) des gesamten Problems „Schadstoffaufnahme durch die

Luft“, denn für zahlreiche Erkrankungen, für die z. B. allein das Rauchen (welches selbst ein Bewältigungsverhalten ist), verantwortlich gemacht wird, gelten mit Sicherheit auch andere Schadstoffe als möglicher Krankheitsauslöser. Verhaltensprävention hätte dies z. B. zu berücksichtigen, indem die Schadstoffmissionen der Betriebe, am Arbeitsplatz, des Verkehrs etc. zumindest thematisiert würden. Auf Betriebsebene z. B. bestehen ja auch für die Beschäftigten Möglichkeiten, das Problem der Schadstoffmission am Arbeitsplatz aufzugreifen, so daß die Verhaltensprävention nicht einseitig auf das individuelle Vermeidungshandeln gerichtet werden könnte. Nebenbei bemerkt: Als Körperschaft des öffentlichen Rechts haben die Betriebskrankenkassen (wie natürlich andere Kassenarten auch) das Recht, in allen öffentlichen Planungsprozessen Gesundheitsbelange geltend zu machen und die Gesundheitsinteressen der Versicherten zu vertreten. Man kann sich zahlreiche Situationen vorstellen, in denen eine solche Aktivität dazu führen würde, Gesundheitsprobleme öffentlich zu thematisieren, so daß (meist auf regionaler und kommunaler Ebene) ein auf krankmachende Verhältnisse gerichteter Veränderungsdruck entstehen kann.

3. Die Thematisierung komplexer Krankheitsursachen kann unter Umständen eine Ausweitung der Präventionsaktivitäten auf andere Träger erfordern. Oft fehlt den Kassen die notwendige Kompetenz oder einfach die Möglichkeit, Krankheitsursachen, die außerhalb ihres unmittelbaren Wirkungsbereiches liegen, aufzugreifen oder öffentlich zu thematisieren. Hier empfiehlt sich für die Kassen ein Vorgehen im Präventionsbündnis mit anderen Akteuren. Auch für diese Form der Kooperation gibt es positive Beispiele. Dem oft gegen diese Form eingebrachten Argument, sie scheitere an dem Profilierungsstreben der einzelnen Akteure, kann in solchen Fällen mit praktischem Handeln entgegengetreten werden, indem nämlich jedem Akteur das Aufgabengebiet (oder der Teil der Gesundheitsgefährdung) zugewiesen wird, für den er am meisten zuständig ist.

Unter diesen Bedingungen könnten auch verhaltensbezogene Maßnahmen gesundheitspolitisch sinnvoll eingesetzt werden. Vor allem würde der Eindruck vermieden, solche Maßnahmen dienten nur dem Wettbewerb und der Selbstdarstellung von Geschäftsführern bzw. der Kassenart, stellten also letztlich Akte „symbolischer Politik“ dar.

All diesen Überlegungen liegt freilich ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde, in welchem nicht nur der einzelne für seine Gesundheit verantwortlich gemacht wird und Krankheitsursachen individualisiert werden. Zur Vertiefung dieses Verständnisses müßte auch an eine Weiterqualifikation der Kassenmitarbeiter in einem Sinne gedacht werden, daß Gesundheits- und Krankheitsprobleme nicht nur als Kostenfaktoren, sondern als gesellschaftliches Geschehen begriffen werden, für das angemessene Bewältigungsmaßnahmen z. T. erst noch entwickelt werden müssen.

Doku-Nr. 042.00

BKK 1985 S. X

#### Literaturliste

- Bürkardt, D./Oppen, M., 1984: Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Bevölkerung, München
- Hauß, F./Oppen, M., 1985: Krankenstand als Ergebnis von Definitions- und Aushandlungsprozessen in Gesellschaft und Betrieb. In: Naschold, F., (Hrsg.) Arbeit und Politik, Frankfurt/New York, 1985, S. 339ff.
- Volkhov, V. et al, 1983: Die Kosten der Arbeitsunfähigkeit. Dortmund