

Hauß, Friedrich

Book Part — Digitized Version

Verpaßte Gesundheit - Herausbildung und Wirkungsweisen präventiver Maßnahmen der Kassen

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich (1985) : Verpaßte Gesundheit - Herausbildung und Wirkungsweisen präventiver Maßnahmen der Kassen, In: Rolf Rosenbrock, Friedrich Hauß (Ed.): Krankenkassen und Prävention, ISBN 3-924859-14-0, Edition Sigma, Berlin, pp. 229-246

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122378>

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>.

Verpaßte Gesundheit - Herausbildung und Wirkungsweisen präventiver Maßnahmen der Kassen

1. Prävention als Gesundheitspolitik - die volksgesundheitliche Notwendigkeit präventiver Maßnahmen

Angesichts des immer noch steigenden Anteils chronischer Volkskrankheiten an der Mortalität und Morbidität und der Hilflosigkeit der Medizin gegenüber dieser Entwicklung ist Prävention zu einem "Deutungsmuster gesellschaftlicher Programmatik" (v. Ferber in diesem Band) geworden. Jede Gesundheitspolitik, die sich ihrer Umdefinition in Kostenpolitik entziehen kann, versteht sich als "präventiv". Sie reicht damit weit in andere Bereiche von Teilpolitiken hinein, indem sie dort die Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte durch eben diese Teilpolitiken fordert.

Der allseits geteilten gesellschaftlichen Präventionsprogrammatik entspricht die gesellschaftliche Praxis nicht: Präventionskonzepte sind teilweise in sich umstritten und bestehen unverbunden nebeneinander. Dies betrifft die unterschiedlichen Konzepte selbst, wie auch die institutionellen Träger dieser Konzepte.

Schärfer noch: Prävention wird sogar zum Instrument der Konkurrenz und des Wettbewerbs (siehe unten) und unterliegt damit einer Umdefinition, die mit Sicherheit nicht gesundheitsförderlich ist.

Die Krankenkassen in der BRD sind seit langem einer der Träger von Prävention, in den viele Hoffnungen gelegt wurden, vor allem auch, weil sich gezeigt hat, daß andere Präventionsträger offensichtlich mit starken Defiziten in bezug auf ihre gesundheitliche Wirkung arbeiten. Es wäre jedoch zu undifferenziert, schlicht von "Prävention" zu reden, denn die Auseinandersetzung um die Prävention findet nicht über die allgemeine Programmatik, sondern über die Konzepte statt, mit denen Prävention durchgeführt wird.

In Übereinstimmung mit den meisten Referenten in diesem Band (siehe v. Ferber, Karmaus, Abholz) unterscheiden wir zwischen der Verhältnisprävention und der personenbezogenen Prävention, die sich ihrerseits

aufteilt in Vorsorge und Früherkennung auf der einen und in Verhaltensprävention auf der anderen Seite. Dabei besteht insofern Konsens, als die Verhältnisprävention zwar als die wirksamste Form von Prävention überhaupt anerkannt wird, die jedoch auf die größeren Widerstände trifft.

Im folgenden soll gefragt werden, welche äußeren und inneren Bedingungen Präventionsmaßnahmen der Kassen beeinflussen, welche Maßnahmetypen sich in der Praxis der Kassen finden lassen, welche gesundheitlichen Wirkungen sie haben und welche Handlungsmöglichkeiten es für die Kassen gibt, um die Wirksamkeit ihrer Präventionsmaßnahmen zu erhöhen.

2. Das Bedingungsgefüge für Kassenmaßnahmen und seine Auswirkungen

Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung haben allgemein das Recht und, für besondere Leistungen, die Pflicht zur Prävention (§ 187 RVO). Allerdings ist nicht näher definiert, um welche Art der Prävention es sich handelt oder handeln soll (Däubler 1984), so daß auch hier zunächst keine Einschränkungen durch die Rechtsprechung zu sehen sind. Prävention kann den Kassen durch Rechtsaufsicht oder durch Satzungsgebung zugewiesen werden, wobei sich Satzungerweiterungen in Richtung Prävention allerdings in engen finanziellen und juristischen Grenzen bewegen müssen.

Soweit die Präventionsleistung von den traditionellen Trägern der medizinischen (ambulanten und stationären) Versorgung erbracht werden können, ist der Handlungsspielraum der Kassen relativ groß. Je mehr sich die Durchführung der Präventionsleistung jedoch auf andere Träger bezieht und weniger stark Personen anspricht, desto geringer wird der Handlungsspielraum der Kassen; Maßnahmen der Verhältnisprävention in der Arbeitswelt kann sie z.B. nicht durchsetzen, da ihr hierzu die formale Berechtigung fehlt. Sie kann allenfalls solche Maßnahmen anregen, vorbereiten etc., wird aber die Realisierung bei gegebener Rechtslage meist anderen Trägern überlassen müssen (z.B. dem betrieblichen Arbeitsschutzsystem, dem technischen Dienste der Berufsgenossenschaft etc.), und bereits dabei auf die Zustimmung aller anderen zuständigen Träger angewiesen sein. Angesichts der Nichtzuständigkeit in diesem Bereich neigen die Kassen zu einer vorschnellen Problemdelegation, indem sie Maßnahmen der Verhältnisprävention nicht daraufhin untersuchen,

welches der spezifische Beitrag der Kasse sein könnte, sondern das gesamte Problem sofort an andere mögliche Träger delegieren.

Es wird manchmal argumentiert, daß Präventionsmaßnahmen, die die Kasse selbst durchführen (v.a. personenbezogene Prävention), zu kostenintensiv sein. Tatsächlich weist jedoch das Projekt "Betriebskrankenkassen und Prävention" (1984) nach, daß selbst die am weitesten fortgeschrittenen Modelle, wie z.B. das der AO¹ Mettmann, kaum mehr als ein Prozent der Beitragseinnahmen in Anspruch nehmen.

Im Bereich der Betriebskrankenkassen sind die Ausgaben für "Vorsorge und Verhütung" im übrigen von 1.12% (1981) auf 0.85% (1984) gefallen. Die Ausgaben der Krankenkassen für Prävention sind daher derzeit eine Quantité negligible im Rahmen der Gesamtbudgets. Nicht zuletzt diesem Umstand ist es auch zuzuschreiben, daß innerhalb der Selbstverwaltung oder der gesamten Kasse Präventionsmaßnahmen nur geringe Beachtung geschenkt wird. Der geringe Aufmerksamkeitsgrad, den diese Maßnahmen auf sich ziehen, wirkt sich in der Regel nicht positiv aus, sondern so, daß die Maßnahmen eher ein Profil entwickeln, das sich jeweils an dem Standard orientiert, der jeweils mit dem geringsten Aufwand erreicht werden kann. Dies macht präventive Kassenmaßnahmen unter anderem auch so stabil gegen Veränderungen durch neue Impulse.

Diese vorherrschende Entwicklungsdynamik präventiver Maßnahmen innerhalb der Kasse birgt jedoch auch positive Entwicklungspotentiale in sich. Der geringen Aufmerksamkeit, die der Budgetposten "Prävention" auf sich zieht, ist es auch geschuldet, daß kassenintern dieses Feld relativ unstrukturiert ist und sich dadurch zumindest innerhalb des traditionellen Präventions-Profiles als gestaltbar erweist. Die große Varianz der (meist verhaltensbezogenen) Maßnahmen der einzelnen Kassen ist ein Beleg dafür, daß z.B. persönliches Engagement einzelner Geschäftsführer auf diesem Gebiet in Präventionsmaßnahmen umgesetzt werden kann, ohne daß dies etwa zu nennenswerten Konflikten oder auch nur zu Diskussionen in der Kasse führen müßte. Dies gilt jedoch nur dann, wenn die Maßnahmen dem üblichen Präventionsparadigma folgen. (Vgl. dazu unten)

Weitere Bedingungen für die Herausbildung von Präventionsmaßnahmen ergeben sich aus ökonomischen oder, milder ausgedrückt, aus professionellen Interessen der Anbieter von Gesundheitsleistungen. Die Interessen dieser Anbieter sowie ihre technischen und organisatorischen Möglichkei-

ten und professionellen Fähigkeiten bestimmen in zweifacher Weise das dominierende Profil präventiver Maßnahmen:

Da die ärztliche Niederlassung den Grundpfeiler des Gesundheitswesens in der BRD darstellt, bestimmt diese Organisationsform wesentlich die Art der präventiven Leistung. So wird z.B. als Vorsorge und Früherkennung genau das angeboten, was eine durchschnittliche ärztliche Niederlassung leisten und was im Rahmen der GOÄ-Struktur befriedigend abgerechnet werden kann. Mit der Veränderungsdynamik der medizinischen Leistungsfähigkeit der ärztlichen Niederlassung verändert sich auch das präventive Leistungsangebot. Er wird also nicht gebunden an die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit und an daraus erwachsende Interventionsnotwendigkeiten. Unabhängig von der gesundheitlichen Wirkung bzw. Wirkungslosigkeit solcher Maßnahmen (vgl. den Beitrag von Abholz in diesem Band) folgen sie zunächst nicht einer gesundheitlichen, sondern eher einer ökonomischen Begründung. Zum weiteren führt die Bindung von Prävention an die ärztliche Niederlassung dazu, daß die Prävention überwiegend personengebunden durchgeführt wird.

Dies geschieht überwiegend durch Heranziehung der Risikofaktoretheorie, in deren Konsequenz die möglichen verursachenden Faktoren in zwei Sorten unterteilt werden: diejenigen, die medikalisiert werden können (z.B. milder Hochdruck) und diejenigen, für die das Individuum selbst verantwortlich ist (Tabak- und Alkoholabusus, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten etc.). Die an sich notwendige Berücksichtigung des sozialen Kontextes fällt der in der Organisationsform der ärztlichen Niederlassung notwendigen Arbeits-Geschwindigkeit und Pragmatik zum Opfer. Einher mit der Medikalisierung von Gesundheitsproblemen geht so die Individualisierung bei ihrer Überwindung. Fast unüberwindlich wird diese personengebundene Orientierung auch durch die Organisation der Niederlassung selbst, die auf Behandlung einzelner abgestellt ist. Hier ergänzen sich die Theorie und die aus ihr folgenden Handlungsstränge zu einer ganz auf das Individuum bezogenen Sichtweise von Prävention, die nahezu das gesamte Präventionsgeschehen dominiert. Auch in diesem Fall sucht sich die Prävention den Weg des geringsten Widerstandes und bleibt kompatibel mit den vorherrschenden Sichtweisen und Realisierungsformen auf diesem Gebiet.

Im Falle der Betriebskrankenkassen ließen sich Besonderheiten für die Herausbildung von Präventionskonzepten durch die enge Beziehung zwischen Kasse und Betrieb vermuten, zumal, allerdings fast nie veröffentlicht, häufig angeführt wird, es handele sich bei diesen Kassenarten

um "Unternehmerkassen". Die Tatsache, daß das Verwaltungspersonal der Betriebskrankenkassen durch den Betrieb gestellt wird, verstärkt oft diese Vermutung.

Tatsächlich zeigt sich jedoch, daß eventuelle Sonderbeziehungen zwischen Krankenkassen und Betrieb sich nicht dadurch ausdrücken, daß die Kassen als verlängerter Arm der betrieblichen Gesundheitspolitik fungieren oder von seiten des Betriebes in eine solche Richtung gedrängt würden. Vielmehr zeigt sich, daß unabhängig von der Möglichkeit solcher Beeinflussung bei den Kassen Sichtweisen vorliegen, die sich weitgehend kongruent zu den betrieblichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit verhalten. Es ist z.B. diese Kongruenz der Sichtweisen, die zahlreiche Kassen veranlaßt, von sich aus Krankenstandskontrollen bei den Versicherten durchzuführen, obwohl dies nicht zu den Aufgaben der Kassen gehört, und obwohl dies in den meisten Fällen auch nicht auf Drängen der Betriebe erfolgt. Daß diese Maßnahmen oft als Prävention bezeichnet werden, ist ebenfalls eher auf die kassenspezifische Sichtweise von Gesundheitserhaltung zurückzuführen.

Auf die kasseninternen und kassenspezifischen Politikprozesse bei der Herausbildung von Präventionsmaßnahmen hat R. Rosenbrock (in diesem Band) ausführlich hingewiesen: Die paritätische Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane läßt in der Regel nur solche Maßnahmen passieren, die im Konsensrahmen gefunden werden können. Die Konsensfalle bewirkt dabei, daß Maßnahmen von vornherein so zugeschnitten werden, wie es dem erwarteten Konsens entspricht. D.h., die Konsensfähigkeit einer Präventionsmaßnahme wird nicht in einem Diskussions- und Auseinandersetzungsprozeß hergestellt, wobei die Chance ihrer Modifikation oder Erweiterung bestünde, sondern dieser Prozeß wird bereits vor der Diskussion von der einen oder anderen Seite vorweggenommen. Dieses Verfahren ist verständlich, denn das Gegenstück der Konsensfalle, die Konfliktfalle, besteht darin, daß gegensätzliche Standpunkte und konfliktorische Verfahrensweisen dazu führen würden, daß sich die Selbstverwaltung in ihrem Handeln blockiert und gar keine Maßnahmen zustande kommen.

3. Drei maßnahmegestaltende Begriffe: Individualisierung - Ökonomisierung - Anpassung

Die dargestellten Bedingungen, unter denen sich präventive Maßnahmen der Betriebskrankenkassen herausbilden können, bündeln sich in den drei Begriffen: Individualisierung, Ökonomisierung und Anpassung. Bevor die jeweils dazugehörigen Maßnahmen vorgestellt werden, soll kurz auf die Bedeutung dieser Begriffe eingegangen werden: mit Individualisierung ist gemeint, daß sowohl die Krankheitsentstehung als auch die Krankheitsbehandlung und Krankheitsverhütung nur auf das Individuum bezogen werden. Dies entspricht zwar der klassischen medizinischen Orientierung, nicht aber einer gesundheitsgefährdenden Realität, von der bekannt ist, daß sie zwar auf das Individuum wirkt, nicht aber durch den einzelnen verursacht wird. Gerade die Gesundheitsgefährdungen, die heute zu chronischen Volkskrankheiten führen, sind Produkt gesellschaftlicher Verhältnisse, die als solche gestaltet werden müßten, und zwar nicht erst dann, wenn sie bereits Schäden verursacht haben.

Ökonomisierung meint, daß Krankheitsprobleme nicht primär auf (zu erhaltende) Gesundheit, sondern auf (zu sparende) Kosten bezogen werden. Besonders auf die Verhältnisprävention trifft dies zu, wo sich manifeste Interessenpositionen an ökonomischen Zielvorstellungen orientieren.

Aber auch im Bereich von Kassen wird ökonomisch in bezug auf Präventionsmaßnahmen argumentiert. Nicht so sehr in bezug auf die verursachenden Kosten, sondern durch die Integration verhaltenspräventiver Aspekte in Wettbewerbsmaßnahmen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. dazu unten).

Auch die Anpassung der Versicherten entweder an die betrieblichen Formen und Bedingungen der Lohnarbeit etwa durch kassentragene Krankenstandskontrollen oder aber durch Anpassung der Versicherten an die vorherrschende, individualisierte Sichtweise von Gesundheit und Krankheit (blaming-the-victim-Strategie) führt dazu, daß sich die dominierende Art der Verhaltensprävention immer wieder reproduziert und zur alleinig wirksamen, denkbaren und letztlich legitimen Form von Prävention erhoben werden kann. Demgegenüber wird die Verhältnisprävention begründungspflichtig. Diese ständige Begründungspflichtigkeit verhindert oft gerade, daß durchsetzbare und realistische Konzepte der Verhältnisprävention entwickelt werden können, da immer wieder erst

ihre Grundlagen diskutiert werden müssen. Dies soll hier nicht als Klagelied verstanden werden, sondern eher als Aufforderung, nach konkreten und erprobaren Möglichkeiten der Verhältnisprävention zu suchen, kleinste Schritte auf diesem Weg zu unternehmen, um an solchen Beispielen "Machbarkeit" und "Wirksamkeit" der Verhältnisprävention erhärten zu können.

4. Die Individualisierung von Gesundheit und Krankheit Verhaltensprävention durch die Kassen

Über Gesundheitserziehung und Aufklärung ist viel gesprochen worden, fast könnte man meinen, daß die Frage nach der Wirksamkeit verhaltenspräventiver Maßnahmen das beherrschende Thema dieser Konferenz war. Ich möchte deshalb hier einige empirische Befunde referieren und die Grundsatzdiskussion über Berechtigung oder Nichtberechtigung von Verhaltensprävention nicht wiederholen, sondern lediglich kurz umreißen, welche Bedingungen geschaffen sein müßten, damit Verhaltensprävention zumindest immanent eine höhere, d.h. gesundheitsgerechtere Wirkung entfalten kann.

Maßnahmen des vorbeugenden, an der Person des Versicherten orientierten Gesundheitsschutzes dominieren heute das Präventionsgeschehen in den Kassen. 84% der Kassen führen nach eigenen Angaben Maßnahmen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes durch, 73% klären über "gesunde Lebensweise" auf, wobei der Kampf gegen die Risikofaktoren Alkohol und Nikotin an der Spitze steht. Immerhin warnen auch 43% vor Arzneimittelmißbrauch, 40% aktivieren zu mehr Bewegung und 38% klären über Unfallgefahren auf. Verglichen mit den programmatischen Aussagen gerade der Betriebskrankenkassen ist der Anteil von sieben Prozent der Kassen, die an betrieblichen, arbeitsbedingten Risiken ansetzen, verschwindend gering. Für etwa die Hälfte der Kassen, die solche Art der Aufklärung betreiben, ist dabei das Medium der Informationsschrift das einzige überhaupt, nur 23% veröffentlichen auch in Betriebszeitungen und jede fünfte Kasse hat für die persönliche Beratung geschultes Personal eingestellt. In diese Maßnahmen fließt, trotz ihrer finanziellen Bedeutungsarmut, ein großer Teil der ungebundenen Ressourcen einer Kasse. Das spiegelt sich z.B. in den Verbandsorganen wider, in denen Maßnah-

men der Verhaltensprävention oft als Tätigkeits- und Legitimationsnachweis von Kassen erscheinen.

Mitgliederstarke Kassen sind hierbei im Vorteil, mit wachsender Größe des Trägerbetriebes steigt der Anteil der Kassen, die Aufklärungsmaßnahmen durchführen. Darin verbirgt sich jedoch auch ein Problem des rationalen Mitteleinsatzes, denn die Durchführungsaufwendungen für die Aufklärungsarbeit sind relativ unabhängig von der Zahl der erreichten Personen, so daß sich entsprechende Aktivitäten im Großbetrieb eher "lohnen". Dies gilt vor allem für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen bzw. für alle Maßnahmen, bei denen die Kasse mit Leistungserbringern in Verhandlung treten muß.

Über die Wirkungsweise verhaltensbezogener Maßnahmen gibt es wenig Informationen und Erkenntnisse. Vor allem wenn als Kriterium nicht die tatsächliche Verhaltensänderung, sondern die Entwicklung von Mortalität und Morbidität herangezogen werden, türmen sich kaum überwindliche Evaluationsschwierigkeiten auf. Die Annahme jedoch, daß möglichst langfristig wirkende und möglichst intensive Aufklärung und Gesundheits-erziehung "irgendwie" wirken müsse, kann nicht erhärtet werden. Einige Autoren (z.B. Horn u.a. 1985) vermuten sogar, daß solche Maßnahmen iatrogene Effekte nach sich ziehen und das Gegenteil von dem erreichen, was sie bewirken wollen: der einzelne wird unempfindlich für die aktuelle Gesundheitsbotschaft und jede folgende.

Die Skepsis von Horn u.a. begründet sich nicht in erster Linie auf die äußere Gestaltungsform der Aufklärungsmaßnahmen, etwa in dem Sinne, daß sie werbetechnisch nicht auf der Höhe der Zeit seien, sondern er leitet sie vielmehr aus dem Problemfeld selbst ab: nicht immer muß Gesundheit als "höchstes Gut" auch verhaltensbestimmend sein, es gibt zahlreiche andere, individuell verschiedene Orientierungsparameter, deren Verfolgung für den einzelnen ebenso rational sein kann, wie für die Kassen die Verfolgung des Gesundheitsziels.

Darüber hinaus lassen sich folgende Forderungen an die Gesundheitserziehung ableiten:

- Die Maßnahme sollte anders, als dies bislang die Regel ist, für ausgewählte Problemgruppen erfolgen, d.h. epidemiologisch und adressatenspezifisch begründet sein. Prioritäten müssen festgelegt werden.
- Die Zerlegung von Gesundheitsproblemen in einzelne Risikofaktoren und die Zuweisung der Bewältigung dieser Risikofaktoren nur an die Versicherten (d.h. die Betroffenen) ist dann unrealistisch, wenn die

Krankheitsgründe nicht nur im Verhalten des einzelnen zu sehen sind; und dies ist fast nie der Fall. Wenn z.B. das Gesundheitsproblem "Schadstoffe in der Luft" auf den Risikofaktor "Rauchen" reduziert wird, entspricht dies nicht der Wahrnehmung der Versicherten, weil die Bewältigungsmöglichkeiten, die ihnen nahegelegt werden, sich nur auf das Rauchen beziehen.

- Die Thematisierung des gesamten Gesundheitsproblems erfordert konsequenterweise auch seine Abarbeitung an breiter Front, durch zahlreiche Akteure mit unterschiedlichen Aufgaben. Auf regionaler und/oder betrieblicher Ebene können dafür Präventionsbündnisse geschaffen werden, in denen jedem Akteur eine besondere Aufgabe zugewiesen wird.
- Die Aufstellung eines Präventionsbündnisses bedeutet zugleich auch die Sensibilisierung oder sogar Mobilisierung der Versicherten für Gesundheitsprobleme in ihrer Lebens- und Arbeitswelt. Die weit verbreitete Aussparung von krankmachenden Faktoren aus der Umwelt, Lebens- und Arbeitswelt, führt leicht zu Unglaubwürdigkeiten der Verhaltensprävention, weil ein wesentlicher Teil von möglichen Gesundheitsgefährdungen nicht erwähnt und damit bestimmte Verursacher solcher Gesundheitsgefährdungen einseitig bevorzugt oder geschont werden. Verhalten kann auch so geändert werden, daß der einzelne in die Lage versetzt wird, die gesundheitsschädigenden Faktoren seiner Lebens- und Arbeitswelt zu erkennen.
- Schließlich hätten gerade Krankenkassen die Möglichkeit, langfristig angelegte Maßnahmen der Verhaltensprävention qualitativ, d.h. in bezug auf ihre gesundheitliche Wirkung und nicht nur auf die Menge der ausgestoßenen Materialien zu bewerten.

Wenn diese Forderungen auch angesichts der Schwierigkeiten von Kooperation, Selbstdarstellung und Einsicht zunächst utopisch erscheinen, geben sie meiner Meinung nach doch die Richtung an, in der auch Verhaltensprävention einen Sinn machen könnte.

5. Ökonomisierung von Maßnahmen: nicht auf die Gesundheit bezogen

Zahlreiche Kassenmaßnahmen erscheinen im Gewand von Gesundheitsaufklärung und -erziehung, sollen aber einen anderen Zweck erfüllen als die Aussendung einer Gesundheitsbotschaft: sie dienen der Konkurrenz der

Kassenarten untereinander im Wettbewerb um Mitglieder und um Imagepflege, und - das haben zahlreiche Experten bestätigt - auch dem Wettbewerb der Kassengeschäftsführer und Einzelkassen untereinander. Immerhin: mehr als ein Viertel aller Kassen führt Maßnahmen, die sie selbst als Prävention bezeichnen, ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Öffentlichkeitsarbeit und des Wettbewerbs durch.

Die Grenzziehung zwischen gesundheitlich gemeinter Aufklärung und Erziehung und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und des Wettbewerbes ist schwer zu ziehen, oft nicht zu erkennen. Die gesamte Öffentlichkeitsarbeit der meisten Kassen und ihrer Verbände vollzieht sich stets zwischen veröffentlichten Vorschlägen zur Verhaltensprävention und reinem Wettbewerb. Smigielski hat auf dieser Konferenz empfohlen, den Wettbewerb der Kassenarten untereinander als unschöne Gegebenheit hinzunehmen und sich zu überlegen, wie aus dieser Gegebenheit heraus sinnvolle Präventionspolitik entwickelt werden könnte. Ich bin skeptisch, ob dies ein taugliches Konzept zur Erhöhung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen sein kann. Folgende Gründe sprechen dagegen:

- Wettbewerb fördere die Kreativität der Kassen und helfe ihnen, sich gegenüber ihren speziellen Klientel mit ihren Vorteilen zu profilieren. Tatsächlich trifft dies jedoch gar nicht zu: die Mittel und Themen des Wettbewerbs sind in der Regel so allgemein gehalten, daß sie von jeder Kassenart eingesetzt werden könnten, denn als Wettbewerbsargument gilt allein die Tatsache, daß die jeweilige Kasse Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung etc. betreibt. Kassen unterscheiden sich hierbei in ihrem Werbegeschenksverhalten nicht von kommerziellen Anbietern. Um ein Beispiel zu gebrauchen: wenn eine Automobilfirma mit den hohen passiven und aktiven Sicherheitsreserven ihres Produktes wirbt, steigt dadurch noch nicht die Verkehrssicherheit im allgemeinen. Ähnlich wirksam ist die Kassenwerbung für die Gesundheit einzuschätzen.
- Wettbewerb sei notwendig, um "gute Risiken" für die eigene Kassenart zu gewinnen. Dieses Argument mag unter Kostenaspekten für die jeweilige Kasse gelten. Für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt ist damit ein verheerender Trend eingeleitet. Da auch "schlechte Risiken" versichert werden müssen, würden sich langfristig wohl "Armenkassen" herausbilden müssen, die dann in erheblichen Umfang staatlich subventioniert werden müßten. Inwieweit unter diesen Bedingungen die Selbstverwaltung haltbar wäre, sei dahingestellt. In jedem Fall würden durch solche Prozesse Ungleichheiten in der Versorgung fast zwangsläufig zunehmen.

Der Wettbewerb zwischen den Kassen der GKV nutzt also weder der Gesundheit noch der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Kassenart. Er gefährdet jedoch auf lange Sicht das System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nur könnte auch anders herum argumentiert werden: unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten werden Maßnahmen entworfen und realisiert, die im spezifischen Wirkungsfeld der Kasse durchzuführen wären (für die AOK käme eher der regionale Bereich in Frage; für die Betriebskrankenkassen etwa der Betrieb). Es spräche in solchen Fällen nichts dagegen, die beispielgebende Wirkung solcher Maßnahmen zu verbreiten und zur Nachahmung zu empfehlen. Der Erfolg auch für das Image der Kasse ist jedoch daran geknüpft, daß die durchgeführte Maßnahme nicht nur spürbaren Nutzen verspricht, sondern sichtbar und erfaßbar macht. Hier hätten wir es jedoch nicht mehr mit Maßnahmen des Wettbewerbs zu tun, denn die Parameter sind nicht solche ökonomischer Art, sondern gesundheitspolitischer Natur. Dieser Parameterwechsel könnte unter günstigen Bedingungen dann auch - wenn es schon sein muß - unter Wettbewerbsaspekten förderlich eingesetzt werden.

6. Kontrolle und Anpassung - gesundheitspolitisch wenig hilfreich

Maßnahmen der Krankenstandsdokumentation müssen alle Kassen nach § 19 SGB durchführen. Aus dieser Dokumentation ergibt sich der Krankenstand. Seine Schwankungen indizieren keineswegs nur die Entwicklung der Morbidität, in erheblichem Umfang gehen auch die veränderten betrieblichen Strategien im Umgang mit dem Problem der individuellen AU sowie ein verändertes Bewältigungsverhalten der Beschäftigten (vgl. Hauss, Oppen 1985) in ihn ein. Aus dieser Tatsache speist sich der Vorwurf des Mißbrauchs im Zusammenhang mit dem Krankenstand. Unter den Mißbrauchsverdacht fällt vor allem die sog. Kurzzeit-AU von eins bis bis sieben Tagen, die insgesamt nur 6,9% des gesamten AU-Volumens ausmacht und die Kassen mit ca. 6,5% der Fallgesamtkosten belastet (Alle Zahlen Volkholz 1983). Die Kurzzeit-AU von eins bis drei Tagen macht sogar nur 1,7% des gesamten Krankenstandsvolumen aus. Gegenüber den Fällen derjenigen, mit mehr als 45 Tage Krankschreibung (in diesen Fällen muß die Kasse Krankengeld zahlen), die 38% des gesamten Krankenstandsvolumens und 46,6% der Gesamtfallkosten ausmachen, ist die Kurzzeit-AU ein untergeordnetes Problem, das trotzdem viel

Aufmerksamkeit bei den Kassen genießt. 54,8% der Kassen schalten bei "auffällig Versicherten", deren Auffälligkeit allerdings nicht näher definiert wird und von Kasse zu Kasse verschieden interpretiert wird, verstärkt den V&D ein, obwohl es als nachgewiesen gelten kann, daß unterschiedlich stark ausgeprägte Kontrollpraktiken des V&D keinen Einfluß auf die Höhe des Krankenstandes haben (Bürkardt, Oppen 1984). 37,2% der Kassen nehmen Kontakt mit dem Versicherten auf und führen mit ihm Gespräche. Wie hilfreich dies im Einzelfall auch sein kann, so deutlich ist damit oft eine direkte und unmittelbare Kontrolle verbunden. Kassenexperten geben auch an, daß die Betriebe solche Kontrollen gerne sehen, weil sie entsprechende Gespräche des Personalbüros mit den Beschäftigten überflüssig machen und gleichzeitig die Mitbestimmung des Betriebsrats umgangen wird. Die Kontrollpraktiken setzen in erster Linie nicht bei Versicherten mit Langzeit-AU ein, sondern bei solchen mit zahlreichen kurzen AU-Fällen, die zumindest kostenmäßig unverhältnismäßig weniger stark ins Gewicht fallen.

Natürlich bestehen auch hier Ambivalenzen zwischen direkter Kontrolle durch die Kassen zur Erhöhung der Arbeitsbereitschaft und dem Handeln aus Verantwortung für die Gesundheit der Versicherten. Daß ersterer Fall auch zahlenmäßig überwiegt, geht aus Expertengesprächen hervor: in vielen Betriebskrankenkassen wurden bei einzelnen Angestellten oder auch in der Kasse insgesamt Identifikationsprozesse mit dem Betrieb und seinen ökonomischen Zielen wirksam, die kaum mit dem Handeln einer öffentlich-rechtlichen Institution zu vereinbaren sind. Damit vergeben sich manche Kassen die Chance, ein Vertrauensverhältnis mit den Versicherten herzustellen, welches die Grundlage einer aktiven Gesundheitspolitik durch die Kasse sein könnte.

Ich möchte an dieser Stelle die Beschreibung von Maßnahmen beenden. Wie sicherlich aufgefallen sein wird, habe ich nichts über arbeitsplatzbezogene Präventionsmaßnahmen der Kassen berichtet. Es hat zum einen seinen Grund in der kleinen Anzahl von Kassen, die angegeben hat, solche Maßnahmen durchzuführen (sieben Prozent); über die Art dieser Maßnahmen wissen wir nichts. Zum anderen hat Rolf Rosenbrock (in diesem Band) die Realisierungsschwierigkeiten, die sich im Zusammenhang mit solchen Maßnahmen ergeben, bereits in diesem Band dargestellt.

Auf dieser Konferenz ist häufig die Frage gestellt worden, ob es unter den gegebenen Bedingungen überhaupt sinnvoll ist, wenn sich Kassen präventiven Aufgaben zuwenden, zumal sie überfordert zu sein scheinen, ihre ursprünglichen Aufgaben zu bewältigen.

Weder die Art und Weise, in der die meisten Maßnahmen durchgeführt werden, noch die Art der Maßnahmen selbst und ihre Wirkungsweise ermuntern zu noch größeren Aktivitäten auf diesem Gebiet, unabhängig davon, daß es immer wieder Einzelkassen gibt, die mit großem Know-how wirklich sinnvolle Maßnahmen für ihre Versicherten durchführen. Dies gilt vor allem für flankierende Maßnahmen, mit denen z.B. den Versicherten erst die Wahrnehmung anderer Maßnahmen ermöglicht wird (z.B. großzügige Gewährung von Haushaltshilfen für kranke Mütter).

Obwohl nur präventive Maßnahmen, etwa des arbeitsweltbezogenen Gesundheitsschutzes eine adäquate Antwort auf die vorherrschenden Gesundheitsprobleme wären, ist ihre Realisierung durch die Kasse nahezu unmöglich, bestenfalls müssen sich die Kassen hier auf eine Zuliefererfunktion beschränken.

Wo großes Know-how im Bereich der Verhaltensprävention besteht, sorgen eine individualisierende Sichtweise von Gesundheit und Krankheit dafür, daß die durchgeführten Maßnahmen am Gesundheitsproblem vorbeiziehen und adressatenspezifisch so selektiv wirken, daß nur diejenigen sich an der Maßnahme beteiligen, die ohnehin zu den weniger gesundheitsgefährdeten Gruppen der Bevölkerung gehören (siehe dazu v. Ferber in diesem Band).

Dort, wo schließlich Informationen über Gesundheit und Arbeitswelt bei den Kassen vorliegen, droht die Gefahr, daß diese Informationen von Betriebsseite mißbraucht werden, um gefährdete Personen herauszuselektieren.

Die Perspektiven der Prävention durch Kassen scheinen nicht besonders günstig zu sein.

Ich will am Schluß versuchen nachzuweisen, daß bei allem realistischen Pessimismus in bezug auf Prävention durch Kassen kaum eine andere Möglichkeit bleibt, als die bestehenden Strukturen der Kassen auch für Maßnahmen der Prävention zu nutzen:

1. Zwar gibt es einen gesellschaftlichen Konsens über die Notwendigkeit von Prävention (in welcher Form auch immer), aber innerhalb der Kassen besteht darüber noch keineswegs Einigkeit. Bezweifelt wird nicht nur, ob Prävention zu den Aufgaben der Kasse gehört, sondern auch, ob dies überhaupt eine sinnvolle Strategie ist. Oft entscheidet die jeweilige Sichtweise des einzelnen Kassengeschäftsführers darüber, ob entsprechende Aktivitäten durchgeführt werden oder nicht. Wenn dies wahr ist, kann versucht werden, das Problem durch Aus- und Weiterbildung der Kassenmitarbeiter zu lösen. Hier käme es nicht nur darauf an, unterschiedliche Präventionsmaßnahmen vorzustellen, sondern die Notwendig-

keit von Prävention aus der volksgesundheitlichen Gesamtsituation abzuleiten.

2. Für verhaltensbezogene Maßnahmen können sinnvolle Strategien entwickelt werden, die diesen Maßnahmen ihre Zufälligkeit nehmen. Hier ist nicht an einer Verbesserung im werbetechnischen, sondern im inhaltlichen Sinne gedacht. Die Konzentration auf das "Sender-Empfänger-Modell" und seine Verbesserung wird solange nicht zum gewünschten Erfolg führen, wie ziemlich beliebig bleibt, was gesendet wird und an wen die Sendung geht. Einige inhaltliche Kriterien habe ich schon genannt. Ich habe im übrigen den Eindruck, daß auf diesem Gebiet langsam ein Prozeß in Gang kommt, der in eine gesundheitlich hilfreiche Richtung weisen kann. Es gibt erste Ansätze, bei denen sich auch die Kassen z.B. an einer regionalen Krankheitsartenanalyse beteiligen, um daraus Schlußfolgerungen für die Prävention zu ziehen, oder, daß Betriebskrankenkassen darangehen, betriebliche Informationssysteme über Arbeit und Gesundheit zu erstellen etc. Als informative Voraussetzung für Prävention in der Arbeitswelt sind solche Systeme unerlässlich.

3. Es gibt einen erkennbaren Trend (forciert durch die Standesvertretungen der Ärzte), Prävention bei den traditionellen Anbietern medizinischer Leistungen anzusiedeln, entsprechende Verträge auszuhandeln etc. Dies kann, bezogen auf wenige und besonders sorgfältig zu bestimmende Leistungen, sinnvoll sein. Im Prinzip sollte aber beachtet werden, daß, wie gezeigt wurde, weder die Organisationsform der ärztlichen Niederlassung noch die Inhalte der medizinischen Profession von vornherein zur Prävention, ja auch nur zu präventivem Denken befähigen. Wenn es richtig ist, daß sich das Profil präventiver Maßnahmen immer entlang den vorhandenen Möglichkeiten und entlang der Linie herausbildet, auf der der geringste Widerstand zu erwarten ist, dann wird diese Entwicklung zunehmen, da sie von ärztlicher Seite auch unter dem Aspekt der Ausdehnung des Leistungsangebotes standespolitisch verfolgt wird.

4. Schließlich sollten sich die Kassen jedoch auch nicht in die Präventionsecke drängen lassen. Zahlreiche präventive Forderungen, vor allem die nach Verhältnisprävention, gehen weit über den Kompetenzbereich der Kasse hinaus und können eher von anderen Institutionen oder gesellschaftlichen Trägern realisiert werden. Kassen können sich höchstens an diesen Prozessen beteiligen, sollten jedoch ihre Möglichkeiten voll ausschöpfen. So haben sie z.B. die Möglichkeit, als Körperschaft des Öffentlichen Rechtes "Gesundheitsbelange" bei allen öffentlichen Planun-

gen geltend zu machen und hier insofern präventive Gesundheitspolitik zu betreiben, als sie den Gesundheitsaspekt in solche Vorhaben schon im Planungsstadium einbringen und auf seine Berücksichtigung drängen können. Dies könnte auch eine Mobilisierungswirkung auf die Mitglieder und die Bevölkerung haben. Ohne diese Mobilisierung aber läßt sich der Gesundheitsaspekt in unserer Lebenswelt wohl kaum durchsetzen.

Diskussion

Die Diskussion wandte sich zunächst dem Problem zu, ob Kassen überhaupt und wenn ja (oder nein) unter welchen Bedingungen und mit welchem Anspruch "Prävention" betreiben sollten. A. Holler argumentierte für die Ausgliederung der Prävention aus dem Kassenrahmen vor allem aus folgenden Gründen: traditionellerweise betreiben Kassen Medizinal- und nicht Gesundheitspolitik. Ihre Leistungen beziehen sich auf Rechte; Prävention im umfassenden Sinne sei jedoch kaum im Leistungsrecht zu finanzieren, die Kassen seien darüber hinaus zu unbeweglich und bereits jetzt mit ihren Aufgaben überlastet.

Dieser Position wurden relativierende Statements entgegen gehalten, R. Rosenbrock stellte die politische (auch gesundheitspolitische) Formbarkeit der Kassen heraus; Kassen seien keine monolithischen Blöcke, sondern, wie die Geschichte zeige, vielfach politischen und ökonomischen Prozessen ausgesetzt und haben sich auch in ihrer Aufgabenstellung durch diese Prozesse immer wieder verändert. H. Reiners und R. Müller relativierten einen umfassenden Präventionsanspruch der Kassen. Sie könnten nicht Regieinstanz im Gesundheitswesen werden, weil schon die Formulierung eines solchen Anspruches angesichts der Kassenwirklichkeit sein programmatisches Scheitern in sich trüge. R. Müller betonte die Rolle der Kasse als Thematisierungsinstanz, die auf andere Bereiche (z.B. Betriebsärzte, Berufsgenossenschaften etc.) gesundheitspolitisch einwirken könnte. K. Friede unterstützte diese Position insofern, als auch er das Ausnützen vorhandener Gegebenheiten einschließlich informeller Entwicklungsmöglichkeiten auf mögliche Präventionspartner herausstellte und dabei auf konkrete Beispiele durch den BdB verwies. A. Labisch verwies darauf, daß konkrete Präventionsmaßnahmen nur ganz selten vorformulierten theoretischen Konzepten folgen, sondern oft genug durch Merkmale wie Macht, Interessen, Geld strukturiert sind und, wie auch Chr. v. Ferber ausführte, von Personen und Persönlichkeiten in den Kassen durchgesetzt

oder auch verhindert würden. Das Warten auf "das richtige" Konzept und seine Akzeptanz sei daher eine verfehlte Politik.

Smigielski sieht jedoch, daß eine präventive Politik sich bei den Kassen noch nicht verankern konnte, und nennt dafür folgende drei Trends: Prävention falle aus dem Selbstverständnis der Kassen heraus. Die zunehmende Wettbewerbsorientierung der Kassen führe eher dazu, daß Präventionsmaßnahmen zu Maßnahmen des Wettbewerbes und der Öffentlichkeitsarbeit degenerierten; schließlich sei für die Zukunft die Ersetzung des Äquivalenzprinzipes durch das Versicherungsprinzip zu befürchten; dies würde präventive Ansätze eher verhindern als fördern.

B. Braun und Chr. v.Ferber stellten anschließend fest, daß trotz der zahlreichen Hindernisse, Trichter und Restriktionen offensichtlich noch nicht geklärt sei, wieso Krankenkassen trotzdem, wenn auch nicht im ausreichenden Umfang Präventionsmaßnahmen durchführen. Hier seien noch zahlreiche Fragen offen. Ein Verweis auf Personen und oder auf gesundheitspolitische Rationalität genüge nicht.

Im Anschluß an die Referate über konkrete Präventionsmodelle weist F. Hauß auf einige Widersprüche in Verbindung mit der Realisierung präventiver (vor allem verhältnispräventiver) Konzepte hin. Unklar sei, wer in den Betrieben eigentlich als "Bündnispartner" in Frage komme. Da im Betrieb die größten Widerstände gegen Prävention zu erwarten sind, schlägt er vor, auf die bereits bestehenden und oft eng an die Paradigmata der Arbeitsmedizin geknüpften Verfahrensweisen der Verhältnisprävention auszunutzen. Hierzu gehöre auch die Weiterentwicklung oder Einrichtung betrieblicher Informations- und Datenbanksysteme, die der Gesundheitserhaltung und nicht der Personalselektion dienen müßten. Bevor dies nicht systematisch geschehe oder sich als unmöglich erweise, sei die Frage nach möglichen anderen Akteuren und Aktivitäten zu früh gestellt.

R. Müller bezweifelte in seinem Beitrag, ob die Ausschöpfung der traditionellen arbeitsmedizinischen Verfahrensweisen überhaupt einen Fortschritt bringen könnte. Es müsse mit gänzlich anderen und neuen Parametern gearbeitet werden, z.B. mit der Artikulation und Thematisierung von betrieblichen Gesundheitsproblemen durch die Beschäftigten.

Dem Problem von Verhältnisprävention und ihren Realisierungsmöglichkeiten werden von G. Eberle und M. Krause Schwierigkeiten der Verhaltensprävention entgegengestellt. Es sei zwar richtig, daß Verhaltensprävention streng genommen nur eine zweitbeste Lösung darstellt; angesichts der noch größeren Hilflosigkeit bei der Realisierung von Verhältnisprävention sei jedoch zu fragen, ob mit der Verhaltensprävention nicht auch

positive Ergebnisse erreicht werden könnten, noch dazu, da sich ihre Methoden und Herangehensweisen ständig weiterentwickeln würden. Ein Weg sei es z.B., auch die Verhaltensprävention in die Betriebe hineinzutragen und hier quasi ein "Präventionsvertrauen" herzustellen, welches auch der Verhältnisprävention zugute kommen könnte. In ähnliche Richtung argumentierte H. Schnoks, als er darauf hinwies, daß Maßnahmen der Verhaltensprävention nicht nur an einem Gesundheitsaspekt zu messen seien, sondern insgesamt zur Verbesserung von Lebensqualität beitragen könnten. R. Rosenbrock hielt dem Ansatz der Verhaltensprävention seine immanenten Mängel und Widersprüche entgegen: da Verhaltensprävention allgemein nur als "zweitbeste" Lösung angesehen würde, Verhältnisprävention sich jedoch als die gesundheitspolitisch logische Konsequenz aus der Veränderung des Krankheitsspektrums herleite, sei die Abweichung von der Verhältnisprävention begründungspflichtig. Eigentlich könne es nur auf zwei Ebenen entsprechende Gründe geben: auf einer normativ-ethischen Ebene, die dann wichtig sei, wenn Verhältnisprävention Freiheitsspielräume drastisch einschränke. Oder es handelt sich um solche Gründe, die in der politischen Nicht-Durchsetzbarkeit von Prävention liegen. Dieser letzte Aspekt dürfte aus der wissenschaftlichen Diskussion nicht ausgeklammert bleiben, weil sonst, zwar vorgeblich unpolitisch, aber auch unredlich argumentiert würde und Illusionen über die Machbarkeit von Verhältnisprävention entstünden. R. Rosenbrock warnte vor einer Funktionalisierung der Betriebsärzte für die Aufgaben der Primärprävention. Es gebe inzwischen zahlreiche Untersuchungen, die in der engen Anbindung der Betriebsärzte an die Unternehmerseite ein wesentliches Hindernis für deren Einsatz innerhalb der verhältnisorientierten betrieblichen Prävention sehen.

R. Stuppardt teilt diese pessimistische Sicht nicht. Die Betriebskrankenkassen z.B. können als Mittler zwischen allen Beteiligten auftreten und präventive Aufgaben anregen. Natürlich sei dabei zu verhindern, daß nur eine Seite die Absichten oder Ergebnisse sich zu nutzen mache. Es gibt positive Einzelfälle, von denen man lernen könnte. E. Zoika ergänzt Stuppardt und berichtet von Beispielen, in denen die Betroffenen selbst aktiv für die betriebliche Gesundheitspolitik eingetreten sind. Hier könnten die Kassen ihr Wissen (ihre Daten) zur Verfügung stellen. Aus diesem Grunde würden auch Durchschnittsangaben über die Verteilung präventiver Maßnahmen wenig aussagen, weil sich dahinter interessante "konkrete" Fälle verbergen können. R. Müller sieht sich durch diese Beispiele bestätigt, mehr oder weniger ganz auf Maßnahmen der Verhaltensprävention zu verzichten. Sie stellten lediglich eine symbolische Politik dar und verhinderten als solche das Aufkommen verhältnispräven-

tiver Forderungen. F. Hauß hielt dem abschließend entgegen, daß eine Radikalisierung der Standpunkte insofern nicht weiterführe, da es durchaus denkbar sei, die Methoden und Kenntnisse, die inzwischen im Bereich der Verhaltensprävention gewonnen wurden, dazu zu verwenden, die Aufmerksamkeit der einzelnen Betroffenen auf ihre krankmachenden Verhältnisse zu richten.