

Hauß, Friedrich

Working Paper — Digitized Version

Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung: Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen

WZB Discussion Paper, No. IIVG dp 85-205

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich (1985) : Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung: Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen, WZB Discussion Paper, No. IIVG dp 85-205, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/82994>

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.

IIVG/dp85-205

Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung

- Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen -

Friedrich Hauß

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung
Arbeitspolitik

International
Institute
for
Comparative
Social
Research
Labor Policy

IIVG discussion papers

IIVG Papers

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für
Vergleichende Gesellschaftsforschung (IIVG)/Arbeitspolitik
des Wissenschaftszentrums Berlin

IIVG/dp85-205

Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung

- Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen -

Friedrich Hauß

Berlin, Juli 1985

ISSN 0724-5084

Publication series of the International Institute for
Comparative Social Research/Labor Policy

Wissenschaftszentrum Berlin

Steinplatz 2, D 1000 Berlin 12

030/313.40 81

Abstract

Der Aufsatz befaßt sich mit den Möglichkeiten und Grenzen, die vor allem Maßnahmen der Verhaltensprävention von Krankenkassen in bezug auf Gesundheitserhaltung und Krankheitsverhütung haben können. Verhaltensprävention gilt heute als das Präventionskonzept schlechthin, obwohl seine Wirkung eher als gering eingeschätzt werden muß. Andere Konzepte, wie etwa ursachenbezogene oder Verhältnisprävention scheitern jedoch oft an ökonomischen und politischen Interessen und sind kaum durchsetzbar. Diese Tatsache sowie das Festhalten an überholten gesundheitspolitischen Sichtweisen, die teilweise durch das Konzept der Risikofaktoren-Theorie gestützt werden, laufen auf eine Präventionsstrategie hinaus, in der der Einzelne zum Gegenstand von präventiven Maßnahmen wird. Die angestrebten Verhaltensänderungen finden jedoch in der Regel nicht statt, da gesundheitsgerechtes Verhalten mit zahlreichen anderen individuell rationalen und irrationalen Verhaltensmustern konkurrieren muß. Falls sich das Verhalten jedoch tatsächlich ändern sollte, ist damit noch keine Garantie auf das Nichteintreten von Krankheit verbunden.

Der Autor folgert, daß Verhaltensprävention nur dann sinnvoll einzusetzen ist, wenn sie Gesundheitsprobleme nicht in Risikofaktoren zerstückelt, sondern sie als ganzes thematisiert, und wenn sie abweicht von der Konditionierung auf individuelles Vermeidungshandeln und auf soziales Veränderungshandeln orientiert. Unter diesen Bedingungen könnte ein Schritt getan werden, die krankmachenden Verhältnisse selbst als solche zu erkennen und im Rahmen der gegenwärtigen politischen und rechtlichen Möglichkeiten zu verändern. Die gängigen Muster der Verhaltensprävention verhindern jedoch diese notwendige Problemtransparenz.

0. Prävention durch Krankenkassen - eine sinnvolle Fragestellung?

Wenn man die zahlreichen Aktivitäten aller Kassen und Kassenarten zur Kenntnis nimmt, könnte die oben angeführte Fragestellung zumindest falsch gestellt scheinen: Seit langem führen Kassen Maßnahmen durch, die präventiven Charakter haben; zahlreiche Kassen versuchen darüber Profil zu gewinnen. Bundesverbände regen für ihre Kassenart besondere Präventionsmaßnahmen an, um "im Gespräch zu bleiben", schließlich wird auch aus der Verantwortung der Institution für die Gesundheit der Mitglieder heraus argumentiert: Da erwiesen sei, daß die Mehrheit der Bevölkerung sich nicht gesundheitsgerecht verhält, auf der anderen Seite aber Gesundheit immer noch als "höchstes Gut" angestrebt wird, versuchen viele Kassen, Hilfestellung bei der Überwindung des Widerspruches zwischen verstandesgemäß geäußelter Einstellung und praktischer Lebensweise zu geben.

Festzuhalten bleibt, daß sicherlich die Mehrzahl der Einzelkassen in der BRD zahlreiche Maßnahmen und Aktivitäten unter der Rubrik "Prävention" verbucht. Da aber einerseits in diese Aktivitäten ein erheblicher Teil an finanziellen, technischen, organisatorischen und menschlichen Ressourcen einfließt, da andererseits bekannt ist, daß die Maßnahmen der Einzelkassen höchst unterschiedlich ausfallen, unterschiedlich ansetzen und sich im Extremfall widersprechen, sollen diese Aktivitäten durch die Beantwortung von drei Fragen dargestellt und beurteilt werden:

- Welche Präventionskonzepte haben sich im Laufe der Zeit herausgebildet, bestehen heute und werden von den Kassen (hier vor allem von den Betriebskrankenkassen) durchgeführt?
- Welche Gesichtspunkte können herangezogen werden, um die Wirkung solcher Konzepte zu beurteilen?
- Welche weiteren Handlungsmöglichkeiten und -grenzen ergeben sich für die Kassen als Institution auf diesem Gebiet?

Es soll im folgenden Aufsatz *) versucht werden, diese Fragestellungen zu beantworten bzw. anzudeuten, in welche Richtung eine Beantwortung gehen könnte. Denn die wissenschaftliche Forschung zu diesem Themenbereich

* Dem Aufsatz liegt ein Teil der Ergebnisse des vom BMAuS teilfinanzierten Projekts "Betriebskrankenkassen und Prävention" zugrunde. Projektbearbeiter: G. Göckenjan, F. Hauß, R. Rosenbrock

befindet sich noch in den Kinderschuhen, und es kommt zunächst darauf an, einen Rahmen zu entwickeln, in dem die aufgeworfenen Fragen überhaupt sinnvoll bearbeitet werden können.

1. Präventive Gesundheitspolitik - eine Utopie?

Krankheiten wurden und werden immer am Ort ihres Auftretens, also am Menschen, behandelt und meistens (erst) dann, wenn sie sich in Symptomen äußern. In der Regel wird versucht, über das Kurieren der Symptome auch die Krankheit zu beseitigen; nicht immer ist dieses Verfahren jedoch erfolgreich: Wenn die Ursachen der Erkrankung weiterbestehen, können die Symptome ebenfalls wieder auftauchen. Aus diesem Grund ist die Frage nach den Ursachen oder Gründen von Krankheiten nicht neu, aber immer noch aktuell. Und sie wird immer dann aktuell, wenn Symptome bzw. Krankheiten auftreten, die offensichtlich mit den Mitteln und Methoden der Medizin nicht zu heilen sind. So zeigt die geschichtliche Betrachtung auch, daß mit dem Fortschritt der Medizin keineswegs auch immer ein Fortschritt der Verbesserung des gesundheitlichen Status der Bevölkerung verbunden sein muß. Gerade in letzter Zeit wird bezweifelt, ob die finanziellen und technischen Aufwendungen des Medizinsystems tatsächlich dazu beitragen, in einer etwa proportionalen Weise den gesundheitlichen Status der Bevölkerung zu verbessern. Für die Vergangenheit stellen etwa Kaupen/Haas (1976) und McKeown (1982) fest, daß auch in bezug auf Infektionskrankheiten eine Trendwende bereits stattgefunden hatte, bevor die medizinische Therapie zur Heilung der Krankheit entwickelt war. Vielmehr haben Änderung der Lebensweise, der hygienischen Bedingungen etc. den Rückgang der Infektionskrankheiten bewirkt.

Die Befreiung des Menschen von Krankheit und vorzeitigem Tod erfolgte schon immer von zwei Seiten: Durch Kurieren der Symptome und/oder Kompensation (Ausgleich) eingetretener Schäden oder aber durch Minimierung der Ursachen von Krankheiten in der Lebens- und Arbeitswelt oder auch im menschlichen Körper selbst.

Theoretisch wäre die Orientierung eines Gesundheitssystems in beide Richtungen möglich und sogar aus Gesundheitsgründen wünschenswert. Praktisch und historisch ist die Entwicklung jedoch mit Verabschiedung der Bismarckschen Sozialgesetzgebung gefallen: Das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem im Deutschen Reich und in der BRD ist auf Heilung und Kompen-

sation ausgerichtet, seine Regelungen greifen demnach erst, wenn ein Schaden sichtbar geworden ist. Dabei hat zumindest für Bereiche der Unfallversicherung diese Orientierungsentscheidung nicht von vornherein festgestanden. Vielmehr gab es ernsthafte Bemühungen vor allem von der damaligen Sozialdemokratie, dem Versicherungssystem eine präventive, auf die Vermeidung von Krankheitsursachen konzentrierte Richtung zu geben. Große Teile der auf das Gesetzesvorhaben einflußreichen Industrie lehnten jedoch, hauptsächlich aus Kostengründen eine präventive Ausrichtung ab und empfahlen dringend, nur eingetretene Schäden zu kompensieren, d.h. die betroffenen Personen von physischer und materieller Verelendung zu bewahren (Machtan 1985).

So selbstverständlich es heute scheint, daß alle Sparten des Versicherungssystems hauptsächlich eingetretene Schäden kompensieren oder aber eingetretene Krankheiten kurieren (heilen oder lindern), so wenig zwingend ist diese Ausrichtung, wenn man von einem eindeutig gesundheitspolitischen Standpunkt ausgeht. Dann gilt: Vorbeugen ist besser als Heilen. Das Dilemma unseres Krankenversicherungssystems: einerseits immer erst Leistungen freizusetzen (oder zu bezahlen), wenn der Schaden bereits eingetreten ist, dadurch aber andererseits viele gesundheitliche Schäden immer wieder neu zu produzieren, hat zu einer folgenschweren und institutionellen Trennung von Krankheitsbehandlung und Krankheitsverhütung geführt.

Sie läßt sich auf allen Feldern und für alle Formen der Prävention nachweisen und hat dazu beigetragen, daß weder auf der Planungs- noch auf der Realisierungsebene einheitliche und die verschiedenen Präventionsformen überwindende Konzepte bestehen. Dazu einige Beispiele: Es gibt verschiedene Akteure der personalbezogenen Prävention. Verhaltensprävention, also alle Bemühungen zu gesundheitsgerechtem Verhalten, werden z.B. durchgeführt von einer eigens dafür geschaffenen Bundesanstalt (Bundesanstalt für gesundheitliche Aufklärung). Diese produziert hauptsächlich Printmedien zu Sucht-, Ernährungs- und Lebensweiseproblemen, die sie ihrerseits an Multiplikatoren verteilt oder verkauft. Als Multiplikatoren gelten Schulen, Ärzte, Krankenkassen, Printmedien, aber auch Betriebe. Außer bei den Ärzten, die auch die Hauptakteure bei der anderen Form der personenbezogenen Prävention, der Vorsorge und Früherkennung sind, fällt Krankheitsbehandlung und Gesundheitserhaltung auseinander. Erst nach langen Verhandlungen gelang es z.B. unlängst, einigen Betriebskrankenkassen oder

ihren Landesverbänden zu erreichen, daß für bestimmte Berechtigte nicht nur Früherkennungsuntersuchungen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchgeführt werden, sondern daß auch noch ein Beratungsgespräch von dem Arzt zu führen ist und mit den Kassen abgerechnet werden kann. Abholz (1983) wies sogar nach, daß die Art der mit den Kassen abzurechnenden Leistungen durch die niedergelassenen Ärzte dazu führt, daß präventive Maßnahmen - wie z.B. die Beratung - unterbleiben, da für sie keine Position in der GOÄ vorgesehen ist. Abgesehen von der umstrittenen Wirksamkeit von Gesundheitsberatung und verhaltensbezogener Prävention überhaupt zeigt sich hier, daß sich nur zögernd die Erkenntnis durchsetzt, die bestehende, aber disfunktionale Arbeitsteilung zwischen Krankheitsbehandlung und Gesundheitserhaltung aufzuheben.

Ähnliches gilt für die ursachenbezogene Prävention, z.B. in der Arbeitswelt. Hier können folgende Akteure mit präventivem Auftrag angeführt werden:

- die Berufsgenossenschaften als Versicherung von Unfall- und Berufskrankheitsrisiken. Von der Gestaltung ihrer Versicherungsbeiträge (gestaffelt nach Schadensfällen) wird eine ursachen- bzw. verhältnispräventive Wirkung erwartet. Zugleich unterhalten die Berufsgenossenschaften eigene technische Aufsichtsdienste, die über die Einhaltung von Normen und Vorschriften im Bereich des betrieblichen Unfallschutzes und der Berufskrankheitenverhütung wachen sollen;
- die Gewerbeaufsichtsämter, die als Landesbehörden die Einhaltung der Gewerbeordnung überwachen und damit ebenfalls ursachenpräventive Aufgaben in der Arbeitswelt übernehmen;
- die betriebsärztlichen Dienste, deren Aufgabe es nach § 3, Abs. 3,c ASiG ist, "Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen";
- der Betriebsrat, dem nach den §§ 90,91 Betriebsverfassungsgesetz ein Mitbestimmungsrecht bei der Gestaltung der Arbeitsplätze zukommt.
- Schließlich könnten auch die Betriebskrankenkassen als ein möglicher Akteur auf dem Gebiet der betrieblichen Ursachenprävention angeführt werden, wenngleich sie von den hiergenannten Akteuren das am schwächsten ausgeprägte formale Mandat dazu haben und nur dann auf diesem Gebiet handeln können, wenn alle anderen Akteure dagegen kein Veto einlegen. (s.u.)

Die scheinbare Ausweglosigkeit, den modernen chronischen Volkskrankhei-

ten, die heute etwa 70 % des Gesamtkrankheits- und Sterblichkeitsspektrums ausmachen, mit allein medizinischen Mitteln Herr zu werden, hat zu zwei Entwicklungen im Bereich der Prävention geführt:

Zum einen sind auf politischer Ebene in den letzten Jahren zahlreiche Zusammenschlüsse entstanden, die teils als Selbsthilfegruppen, teils als Gruppen, die auf nur ein einziges Ziel und einen Zweck hin orientiert sind (single purpose movements) bestehen. Häufig ist ihr Ziel, gesundheitliche Schäden in der Umwelt abzubauen. Es ist der unbestreitbare Verdienst dieser Gruppen, den Zusammenhang von Umweltfaktoren und Gesundheit so heftig zum Diskussionsthema erhoben zu haben, so daß das gesellschaftliche Bewußtsein in den letzten Jahren auf diesem Gebiet gestiegen ist (Fietkau 1984). Teilweise haben Aktivitäten dieser Gruppen - wie auch immer man sie bewerten will - zu realen Erfolgen auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes durch Umweltschutz geführt. Inwieweit diese Aktivitäten in das gesundheitspolitische Institutionengefüge der BRD integriert und für Gesundheitspolitik fruchtbar gemacht werden können, bleibt abzuwarten. Zu recht wird auch (Rosenbrock 1983) darauf hingewiesen, daß solche Gruppen, zumal wenn es sich um Selbsthilfegruppen handelt, die überwiegend im Bereich der Kompensation und Versorgung arbeiten, sehr schnell die Arbeitsweisen und Ausrichtungen traditioneller, längst in das Gesundheitswesen integrierter Vereine, Zusammenschlüsse etc. übernehmen und dadurch keine inhaltliche Bereicherung mehr bieten, sondern höchstens eine mengenmäßige Ausweitung traditioneller kompensatorischer oder versorgender Leistungen für ein Klientel, das mit bisherigen Methoden nicht erreicht werden konnte (von Ferber 1985). Auf der anderen Seite haben jedoch auch Krankenkassen die Notwendigkeit verstärkter präventiver Bemühungen erkannt und eine eigene Präventionsprogrammatis entwickelt (siehe unten).

2. Krankenkassen als Träger von Prävention? -

Die Konzepte der Kassen

Versteht man die bereits erwähnte Trennung von Krankheitsbehandlung und Krankheitsverhütung als ein arbeitsteiliges Vorgehen, so stellt sich die Frage, warum den zahlreichen Trägern präventiver Maßnahmen noch ein weiterer hinzugefügt werden soll, noch dazu einer, dessen Erfahrungen, traditionelle Ausrichtung etc. eben nicht auf dem Gebiet der Prävention liegen, sondern in der Kompensation und Sicherstellung der Kuration. Wird an die Krankenkassen der Anspruch auf Prävention gestellt, so erhebt

sich damit auch die Frage nach dem präventiven Potential an sich kompensatorisch und kurativ ausgerichteter Institution.

Desweiteren stellt sich die Frage, auf welchen Ebenen, in welchem Ausmaß und mit welcher Reichweite die Krankenkassen Prävention betreiben oder nach den Vorstellungen anderer gesundheitspolitischer Akteure betreiben sollten. Die Frage nach der Notwendigkeit eines weiteren Präventionsträgers ergibt sich, wenn die wachsende Notwendigkeit von Prävention generell befürwortet wird, vor allem aus den Defiziten, die andere Träger auf dem Gebiet hinterlassen. Die Frage nach der Kasse als Präventionsträger ergibt sich aus den speziellen Vorteilen dieser Institution.

- Inzwischen liegen zahlreiche Untersuchungen vor, die nachweisen, daß nahezu alle Präventionsansätze aller Träger als relativ wirkungslos in Bezug auf die Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklung sich erweisen. Dies betrifft sowohl die personenbezogene Prävention (Abholz 1985, Karmaus 1981) als auch die Verhältnisprävention (BAU 1980, Hauß 1983, Kühn 1982, Rosenbrock 1982). Schon allein diese Tatsache macht es erforderlich, sowohl nach neuen Präventionskonzepten zu suchen bzw. bestehende zu verbessern und/oder nach neuen Trägern oder nach Möglichkeiten, die Arbeitsweise der bestehenden Akteure den gesundheitspolitischen Erfordernissen anzupassen.
- Die Krankenkassen bieten als Träger eine Reihe technischer Vorteile gegenüber den anderen Akteuren, allein diese würden es rechtfertigen, sie in den Kreis der möglichen Präventionsträger einzubeziehen.
- Die Kassen verfügen als einzige Institutionen in der BRD über Datensätze, die relativ umfassend über Gesundheit und Krankheit von etwa 90 % der Bevölkerung Auskunft geben können. Zwar wird die Validität der Daten auch bezweifelt (v. Eimeren 1981), aber forschungspolitisch hat sich ihr Gebrauch durchgesetzt und die mit diesen Daten erhobenen Ergebnisse können als zuverlässig gelten; sie verbleiben jedoch auf einem hohen Abstraktionsniveau. Sie gestatten die Zuordnung von Diagnosen zu personengebundenen Merkmalen und lassen damit eine Analyse der Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung zu. Damit aber wird es möglich, auf wissenschaftlicher Grundlage sowohl Krankheitsschwerpunkte zu erkennen, als auch auf die jeweiligen kranken Personengruppen zugeschnittene Maßnahmen zu ergreifen.
- RVO-Kassen sind betrieblich bzw. regional organisiert. Hierin ist ein Element der notwendigen Dezentralisierung zu sehen, das es den Kassen ermöglicht, auch regional- oder betriebsspezifische Faktoren als mög-

liche Krankheitsverursacher zu erkennen und dann geeignete Maßnahmen der Prävention vorzuschlagen.

Zur Realisierung präventiver Maßnahmen können die Kassen auf fünf normativ festgelegte Instrumentenbereiche zurückgreifen (vgl. Hauß, Naschold, Rosenbrock 1981):

1. Auskunft, Beratung und Information der Versicherten;
2. Vermittlung und selbständige Bereitstellung von Sach- und Dienstleistungen der gesundheitlichen Versorgung (Care und Cure);
3. Vermittlung und selbständige Bereitstellung von Dienstleistungen zur Prävention (personenbezogen, verhältnisbezogen, Rehabilitation);
4. Bedarfsermittlung, Planung, Steuerung und Koordination der Elemente des Gesundheitswesens mit den anderen Trägern der Sozialversicherung und der sozialen Dienstleistungen;
5. Kontrolle des Zielerreichungsgrades nach sozialmedizinischen Kriterien der Qualität und Effektivität der Versorgung sowie der Kostenentwicklung.

Es wird nicht behauptet, daß die Kassen von diesen Möglichkeiten auch durchgehend Gebrauch machen würden (Rosenbrock 1984). Aber dennoch scheint auch hier das prinzipiell zur Verfügung stehende Instrumentarium die Frage zu rechtfertigen, inwieweit die Kassen in den präventiven Prozeß einzubeziehen sind, und welche Rolle am Ende den Kassen im präventiven Gesamtprozeß zukommen könnte.

Wenn im folgenden hauptsächlich auf die Betriebskrankenkassen eingegangen wird und Material zu dieser Versicherungsart präsentiert wird, dann liegt das im wesentlichen daran, daß sich an den Betriebskrankenkassen in zugespitzter Form sowohl die Möglichkeiten als auch die Hindernisse für den oben beschriebenen Prozeß zeigen lassen. Technisch gesehen bieten die Betriebskrankenkassen mehrere Vorteile zur Durchführung präventiver Maßnahmen: Der Kreis der beschäftigten Versicherten ist zumindest während der Arbeitszeit ohne großen Aufwand zu erreichen, die gesundheitsrelevanten Ursachen und Faktoren für die Mitglieder sind möglicherweise homogener als in anderen Kassenarten, die Präsenz von im Betrieb Beschäftigten in den Selbstverwaltungsorganen der Kasse bietet die Chance eines Informationstransfers von gesundheitsbezogenen betrieblichen Problemen in die Kasse hinein.

Wie andere Kassenarten auch führen die Betriebskrankenkassen die unterschiedlichsten Maßnahmen unter dem Stichwort der Prävention durch, und sie verfahren dabei nach den unterschiedlichsten Konzepten (siehe unten). Die Betriebskrankenkassen nutzen z.B. auf programmatischer Ebene und in Form von Modellen (vgl. Georg et al. 1982) ihre Betriebsnähe zu eher betriebsbezogenen Maßnahmen. Sie formulieren:

"In diesem Zusammenhang müssen selbstverständlich auch die Einflüsse aus der Arbeitswelt, d.h. auch der Betriebe als eines der Ursachenfelder für das Auftreten bestimmter Zivilisationskrankheiten gesehen werden. Von der Sache her kann es im Sinne einer umfassenden Ursachenerforschung und Mittelerprobung dann eigentlich keine glücklichere Konstellation geben, als die Identität der betrieblichen Belegschaft mit der Versicherungsgemeinschaft, wie sie durch die Betriebskrankenkassen repräsentiert wird. Die hierin liegende Gleichheit der Personen und der Aktionsfelder bietet bereits auf den ersten Blick den technisch nicht zu unterschätzenden Vorteil, daß etwa die kumulierten und damit anonymen Daten eines Krankenversicherungsträgers Aussagen zum Gesundheitsbild einer umgrenzten Gruppe von Beschäftigten machen können, ohne daß individuelle Daten erhoben oder offenbart werden müssen. Wir meinen, daß vergleichbar günstige Voraussetzungen für die Durchführung von Modellvorhaben, bei denen speziell oder allgemein auch die Verhältnisse der Arbeitswelt eine Rolle spielen, bei keiner anderen Kassenart mit geringerem Aufwand gegeben oder zu schaffen sind."
(Betriebskrankenkassen-Tag 1980 II, S. 25)

Der optimistische Ausblick am Ende des Zitates hat sich in der Realität nicht bestätigen können, da es im wesentlichen politische und ökonomische Bedingungen im Betrieb sind, die das Feld für präventive Betätigung durch die Kassen bestimmen (siehe unten).

Die Ortskrankenkassen haben in einigen Gegenden ihren spezifischen Vorteil als regional gegliederte Institution genutzt, um diese Organisationsmerkmale als Vorteile im Präventionskonzept einzubeziehen. Bekannt geworden sind die inzwischen zu eindrucksvoller Größe herangewachsenen "Gesundheitszentren" in Velbert (Mettmann) und das der AOK des Main-Kinzig-Kreises. Diese Gesundheitszentren bieten hauptsächlich Kurse und Informationen für gesundheitsgerechtes Verhalten an.

Alle Kassenarten stellen Überlegungen an, die Beteiligung an den Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, die ebenfalls zur Prävention gezählt werden, zu erhöhen bzw. diese Leistungen auf andere als nur mit Krebs in Verbindung stehende Krankheitsarten auszudehnen.

Es sollte mit diesen Beispielen lediglich der präventive Anspruch der Kassen und die breite Palette ihrer Aktivitäten dargestellt werden. Zu

fragen wäre jetzt, welche konzeptionellen Unterschiede zwischen den einzelnen Präventionsansätzen bestehen, und wie die unterschiedlichen Ansätze in Bezug auf ihren Beitrag zur Gesundheitserhaltung bewertet werden können.

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird im allgemeinen zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention unterschieden.

Unter der Primärprävention wird üblicherweise die Beseitigung von Krankheitsursachen verstanden, hauptsächlich die Beseitigung von Risikofaktoren wie Rauchen, ungünstige Ernährung, Bewegungsmangel etc. Die Beseitigung von Risikofaktoren in der Lebens- und Arbeitswelt wird als Teilaktivität der Primärprävention verstanden und als strukturelle Prävention bezeichnet.

Mit Sekundärprävention bezeichnet man gewöhnlich die Vorsorge und Früherkennung, d.h. es wird nach bereits eingetretenen Schädigungen gesucht, um am Vorliegen eines Befundes möglich frühzeitig mit einer Therapie beginnen zu können.

Mit der Tertiärprävention wird die Rehabilitation bezeichnet, d.h. die Wiederherstellung von Gesundheit nach eingetretener Gesundheitsschädigung und deren (vorläufige) Heilung.

Zwar werden diese Begriffe inzwischen fast allgemeinverbindlich gebraucht, dennoch sind sie nicht in der Lage, die tatsächlichen präventiven Tätigkeiten und die Adressaten der Prävention zu beschreiben. Uns scheint es daher sinnvoll, die Rehabilitation als das zu bezeichnen, was sie ist: Wiederherstellung von Gesundheit und Vorbeugen vor einem Wiederenstehen dieser Krankheit.

Die beiden anderen Präventionsformen wollen wir zunächst nach ihren Adressaten unterscheiden. Adressanten sind entweder krankmachende Faktoren in der Umwelt, der Lebenswelt, der Arbeitswelt oder aber in der Person selbst.

Wir unterscheiden daher zwischen Verhältnisprävention und personenbezogener Prävention. Die personenbezogene Prävention selbst unterteilt sich in präventive Maßnahmen, die sich auf das Verhalten von Personen beziehen (Gesundheitserziehung) bzw. auf vorliegende oder vermutete Krankheitsanzeichen in der Person selbst. Diese werden durch die Vorsorge und Früherkennung entdeckt.

Differenziert man in dieser Art und Weise, werden auch die politischen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, individuellen und rechtlichen Bedingungen der Prävention und ihrer Realisierung transparenter.

Seitdem es eine gesundheitspolitische Diskussion gibt, wird die Frage nach dem adäquaten Ansatzpunkt zur Vermeidung von Krankheiten diskutiert; zur Diskussion stehen der verhaltens- bzw. personenorientierte Ansatz und ein Präventionsansatz, der auf die Veränderung von Verhältnissen zielt. Die Heftigkeit, mit der diese Diskussion teilweise geführt wird, ist auch auf die Tatsache zurückzuführen, daß es immer ein "Sowohl als auch" geben wird. Soziale Verhältnisse, mangelnde hygienische Einrichtungen oder auch inhumane Arbeitsbedingungen können sich störend im Gesundheitsbefinden des Menschen auswirken, wenn der Körper entsprechend reagiert. Die Art der Reaktion - vor allem ihre Intensität - ist jedoch individuell sehr unterschiedlich. So können sich soziale Verhältnisse zwar gesundheitsschädigend auswirken, werden es aber nicht bei jeder Person in der gleichen Art und Weise oder im gleichen Ausmaß tun.

Die Frage nach dem "richtigen", d.h. gesundheitspolitisch angemessenen Ansatzpunkt für präventive Strategien ist dabei weniger eine der Überzeugung oder Einstellung als vielmehr eine des effizienten Umgangs mit vorhandenen Mitteln und der Einschätzung der gesellschaftlichen Situation. So kann es sich z.B. im Fall der Bekämpfung des Alkoholismus als durchaus sinnvoll erweisen, das Verhalten der Konsumenten über den Preis zu steuern oder Programme gegen den Alkoholabusus im Betrieb anzulegen, anstatt den langfristigen Weg der Verbesserung der jeweils krankmachenden Arbeits- und Lebensbedingungen einzuschlagen. In anderen Bereichen ist es jedoch häufig zwecklos, auf das Mittel der Verhaltensänderung zu setzen, wie z.B. im Bereich des Unfallgeschehens, wo die Möglichkeit besteht, mit technischen Änderungen vorzubeugen. Die Wahl der geeigneten Präventionsmaßnahmen hängt sowohl von der Art der Krankheit ab, als auch von den Faktoren, die diese Krankheit hervorrufen, sowie von den Mitteln, die zur Verfügung stehen, um die Ursachen bzw. die Krankheit selbst wirkungsvoll zu bekämpfen.

Offensichtlich sind allerdings die Wahl und der Einsatz geeigneter Präventionsmaßnahmen nicht nur an diese Faktoren als Entscheidungsparameter gebunden, denn sonst könnte sich in der Praxis nicht ein so deutliches Übergewicht personengebundener Maßnahmen zeigen. Jenes Übergewicht kommt durch andere Faktoren zustande, auf die noch eingegangen wird. Es besteht jedoch keinesfalls immer die Sicherheit, daß die Maßnahmeart der personenbezogenen Prävention tatsächlich am meisten geeignet wäre, um adäquat auf die jeweiligen Gesundheitsprobleme einzugehen.

3. Verhaltensbeeinflussung und Früherkennung - Der Einzelne als ein eigenes Gesundheitsrisiko?

Im folgenden geht es darum, personengebundene Präventionsmaßnahmen der Kassen zu diskutieren. Soweit dazu im Text empirisch erhobenes Material herangezogen wird, handelt es sich um Zahlen aus dem Bereich der Betriebskrankenkassen. Experteninterviews haben jedoch bestätigt, daß auch für andere Kassenarten ähnliche Ergebnisse zu erwarten gewesen wären.

3.1 Aufklärung und Gesundheitserziehung - Wieweit kann der Einzelne sich selbst helfen?

Grundsätzlich können mindestens vier unterschiedliche Strategien der verhaltensbezogenen, personalen Prävention benannt werden:

- die Vermeidung von Risiken, die als gesundheitsgefährlich erkannt worden sind. Hierzu gehören z.B. die Vermeidung von Tabak- und Alkoholabusus. Beide Risiken werden für eine Vielzahl von Krankheiten verantwortlich gemacht und verursachen beträchtliche gesellschaftliche und individuelle Folgekosten.
- Eine zweite Strategie der personenbezogenen Prävention bezieht sich auf das Erlernen risikoadäquater individueller Bewältigungsformen. Diese Art des Verhaltenstrainings zielt auf die Vermeidung einer "worst-case"-Situation ab, wobei jedoch die eigentliche Gefahr und die Gefahrenquelle kontinuierlich weiterbestehen. Diese Form der Verhaltensprävention finden wir vor allem im Arbeitsschutz. Auch psychologische Konditionierungsmaßnahmen wie z.B. das Erlernen von autogenem Training oder Yoga zählen zu den Strategien des Lernens, mit dem Risiko umzugehen. Sie haben sich im Einzelfall als durchaus erfolgreich erwiesen.
- Eine dritte Form verhaltensbezogener Maßnahmen könnte als flankierend zu personenorientierten Maßnahmen, die auf die individuelle gesundheitliche Disposition abheben, betrachtet werden. Gemeint sind hier alle Bemühungen, die unter dem Stichwort "Steigerung der Inanspruchnahme" vor allem für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen angestellt werden. Die hinter diesen Konzepten stehenden Überlegungen besagen, daß bei einigen Krankheiten mit ihrer frühen Erkennung die Heilungschancen steigen. Aus diesem Grunde werden Konzepte entwickelt, die den Einzelnen motivieren sollen, an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.
- Eine vierte Strategie der Verhaltensprävention weist Möglichkeiten auf,

von der Verhaltensprävention zur Verhältnisprävention zu gelangen. Verhalten kann auch so geändert werden, daß es krankmachende Verhältnisse erkennt und so Motivation zum Abbau krankmachender Verhältnisse entsteht. Dies könnte z. B. dadurch geschehen, daß Kassen oder andere Institutionen über bestimmte Risiken in der Arbeitswelt, von denen man annehmen kann, daß sie zur Entstehung von Volkskrankheiten beitragen, informieren. Wenn zugleich Wege zur Änderung aufgezeigt werden könnten, wäre von dieser Art der Verhaltensprävention ein Mobilisierungseffekt gegen krankmachende Verhältnisse zu erwarten.

Diese vier Schwerpunkte personenorientierter Prävention lassen sich in so reiner Form in den Angaben der Kassen zu ihren Maßnahmen nicht wiederfinden. Verhaltensprävention, die z.B. auf soziales Präventionsverhalten abzielt, also eine Verhaltensbeeinflussung darstellt, die zum Abbau krankmachender Verhältnisse auffordert, ist als Maßnahmeart durch Kassen nicht bekanntgeworden. Sie findet sich eher bei Betriebsräten, Selbsthilfegruppen etc.

84 % der BKK führen heute Maßnahmen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes durch. Teilweise sind diese Maßnahmen im Pflichtleistungskatalog enthalten, teilweise werden sie von den Kassen auf freiwilliger Basis durchgeführt. Es muß vermutet werden, daß in diese Aktivitäten ein grosser Teil der ungebundenen finanziellen und personellen Ressourcen der Kassen fließen. Maßnahmen des vorbeugenden, an der Person des Versicherten orientierten Gesundheitsschutzes dominieren heute das Präventionsgeschehen in den Kassen. Dieses machen auch folgende Zahlen deutlich: 73 % aller Kassen klären über "gesunde Lebensweise" auf, im einzelnen geschieht dies zu folgenden individuellen Risikofaktoren: 64 % der Kassen führen Aufklärungsmaßnahmen gegen den Alkoholabusus durch, 59 % klären gegen das Rauchen auf, 57 % werben für eine gesunde Ernährungsweise, 49 % warnen vor Drogen im allgemeinen, 43 % vor Arzneimittelmißbrauch, 41 % aktivieren zu mehr Bewegung, und 38 % klären über Unfallgefahren auf. Verglichen mit diesen Zahlen ist der Anteil von 7 % der Kassen, die über betriebliche, arbeitsbedingte Risikofaktoren aufklären, denkbar gering. Anhand der Medien, mit denen die Gesundheitsbotschaft verbreitet wird, können bereits Rückschlüsse über deren Wirksamkeit gezogen werden, denn 81 % der Kassen verwenden (u.a.) Informationsschriften. Dieses Medium dürfte etwa für die Hälfte der Kassen das einzige überhaupt sein. Nur 23 % veröffentlichen auch in den Betriebszeitungen, 19 % haben für die persönliche Be-

ratung geschultes Personal eingestellt., 13 % führen Ausstellungen zur besseren Visualisierung ihres Anliegen durch, 10 % veranstalten Vorträge und Kurse, 4 % trainieren mit Hilfe von Übungs- und Trainingprogrammen gesundheitsgerechtes Verhalten an.

Insgesamt zeigt sich eine beachtliche Palette von Maßnahmen und Aktivitäten. Es hat sich auch gezeigt, daß mit wachsender Zahl von Risikofaktoren, auf die sich die Maßnahmen beziehen, der Einsatz der verschiedenen Medien und Mittel ebenfalls zunimmt. Es ist daher zu vermuten, daß es eine ganze Anzahl von Kassen gibt, denen ein hochentwickeltes System von Gesundheitsaufklärung zur Verfügung steht und die viel Mühe, Geld und Know-how auf diese Arbeit verwenden. Allerdings sind hierbei große Kassen im Vorteil. Es ergibt sich sogar ein linearer Trend: Je größer der Trägerbetrieb, desto höher ist der Anteil von Kassen, die Aufklärungsmaßnahmen durchführen. Darin verbirgt sich sicherlich auch ein Problem des rationalen Mitteleinsatzes, denn die Durchführungsaufwendungen auf die Aufklärungsarbeit sind relativ unabhängig von der Zahl der erreichten Personen, so daß sich entsprechende Aktivitäten im Großbetrieb eher lohnen.

Über die Wirkungsweise verhaltensbezogener Prävention besteht wenig Klarheit, ihr gesundheitspolitischer Nutzen wird jedoch eher als gering eingestuft. Dies gilt vor allem, wenn als Parameter des Erfolges nicht die tatsächliche Verhaltensänderung bestimmter Populationen, sondern die Entwicklung von Mortalität und Morbidität gewählt wird (Karmaus 1981). Bezogen auf die tatsächlichen Verhaltensänderungen berichtet Greiser (1980) von Erfolgen im finnischen Nordkarelien, wo wegen der welthöchsten Herzinfarkttrate ein umfassendes Nichtraucherprogramm gestartet wurde. Heyden interpretiert die Erfolge bei der Änderung der Eßgewohnheiten bestimmter Populationen in den USA so weitreichend, daß er den gesunkenen Anteil der Herzinfarkte an der Gesamtsterblichkeit zurückführt (Heyden 1975).

Solche Aussagen bewegen sich jedoch immer auf einem relativ unsicheren Interpretationsniveau, da ein sehr komplexes Gefüge von Faktoren die Wirkung der verhaltenspräventiven Maßnahmen beeinflussen kann. Dies kann am Beispiel des Rauchens und des Alkoholabusus verdeutlicht werden. Zwar kann mit großer Wahrscheinlichkeit behauptet werden, daß z.B. starkes Rauchen gepaart mit einer deutlichen Hypercholesteremie zu einer Herz-Kreislauf-Erkrankung führen kann, aber auch solche Aussagen tragen

nicht weit: Es bestehen keine bekannten und wirkungsvollen medizinischen Eingriffsmöglichkeiten in diesen Zusammenhang, so daß eine Heilung im medizinischen Sinne nicht möglich sein wird. So bleibt noch die Möglichkeit, das Verhalten so zu beeinflussen, daß es sich ändert. Aber auch hier sind die Erfolge nur ausgesprochen gering zu gewichten. Erfolgsmeldungen etwa über den allgemeinen Rückgang des Tabakkonsums in der Bevölkerung oder über die moderne gesundheitsbewußte Einstellung von Jugendlichen übersehen häufig, daß eine Sucht durch eine andere kompensiert wird (der Alkoholkonsum steigt rapide) und daß im zweiten Beispiel eine schichtenspezifisch verengte Sichtweise vorliegt (vgl. hierzu Frankfurter Rundschau vom 17.5.1984: Das Problem ist so gewichtig, daß ihm eine eigene Sitzung auf dem Deutschen Ärztetag 1984 gewidmet wurde.) Es leben nur die Jugendlichen gesünder, die ohnehin weniger gefährdet sind, während insgesamt gerade unter der Jugend der Tabak- und Rauschmittelkonsum ansteigt und Probleme von wachsender Jugendarbeitslosigkeit dazu führen, daß in Ballungsgebieten ein neues Phänomen entsteht: die physische und psychische Verelendung vieler junger Menschen. Wenn hier auch nicht infragegestellt werden soll, daß ein adäquates Gesundheitsverhalten helfen könnte, einige der modernen Volkskrankheiten zu vermeiden, so zeigt sich doch am Beispiel der Jugendarbeitslosigkeit mit ihren Folgen, daß einer dauerhaften Verhaltensänderung schwerwiegende gesellschaftliche Faktoren entgegenstehen. Eine nur auf die Verhaltensänderung orientierte Präventionsstrategie hätte dies zu berücksichtigen.

Insgesamt wird die nur auf Verhaltensänderung bezogene Prävention in ihrer Wirkung skeptisch beurteilt. Dies hat vor allem folgende allgemeine Gründe.

- Wissen allein verändert Verhalten nicht. Die Verhaltensänderung muß zumindest spürbar an positive Sanktionen gekoppelt sein, der individuelle Nutzen der Verhaltensänderung muß antizipierbar und kalkulierbar gemacht werden können. Verhaltensänderungen bedürfen der ständigen Abstützung durch gesellschaftliche Strukturen (Kronlund 1978, Sigrist 1980, Freidson 1975).
- Eine nur auf die Modifikation des individuellen Verhaltens gerichtete Strategie übersieht, daß das personelle Verhalten in den seltensten Fällen selbst Ursache von Gesundheitsbeeinträchtigung ist. So kann z.B. nachgewiesen werden, daß starkes Rauchen von den Belastungen am Arbeitsplatz abhängen kann, ebenso wie der Alkoholkonsum (Müller 1980).
- Verhalten wird durch so lang anhaltende komplexe Prozesse beim Indivi-

duum geprägt, daß beabsichtigte Verhaltensänderungen nur dann Erfolg haben können, wenn sie mit annähernd ebenso starken Gegenkonzepten arbeiten können. So stieg z.B. der Tabakkonsum im Staate New York signifikant an, nachdem die Tabakwerbung im Fernsehen verboten wurde. Dieses Phänomen wird darauf zurückgeführt, daß ebenfalls die massive Anti-Raucherwerbung der American Cancer Society (ACS) zurückgenommen wurde und sich deshalb alte Verhaltensweisen wieder durchsetzen konnten (persönlicher Bericht).

Zu diesen allgemeinen Problemen der verhaltensorientierten Prävention kommen auch solche hinzu, die durch den konkreten Umgang mit dieser Maßnahmeart entstehen, d.h. durch Mängel, die prinzipiell vermeidbar wären:

- Aus den Daten, die für die Betriebskrankenkassen vorliegen, geht hervor, daß die Art der Gesundheitlichen Probleme der Versicherten keinen Einfluß auf die Durchführung personenbezogener Maßnahmen hat. D.h. die Maßnahmen werden nicht auf die drängendsten Gesundheitsprobleme konkreter versicherter Gruppen bezogen (dies wäre vor allem für die Betriebskrankenkassen mit relativ geringem Aufwand möglich).
- Es läßt sich nicht nur kein Bezug auf die Gesundheitsprobleme feststellen, sondern auch auf spezifische Eigenschaften (Lernverhalten, kognitive Verhaltensweisen und Attitüden) von Versichertengruppen wird offensichtlich kaum Rücksicht genommen, obwohl aus der Wirkungsforschung und aus der Forschung zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten hinreichend bekannt ist, welche gruppen- und schichtenspezifische Differenzen sich hier zeigen (Schmädel 1981, Ritter-Röhr 1978).

Allein aus diesen Fakten ist zu schließen, daß die Maßnahmen der Verhaltensprävention, selbst für sich betrachtet, nicht so wirkungsvoll sein werden, wie sie sein könnten.

Inwieweit sie aus theoretischen Überlegungen überhaupt wirkungsvoll sein werden, wird als Resümee dieses Aufsatzes behandelt.

3.3 Vorsorge und Früherkennung - Länger mit der Diagnose leben?

Ähnlich kritisch wie die rein verhaltensbezogene Prävention wird auch die Vorsorge und Früherkennung betrachtet. Es ist nicht zuletzt den Betriebskrankenkassen zuzuschreiben, daß diese Untersuchungen am 1.7.1971 in den Pflichtleistungskatalog (§ 181 RVO) aufgenommen wurden. Über die in diesem

Paragraph genannten Untersuchungen hinausgehend sind die Kassen nach § 187 RVO frei, zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen in ihrer Satzung zu verankern oder etwa das Zulassungsalter zu diesen Untersuchungen senken bzw. eine Werbung zur Teilnahme an diesen Untersuchungen zu betreiben. Außerdem besteht auch für den BMAuS nach § 181a RVO die Möglichkeit, die Aufnahme weiterer Untersuchungen in den Pflichtleistungskatalog zu verlangen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Es muß sich um eine Krankheit handeln, die wirksam behandelt werden kann.
2. Das Vor- und Frühstadium muß durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar sein.
3. Die Krankheitszeichen müssen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sein.
4. Es müssen genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle adäquat behandeln zu können.

Diese vier Elemente können jedoch nicht nur als Mindestanforderungen an zukünftige Maßnahmen dienen, sondern auch als Parameter zur Evaluation der bereits laufenden Maßnahmen. Eben dies geschah in jüngster Zeit (BMFT 1983). Nachdem zuvor die seit etwa 1975 abnehmende Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Mittelpunkt verändernder Bemühungen stand (nur 28 % der Frauen und nur 16 % der Männer nahmen 1983 an diesen Untersuchungen teil) und elaborierte Maßnahmen auch von den Betriebskrankenkassen entwickelt wurden, um diesen Trend zu stoppen oder gar umzukehren, wird inzwischen der medizinische Nutzen dieser Maßnahmen - mit Zahlen belegt - infragegestellt. Entsprechende Untersuchungen erlauben den Schluß:

- Die gängigen Früherkennungsuntersuchungen konzentrieren sich eher auf Krebsarten, deren Auftreten relativ selten ist. So liegt der durch kombinierte Untersuchungen des Gebärmutterhalses feststellbare Krebs bei Frauen erst an fünfter Stelle im Spektrum der Krebskrankheiten, während z.B. bösartige Neubildungen in der Lunge bei Männern und der Brustkrebs bei Frauen bereits 25 % aller Krebserkrankungen ausmachen.
- Kernstück der Untersuchungen bei Männern ist die Untersuchung der Prostata. Die Treffsicherheit der Untersuchungsmethode ist denkbar gering. Auf wenn ein positiver Befund entdeckt wird, ist es fraglich, ob die zeitlich frühere Entdeckung auch zu einer Verlängerung der Lebenszeit führt, da geeignete therapeutische Methoden für die Krebsheilung fehlen.
- Die praktizierten Untersuchungen auf Hautkrebs werden als weitgehend

- wirkungsfrei dargestellt. Hier erschöpft sich bei beiden Geschlechtern die Diagnose in der schriftlichen Beantwortung einiger Fragen.
- Von ökonomischer Seite wird schon seit längerem angeführt, daß die so durchgeführten Untersuchungen in ihrer gesundheitlichen Fragwürdigkeit eher einer Mittelstandsförderung für Ärzte als der Gesundheit der Patienten zugute kommen (Naschold 1967).

Die Verfasser der BMFT-Studie kommen zu dem Schluß, daß es sinnvoller wäre, gezielt, spezifisch und mit geeigneten Instrumentarien nach jenen Krebsarten zu forschen, die einen hohen Anteil an der Sterblichkeit haben. Dabei schlagen sie vor, z.B. Zahnärzte bei der Suche nach Rachen- und Kehlkopfkrebs zu beteiligen und die Musterungsuntersuchungen der Bundeswehr zur Fahndung nach dem Hodenkrebs zu nutzen. Insgesamt legt diese Untersuchung nahe, die auf die Breitenwirkung angelegten Screening-Untersuchungen einzustellen und stattdessen nach dem Krebsbefall spezieller Risikopopulationen zu fahnden und diese zugleich abzukoppeln davon, daß der Betroffene stets einen Arzt aufsuchen muß. Vielmehr empfehlen sie, die Gelegenheit zu nutzen, bei der der Patient den Arzt ohnehin aufsucht bzw. von Institutionen erfaßt wird, die eben in der Lage sind, entsprechende diagnostische Untersuchungen durchzuführen. Auch für die Betriebskrankenkassen ließen sich hieraus Schlüsse ableiten. Zwar haben sie sich mit betrieblichen Screening-Untersuchungen hervorgetan (z.B. der Landesverband Hessen), aber bei allen im Betrieb anfallenden Untersuchungen (Einstellungsuntersuchungen, vorgeschriebene Untersuchungen der Berufsgenossenschaften etc.) könnten ohne großen Aufwand Tests auf relevante Krebsarten oder andere Erkrankungen durchgeführt werden. Allerdings beziehen sich nicht alle Früherkennungsuntersuchungen auf bösartige Neubildungen. Einzelne Kassen oder Betriebe führen Untersuchungen z.B. auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch. Die Folgen eines positiven Befundes sind jedoch auch bei dieser Krankheit kaum therapeutisch zu beheben, da eine medizinische Therapie gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bisher noch nicht entwickelt ist. So folgen denn aus diesen Maßnahmen im wesentlichen Appelle an einen anderen und gesünderen Lebensstil, was diese Bemühungen in die Nähe verhaltensmodifizierender Maßnahmen rückt.

Vor allem Abholz (1982, 1985) hat sich eingehend mit der Wirkung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen befaßt. Er belegt seine Ergebnisse durch zahlreiche ausländische Studien, die mit großen Patienten-Kollektiven und entsprechenden Kontrollgruppen gearbeitet haben. Da-

bei kommt er zu folgenden Schlüssen:

- Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen zu einer deutlichen Lebensverlängerung führen. Entsprechende Ergebnisse beruhen oft auf dem Fehlschluß, daß die Überlebensdauer vom Zeitpunkt der Diagnoseerstellung gerechnet wird. Dieser Vorstellung entsprechend wäre bei gleichem Todeszeitpunkt zweier Patienten die "Überlebensdauer" desjenigen höher, dessen Diagnose am ehesten gestellt worden wäre.
- Der volkswirtschaftliche Aufwand einer wirkungsvollen Vorsorge und Früherkennung wäre grotesk hoch. Nur unter optimalen (Versuchs-) Bedingungen würde z.B. die Todesrate für Frauen, die am Mammakarzinom leiden, auf 10.000 Expositionsjahre nur um 1,5 Fälle sinken. D.h. 1.000 Frauen müßten 10 Jahre lang regelmäßig an einer Früherkennungsuntersuchung teilnehmen, damit zusätzlich 1,5 Frauen die Krankheit überleben. Berücksichtigt man jedoch die Abwicklung der Früherkennung in der täglichen Praxis, die Unzuverlässigkeit der Patienten etc., so scheint die Erzielung eines tatsächlichen Nutzens mehr als in Frage gestellt. Abholz (1985) folgert, daß in der Regel die Vorsorge und Früherkennung lediglich dazu führe, daß der Patient länger mit der Diagnose lebe. Ob dies z.B. zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt, sei dahingestellt.

Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung gehören zum präventiven Standardrepertoire der Kasse. Zahlreiche Kassen führen gerade auf diesem Gebiet freiwillige, über den Pflichtleistungskatalog hinausgehende Maßnahmen durch. Zu den häufigsten gehört hier die Senkung der Altersgrenze für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Als weitere Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung werden angegeben: Zuschüsse zur Zahnprophylaxe (21 %), Vorsorge und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (12 %) bzw. des Bluthochdruckes (9 %). 10 % der Kassen führen Maßnahmen gegen Seh- und Hörschäden durch, hauptsächlich geschieht dies in solchen Betrieben, die einem betriebsärztlichen Zentrum angeschlossen sind. Diese Zentren verfügen über die entsprechenden Apparaturen und bieten den Kassen die Durchführung dieser Untersuchungen an. Je 3 % der Kassen führen Rheuma-Prophylaxe durch, haben die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder erweitert und führen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten der Atemwegsorgane durch.

Es wird auch in der kritischen Literatur nicht behauptet, daß alle Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen gleichermaßen ohne Wirkung blieben.

Für die Vorsorge und Früherkennung bei Kindern gilt dies z.B. nicht pauschal. Allerdings muß festgehalten werden, daß die Wirkung der Vorsorge und Früherkennung sich in einer Senkung von Mortalität und Morbidität nur dann niedergeschlagen kann, wenn aus der Diagnose eine wirkungsvolle Therapie folgen kann. Dies wird z.B. für die meisten Krebsarten, aber auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für den Rheumatismus bestritten. In der Regel wird durch die Früherkennung lediglich der Diagnosezeitpunkt vorverlegt und eine Linderung der Krankheit kann vielleicht durch den Einsatz von Arzneimitteln erreicht werden. Abholz (1982) bezweifelt jedoch, ob dies auch zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen kann; viele der verabreichten Medikamente führen zu iatrogenen Effekten und tragen zur Heilung der Krankheit nicht oder nur wenig bei.

3.4 Handlungsmöglichkeiten von Kassen im Bereich der Gesundheitserziehung und -aufklärung

Daß die Gesundheitsaufklärung und -erziehung nur eine relativ geringe Wirkung in Bezug auf die Erhaltung und Förderung von Gesundheit beigetragen wird, liegt nicht nur daran, daß die individuelle Vermeidung von Risikofaktoren wahrscheinlich nur einen geringen Beitrag für die Volksgesundheit leisten kann bzw. daran, daß individuelle Risikofaktoren so intensiv gesellschaftlich vermittelt sind, daß sie nur gesellschaftlich aufgehoben werden können. Sondern es liegt auch daran, daß die zur Verhaltensänderung eingesetzten Mittel und Methoden oft als zu oberflächlich und unzureichend angesehen werden. Sie erinnern in der Regel eher an der Produktwerbung entlehnte Versuche, Verhalten per Parole zu ändern als an ernstgemeinte Bemühungen, Gesundheitseinsicht zu schaffen und Gesundheitsverhalten zu beeinflussen. Trotzdem gibt es Beispiele, wo eine erfolgte Verhaltensänderung zumindest individuellen Nutzen stiften kann. Dies ist bei jeglicher Form des Abusus der Fall. Es ist fast banal festzustellen: Nicht trinken, nicht rauchen und richtige Ernährung sind gesundheitlich sinnvoller als das Gegenteil.

Im folgenden wird versucht, einige Vorschläge zur Aufhebung von funktionalen Unzulänglichkeiten verhaltensbezogener Maßnahmen zu machen. Unter Berücksichtigung der folgenden Punkte könnte auch eine verhaltensbezogene Maßnahme gesundheitspolitisch sinnvoll wirken:

- Die Notwendigkeit der Maßnahme muß epidemiologisch begründet sein.

- D. h., nicht nur die Krankheiten bzw. die Risikofaktoren sollten vor Beginn der Maßnahme festgestellt werden, sondern auch die Population, an die sich die Maßnahme wendet, sollte exakt beschrieben sein. Auf diese Weise ließe sich z.B. feststellen, daß hauptsächlich Frauen einer Abteilung im Alter von 20 - 30 Jahren überdurchschnittlich häufig an Übergewicht und seinen Folgeerscheinungen leiden. Die Maßnahme hätte sich also gegen das Übergewicht und falsche Ernährung zu beziehen und sich an die beschriebene Personengruppe zu richten.
- Bezogen auf die so eingegrenzte Gruppe sind einige zentrale Lebensweisen oder Gewohnheiten, die sie in bezug auf ihre Ernährungssituation aufweist, festzustellen. Ebenfalls sollten die Freiräume bekannt sein, die sich in bezug auf die erwünschte Umgestaltung überhaupt ergeben (Frage der Kosten und der Zeit). So ist es z.B. unsinnig, Fließbandarbeitern zu raten, täglich zahlreiche Mahlzeiten einzunehmen. Dazu fehlt die Zeit, oder es wird auf Süßigkeiten zurückgegriffen. Die Werbung für Süßigkeiten arbeitet im übrigen genau nach diesem Prinzip. Motto: Öfters eine kleine Mahlzeit zwischendurch - "xy-Produkt ist genau das richtige".
 - Es müssen jedoch nicht nur die konkreten Lebensumstände der Adressaten bekannt sein, sondern auch die gesellschaftlichen Vorurteile und deren Rezeption durch die betreffende Gruppe erforscht werden, damit auch den von "außen" wirkenden Faktoren sinnvoll begegnet werden kann.

Dies wären drei wesentliche Voraussetzungen, die als Grundlage für die Erarbeitung wirkungsvoller verhaltensmodifizierender Maßnahmen gelten dürfen. Bereits aus diesen Anforderungen ergibt sich, daß die Maßnahmen wesentlich mehr adressatenspezifisch ausgerichtet sein müssen, als dies heute üblicherweise der Fall ist. Im übrigen lassen sich auch nur so fest umrissene Maßnahmen in ihrer Wirkung evaluieren, da die Population und die intervenierende Variable (Gesundheitsaufklärung) sowie die Wirkung überschaubar bleiben.

Zur Steigerung der Wirksamkeit sind jedoch auch flankierende Maßnahmen erforderlich:

Wie der BdB es bereits über einen längeren Zeitraum in einigen Fällen realisieren konnte, ist z.B. im Betrieb die Einbeziehung der Kantine in eine Ernährungskampagne unerläßlich. Nichts zerstört die positiven Bemühungen nachhaltiger als "schlechte Beispiele" vor Ort. Hier treten gewöhnlich Kostengesichtspunkte auf, für die eine Lösung gefunden werden muß. Die Durchführung flankierender Maßnahmen ist auch deshalb wichtig, damit die verhaltensändernden Maßnahmen überhaupt erst realisier-

bar werden. So könnte z.B. die Realisierung der Aufforderung "mehrfach täglich eine kleine Mahlzeit" durchaus dadurch erleichtert werden, daß der Verkaufskiosk im Betrieb entsprechende Sets von "kleinen Mahlzeiten" zu einem günstigen Preis bereithält und daß es ermöglicht wird, diese Mahlzeiten auch während der Arbeitszeit zu verzehren (Frage der Pausenregelung).

Es ergibt sich aus diesen Voraussetzungen für verhaltensändernde Maßnahmen, daß die Wahl der Medien, mit denen diese Verhaltensänderungen bewirkt werden sollen, sich ebenfalls nach den je konkreten Anforderungen richten muß. So kann es sich z.B. zeigen, daß eine Ausstellung, so ansprechend sie auch gestaltet sein mag, nicht ihren Zweck erfüllt, weil die betreffenden Beschäftigten keine Zeit haben, sie anzusehen. Oder es können sich Broschüren und Falbblätter als wirkungslos erweisen, weil sie an den Lesegewohnheiten der betreffenden Personen vorbeigeplant sind.

Ein weiterer Faktor ist nach Möglichkeit ebenfalls zu berücksichtigen. Da auch individuelle Risikofaktoren in der Regel gesellschaftlich vermittelt sind und z.B. auch in der Umwelt der Person auftauchen (z.B. Rauchen als persönlicher Risikofaktor und Umweltverschmutzung als gesellschaftliche Fehlsteuerung), wird es sinnvoll sein, bezogen auf einen Risikobereich alle Ursachen in den entsprechenden Medien anzusprechen; andernfalls könnte beim Adressaten der Eindruck entstehen, man wolle ausschließlich seine Person für Sachverhalte verantwortlich machen, für die er nur zu einem ganz kleinen Teil zuständig ist. Dies entspricht jedoch weder der Wirklichkeit noch den Erfahrungen der Adressaten - die Gesundheitsaufklärung würde unglaubwürdig und dadurch an Wirksamkeit verlieren.

Insofern stellt sich überhaupt die Frage, ob eine Gesundheitserziehung bzw. -aufklärung auch in Zukunft auf das Risikofaktoren- bzw. Verhaltensmodell festgelegt werden sollte, oder ob es nicht wirkungsvoller wäre, Gesundheitsprobleme oder Gesundheitsgefährdungsbereiche in ihrer ganzen Breite darzustellen, um dann Handlungsanweisungen zur Vermeidung der Risiken aus diesen Bereichen zu geben.

Ein Beispiel: Als Gesundheitsproblem bzw. als Gefährdungsbereich wird das Thema "Schadstoffe in der Luft und ihre Folgen" angesprochen. In Zusammenarbeit mit anderen örtlichen gesundheitspolitischen Akteuren könnten in diesem Zusammenhang die Einzelbereiche:

- Umweltverschmutzung durch örtliche Unternehmen,

- Umweltverschmutzung durch privaten Kraftfahrzeugverkehr,
- Schadstoffaufnahme durch Rauchen,
- Schadstoffemission durch Hausbrand

aufgegriffen werden. Das mag illusorisch erscheinen, wenn man die unterschiedlichen Interessenlagen in der Selbstverwaltung bedenkt, denn wenn z.B. der Trägerbetrieb selbst zu den örtlichen Umweltverschmutzern gehört, werden seine Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen nur schwerlich einem solchen Konzept zustimmen können, indem ihr eigenes Umweltverhalten als Gesundheitsrisiko dargestellt wird. Es läßt sich hierzu ein arbeitsteiliges Vorgehen entwickeln, indem die Kasse diese "delikatene" Probleme an andere Akteure delegiert; die Argumentation aber trotzdem im Gesamtzusammenhang erscheint.

Ein weiterer Aspekt ist mit dieser Art der Gesundheitserziehung verbunden: Mit der Darstellung des Gesundheitsproblems im o.a. Sinne müßten Handlungsanweisungen und Handlungswege für einzelnen Akteure bzw. für den einzelnen Adressaten aufgezeigt werden. Um im Beispiel zu bleiben: Es wird nicht nur auf die Gefahren des Rauchens hingewiesen, es werden auch Möglichkeiten der Entwöhnung aufgezeigt oder angeboten. Es wird weiterhin nicht nur auf die Gesundheitsgefahren durch Autoabgase hingewiesen, sondern der örtliche Automobilclub bietet kostenfrei oder kostengünstig Abgastests und eine entsprechende Vergaserkorrektur an. Es wird nicht nur auf die Umweltverschmutzung durch örtliche Unternehmen aufmerksam gemacht, sondern es wird auch gezeigt, daß es sich hierbei nicht um eine industrielle Zwangsläufigkeit, sondern um ein politisches Problem handelt, das zu lösen jeder Bürger aufgefordert ist. Solche mobilisierenden Handlungsanweisungen lassen dem Adressaten erst das gesamte Problem als lösbar erscheinen und innerhalb dieser Gesamtlösung wird dann auch seine eigene Verhaltensänderung sinnvoll.

Unter diesem Aspekt ist auch ein "Übergang" von der Verhaltensprävention zur Verhältnisprävention denkbar. Die Verhaltensänderung wirkt sich so aus, daß der Adressat zur Änderung der Verhältnisse, die seine Gesundheit bedrohen oder gefährden, mobilisiert wird. Auch für die Risikoprävention in der Arbeitswelt ließen sich hier entsprechende Beispiele anführen. Gerade auch in diesem Bereich käme den Betriebskrankenkassen ein sinnvolles Aufgabengebiet zu.

Eine weitere Anforderung, die an Maßnahmen der Verhaltensprävention zu stellen wäre, wäre deren Evaluation. Die dabei verwendeten Kriterien

sollten, wie bereits erwähnt wurde, gesundheitspolitisch ableitbar sein und - wenn möglich - nicht die Verhaltensänderung, sondern die tatsächliche Veränderung von Morbidität und Mortalität als Bewertungsmaßstab zugrundelegen. Dies setzt allerdings eine relativ lange Laufzeit der "Projekte" voraus. Nur durch diese lange Laufdauer wird sich das Verhalten stabil ändern können. Es sind, zusammenfassend, fünf Kriterien, unter deren Beachtung verhaltensbezogene Maßnahmen in ihrer Wirkung gesteigert werden können:

1. Die epidemiologisch begründete Problem- und Adressatenanalyse. Festlegung von Prioritäten.
 2. Die Thematisierung von Gesundheitsproblemen und ihrer Ursachen anstelle der Benennung von einzelnen Risikofaktoren.
 3. Das Zusammenfinden mehrerer Gesundheitsakteure in einem Präventionsbündnis.
 4. Die Mobilisierung zu einer Verhaltensänderung, die auch die Änderung krankmachender Verhältnisse einbezieht.
 5. Die Evaluation der Maßnahme nach gesundheitspolitischen Kriterien.
4. Arbeitsweltbezogene Maßnahmen -
für die Kassen eine realistische Perspektive?

Nachdem vor allem die Betriebskrankenkassen auf programmatischer Ebene die Notwendigkeit arbeitsweltbezogener Prävention erkannt haben, soll im folgenden gefragt werden, welche realistischen Aussichten eine Betriebskrankenkasse hätte, arbeitsweltbezogene Prävention durchzuführen, denn nur etwa 7 % aller befragten Kassen gaben an, arbeitsweltbezogene Maßnahmen durchzuführen. Die Lücke zwischen programmatischem Selbstverständnis und präventiver Kassenpraxis bleibt erklärungsbedürftig.

Unter arbeitsweltbezogenen Maßnahmen soll hier ein Bündel von Einzelaktivitäten verstanden werden, welches präventiv, kompensatorisch oder rehabilitativ Risiken aus der Arbeitswelt minimieren hilft. Die wesentlichen Elemente dieses Bündels sind:

- ursachenpräventive Maßnahmen (Verhältnisprävention), durch die eine konkrete Veränderung des einzelnen Arbeitsplatzes, der Arbeitsorganisation oder der Exposition der Beschäftigten gegenüber dem Arbeitsplatz oder der Arbeitsumgebung stattfindet. Diese Maßnahmen haben ihren Ausgangspunkt in der Überlegung, daß konkrete Arbeitsmittel, deren Einsatz im Produktionsprozeß und die gesamte Arbeitsumgebung gesundheitsschäd-

liche Einflüsse haben können. Diese sind mit arbeitsepidemiologischen Methoden aufzuspüren und nachzuweisen.

- Kompensatorische Maßnahmen gehen von der Annahme aus, daß sich bestimmte Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt zur Zeit nicht verringern lassen, für ihre schädigende Wirkung jedoch ein gesundheitsfördernder Ausgleich geschaffen werden sollte. Dies kann z.B. durch zusätzliche Pausen während der Arbeitszeit geschehen (Verminderung der Expositionszeit) oder z.B. durch gymnastische Übungen für Schreibkräfte (Kompensation ergonomisch ungünstiger Arbeitsbedingungen).
- Eine dritte Maßnahmeart der arbeitsweltbezogenen Prävention besteht in der personenbezogenen Vermeidung von Risiken. Hier werden meist nach eingetretenen Gesundheitsschäden Möglichkeiten geschaffen, den Geschädigten gemäß seiner subjektiven und objektiven Arbeitsfähigkeit einzusetzen. Auch spezielle Arten der persönlichen Streßbewältigung (Autogenes Training etc.) gehören in diese Sparte.

Präventive, arbeitsweltbezogene Maßnahmen sind keine Erfindung der letzten zwanzig Jahre, ihnen wird aber in den letzten Jahren ein wachsendes Gewicht für die Krankheitsverhütung zugewiesen. Dies hat mehrere Gründe:

- Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren rapide geändert. Die Hauptlinie dieser Veränderung läßt sich dabei mit dem Begriff der "Rationalisierung/Arbeitsverdichtung/Flexibilisierung" beschreiben. In allerjüngster Zeit kann auch die drohende Erwerbslosigkeit als zusätzlicher Belastungsfaktor gelten (Brinkmann 1984, Büchtemann 1984). Es bestehen zwar partikuläre Erkenntnisse über den Zusammenhang einzelner (auch komplexer) Krankheitsbilder und ihrer Ursachenkonstellationen, aber eine Theorie der Wirkung neuer Arbeitsbelastungen auf die psychische oder physische Konstitution des Menschen fehlt.
- Dies kann jedoch nicht dazu verleiten, untätig zu bleiben, bis Nachweise im traditionellen medizinisch-naturwissenschaftlichen Sinn erbracht sind. Eine Vielzahl von Hinweisen und Ergebnissen belegt plausibel den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und bestimmten Krankheitsarten (vgl. u. a. Freese et al. 1978, PROSA 1980, Georg et al. 1982). Hauptsächlich handelt es sich bei diesen Krankheitsarten um chronische Volkskrankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Krankheiten der Atemwege, psychische Syndrome), die in den letzten Jahren stark zugenommen haben.
- Diese Krankheitsarten sind mit Mitteln der Medizin bisher nicht oder nur

in Ausnahmefällen heilbar. Die Medizin kann allenfalls Linderung und Betreuung anbieten. Daher sind andere Interventionsebenen gefragt, z.B. die Prävention in der Arbeitswelt.

Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz betreffen nicht alle Beschäftigten gleichermaßen, vielmehr bilden sich Problemgruppen im Betrieb heraus. Diese sind meist gekennzeichnet durch überdurchschnittlich hohe bzw. typische Arbeitsbelastungen, durch geringen betrieblichen Status, weswegen sie nur über ein eingeschränktes betriebliches Gegenwehrpotential verfügen, und durch überdurchschnittliche Betroffenheit von modernen Volkskrankheiten (vgl. u.a. von Henniges 1982, Oppen u.a. 1984, Hauß 1983).

Für diese Gruppen sind besondere Programme der Prävention und Kompensation notwendig. Diese Notwendigkeit wird noch dadurch verstärkt, daß es sich bei diesen Gruppen auch um solche handelt, die von sich aus von den bestehenden medizinischen Hilfsangeboten eher unterdurchschnittlich häufig bzw. unterdurchschnittlich intensiv Gebrauch machen, so daß ihnen auch das lindernde Potential der Medizin nicht in gleichem Ausmaß zugute kommen kann (Schmädel 1981, Thiele 1981).

Für eine problem- (und damit problemgruppen-) adäquate Gesundheitspolitik ergeben sich aus dem o.g. folgende Handlungsnotwendigkeiten:

- Eines ihrer Hauptansatzfelder müßte die Arbeitswelt als Ort und Prozeß von Krankheitsverursachung berücksichtigen.
- Sie müßte problemgruppenspezifische Angebote der Prävention und Kompensation bereithalten und von dem sozialstaatlichen Grundsatz: gleiche Leistung für jeden, unabhängig von der Begründung für die Leistung abrücken. Dieses Paradigma ist sozialstaatlich gerechtfertigt, gesundheitspolitisch aber nicht optimal, weil es auf "ungleiche" Problemlagen mit einem allenfalls durchschnittlichen Versorgungsniveau reagiert, also Leistungspotentiale vorenthält, die helfen könnten, durch problemgruppenadäquate Leistungssteuerung mehr gesundheitspolitische Effektivität zu erreichen (s. dazu Hauß, Naschold, Rosenbrock 1981).

Nicht nur für die Krankenkassen als Institutionen stellt sich die Frage nach den Grenzen und Hindernissen arbeitsweltbezogener Präventionsstrategien. Als gravierendstes Problem stellt sich vielmehr die Tatsache heraus, daß Ursachenprävention am Arbeitsplatz direkt in die Interessensphäre der Unternehmen eingreift. Hier gibt es sicherlich Bereiche, in denen

die Zielparameter "Gesundheit" und "betriebswirtschaftliches Optimum" sich überlappen können und ein für beide Seiten akzeptabler Aushandlungsprozeß einsetzen kann. Dies ist jedoch nur unter besonderen, z.B. konjunkturellen oder unmittelbar konkreten, an das Einzelunternehmen geknüpften Situationen der Fall. Gewöhnlich gibt es zwischen beiden Parametern einen Widerspruch bei gleichzeitiger Dominanz der betriebswirtschaftlichen Interessen. Sicherlich haben die Trägerbetriebe ein allgemeines Interesse an gesunden Beschäftigten. Aber nicht jede Gesundheitsschädigung stellt generell den Einsatz der Arbeitskraft in Frage. Besonders bestehen heute sowohl geeignete betriebliche Selektionsstrategien, um Arbeitskräfte nach gesundheitlichen Kriterien selektieren zu können, soweit die Ersatzbeschaffung auf dem Arbeitsmarkt gewährleistet ist. Das Interesse des Trägerbetriebes an gesunder Arbeitskraft bezieht sich nur im Einzelfall auf die konkrete Person des Beschäftigten.

Insofern ist es auch verständlich, daß alle beabsichtigten und normierten Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz (z.B. Arbeitsschutzgesetzgebung, Berufskrankheitenverordnung, Sicherheitsbestimmungen) immer nur der historisch-politischen Notwendigkeit gefolgt sind, einerseits die Reproduktion aller Beschäftigten nicht systematisch zu gefährden, zum anderen Kompromisse zu schließen, die jedoch auch politisch (und eben nicht gesundheitspolitisch) bei verändertem Kräfteverhältnis wieder in Frage gestellt werden können. Dies zeigt sich z.B. in jüngster Zeit an den Diskussionen um die Revision des Jugendarbeitsschutzes.

Gezeigt werden soll hiermit, daß Prävention am Arbeitsplatz weder das Ergebnis logischer Argumentation, noch gesundheitspolitischer Rationalität ist, welche etwa aus dem Nachweis eines arbeitsplatzbedingten gesundheitlichen Risikos folgen könnte, sondern ein politischer Aushandlungsprozeß. Zwei Argumentationen und Zielvorstellungen stehen sich gegenüber, von denen jede ihre eigene Logik aufweist.

Es kommt ein weiteres Problem erschwerend hinzu: Da weder der Anteil der Arbeitsbedingungen am Krankheitsgeschehen exakt nachweisbar ist, noch im Einzelfall wissenschaftlich fundierte Voraussagen über die gesundheitsschädigende Wirkung verschiedener Arbeitssituationen gemacht werden können, ist der epidemiologische Ansatz umstritten sowie die praktischen Konsequenzen, die aus ihm gezogen werden. So sind die Risikofaktoretheorie oder auch die Epidemiologie keine Theorien von Krankheit, sondern Theorien der Erkrankungs Wahrscheinlichkeit. Zum anderen wird diese Diskussion, in der es ja um Gesundheit und Krankheit geht, seit Jahren

von Ärzten mit ihren professionellen Sichtweisen dominiert. Und diese Sichtweise bezieht sich zuallererst auf das Individuum und die individuelle Kuration von Erkrankungen. Prävention steht nicht im Mittelpunkt ärztlichen Handelns. Diese Denktradition hat dazu geführt, daß überhaupt nur so geringe Erkenntnisse über den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit vorliegen.

Nun soll gefragt werden, welche Rolle die Kasse in diesem Prozeß spielen können, bzw. welche gesundheitspolitisch relevante Funktion sie angesichts dieser Widersprüche und struktureller Hindernisse einnehmen könnte:

1. Eine formelle Kompetenz für Prävention am Arbeitsplatz können Krankenkassen für sich nicht beanspruchen. Andere Institutionen sind dafür vorgesehen. Im Kern wird das Problem jedoch zwischen den betrieblichen Interessenparteien ausgehandelt, also zwischen Betriebsrat und den Leitungen der Unternehmen bzw. sogar in Tarifverträge einbezogen; Ursachenprävention am Arbeitsplatz sucht sich eine andere Arena als die der Betriebskrankenkassen.
2. Dies macht die Krankenkassen zunächst bei der Durchführung präventiver Maßnahmen immer von Verbündeten abhängig, da zunächst jedem anderen Akteur im Feld der betrieblichen Gesundheitspolitik ein Veto gegenüber der Beteiligung der Kassen zukommt; die Kasse also alle für ihr Verhalten gewinnen oder aber einzelne Akteure wenigstens neutralisieren muß.
3. Aber es sind nicht nur die mangelnden Handlungsmöglichkeiten, die präventive Bemühungen der Kassen am Arbeitsplatz erschweren. Voraussetzung wäre auch für die Kassen eine veränderte Sichtweise der gesundheitspolitischen Problemlagen und ihrer eigenen Rolle als gesundheitspolitische Instanz.

Auf dieser Grundlage sollen nun einige Ergebnisse dargestellt werden, die sich auf arbeitsplatzbezogene Maßnahmen der Kassen beziehen. Obwohl 45,6 % der Kassen angeben, Arbeitsbereiche mit besonderen Belastungen zu kennen, meinen nur 15,4 % der Kassen, daß sie diese Bereiche in finanzieller oder arbeitsmäßiger Hinsicht besonders belasten. Daraus läßt sich nicht unbedingt der Schluß ziehen, 30 % der Kassen wüßten zwar von Arbeitsbelastungen, befaßten sich jedoch nicht so intensiv mit diesem Problem, daß es Ressourcen in Anspruch nehmen würde. Jedenfalls scheint hier ein erster Ver-

engungsprozeß einzusetzen: Die Tatsache belastender Arbeitsplätze und die Kenntnis darüber führt nicht zu Kassenaktivitäten in diesem Bereich.

Wie erhalten die Kassen ihre Informationen über belastende Arbeitsbereiche?

- Durch eine Krankheitsartenstatistik nach Betriebsreichen 4,9 %,
- durch Erfahrungen und Kontakte zum Betrieb 52,9 %,
- durch Berichte von Versicherten 32,0 %.

Die überwiegende Anzahl der Kenntnisse kommt nicht auf statistischem, sondern auf informellem Wege zustande, worin sich ein BKK-Spezifikum widerspiegelt: der offensichtlich enge Kontakt zum Betrieb, der den Betriebskrankenkassen in bezug auf Kenntnisse über Arbeitsbelastungen vor anderen Kassenarten einen Vorteil verschafft. Es ist also bei den Kassen ein relativ hoher Informationsstand über belastende Arbeitsbereiche vorhanden, und es zeigt sich, daß diese Informationen überwiegend auf informellem Wege - jedenfalls nicht über entsprechende statistische Bemühungen - zustandekommen. Es besteht, vor allem im Großbetrieb (mehr als 10.000 Beschäftigte) und in kleinen Betrieben (weniger als 500 Beschäftigte) eine leicht überdurchschnittliche Kenntnis über gesundheitsbelastende Arbeitsbereiche. Aus dieser überdurchschnittlichen Kenntnis über belastende Arbeitsbereiche in bestimmten Betriebsgrößenklassen folgt jedoch nicht etwa, daß in diesen Betriebsgrößenklassen auch häufiger entsprechende Maßnahmen durchgeführt würden. Das Gegenteil ist der Fall: Maßnahmen, die dem Abbau von Risikofaktoren am Arbeitsplatz dienen, werden von kleinen Betrieben 10 % unterdurchschnittlich und von Betrieben über 10.000 Beschäftigten (in dieser Untersuchung) gar nicht durchgeführt. Für diesen Sachverhalt gelten unterschiedliche Erklärungsmuster: In kleinen Betrieben beziehen die Kassen zu 77 % ihre Kenntnisse über belastende Arbeitsbereiche durch Erfahrungen und Kontakte zum Betrieb und über Berichte der Versicherten. In Betrieben mit mehr als 10.000 Beschäftigten ist dies nur in 60 % der Fall. Große Kassen erfahren dafür doppelt so häufig aus statistischen Erhebungen über diese Sachverhalte. Was die Um- und Durchsetzungsmöglichkeiten betrifft, werden in Betrieben bis zu 500 Beschäftigten weder die ökonomischen Ressourcen für präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz vorhanden sein noch die Flexibilität, solche Maßnahmen umzusetzen. Beide Bedingungen sind im Großbetrieb nicht in diesem Maße vorhanden, und es erstaunt deswegen, daß keine der Kassen, deren Trägerbetrieb mehr als 10.000 Beschäftigte hat, solche Maßnahmen durchführt. Hier scheint folgende Erklärung angebracht: In großen Betrieben können andere gesundheitspolitische Akteure solche Maßnahmen durchfüh-

ren, so daß entweder für die Realisierung von Maßnahmen durch die Kasse kein Bedarf besteht oder insgesamt ein nur geringer Bedarf besteht, da andere betriebliche Akteure schon auf diesem Gebiet aktiv geworden sind.

Betrachtet man sich die mittleren Betriebsgrößenklassen, so fällt auf, daß kein systematischer Zusammenhang zwischen Kenntnissen über belastende Arbeitsbereiche und der Durchführung entsprechender Maßnahmen besteht. Weder läßt sich sagen: Wo Kenntnisse vorhanden sind, folgen Maßnahmen, noch läßt sich sagen: Voraussetzungen für die Durchführung von Maßnahmen sind Kenntnisse über belastende Arbeitsbereiche. Hieraus ließe sich schließen, daß selbst dann, wenn arbeitsplatzbezogene Maßnahmen durchgeführt werden, dies in bezug auf die tatsächlichen Arbeitsbelastungen relativ zufällig und unsystematisch geschehen könnte. Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen werden sich demnach nur zufällig auf die drängendsten Arbeitsprobleme beziehen. Die Gründe hierfür können in folgendem gesehen werden:

Auch wenn arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen im Betrieb und der Kasse bekannt sind, damit also ein Teil der Ursachen von Krankheit erklärt werden kann, folgt eine Mehrheit der Kassen sicherlich dem traditionellen Verständnis individuell verursachter Krankheitsentstehung. Dann tritt etwa an die Stelle systematischer Erfassung der betrieblichen Faktoren die unspezifische Sorge um die "gesundheitliche Lage der Versicherten insgesamt". Daraus können dann Maßnahmen folgen, die z.B. personenorientiert sind, sich in allgemeiner Aufklärung erschöpfen etc. Dies zeigt sich z.B. darin, daß Kassen, die Kenntnisse über Arbeitsbelastungen angeben, häufiger personenbezogene Maßnahmen durchführen als solche Kassen, die keine Arbeitsbelastungen kennen. Besonders deutlich ausgeprägt ist der Unterschied zu den Kassen, die angeben, es gehöre nicht in ihren Aufgabenbereich, sich um Arbeitsbedingungen zu kümmern. Diese Kassen sind auch auf dem Gebiet der personenbezogenen Prävention, der Gesundheitsaufklärung etc. am passivsten. Die folgende Tabelle zeigt diesen Zusammenhang:

Maßnahmearten	Kenntnisse über Arbeitsbelastungen (i.v.H.)			
	Ja	geht die Kassen nichts an	Nein	Durchschnitt aller Kassen
allgemeine Aufklärung	78,9	57,1	67,8	72,1
Maßnahmen zu Übergewicht	66,5	34,3	50,9	56,8
Bewegungsmangel	45,9	28,6	35,5	39,7
Rauchen	69,9	37,1	50,9	58,5
Vorträge	14,4	2,9	7,0	10,0
Beratung	24,4	5,7	16,4	19,2
Ausstellungen	15,8	2,9	10,7	12,4

Wenn auch vorliegende Kenntnisse über belastende Arbeitsbereiche nicht systematisch zu arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen führen (jedenfalls läßt sich dies empirisch nicht nachweisen), so kommt den Kenntnissen über belastende Arbeitsbereiche offensichtlich eine Indikatorfunktion zu: Sie indizieren eine aktive, handlungsbereite Kasse, jedenfalls in bezug auf allgemeine Aktivitäten der Aufklärung und Information. Die Problembehandlung besteht offensichtlich darin, daß Arbeitsweltprobleme in personenbezogene Probleme umthematisiert werden und auch hierdurch ein Deformationsprozeß für entsprechende Maßnahmen stattfindet. Über das Ausmaß dieses Prozesses läßt sich nichts berichten, da die Umthematisierung oft nicht offen erfolgt, sondern als routinisierte Prozeß, an dessen Ende eine personenbezogene Maßnahme erscheint, deren Anstoß oder Ursprung nicht mehr bekannt ist.

Eine andere Lösungsstrategie ist die Delegation des Problems an andere Akteure der betrieblichen Gesundheitspolitik. Diesen Prozeß kann man sich etwa wie folgt vorstellen: Die Kasse hat Kenntnisse über besonders belastende Arbeitsbereiche erhalten. Hiervon macht sie z. B. dem betriebsärztlichen Dienst, dem Betriebsrat oder auch der Geschäftsleitung des Trägerbetriebes Mitteilung. Damit wäre das Problem formal aus dem Zuständigkeitsbereich der Kasse ausgegliedert und an die "zuständigen" Instanzen weitergeleitet.

Je weniger informelle Praktiken, die die Kasse als gesundheitspolitischen Akteur einbeziehen, im Betrieb entwickelt sind, desto häufiger wird die Delegation des Problems aus dem Kassenbereich hinaus erfolgen. Sind jedoch die informellen Strukturen zwischen Betrieb und Kasse in bezug auf die Prävention in der Arbeitswelt entwickelt, wird die Kasse zwar auch die Problem-

Lösung an andere Akteure abgeben müssen, am Lösungsprozeß selbst jedoch beteiligt bleiben (s. dazu unten).

Es hat sich gezeigt, daß es im wesentlichen nur einige, allerdings schwerwiegende Faktoren sind, die die Verhinderung arbeitsweltbezogener Prävention durch die Kassen bewirken. Deren Nichtzuständigkeit bei der Durchführung verhältnisbezogener Maßnahmen in der Arbeitswelt ist vielfach festgeschrieben:

1. Durch den Leistungskatalog der Kassen, der sie im wesentlichen auf Kuration, Kompensation und personenorientierte Prävention beschränkt und den Kassen wenig Spielraum für andere Aktivitäten läßt (die Aufgaben sind weitgehend verrechtlicht);
2. durch die in den SV-Organen bestehenden paritätischen Kräfteverhältnisse, die eine offensive, auf die Verhältnisse bezogene Präventionspolitik in der Regel nicht zulassen und solche Ansätze deshalb außerhalb der Betriebskrankenkassen und ihrer Organe verfolgt werden;
3. durch die in den meisten Kassen vorherrschende Sichtweise, die es z. B. auch verhindert, daß die Kenntnisse über belastende Arbeitsbedingungen als gesundheitlich relevante Problemkenntnisse die Handlungen der Kassen bestimmen;
4. durch die sich aus 1., 2 und 3. ergebende Zufälligkeit in der Umsetzungspraxis, mit der Kenntnisse über Arbeitsbelastungen erhoben werden und entsprechende Maßnahmen durchgeführt werden. Selbst unter den seltenen Bedingungen einer präventiv orientierten Sichtweise kann es so vorkommen, daß arbeitsweltbezogene Maßnahmen sich nicht auf die drängendsten Arbeitsweltprobleme beziehen

Angesichts dieser Fakten erstaunt es nicht, daß nur eine Minderheit der Kassen verhältnispräventive Maßnahmen durchführt; denn es ist davon auszugehen, daß diese Maßnahmen auch nicht allein von den Kassen, sondern in einem Präventionsbündnis zusammen mit anderen Akteuren realisiert werden. Vergegenwärtigt man sich angesichts dieser Faktoren die realen Chancen für Kassen im Bereich der Verhältnisprävention, so zeigt sich, daß einige Faktoren in absehbaren Zeiträumen nicht verändert werden können, andere jedoch durchaus variabel und damit tendenziell veränderbar und neu strukturierbar sind. Zu den unveränderlichen Faktoren gehört die Nicht-Zuständigkeit bei der Durchführung von präventiven Maßnahmen in der Arbeitswelt sowie die in der Selbstverwaltung bestehenden Kräfteverhältnisse. Als eigenständiger Träger verhältnisbezogener Prävention scheiden sie deshalb jedenfalls im vorgegebenen Rahmen der bestehenden Arbeitsteilung im

Gesundheitswesen aus. Im folgenden soll daher auf einige der veränderbaren und neu strukturierbaren Faktoren eingegangen werden, um zu zeigen, welche Handlungsmöglichkeiten sich für die Kassen tatsächlich ergeben.

4.1 Handlungsmöglichkeiten der Kassen im Bereich der Verhältnisprävention

Wie bereits dargestellt sind die Handlungsmöglichkeiten der Kassen (hier der Betriebskrankenkassen) im Bereich der Umsetzung betrieblicher Präventionsvorhaben sehr eingeschränkt. Lediglich in den Bereichen der Information und Datenbeschaffung sowie der Thematisierung betrieblicher Gesundheitsprobleme bieten sich für die Kassen realistische und gangbare Möglichkeiten, Ansätze von Ursachenprävention am Arbeitsplatz zu unterstützen und/oder anzuregen.

Wie berichtet wurde, kennen mehr als 45 % der Kassen besonders belastende Arbeitsbereiche im Betrieb und mehr als 30 % erfahren davon durch ihre Versicherten selbst, nur knapp 5 % jedoch auf dem Weg einer betrieblichen Krankheitsartenstatistik, aus der Schlüsse über die Verteilung von Diagnosen in besonderen Betriebsbereichen zu ziehen wären.

So wichtig und hilfreich einzelne Berichte von Versicherten zu betrieblichen Arbeitsbelastungen sein können, so schwierig wird es sein, aus diesen Berichten ein systematisches Bild der betrieblichen Arbeitsbelastungen zu erstellen, zumal aus diesen Berichten eine Zuordnung zu Diagnosen, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Medikamentenverbrauch etc. nicht erfolgen kann. Dieser systematische Überblick, aus dem auch die Schwerpunkte zukünftiger Präventionsmaßnahmen ableitbar wären, ergibt sich erst aus einer betrieblichen, arbeitsplatzbezogenen Mikroepidemiologie (vgl. v. Ferber 1985).

Die dazu notwendige Datenerhebung findet mehr oder minder bei allen Kassen statt.

§ 319 SGB fordert von den Kassen eine Mitglieder- und Leistungskartei zu führen, die "im wesentlichen der Dokumentation des AU-Geschehens dienen" soll. In den Statistiken der Krankenkassen wird auf gesetzlicher Grundlage nur die Arbeitsunfähigkeit registriert, die durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nachgewiesen ist. Folgende Indikatoren finden sich in dieser Statistik:

- Krankenstand (Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen pro 100 Beschäftigte),
- Arbeitsunfähigkeitsfälle (je 100 Mitglieder im Jahr),
- Arbeitsunfähigkeitstage je Fall.

Unter sozialmedizinischen, epidemiologischen und gesundheitspolitischen Sichtweisen kann die Höhe des Krankenstandes mit Einschränkung als Indikator für die gesundheitliche Situation der Erwerbstätigen verwendet werden (vgl. Oppen u.a. 1984, Hauß u.a. 1984). Diese Einschränkungen liegen in der uneinheitlichen Erfassung der Daten durch die verschiedenen Kassenarten und der offensichtlichen Konjunkturabhängigkeit des Krankenstandes, die jedoch für die Vergangenheit weit überschätzt wurde und erst in der letzten Wirtschaftskrise deutlicher sichtbar wurde. Verknüpft man die Krankenstandsdaten mit anderen relevanten Merkmalen, z. B. aus der Arbeitswelt, oder auch mit Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Nationalität oder Diagnosen, so lassen sich schon weitergehende Aussagen u. a. auch zu möglichen Erklärungsursachen des Krankenstandes treffen. Folgende Methoden der Krankenstandserfassung werden von den Kassen durchgeführt:

METHODEN UND MERKMALE	Anteile der Antworten (i.v.H.)
Stichtagsauszählung (wöchentl./monatl.)	72.0
tägl. Erfassung zur Gewinnung von Durchschnittswerten	38.6
nur für beschäftigte Mitglieder	36.0
einheitlich für alle Mitglieder	50.0
getrennt nach Geschlecht, Alter usw.	43.1
getrennt nach Betriebsbereichen/Kostenstellen	15.7
getrennt nach AU-Fällen/AU-Tagen	41.6

Es muß berücksichtigt werden, daß die Kassen jeweils mehrere dieser Merkmale in unterschiedlicher Kombination erheben, die Tabelle also jeweils den Anteil der Kassen widerspiegelt, die das genannte Merkmal unter anderen erfassen. Dabei sind für eine sinnvolle, gesundheitspolitisch integrierbare Krankenstandsdokumentation vor allem die drei letzten Merkmale von besonderer Bedeutung (s. Tabelle).

Schon die Verknüpfungsmöglichkeiten, die alle Kassen aufgrund der DEVO/DÜVO haben, ermöglichen es, den Krankenstand zu differenzieren nach: Alter, Geschlecht, Nationalität, Diagnose laut Krankschreibung, Ortsgröße, Religion,

Beruf und Stellung im Beruf. Wenn auch eine systematische Erforschung des Krankenstandes und seiner Gründe sicherlich erst am Anfang steht, so kann doch gesagt werden, daß die von den Krankenkassen beizutragenden Informationen und Daten eine wichtige, wenn nicht essentielle Stütze solcher Untersuchungen sein könnten. Weitere Verknüpfungsmöglichkeiten ergeben sich in bezug auf die Diagnose. So können z. B. Diagnosen nach Geschlecht, Nationalität, Alter und Beruf sortiert werden, um die Verteilung der Krankheiten in der Bevölkerung und die Entwicklung dieser Verteilung im Rahmen des Krankheitspanoramas verfolgen zu können (zur Verwendung von GKV-Daten in der Forschung vgl. Oppen u.a. 1984, R. Müller 1983, von Eimeren 1980).

Im Rahmen zahlreicher Sondererhebungen wurde von diesen Möglichkeiten in den letzten Jahren Gebrauch gemacht. Viele Kenntnisse über die möglichen Entstehungsursachen, Entwicklungen und Verteilungen von Krankheiten verdanken wir diesen Untersuchungen (Geörg u.a. 1982, Müller 1980, Bürkardt, Schröder 1983, Oppen u.a. 1984).

Von einer anderen Möglichkeit der Erfassung von Arbeitsbelastungen/Arbeitsbereichen und gesundheitlichem Status wird noch kaum Gebrauch gemacht, obwohl diese Option in der Lage wäre, möglicherweise ungleich differenzierter als in der Erhebung des Krankenstandes möglich ist, Aussagen über den gesundheitlichen Status der Versicherten zu treffen. Gemeint ist eine Analyse des Krankheits- und Behandlungsverlaufs, des Medikamentenverbrauchs und der Inanspruchnahme durch verschiedene Versichertengruppen. Wie Untersuchungen von Neuhaus et al. (1985) gezeigt haben, lassen sich aus diesen Angaben differenzierte Schlüsse über den gesundheitlichen Status und seine Behandlung durch das Medizinsystem ziehen. Auf diese Weise läßt sich auch nachweisen, daß betrieblich hochbelastete Gruppen tendenziell die weniger geeignete medizinische Hilfestellung erhalten (ebenda).

Sicherlich ist eine solche Erhebung noch nicht routinefähig, und es müßten viele Ressourcen in die Entwicklung aussagefähiger Behandlungstypen geleitet werden. Grundsätzlich deutet sich hier jedoch ein Weg an, auf dem fortzuschreiten sich auch deswegen für die Kassen lohnt, weil sie ungleich mehr Klarheit über die Qualität ärztlicher Versorgung erhalten könnten. Aber auch von den einfachen Formen der betriebsepidemiologischen Erhebung macht die Mehrzahl der Kassen nur zögernd Gebrauch. Neben der vorgeschriebenen Dokumentation des Krankenstandes zum Stichtag differenzieren nur 43 % der Kassen auch nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Nationalität und nur 15 % nach dem gesundheitlich wichtigen Merkmal der Betriebs-

bereiche. Zum letzten folgende Anmerkungen: Nur eine Minderheit der Kassen ist in der Lage, mit Routine-Datenläufen nach Betriebsbereichen zu differenzieren. Dies ist nur für jene Kassen möglich, die entweder die Personalstamnummern der Betriebe in ihren Datenbeständen mitführen, was aufgrund von Datenschutzbestimmungen problematisch erscheint, oder die eventuell vorhandene Angaben darüber, die in früher vorhandene Karteikarten enthalten waren, in ihre Datenbestände übernommen haben. Da dazu jedoch keine gesetzliche Verpflichtung besteht, ist zu befürchten, daß durch den Anschluß an Rechneranlagen und durch die Einführung eigener Anlagen zwar die Verarbeitungs- und Verknüpfungsmöglichkeiten von Daten gewachsen sind, der Informationsgehalt der nun verwendeten Daten jedoch abgenommen hat. Angaben über das Ausmaß dieses Prozesses sind jedoch nicht zu erhalten. Den positiven Möglichkeiten stehen jedoch auch einige immanente Gefahren entgegen, die bei der Verwendung der Daten entstehen können.

Besonders dann, wenn betriebliche Daten z. B. über Arbeitsbelastungen in einem bestimmten Bereich mit den personenbezogenen Daten der Kassen verknüpft werden, könnte auch bei strikter Anwendung der Anonymisierung, die Möglichkeit der Identifikation besonders geschädigter und/oder belasteter Personen bestehen. Eine mißbräuchliche Anwendung der Daten bestünde darin, daß die Betriebe die Erkenntnisse nicht in Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, sondern in Maßnahmen der Personalpolitik umsetzen.

Einzelne Kassen, die ähnliche wie die oben beschriebenen Dokumentationen durchgeführt haben, halten diese aus den erwähnten Befürchtungen unter Verschuß. Auf der anderen Seite gibt es bereits einige Beispiele dafür, wie - unter den Bedingungen eines zwischen Kasse, Betriebsrat und Unternehmensleitung zustande gekommenen Konsenses - entsprechende Dokumentationen durchgeführt wurden, ohne daß es zu dem befürchteten Negativergebnis kam.

In der Regel verfügen die Betriebe und deren Personalabteilungen ohnehin über genügend Daten, nach denen sie z. B. ihre Personalselektion auch nach gesundheitlichen Kriterien betreiben könnten. In der Regel genügt dafür die betriebliche Dokumentation der AU-Fälle und AU-Tage es einzelnen Beschäftigten.

Zum anderen kommt der Konsens über eine mindestens neutrale, also schlimmstenfalls wirkungslose Verwendung solcher Daten auch dadurch zustande, daß die "Balance of power" des betrieblichen Kräfteverhältnisses so ausgeglichen ist, daß keine der Seiten die eigenen Interessen gegen den Willen der anderen Seite durchsetzen kann.

Es zeigt sich auch in diesem Fall, daß betriebliche Gesundheitspolitik,

aber auch Kassenpolitik im Betrieb dann zu den weitreichendsten und gesundheitspolitisch am meisten nützlichen Wirkungen führen kann, wenn "die Abwesenheit von Konflikten mit einer - zumindest vagen - gesundheitspolitischen Übereinstimmung zwischen den Kassenakteuren (Geschäftsführung und beide Seiten der Selbstverwaltung) über die Notwendigkeit wirksamer Präventionsmaßnahmen zusammenfällt." (Rosenbrock 1984, S. 164)

Rosenbrock zeigt jedoch auch die Grenzen dieses Konsenses auf. Die sog. Konsensfalle besteht darin, daß stets nur das realisiert werden kann, was von allen Parteien getragen wird. Dies schließt z. B. die Realisierung einer offensiven gewerkschaftlichen Gesundheitspolitik innerhalb der Kassen aus. In solchen Fällen muß es zwangsläufig zum Wechsel der Arena, also zu einer Verlagerung des Problems aus dem 'Schon'- und Konsens-Raum der Kassen hinaus in die betriebliche Konfliktarena kommen.

Weiterhin stellt sich unter Datenschutzgesichtspunkten die Frage, ob die Weitergabe von Daten durch das Unternehmen an die Kassen und der Rücktransfer der Datenverknüpfung von der Kasse an den Betrieb überhaupt rechtlich zulässig ist. Grundsätzlich muß der Arbeitgeber bei der Speicherung von Arbeitnehmerdaten den Informationszweck offenlegen, und er hat die Erforderlichkeit der Datenspeicherung an den Zwecken dieser Absicht zu legitimieren (die folgende Argumentation stützt sich im wesentlichen auf Mirtsching: Expertise, 1984).

Die Weitergabe von Arbeitnehmerdaten an die BKK ist nach DEVO-DÜVO vorgeschrieben. Arbeitsplatzbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung der Arbeitnehmer, die in aller Regel nicht vorliegen wird, jedoch häufig als Bedingung für das Zustandekommen des Arbeitsverhältnisses verlangt wird, weitergegeben werden. Wenn keine Einwilligung vorliegt, ist die Übermittlung nur unter den in § 24 BDSG angegebenen Voraussetzungen zulässig. Infolgedessen kommen rechtlich für die Übermittlung nur solche Dateien in Betracht, die innerhalb der Zweckbestimmung des Arbeitsverhältnisses liegen. Diese Zweck dürfen nicht einseitig bestimmt werden; denn auch hier gilt, daß nur solche Dateien oder Daten weitergegeben werden dürfen, die für die Abwicklung des Arbeitsverhältnisses notwendig sind.

Daraus folgt, daß der Arbeitgeber keine Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse des Arbeitnehmers an die Betriebskrankenkasse übermitteln darf. Allerdings ist die Weitergabe in anonymisierter Form zulässig. Auch die BKK darf nicht beliebig Datensätze anlegen, um ihre Auf-

gaben zu erfüllen. Hier gilt es, daß die Erhebung und Speicherung zweckgebunden und erforderlich sein muß. Die Aufgabenerfüllung, zu deren Zweck die Daten gespeichert werden müssen, muß dabei selbst rechtmäßig und erforderlich sein. Da die Kassen zweifelsfrei legitimiert sind, sich mit Hilfe gespeicherter Daten einen Überblick über die gesundheitliche Lage der Versicherten zu verschaffen, werden hier keine Hindernisse gesehen. Bei der Erforschung arbeitsbedingter Erkrankungen muß jedoch von Anfang an die Zahl derer, deren Daten für die Untersuchung herangezogen werden, feststehen. Die Art der Daten und die genaue Dauer der Speicherung muß festgelegt sein. Das beabsichtigte Vorgehen der Datenerhebung und der Speicherung muß also transparent gehalten werden. Gegen durchgeführte praktische Modelle sind bisher jedoch noch keine Einsprüche erhoben worden.

Geht man davon aus, daß die Bereitstellung von Informationen über den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit den wichtigsten Beitrag von Kassen für die Anregung gezielter arbeitsweltbezogener Maßnahmen darstellt, sollten jedoch auch die anderen denkbaren und oft informellen Informationsquellen systematisch genutzt werden, und die Kasse sollte sich bewußt diesen vorhandenen (s. o.) Informationsströmen öffnen.

Diese Informationen speisen sich vor allem aus den folgenden Quellen: Immerhin erhalten 32 % aller befragten Kassen Informationen über den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit über ihre Mitglieder. Wie diese Kontaktstrukturen konkret aussehen, bei welchen Anlässen solche Informationen gegeben werden, konnte nicht erhoben werden. Experten berichten jedoch, daß es sich dabei nicht um systematische Berichte handelt, und auch die Anlässe, bei denen Mitglieder informieren, beziehen sich oft nicht auf die Weitergabe dieser Informationen, sondern auf ganz andere Dinge. Es wird sogar berichtet, daß die Hinweise auf möglicherweise gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen von Versicherten quasi als Entschuldigung angeführt werden, wenn z. B. ein "persönliches Gespräch" über Fehlzeitenprobleme einzelner Versicherter geführt wird (s. u.). So konkret solche Angaben in diesen Fällen sogar sein können, werden sie in einem solchen Zusammenhang sicherlich nicht dazu führen, die Aufmerksamkeit auf die gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen zu lenken, sondern die vielleicht wichtige und richtige Information wird als "Ausrede" abqualifiziert werden. Tatsächlich ist sie ja auch als solche gemeint.

Gerade dieses Beispiel zeigt, welcher hoher Systematisierungsbedarf besteht,

um die Informationen der Versicherten aufzunehmen und als Grundlage präventiver Planungen zu nutzen.

Mehr als die Hälfte der Kassen (ca. 53 %) erhält Informationen über belastende Betriebsbereiche über "Erfahrungen und Kontakte zum Betrieb". Hier können die Unternehmensleitungen, die betriebsärztlichen Dienste, aber auch Betriebsräte als Informationsquelle in Frage kommen. Betriebsärzte informieren immerhin zu 28 % die Kassen "hin und wieder" über mögliche Gesundheitsgefährdungen im Arbeitsbereich. Hier scheint überhaupt die am meisten formalisierte und systematisierte Form der Information und Arbeitsteilung zu bestehen; so werden immerhin auch die Betriebsärzte mit 16 % am häufigsten genannt, als es um die Frage ging, wer die zuletzt entwickelte Maßnahme durchgeführt habe. Inwieweit Berichte aus dem Betriebsrat oder etwa von Betriebsratsmitgliedern in der Selbstverwaltung systematisch aufgenommen werden, kann hier nicht beantwortet werden. Der Anteil von Betriebsratsmitgliedern und Vertrauensleuten als Mitglieder der Arbeitnehmervertretung in den Selbstverwaltungsorganen hat jedoch keinen signifikanten Einfluß auf die Durchführung präventiver Maßnahmen in der Arbeitswelt.

Aus dem Dargestellten können einige übergeordnete Gesichtspunkte für die Informationsgewinnung genannt werden:

1. Die statistisch-technischen Ressourcen zur Bestimmung belastender Arbeitssituationen sind noch nicht annähernd ausgeschöpft. Hier ist sowohl epidemiologische Entwicklungsarbeit zu leisten als auch Sorge zu tragen, daß die bereits vorhandenen Möglichkeiten intensiver genutzt werden. Interessenpolitische Sichtweisen behindern sehr oft das Zustandekommen entsprechender Informationen oder verkehren deren möglichen Nutzen in einen Schaden für den Beschäftigten. Solchen Gefahren ist nur mit konsensual zu erarbeitenden betrieblichen Regulierungen vorzubeugen (s. u.).
2. Wie alle statistisch operierenden Verfahren können auch die oben genannten Vorgehensweisen oft nur erste Hinweise auf belastende und möglicherweise gesundheitsschädigende Zusammenhänge liefern. Detailliertere Erkenntnisse lassen sich in der Regel nur gewinnen, wenn den subjektiven Beschwerdeäußerungen der Beschäftigten nachgegangen wird. Die Einbeziehung der Beschäftigten in ein solches "Meldewesen" hat mehrere gesundheitsbezogene funktionale Gründe:

- Zahlreiche, gerade chronische Erkrankungen äußern sich nicht, oder am Beginn ihrer Entstehung noch nicht, in ärztlichen Diagnosen, Behandlungsverläufen etc., wohl aber in Befindlichkeitsstörungen, die oft sehr regelmäßig und systematisch auftreten, aber lange Zeit unterhalb der Inanspruchnahmeschwelle verbleiben können.
 - Die Nähe zum Arbeitsplatz und die Erfahrungen im Umgang mit Belastungen und Beanspruchungen, aus denen sich die oft verschüttete Kompetenz der Beschäftigten für den Erhalt ihrer Gesundheit speist, kann ebenfalls funktional in ein Arbeits- und Gesundheitsschutzsystem integriert werden. Es hat sich gerade bei der Diskussion um die Wirkungsweise des betrieblichen Arbeitsschutzes gezeigt, daß das Wissen der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Experten ergänzt werden muß durch die Erfahrungen der Beschäftigten. Dazu bedarf es freilich einer veränderten, auf Kooperation orientierten Einstellung der Experten sowie einer Aktivierung der Beschäftigten, den Fragen der eigenen Gesundheit größere Bedeutung zu schenken.
3. Kooperationsbeziehungen sind jedoch nicht nur zwischen berufsmäßigen Experten und betroffenen Beschäftigten herzustellen, sondern zwischen allen gesundheitspolitischen Akteuren im Betrieb. Die Notwendigkeit eines Präventionsbündnisses ergibt sich nicht nur aus der sachlichen Komplexität gesundheitlicher Fragen im Betrieb, sondern auch aus politischen Erwägungen der Durchsetzbarkeit präventiver Maßnahmen. Entweder werden sie in einem konsensual getragenen Rahmen realisiert, dann ist die Herstellung des Präventionsbündnisses eine Voraussetzung für die Konsensfindung, oder aber es deuten sich konfliktorische Politikformen an, die auch dann nur zu präventiven Maßnahmen führen können, wenn die Phalanx derjenigen, die präventive Maßnahmen realisieren wollen, möglichst groß ist. In der Regel verlagert sich jedoch in einem konfliktorischen Aushandlungsmuster die Arena der Aushandlung von dem professionellen in den tarifparteilichen Bereich. D. h., als Akteure des Konfliktes werden sich - je nach dessen Zuspitzung - oft nur die Tarifvertragsparteien im Betrieb gegenüberstehen.
4. Eine vierte, nicht unmittelbar auf die Umsetzung von präventiven Maßnahmen orientierte Aufgabe oder Funktion, die Kassen haben könnten, soll genannt werden: das Aufgreifen des gesamten Themenkomplexes von Arbeit und Gesundheit wird - je näher es an der konkreten betrieblichen Situation geschieht -

zur betrieblichen Thematisierung des Problems führen. Diese Thematisierung ist zwar eine Voraussetzung dafür, daß der vorhandene Problemdruck "veröffentlicht" wird und so ein Handlungsprozeß, der in präventiven Maßnahmen münden kann, in Gang gesetzt wird. Aber eine Garantie dafür bietet allein die Thematisierung nicht. Wie die Praxis der Kassen zeigt, kann ein betrieblich oder auch nur in der Selbstverwaltung der Kasse thematisierter Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit zu ganz anderen Maßnahmen führen, als zur Problemlösung eigentlich adäquat wären. So führen z. B. jene Kassen, die Arbeitsbelastungen im Betrieb kennen, signifikant häufiger Maßnahmen durch, die sich nicht auf Arbeitsbelastungen, sondern auf Verhaltensmodifikation beziehen. Offensichtlich ist es in diesem Fall entweder zu Umthematierungsprozessen gekommen, indem die sachlichen Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit als solche von Verhalten und Gesundheit thematisiert werden, oder aber es hat eine Maßnahmeverchiebung stattgefunden, indem zwar der Zusammenhang sachlich entsprechend thematisiert wird, die schließlich jedoch beschlossene Maßnahme dem nicht entspricht und sich auf andere (z. B. verhaltensbedingte) Zusammenhänge bezieht.

5. Wettbewerbs- und Kontrollmaßnahmen - gesundheitspolitisch überflüssig

"Wettbewerb bildet ein wichtiges Stimulans, um optimale Leistungen zugunsten der Versicherten zu erbringen.", wird auf dem BKK-Tag 1980 (S. 27) behauptet, gleichzeitig finden sich aber auch versteckte Warnungen: "Erfreulich war die nahezu einhellige Feststellung, daß immer mehr Kassen davon abgingen, Gesundheitserziehung und -vorsorge als Vehikel für die Öffentlichkeitsarbeit zu mißbrauchen." (Die Betriebskrankenkasse 2/3 1984)

In diesem Fall werden Öffentlichkeitsarbeit und Wettbewerb zwar gleichgesetzt, gemeint ist wohl aber: Die veröffentlichte Gesundheitserziehung und -vorsorge soll nicht nur dem Wettbewerb dienen, sondern unter gesundheitsbezogenen Aspekten durchgeführt werden.

Tatsächlich vollzieht sich die gesamte Öffentlichkeitsarbeit der meisten Kassen und ihrer Verbände stets zwischen veröffentlichter Erziehung und Aufklärung aus gesundheitsbezogenen Überlegungen und reinem Wettbewerb. Oft läßt sich auch von der Intention her nicht feststellen, welches Element überwiegt. Das liegt zum großen Teil an der Identität der eingesetzten Mittel für beide Zwecke.

Daher sollen hier einige Systematisierungen vorgeschlagen werden, nachdem kurz der Frage nachgegangen wird, wieso Kassen überhaupt Wettbewerbsmaßnahmen durchführen, da doch zumindest für alle Beschäftigten, deren Lohnhöhe

sich innerhalb der Beitragsbemessungsgrenze bewegt, die Zuordnung zu einer Kasse der GKV geregelt ist.

Inzwischen liegen jedoch 48 % aller Beschäftigten über dieser Beitragsbemessungsgrenze (Smigielski 1983). Sie gehören eher zu den "guten Risiken" und haben die Tendenz, zu den Ersatzkassen abzuwandern. Für die Betriebskrankenkassen kommt hinzu, daß nur Arbeiter in ihrer jeweiligen BKK versichert sein müssen, Angestellte des Trägerbetriebes haben grundsätzlich Wahlfreiheit.

Ein Grund für den Wettbewerb unter den GKV-Kassen bestünde also darin, Mitglieder, die die Beitragsbemessungsgrenz überschreiten, oder Angestellte überhaupt bei der jeweiligen Kassenart zu halten oder neu zu gewinnen. Experten berichten auch, daß mit Wettbewerbsmaßnahmen die gesamte Kassenart "im Gespräch bleiben soll" bzw. versucht werden soll, ein Klima zu schaffen, in welchem eine positive Grundstimmung z. B. für Betriebskrankenkassen-Neugründungen entstehen könnte.

Die Betriebskrankenkassen betreiben diesen Wettbewerb auf zwei unterschiedliche Weisen bzw. mit zwei unterschiedlichen inhaltlichen Orientierungen:

- Als reine Wettbewerbsmaßnahme sind leicht solche zu identifizieren, die sich an die umworbenen Personengruppen direkt richten. Dies sind vor allem die Angestellten und hier wiederum vor allem jugendlichen Berufsanfänger. In direktem Bezug auf diese Personengruppen wird weniger mit konkreten Leistungen geworben, die ohnehin für fast alle Kassenarten nahezu identisch sind, sondern mehr mit den allgemeinen Vorzügen der jeweiligen Kassenart bzw. mit der Art und Weise, in der diese Vorzüge oder Leistungen erbracht werden. Nicht das "Was" steht im Vordergrund der Direktwerbung, sondern das "Wie" (vgl. die Faltblätter: "Angestellte prüfen und entscheiden" sowie "Soziale Sicherheit für heute und morgen").

Als Vorteile der Betriebskrankenkassen werden hier die "Betriebsnähe", die "kurzen Wege", die "Kollegialität" und "Nicht-Anonymität der Bürokratie" dargestellt. Oft gehen aus dieser Art der Werbung nicht nur die Vorzüge der Kasse, sondern auch die der betrieblichen "Sozialpolitik" hervor.

- Eine andere Art des Wettbewerbes besteht in der Propagierung gesundheitlicher Themen und Probleme aus Wettbewerbszwecken. Diese Art der Wettbewerbsführung ist oft nur wenig deutlich von sinnvoller Veröffentlichung gesundheitsbezogener Themen zu unterscheiden. Jedoch gibt es zahlreiche Anlässe und zahlreiche Faltblätter, mit denen scheinbar für z. B. gesundheitsgerechtes Verhalten geworben wird, deren Ziele aber nicht oder

nur erst in zweiter Linie die tatsächliche Verhaltensänderung ist, sondern der mit dieser Aufforderung verbundene Werbezweck. Hier wird die Aufklärung (deren Grenzen bereits diskutiert wurden) zum Mittel des Wettbewerbs. Als wettbewerbsrelevanter Aspekt der Kasse erscheint die Tatsache, daß sie überhaupt Aufklärung betreibt.

Solche Art der Veröffentlichung von Gesundheitsthemen wird dann auch nur am Werbeeffect selbst, den die Maßnahmen haben kann oder vermeintlich hatte, beurteilt. Nicht jedoch an ihren, solchen Maßnahmen eigentlich zugesprochenen Gesundheitseffekten. So wird z. B. über einen Stand des BdB auf der Hannover-Messe berichtet: "Gemessen an der Frequentierung (der Messe) und den dortigen Auslagen galt und gilt dieser Stand als willkommene Abwechslung im Überangebot der Industrie" (Die Betriebskrankenkasse 2/3, 1984).

Welche Art des Wettbewerbs auch gewählt wird: nach Wirtschaftszweigen sortiert werden Maßnahmen der Gesundheitserziehung und -aufklärung dort am ehesten ausschließlich mit Wettbewerbsargumenten begründet ("die Öffentlichkeitsarbeit sollte neue Anstöße bekommen", "andere Kassen sind auf dem Gebiet auch schon aktiv geworden"), wo der Angestelltenanteil überdurchschnittlich hoch ist.

Diese wenigen Hinweise zu Wettbewerbsmaßnahmen sollten illustrieren, daß hier im Regelfall keine gesundheitspolitische Absicht oder ein aufklärerisches Ziel vorliegt, sondern daß eine auch gesundheitspolitisch verwertbare Absicht in den Dienst ökonomischer und politischer Kalküle gestellt wird. Dies kann durchaus sinnvoll sein, wenn man Wettbewerb zwischen den GKV-Kassen per se als etwas Sinnvolles betrachtet. Eine gesundheitsfördernde Wirkung ist dem Wettbewerb jedoch nicht zuzuschreiben. Im Gegenteil: Er entzieht den Kassen Ressourcen, die gesundheitspolitisch sinnvoll einzusetzen wären. So führen z.B. Kassen, die freiwillige, über den Pflichtleistungskatalog hinausgehende Maßnahmen ausschließlich mit den Argumenten begründen: "Andere Kassen sind auf diesem Gebiet auch schon aktiv geworden", bzw. "Die Öffentlichkeitsarbeit sollte neue Anstöße erhalten", zwar ähnlich häufig wie andere Kassen Aufklärungsmaßnahmen zu den folgenden Risikofaktoren durch: Übergewicht, Bewegungsmangel, Unfallgefahren, Rauchen, Alkoholmißbrauch, Drogen- und Arzneimittelmißbrauch. Lediglich in bezug auf betriebliche Risiken oder auf "sonstige Risiken" werden bedeutend weniger Maßnahmen von diesen wettbewerbsorientierten Kassen durchgeführt. Dies allein zeigt jedoch schon, daß Kassen mit einer wettbewerbs-

bezogenen Sichtweise die Maßnahmen, die aus gesundheitspolitischer Erwägung am sinnvollsten erscheinen, am seltensten durchführen. Die gesundheitspolitische Ernsthaftigkeit wettbewerbsbezogener Maßnahmen kann auch deshalb bezweifelt werden, weil die Mittel, mit denen diese "Aufklärung" betrieben wird, bei den wettbewerbsorientierten Kassen weniger aufwendig sind und weniger stabilisierend wirken, als dies bei anderen Orientierungen der Fall ist. Vor allem "Vorträge" und "Beratungen" werden unter einer wettbewerbsbezogenen Sichtweise deutlich seltener durchgeführt. Hinsichtlich der "Beratung" erstaunt dies vor allem auch deshalb, weil die Leistung der persönlichen Beratung häufig nicht nur als komparativer Vorteil der Betriebskrankenkassen im allgemeinen, sondern auch als besondere Leistung einzelner Kassen hervorgehoben wird.

Welche Maßnahmen der personalen Prävention werden nun besonders häufig durchgeführt, wenn Wettbewerbsaspekte bei ihrer Begründung eine Rolle spielen und welche werden weniger häufig durchgeführt? - Häufiger durchgeführt werden z.B. Zahnprophylaxe, allgemeine Aufklärungsmaßnahmen zu Übergewicht und Bewegungsmangel, Ausstellungen, Preisausschreiben, Tage der offenen Tür, Plakate, Einsatz von Test- und Meßgeräten auf Ausstellungen oder bei sonstigen Anlässen. Besonders seltener werden Maßnahmen wie Rheuma-Prophylaxe, Vorsorge bei Diabetikern und Bluthochdruck oder sonstige Prophylaxemaßnahmen mit Wettbewerbsaspekten begründet. Ausgearbeitete Programme, z.B. Rehabilitations-Programme, Programme der allgemeinen Vorsorge und Früherkennung oder gar Programme zum Abbau von Arbeitsbelastungen werden fast nie mit Wettbewerbsaspekten begründet und umgekehrt: Kassen, die den Wettbewerbsaspekt mehr betonen als andere, führen solche Maßnahmen und Programme auch weniger häufiger durch als andere.

Die Aussage: Wettbewerbsorientierte Maßnahmen verhindern solche, die gesundheitspolitisch sinnvoll sein könnten, wiegt schwer, besagt sie doch, daß Kassen Maßnahmen durchführen, die nicht der Gesundheit der Versicherten dienen.

Wie läßt sich die Wettbewerbsorientierung vieler Maßnahmen erklären?

Zwei wesentliche Gesichtspunkte sind ausschlaggebend: Gesundheitspolitisch wirkungsvolle Maßnahmen sind kaum oder zumindest nur sehr schwer und langfristig evaluierbar. Scheinbar trifft dies für Wettbewerbsmaßnahmen nicht zu, wobei jedoch die Kriterien, nach denen evaluiert wird, sich nicht auf gesundheitspolitische Parameter beziehen. Als Erfolgskriterien, die sich

rückmelden lassen, zählen u.a. der "reibungslose Ablauf" der Maßnahme, die "glatte Organisation", der "rege Zulauf des Publikums", das "enorme Interesse", welches geäußert wurde, oder allgemein die Tatsache, daß sich die BKK "angemessen darstellen" konnte.

Es handelt sich hierbei, gemessen am gesundheitspolitischen Auftrag der Kassen zweifellos um Scheinmaßnahmen, die mit Scheinkriterien bewertet werden und deren Wirkung nicht nur gleich Null ist, sondern sogar negativ in bezug auf die eigentlichen Aufgaben der Kassen. Wettbewerbsmaßnahmen dienen oft auch als Tätigkeitsnachweis für Geschäftsführer, wie zahlreiche Experten bestätigen.

Jedoch stellen sie mehr als nur diesen Tätigkeitsnachweis dar. Wettbewerbsbezogene Maßnahmen spiegeln auch die Übernahme marktwirtschaftlicher Sichtweisen in den Bereich der GKV wider, obwohl es gerade ein wesentlicher Gedanke bei der Einrichtung der GKV war, marktwirtschaftliche Prozesse und Sichtweisen bei der "Produktion" von Gesundheit und der Vermeidung von Krankheit auszuschließen. Es ist selbst umstritten, ob die Hineinnahme von Marktelementen oder von Elementen der Risikoversicherung unter technischen und ökonomischen Gesichtspunkten vielleicht zur Lösung zahlreicher Kostenprobleme der GKV beitragen kann. Aber Gesundheitsprobleme werden damit nicht gelöst. Es hat sich vielmehr gezeigt, daß über rein marktwirtschaftliche Strukturen die Gesundheit breiter Bevölkerungskreise nicht gewährleistet werden kann (dies hat z.B. in den USA in den 60er Jahren zur Einführung staatlicher Versicherungen für Arme und Alte geführt). Insofern ist auch die partielle Übernahme von marktwirtschaftlichen bzw. Wettbewerbs-Gesichtspunkten in das Handeln der Kassen dysfunktional, weil es dem Krankenversicherungssystem selbst nicht angemessen ist (vgl. dazu Kühn 1980). Mehr Wettbewerb in der gesamten GKV und mehr Markt bei der Verteilung von Gesundheitsleistungen hieße erstens nicht Kosten sparen, sondern sie den jeweiligen Nachfragern aufzubürden und würde zu erheblichen Disparitäten in der Gesundheitsversorgung führen; zweitens würde es weitergedacht auch bedeuten, daß damit das gesamte System der GKV mit allen ihren Versicherungsarten infragegestellt würde. Auch davon sind - bezogen auf die Gesundheit der jetzt Versicherten - keine positiven Effekte zu erwarten. Die Übernahme solcher Sichtweisen selbst auf dem begrenzten Gebiet des Kassenwettbewerbes zeigt jedoch - hier für die einzelne Kasse -, daß Ressourcen von gesundheitspolitisch sinnvollen Aktivitäten abgezogen werden oder sie sogar verhindern. Auch in der Übernahme solcher Sichtweisen liegt

ein Deformationspotential für verhältnisorientierte Präventionsmaßnahmen.

Ebenfalls ohne jede fördernde gesundheitliche Wirkung bleiben Krankheitsstandskontrollmaßnahmen der Kassen. Grundlage der Krankheitsstandskontrolle ist eine, auch nur sehr grob geführte Krankheitsstandsdokumentation, zu der nach § 319 SGB ohnehin alle Kassen verpflichtet sind.

Im folgenden soll dargestellt werden, welche Möglichkeiten der Krankheitsstandskontrolle die Kassen haben, welche sie wahrnehmen, und welche Gründe dafür eine Rolle spielen; denn oft dient eine differenzierte Krankheitsstandsdokumentation nicht einem gesundheitsbezogenen, sondern einem Kontrollaspekt. Unter krankheitsstandskontrollierenden Maßnahmen verstehen wir alle, mit denen direkt oder indirekt auf das AU-Verhalten der Versicherten Einfluß genommen werden soll. Die Kassen selbst nennen folgende Maßnahmen, die sie durchführen, um den betrieblichen Krankheitsstand zu senken:

ART DER MASSNAHME	Häufigkeitsverteilung i.v.H. (Mehrfachnennungen)
Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt	83.5
verstärkte Einschaltung des vertrauensärztlichen Dienstes	54.8
Kontaktaufnahme mit dem Betriebsrat	4.2
vertrauliche Kontaktaufnahme mit dem Versicherten	37.2
aufklärendes Gespräch mit dem Vorgesetzten	1.9
Kontaktaufnahme mit dem Betriebsarzt	8.5
Suche nach krankmachenden Faktoren	11.3
andere Maßnahmen	1.9

Kontrollcharakter haben hiervon jedoch nur die folgenden Maßnahmen: die verstärkte Einschaltung des VÄD, die Kontaktaufnahme mit dem Versicherten, das aufklärende Gespräch mit dem Vorgesetzten. Es soll nicht bestritten werden, daß z.B. die Überweisung zum VÄD auch einen gesundheitsunterstützenden Charakter haben kann, die hier aufgeführten Praktiken können jedoch auch zur Kontrolle mißbraucht werden.

Die Notwendigkeit zur Kontrolle des Krankheitsstandes ist, wenn man die Da-

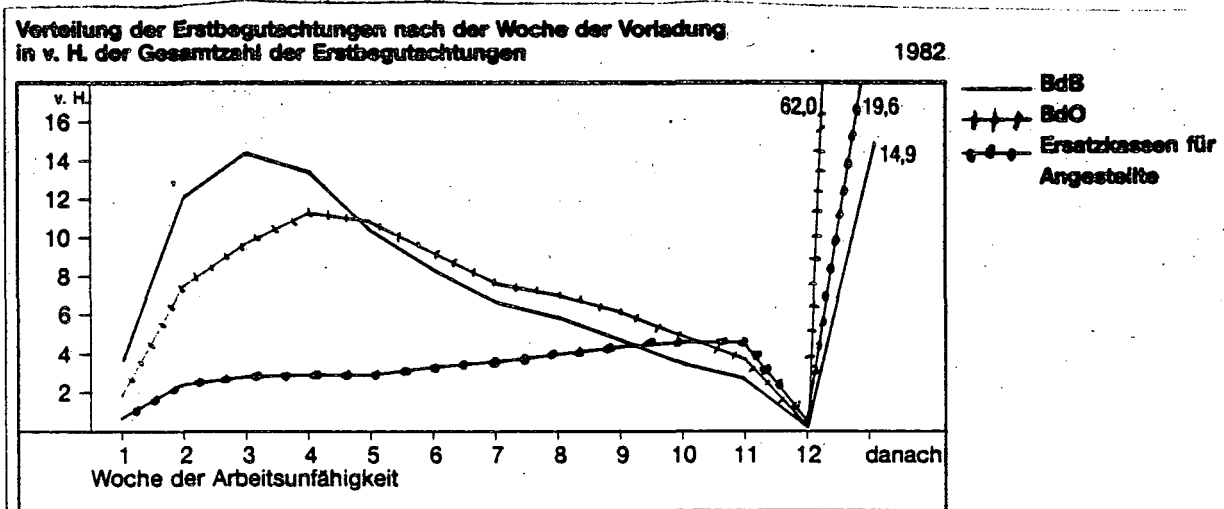
ten über das AU-Geschehen vergegenwärtigt und wenn zugleich berücksichtigt wird, daß den Kassen erst nach einer länger als 42 Tage dauernden AU die Krankengeldkosten entstehen, nicht zu begründen.

Unterstellt wird im allgemeinen Mißbrauch sozialer Rechte. Im Begriff des "Krankfeierns" drückt sich dies aus. Besonders in bezug auf die Kurzzeit-AU wird der Mißbrauchverweis geäußert. Tatsächlich ist nur die Hälfte aller Arbeitnehmer in der BRD pro Jahr einmal oder mehrmals krankgeschrieben, von diesen wiederum nur 60 % je einmal. Die Kurzzeit-AU von ein bis drei Tagen macht dabei nur 1,7 % des gesamten Krankenstandsvolumens aus, und die Arbeitsunfähigkeit bis zu sieben Tagen macht lediglich 6,9 % des gesamten AU-Volumens aus. Dagegen sind es nur 7,8 % der Personen, die länger als 42 Tage krankgeschrieben sind, die aber 38,5 % des gesamten Krankenstandsvolumens ausmachen (Hauß u.a. 1984). Rechnet man diese Zahlen auf je 100 Beschäftigte eines Betriebes um, so kann das Ausmaß der Kurzzeit-AU verdeutlicht werden. Von je 100 Beschäftigten sind 30 einmal pro Jahr krankgeschrieben und nur 20 zweimal bzw. mehrfach. Von den 30, die einmal krankgeschrieben sind, sind es nur 10, die eine AU-Dauer von bis zu sieben Tagen hatten (auf diese würde sich der Mißbrauchsvorwurf beziehen). Diesen steht eine fast genauso große Zahl von Beschäftigten gegenüber, die zwei oder mehr Krankheitsfälle pro Jahr haben, deren Fälle aber jeweils länger als 42 Tage in Anspruch nehmen und die damit fast 40 % des gesamten Krankenstandsvolumens ausmachen. Diese Personen stellen gesundheitspolitisch (aber auch kostenmäßig) das Problem für die Kassen dar. So müssen z.B. nur 6,5 % der Fallgesamtkosten für die AU von einem bis sieben Tage aufgebracht werden, die langen AU-Fälle über 42 Tage verschlingen dagegen 46,6 % der Gesamtkosten (alle Zahlen nach V. Volkholz u.a. 1983). Insgesamt wird durch diese Zahlen die Notwendigkeit der Krankenstandskontrolle hinreichend relativiert.

Darüber hinaus haben vergleichende Untersuchungen in verschiedenen Regionen (München, Hamburg, Berlin), in denen jeweils unterschiedliche Kontrollverfahrensweisen durch den V&D praktiziert wurden, auch gezeigt, daß die unterschiedlichen Krankenstände der Vergleichsregionen nicht auf die unterschiedlichen Kontrollpraktiken durch den V&D zurückzuführen waren (Oppen u.a. 1984). Oft wird der Einwand gebracht, es handele sich bei den Vorladungen zum V&D nicht um Kontrollpraktiken, sondern um Bemühungen zur schnellstmöglichen Wiederherstellung der Gesundheit. Diese Argumentation wird durch die Verfahrensweisen, mit der die Kassen vorgehen, jedoch selbst entkräftet. In ca. 40 % aller Fälle, in denen eine Vorladung zum

VäD ausgesprochen wurde, erfolgt noch vor dem Besuch beim VäD die "Gesundschreibung", d. h. der Versicherte erscheint wieder am Arbeitsplatz. Diese Tatsache allein kann jedoch keinesfalls ein Indiz dafür sein, daß der Betroffene tatsächlich gesund ist oder etwa durch seine Ärzte sachgerecht behandelt wurde. Die Vorladung erlischt jedoch in diesem Fall, der Versicherte muß den VäD nicht mehr aufsuchen. Würde tatsächlich die Sorge um die Wiederherstellung der Gesundheit den Kontrollaspekt überwiegen, dürfte die Vorladung zum VäD nicht durch die Tatsache der Arbeitswiederaufnahme hinfällig werden; denn damit sind, wie gezeigt wurde, weder vergangene Behandlungsfehler noch der aktuelle Gesundheitsstatus der Beschäftigten als Problem gelöst.

Für die Betriebskrankenkassen ergibt sich noch ein weiteres Problem im Hinblick auf die Kontrolle durch den VäD: Angehörige der BKK werden zwar insgesamt nicht häufiger zum VäD vorgeladen als z. B. Versicherte der AOK, aber viel früher. Das folgende Schaubild verdeutlicht dies.



Das Schaubild macht deutlich, daß die meisten Vorladungen durch die BKK in der dritten Krankheitswoche erfolgen, während sie bei den AOK in der vierten Woche liegen.

Eindeutige Erklärungen für diesen Sachverhalt gibt es nicht. Aus Kreisen der Betriebskrankenkassen werden folgende Begründungen genannt:

- Vermuteter oder tatsächlicher Mißbrauch des Rechts auf Arbeitsunfähigkeit gelangt als Information schneller in die Betriebskrankenkasse als in andere Kassenarten. So werden z. B. Beschäftigte, die sich nach erfolgter Kündigung krankmelden fast automatisch zum Vertrauensärztlichen Dienst vorgeladen, weil die Kassen deren Unterlagen sofort an den VäD weiterleiten. Auch wenn es Spannungen oder Streitigkeiten in bestimmten

Abteilungen des Betriebes gegeben hat und sich der Beschäftigte daraufhin AU meldet, erfolgt oft die sofortige Einladung zum Vertrauensärztlichen Dienst. Hier führt offensichtlich die Versichertennähe der Betriebskrankenkasse dazu, daß sie über ihr ausgebautes Informations- und Informantennetz Kontrollfunktionen wahrnehmen kann. Für andere Kassenarten ergeben sich diese Möglichkeiten nicht.

- Zum anderen wird angeführt, daß es die Betriebskrankenkassen seien, die sich gesetzeskonform verhielten, denn bei "begründetem Zweifel" sei der Versicherte zur Kontrolluntersuchung vorzuschlagen. Andere Kassenarten hielten sich nicht an diese Bestimmungen.
- Es wird weiter vermutet, daß die später einsetzende Vorladepraxis bei den BdO-Kassen sich aus Wettbewerbsgründen zu anderen Kassenarten ergäbe: weil vor allem die BdO-Kassen im Wettbewerb mit den Ersatzkassen stünden, paßten sie ihre Vorladepraxis der der Ersatzkassen an.

Neben der Einschaltung des VdD zu Kontrollzwecken kann auch die Vorladung des Versicherten durch die Kasse zu einem persönlichen Gespräch kontrollierenden Charakter einnehmen. Es soll nicht in Frage gestellt werden, daß solche persönlichen Gespräche in Problemlagen durchaus helfen können, Gesundheits- und (wie vielfach bestätigt wird) auch persönliche Probleme des Versicherten zu sichten oder sogar zu lösen. Aber, ob diese Absicht in jedem Fall vorliegt oder diese Ergebnisse eintreten, kann bezweifelt werden. In der Regel, und das bestätigen Kassengeschäftsführer und Selbstverwalter, ist mit solchen Gesprächen auch eine Kontrolle beabsichtigt. Man "kennt seine Pappenheimer" und möchte sie durch solche Maßnahmen "im Griff behalten". Teilweise ist diese Art der Krankenstandskontrolle Gegenstand von Aushandlungsprozessen in der Selbstverwaltung. So geschieht es z. B., daß die Versichertenvertreter eine zusätzliche personenbezogene Präventionsmaßnahme verlangen, dafür jedoch eine verschärfte Praxis der Krankenstandskontrolle hinnehmen. Als vollständige Verkehrung gesundheitspolitischer Verantwortung ist in diesem Falle jedoch eine Begründung zu nennen, die die Betriebskrankenkassen in die Rolle eines verlängerten Personalbüros erhebt. Dies ist z. B. der Fall, wenn von Mitgliedern in der Selbstverwaltung, zu denen nicht selten auch Betriebsräte gehören, eine intensive persönliche Krankenstandskontrolle damit begründet wird, daß dies vor allem den Vorteil habe, daß bei einer solchen Kontrolle durch die Kassenverwaltung "der Betriebsrat ausgeschaltetet bleibt", während das Personalbüro des

Trägerbetriebs immer mit dem "Problem der Mitbestimmung" durch den Betriebsrat zu tun habe. Nicht nur, daß in solchen Fällen das Betriebsverfassungsgesetz umgangen wird und die Kasse sich Kompetenzen überträgt oder übertragen läßt, die ihr nicht zustehen: solche Praktiken widersprechen mit Sicherheit auch der erklärten Absicht, die Versichertennähe der Betriebskrankenkassen als Ressource einer sinnvollen Gesundheitsarbeit zu nutzen.

Zu fragen ist nun, wie es dazu kommt, daß Betriebskrankenkassen Aufgaben übernehmen, die nicht in ihren eigentlichen Aufgabenbereich fallen und die noch dazu kontraproduktiv wirken.

Diese Tatsache läßt sich z. T. historisch aus der Entwicklung der Krankenversorgung heraus erklären. Mehrere Autoren (z. B. Göckenjan 1984, Tennstedt 1983) betonen, daß bei der Gründung der GKV im Jahre 1911 nicht nur eine gesundheitspolitische, sondern auch eine Disziplinierungs- und Kontrollidee Pate gestanden hätten. Die disziplinierende Funktion, die Sozialpolitik haben kann, ist besonders mit der Aufbaugesetzgebung von 1934 und 1936 deutlich geworden, als die Vertrauensärzte ausdrücklich eine Kontrollfunktion gegenüber den Versicherten erhielten, die sie dann in dieser Ausdrücklichkeit auch bis 1971 innehatten. Auch die Betriebsärzte sahen sich damals in der Rolle von Krankenkontrollleuren wieder. So explizit damals Sozialpolitik als Kontrollinstrument formuliert und realisiert wurde, so explizit wird heute ihr kompensatorischer, helfender Charakter betont. Tatsächlich kann jedoch festgestellt werden, daß gerade in jüngster Zeit die Sozialpolitik angesichts wachsender Aufgaben ebenfalls wieder mehr Disziplinierungs- und Kontrollfunktionen wahrnimmt. Kühn (1984) weist faktenreich nach, daß in den letzten Jahren die Sozialpolitik sich kompatibel zum restriktiven Entwicklungstrend gestaltete. Diese Flankierung besteht nach Kühn im wesentlichen in der Disziplinierung und Kontrolle der Beschäftigten, um die finanz- und wirtschaftspolitischen Entscheidungen reibungsloser durchsetzen zu können. Prinzipiell bestehen sowohl Sozial- als auch Gesundheitspolitik immer aus zwei Seiten: aus Kompensation und Hilfe sowie aus Disziplinierung und Kontrolle. Dies muß jedoch nicht heißen, daß die widersprüchliche Einheit sich auch im Handeln der einzelnen Kasse jeweils niederschlagen würde oder könnte. Vielmehr wird es auf die Praxis und Sichtweise der Kassen ankommen, welche Seite des Widerspruchs praxisrelevant werden kann. Jedoch zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung auch, daß es sowohl dominierend präventive, als auch dominierend kontrollierende Sichtweisen und Praktiken der Kassen gibt.

Dies macht vor allem die folgende Tatsache deutlich: Kassen, die eine überdurchschnittlich differenzierte Krankenstandsdokumentation durchführen (getrennt nach Betriebsbereichen, getrennt nach Alter, Geschlecht, Nationalität etc.) nutzen diese Informationslage alternativ: Sie führen sie sowohl häufiger als der Durchschnitt z. B. "aufklärende Gespräche mit den Vorgesetzten" durch, oder aber sie suchen überdurchschnittlich häufig nach "krankmachenden Faktoren in der Arbeitswelt", schlagen also entweder eine kontrollierende oder eine präventive Richtung ein.

Auch eine Erklärung, derzufolge die Betriebskrankenkassen heute noch "Unternehmerkassen" seien, kann deren Kontrollpraxis nicht erklären; denn für die damit gewöhnlich unterstellte direkte Einflußnahme der Trägerbetriebe auf das Kassenhandeln finden sich wenig empirische Belege. Weder werden (abgesehen von illegalen Einzelfällen) unerlaubt Daten der Kasse und des Trägerbetriebs ausgetauscht, noch schlagen sich z. B. wirtschaftliche Bedingungen des Betriebs unmittelbar auf das Kassenhandeln durch (vgl. Rosenbrock 1984). Auch ist von zahlreichen Experten, die teilweise eine durchaus kritische Einschätzung auch der eigenen Kassenart hatten, nichts von massiven Versuchen bekannt geworden, die Politik der Kasse beeinflussen zu wollen. Natürlich vertreten die Trägerbetriebe ihre gesundheitspolitischen Standpunkte in der Selbstverwaltung, hier können sie jedoch im Rahmen des dort allgemein vorherrschenden Konsenses entweder neutralisiert bzw. auch konsenshaft realisiert werden. Beeinflussungen, beispielsweise der Kassengeschäftsführer an den Organen vorbei, werden die Ausnahme sein. D. h., es lassen sich keine unmittelbaren strukturellen, materiellen oder prozessualen Gründe anführen, die dazu führen, daß die Kassen fremde Kontrollaufgaben wahrnehmen.

Vielmehr sind dafür vorherrschende Sichtweisen über Gesundheit und Krankheit, Sozialversicherung und Gesundheitswesen verantwortlich zu machen. Diese sind gesellschaftlich dominierend und haben sich so stabilisiert, daß sie zwar allgemein stets der positiven gesellschaftlichen Sanktionierung bedürfen, im Einzelfall (also hier z. B. beim Kassengeschäftsführer) aber nicht auf konkrete Unterstützung durch Anstöße von außen, Regeln, materielle Anreize angewiesen sind. Sie sind als stabil zu bezeichnen. Sie koinzidieren im allgemeinen mit den betriebswirtschaftlichen Handlungen der Trägerbetriebe oder mit gesundheitspolitischen Sichtweisen, die im einzelnen sein eigenes Unglück sehen. Bezogen auf die Trägerbetriebe handelt es sich um eine unverbundene Parallelität gleicher Sichtweisen und Praktiken (s. o.).

Dafür einige Beispiele:

Die Geschäftsleitung eines großen Automobilkonzerns hatte nach einer Informationsreise durch Japan das "Japanische Modell" des Personalmanagements für sich entdeckt und diskutierte breit, ob die betriebs-identitätsstiftenden Maßnahmen, die sie in Japan kennengelernt hatte, auch auf den eigenen Betrieb übertragbar wären.

Dies führte dazu, daß auch in der Kasse breit diskutiert wurde, wie mit Hilfe solcher Maßnahmen z. B. der Krankenstand noch mehr gesenkt werden könnte. Es ist mit einiger Sicherheit auszuschließen, daß der Trägerbetrieb unmittelbar auf die Entstehung und den Verlauf des Diskussionsprozesses in der Kasse Einfluß genommen hätte. Hier wurde in "unverbundener Parallelität" eine Diskussion, die für das Management des Betriebs durchaus Relevanz haben könnte, auf die Kasse übertragen, wo diese Diskussion jedoch eigentlich nur hätte philosophisch geführt werden können, da eine Senkung des Krankenstandes mit japanischen Methoden nicht zu den Aufgaben der Kassen gehört (ganz abgesehen davon, der inter internationale Vergleich von Krankenstandszahlen methodisch kaum statthaft ist).

Ein anderes Beispiel: In einem mittelgroßen Metallbaubetrieb besteht die Regelung, daß bei Krankmeldungen nach Streitigkeiten zwischen Meister und Untergebenen die Kasse sofort von diesem Vorfall informiert wird, damit sie den Betroffenen "im Auge behalten" kann. Gewöhnlich findet eine sofortige Vorladung durch den VdD statt, ähnlich wird bei Krankschreibungen nach ausgesprochener Kündigung verfahren. Auch in diesem Fall hat es mit großer Wahrscheinlichkeit keine Aufforderungen des Trägerbetriebes gegeben, so zu verfahren. Auch hier hat jedoch die Kasse eine Maßnahme durchgeführt, die nicht zu ihrem Aufgabenbereich gehört und die für die Herstellung eines Vertrauens zu den Versicherten mit Sicherheit hinderlich ist. Der Grund für diese Maßnahme war auch hier eine Kassensichtweise, die erstens von einem engen Krankheitsbegriff ausgeht und deswegen davon, daß soziale Rechte mißbraucht werden, wenn der Gebrauch sich vielleicht nicht in den engen, aber auch praktisch nicht zu definierenden Grenzen der "Berechtigung" bewegt. Zweitens beinhaltet diese Sichtweise, daß eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die ihre Unabhängigkeit zum Trägerbetrieb stets (zu Recht) für sich reklamiert, in einzelnen Bereichen alles andere als unabhängig handelt, indem sie zusätzliche Aufgaben übernimmt, die eigentlich in den Aufgabenbereich des Personalwesens des Trägerbetriebes gehörten. Es zeigt sich auch hier, daß solche Sichtweisen ein erhebliches Deformationspotential gegenüber den gesundheitlich relevanten Aufgaben der Kassen besitzen.

6. Problemgerechte Gesundheitspolitik - nur eine Frage von Gesundheit und Krankheit?

Die bisherigen Ausführungen zu den präventiven Maßnahmen und Möglichkeiten von Krankenkassen haben mehr Defizite und Fragen als positive Beispiele und Antworten zu Tage gebracht. Dabei ist auch verdeutlicht worden, daß die Defizite im präventiven Handeln nicht in erster Linie durch "falsches" Verhalten, etwa von Kassen, hervorgerufen werden, sondern daß es zahlreiche, von außen wirkende Faktoren sind, die ihrerseits das Handeln der Kassen bestimmen. Diese Faktoren wiederum sind - anders als dies vielleicht die sozialwissenschaftlichen Disziplinen erwartet hätten - auch nicht im unmittelbaren Bezugsfeld der Kassen (hier der Betriebskrankenkassen) zu sehen. Weder die Kassengröße noch die ökonomische Situation des Betriebs noch die Zusammensetzung der Kassenmitglieder oder deren Krankheitsprobleme beeinflussen auf signifikante Weise die Durchführung präventiver Maßnahmen durch die Kassen.

Vielmehr sind es einerseits gesellschaftlich gewachsene Interessenlagen und Politikformen bzw. gesundheitspolitische Sichtweisen, die eine umfassende Präventionspolitik nicht nur bei den Kassen verhindern bzw. nur gegen erhebliche Widerstände durchsetzbar machen. Insofern erscheint auch die Fragestellung nach den präventiven Maßnahmen von Kassen auf den ersten Blick falsch gestellt: Kassen wird - wie fast allen Institutionen im Gesundheitswesen auch - keine genuin-präventive Aufgabe zugewiesen, denn Prävention als Strategie gehört nicht zum Standardrepertoire herkömmlicher Gesundheitspolitik. Fast alle Aktivitäten, die mit Prävention zu tun haben oder dies es für sich beanspruchen, sind deshalb auch außerhalb des bestehenden Medizin- bzw. Gesundheitssystems und seiner Institutionen angesiedelt. Prävention stellt deshalb in allen ihren Formen die Ausnahme gesundheitsbezogenen Handelns dar. Allerdings ergibt sich aus dieser Ausnahmestellung auch eine Erklärungsmöglichkeit für die weit feststellbare Unfähigkeit des Medizinsystems, auf das durch chronische Volkskrankheiten dominierte Krankheitsspektrum so zu reagieren, wie man es traditionell erwarten würde, und wie es von diesem System selbst immer wieder behauptet wird: Medizin soll heilen, kann aber gegenüber fast allen chronischen Erkrankungen nur Linderung anbieten, selbst die Betreuungsfunktion ist ähnlich der Prävention weitgehend unterentwickelt.

Obwohl also Prävention als Ausnahme fungieren muß, stellt sie bezogen auf

die chronischen Erkrankungen die am meisten adäquate Strategie dar, um Krankheiten, die nicht zu heilen sind, an ihrer Entstehung zu hindern, sie also zu verhüten.

Aus dieser Einsicht speist sich die Fragestellung des Projektes: Wenn Prävention in ihren verschiedenen Formen die derzeit einzige gesundheitspolitische Antwort auf die Dominanz chronischer Volkskrankheiten darstellt, welche Möglichkeiten bestehen dann, sie trotz aller Widerstände zu realisieren und welche Institutionen wäre dafür geeignet?

Aber auch die Analyse der Institutionen hat eine eher defizitäre Praxis ergeben, obgleich sie ebenso zahlreiche Handlungsmöglichkeiten anbieten, die es erlauben, Prävention in einigen Bereichen als Strategie zu etablieren, ohne damit an die Grenzen von divergierenden Interessen, institutionellen Kompetenzen etc. zu stoßen.

Im folgenden sollen abschließend auf allgemeiner Ebene ökonomische, politische und institutionelle Bedingungen diskutiert werden, in deren Rahmen Prävention zu ermöglichen wäre, bzw. die sie jedoch z. Z. noch erschweren. Klärungsbedürftig ist in diesem Zusammenhang vor allem die Frage, warum fast alle präventiven Strategien einem Paradigma folgen, was den Einzelnen zum Durchführenden präventiver Maßnahmen an sich selbst macht, als die Schuld dem zuweist, der von Krankheit betroffen oder bedroht ist, obwohl doch hinreichend bekannt ist, welche Zusammenhänge zwischen der gesellschaftlichen Verursachung von Krankheiten und individueller Krankheit bestehen. Wo diese Zusammenhänge nicht bekannt sind, ist dies jedoch auch keine Frage des verfügbaren Wissens, sondern eine Frage der Ressourcen, die gesellschaftlich auf die Produktion eben solchen Wissens gelenkt werden (s.u.).

Die vorherrschende Konzentration auf den Einzelnen innerhalb nahezu aller Präventionsbemühungen und die dadurch hervorgerufene Wirkungslosigkeit der Prävention beruht auf drei hierarchisch aufgebauten gesellschaftlichen Realitäten, die sich auf den folgenden Problemebenen finden lassen:

- Dominanz der Wirtschaftlichkeit vor Erhaltung von Gesundheit in allen Bereichen und Institutionen der Gesundheitspolitik,
- daraus entstehende Individualisierung von Gesundheit und Krankheit und die Entwicklung entsprechender präventiver Strategien,
- deren Wirkungstiefe begrenzt wird durch das komplexe Verhältnis von Gesundheit und persönlicher Lebensweise.

6.1 Dominanz der Wirtschaftlichkeit vor Erhaltung der Gesundheit

Der Nachweis, daß Prävention volkswirtschaftlich gesehen Kosten spart, hat als Argument in der Gesundheitspolitik zwei wesentliche Mängel:

- Zum einen erkennen entsprechende Bemühungen, zumindest implizit die Dominanz von Wirtschaftlichkeit gegenüber der Gesundheit an, indem sie scheinbar nachzuweisen versuchen, daß die Argumente, die sich auf Wirtschaftlichkeit beziehen, nur nicht "weit genug" gedacht waren,
- zum anderen wird dieser Nachweis, jedenfalls für überschaubare Zeiträume und Politikverhältnisse, nicht zu erbringen sein; jedenfalls ist dies bisher noch nicht gelungen.

Wahrscheinlicher als ein kostenneutraler oder sogar kostensparender Effekt der Prävention ist zunächst eine Kostenerhöhung. Prävention kostet, bei ungewissem Ausgang, Geld.

Je nach Art der Prävention werden die dafür aufzuwendenden Beträge unterschiedlich hoch sein: Maßnahmen der Verhaltensprävention sind relativ billig, selbst weitentwickelte Systeme (z. B. AOK Mettmann) erfordern nicht mehr als 1 % des Beitragsaufkommens einer Kasse. Gerade die Beliebtheit, mit der Verhaltensprävention durchgeführt wird (s. o.), kann auch darauf zurückgeführt werden, daß die dafür aufzuwendenden Mittel, gemessen an anderen Ausgaben der Kassen, gering sind, so daß nur wenig Auseinandersetzungen darüber, z. B. in der Selbstverwaltung, zu erwarten sind.

Auch die große Verbreitung von Wettbewerbsmaßnahmen ist durch diesen Zusammenhang zu erklären, hier tritt jedoch noch ein weiteres ökonomisches Argument hinzu. Neben dem geringen ökonomischen Aufwand wird von diesen Maßnahmen sogar noch ein Ertrag erwartet, denn die Kassen hoffen, u. a. durch diese Maßnahmen Mitglieder zu gewinnen, die ein relativ geringes Versicherungsrisiko darstellen (z. B. Angestellte). Allein die Tatsache, daß die dafür eingesetzten Medien Themen aus dem Bereich der Gesundheit aufgreifen, ist noch kein Beleg dafür, daß solche Maßnahmen zur Aufklärung etc. beitragen würden. Ebenso wenig wird ernsthaft behauptet, daß die Werbung für ein Automobil mit großen passiven und aktiven Sicherheitsreserven die Verkehrssicherheit insgesamt erhöhen würde.

So wie die Verhaltensprävention eher dadurch befördert wird, daß sie relativ kostengünstig durchgeführt werden kann, so wird die Verhältnisprä-

vention durch die mit ihr einhergehenden erwarteten Kosten oft verhindert.

Auf betrieblicher Ebene zeigt sich dies am deutlichsten, weil hier schon zahlreiche Präventionsgebote, etwa im Arbeitsschutz, bestehen und die Durchsetzung dieser, selbst juristisch festgelegter Präventionsgebote oft an Kostengründen scheitert oder zumindest solche Gründe gegen sie angeführt werden.

Zumindest auf betrieblicher Ebene sind es allerdings nicht nur Kostenargumente im engeren Sinne, die verhältnispräventive Maßnahmen oftmals verhindern, sondern zahlreiche präventive Maßnahmen würden soweit in die unternehmerische Dispositionsfreiheit eingreifen, daß betriebliche Hierarchie- und Strukturfragen aufbrechen würden. Dies wird am Beispiel des Lohn-/Leistungsverhältnisses deutlich, dessen betriebliche Ausgestaltung oft dazu führt, daß gesundheitliche Schädigungen entstehen können (Akkord, Gruppenakkord etc.). Eine Umgestaltung würde jedoch teilweise die Umstrukturierung des gesamten Produktionsverfahrens und -prozesses bedeuten, die betriebliche Hierarchie berühren und somit hohe Kosten, eventuell auch Wettbewerbsnachteile nach sich ziehen. Diese Fakten schaffen auf betrieblicher Ebene Tatsachen, die erst gar nicht die Forderung nach Prävention entstehen lassen.

Auf seiten der Kassen tritt in diesem Zusammenhang ein anderer Faktor hinzu: Je nach der Größe des zu erwartenden betrieblichen Widerstandes gegen verhältnispräventive Maßnahmen der Kassen wird die einzelne Kasse bei deren Verfolgung mit mehr oder weniger intensiven Konflikten zu rechnen haben. Zwar bestünde auch unter Wettbewerbsgesichtspunkten ein komparativer Vorteil der Betriebskrankenkassen darin, Verhältnisprävention im Betrieb zu realisieren (oder sie wenigstens anzuregen), aber dieser Vorteil schwindet mit dem Ausmaß, in dem die Realisierung dieses Vorteils nur konfliktiv möglich wird. Zum einen steigt dadurch die Aufmerksamkeitschwelle für die Aktivitäten der Kasse und setzt sie damit unter Erfolgszwang. Falls der versprochene Erfolg nicht nachgewiesen werden kann, sinkt zumindest das Image der Kasse, welches ja gerade durch Aktivitäten auf diesem Gebiet verbessert werden sollte. Außerdem würde andere Kassenarten möglicherweise ganz bewußt die konfliktorischen Strategien einer BKK in Argumente gegen diese Kasse (oder Kassenart) verwandeln können. Alle Sonntagsreden von der Gemeinsamkeit der GKV-Kassen können darüber nicht hinwegtäuschen. Realisierbar wären verhältnispräventive Maßnahmen ohnehin nur in einem Konsensraum (s. Rosenbrock 1984). Dieser Konsens muß nicht

nur hergestellt werden zwischen den Parteien in der Selbstverwaltung, sondern auch zwischen allen gesundheitspolitischen Akteuren im Betrieb (s. o.). Es ist aus diesem ökonomischen und strukturpolitischen Grunde anzunehmen, daß das Profil von Präventionsmaßnahmen, welches in seiner ganzen Spannweite durch die Extrempole: Verhältnisprävention - Verhaltensprävention gekennzeichnet ist, sich immer an der Linie des geringsten Widerstandes orientiert, die sich zwischen diesen beiden Polen ziehen läßt.

Aber nicht nur auf seiten der Kassen und der Betriebe wirken ökonomische Faktoren, die das Präventionsprofil in Richtung Verhaltensprävention drängen. Auch auf seiten der Ärzte sind ökonomische Faktoren festzustellen, die an diesem Prozeß mitwirken. Zunächst muß banal festgestellt werden, daß niedergelassene Ärzte ein ganz genuines Interesse daran haben müssen, möglichst intensiv in Anspruch genommen zu werden. In der Debatte um eine angebliche "Ärztenschwemme" drückt sich diese Position aus, wenn alle Ärzteverbände, die sonst eher libertinen Positionen der freien Marktwirtschaft zuneigen, angesichts der Summe der zu erwartenden Neuzulassungen mehr oder minder drastische Zugangsbeschränkungen fordern. Dies wird schlicht ökonomisch begründet. Im Zusammenhang mit den verschiedenen Präventionsansätzen kommt eine dermaßen deutlich ökonomische Argumentation nicht immer zum Tragen, aber einige bekanntgewordene Beispiele lassen vermuten, daß die ökonomische Argumentation deswegen nicht weniger bedeutungsvoll ist.

Für die Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen hat Naschold (1967) dies nachgewiesen: Als z. B. die Ärzteschaft Ende der fünfziger Jahre Einkommenseinbußen und Statusbedrohungen infolge eines geplanten Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes befürchteten, wurde Vertretern der KBV von Beamten des BMAuS zu verstehen gegeben, daß, falls Einkommenseinbußen tatsächlich auftreten würden, "der präventive Hahn für die frei praktizierende Ärzteschaft weiter geöffnet würde"; "... dies wäre praktisch auf eine Einkommensgarantie hinausgelaufen", stellt Naschold (S. 229) fest. Tatsächlich wurde der "präventive Hahn" erst etwa zehn Jahre später "geöffnet", und zwar jetzt von einer sozialdemokratischen Regierung, um die Ärzteschaft für zukünftige strukturelle Reformen (die fast ausnahmslos gescheitert sind) zu gewinnen. So sind die Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, deren Wirkung heute bezweifelt wird, nicht aus gesundheitspolitischer Notwendigkeit, sondern aus politischen und wirtschaftlichen Kalkülen heraus entstanden. Aus ihrer relativen Wirkungslosigkeit, die gerade auch den Ärzten nicht unbekannt sein dürfte, wird jedoch, jedenfalls nicht von stan-

despolitischer Seite, nicht an der Erarbeitung von Alternativen oder effektiven Methoden der Vorsorge und Früherkennung gearbeitet, sondern, wie zahlreiche Veröffentlichungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung belegen, hauptsächlich an der Steigerung der Inanspruchnahme für das jetzige Angebot an Vorsorge und Früherkennung.

Ein Beispiel aus der Verhaltensprävention zeigt darüber hinaus, daß die Ärzteschaft oder zumindest ihre Vertreter sogar bereit sind, auf die Durchführung oder Verbreitung präventiver Konzepte zu verzichten, wenn es politischen Bündnisüberlegungen entgegenkommt.

Nach einem Rechtsstreit zwischen der Kassen-Zahnärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Wirtschaftsvereinigung Zucker kam es zu einem Vergleich, der u. a. folgendes Verfahren vorsah:

1. Das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf wird durch Vergleich der Parteien beendet. Die Kosten werden gegeneinander aufgehoben.
2. Die KZV-Nordrhein wird ihre Aussagen in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse der medizinischen Fachwelt machen. Soweit es Zahnerkrankungen betrifft, wird die KZV - sofern und insoweit in diesem Zusammenhang Zucker angesprochen ist - ihre Öffentlichkeitsarbeit in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse der medizinischen Fachwelt betreiben, wobei der Aspekt unzureichender Zahnpflege berücksichtigt wird.
3. Die Wirtschaftsvereinigung Zucker wird ihre Aussagen in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse der medizinischen Fachwelt machen.
4. Die Parteien kommen überein, sich mindestens einmal jährlich zu treffen, um einen Gedankenaustausch über beiderseitige Werbe- bzw. PR-Maßnahmen durchzuführen. Bei dieser Gelegenheit werden die Parteien prüfen, ob und wieweit eine gemeinsame Arbeit im Interesse der Zahngesundheit durchführbar ist. (zitiert nach Schloemer 1982)

Gegenstand dieser Vereinbarung war die Zahnprophylaxe gegen Karies; eine Zahnkrankheit, die bekanntlich vor allem durch Zucker und den Genuß von Süßigkeiten hervorgerufen wird. Die Kariesprophylaxe steht dabei auf drei Säulen: der zuckerarmen Ernährung, der richtigen Mundhygiene und der Fluoridierung. In mündlichen Vereinbarungen zur Auslegung des o. a. Vergleichs soll sich dann die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung verpflichtet haben:

- im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit alle Hinweise auf die allgemein schädigende Wirkung des Zuckers zu unterlassen,

- ihre Aufklärung auf die Zahnhygiene zu konzentrieren,
- weder den Zahnärzten, der Presse noch der Öffentlichkeit irgendwelche Mitteilungen über den mit der Wirtschaftsvereinigung Zucker abgeschlossenen Kooperationsvertrag zu machen. (zitiert nach Schloemer, S. 85)

Die Behauptung dieser Absprache blieb bislang unwidersprochen, sie kann daher als Tatsache behandelt werden.

Es scheint fast banal, an dieser Stelle noch einmal darauf hinzuweisen, daß Zahnärzte mit dieser Vereinbarung darauf verzichten, die Ursachen der Karieserkrankung - die mit zu den teuersten Erkrankungen überhaupt gehört (Henke 1984) - zu benennen und statt dessen auf kompensatorische, verhaltensbezogene Maßnahmen, bei deren Durchführung sie sich zusätzliche Einnahmen versprechen dürfen, favorisieren. Kein Wunder ist es dann auch, daß der Wirtschaftsverband Zucker selbst zu zwei Instituten, die sich eifrig um die Propagierung von Mundhygiene kümmern, engste Beziehungen unterhält und sie teilweise finanziell trägt ("Informationskreis Mundhygiene und Ernährung" sowie der "Verein für Zahnhygiene").

Aus der so entstandenen Koalition zwischen zuckerherstellender und -verarbeitender Industrie, Zahnärzten und auch der in diesem Bereich vertretenen Gewerkschaften wird ebenfalls deutlich, gegen welche Interessen, publizistische und letztlich Machtkonstellationen sich etwa die Absicht eines Verbots der Süßigkeitenwerbung in den öffentlich-rechtlichen Medien durchzusetzen hätte.

6.2 Individualisierung von Krankheitsentstehung und Gesundheitssicherung

Es wäre zu einfach, allein ökonomische Gründe als Erklärung dafür heranzuziehen, daß z. B. Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen, Umweltvergiftungen etc. als Krankheitsursachen nicht systematisch herangezogen und analysiert werden und statt dessen weitgehend der Einzelne für seine Krankheit, auf jeden Fall aber für seine Gesundheit verantwortlich gemacht wird.

Sicherlich gibt es starke ökonomische Interessen, die es zumindest erleichtern, daß eine Individualisierung von Krankheitsentstehung und Gesundheitssicherung stattfinden kann, der alleinige Grund dafür sind sie nicht. Es sollen vielmehr einige Fakten genannt werden, die sich historisch eng geknüpft an die Entwicklung der Medizin als relevant zur Erklärung dieser

Zusammenhänge herausgestellt haben.

Die Medizin hat sich an Symptomen entwickelt, die am Menschen auftreten.

Die Heilung von Symptomen war ihre vornehmste Aufgabe. Die daraus sich entwickelnde Zellulärpathologie war für sich genommen insofern ein Fortschritt als körpereigene Vorgänge jetzt ihre Erklärung fanden.

Betrachtet man heute die Orientierung der Medizin, so zeigt sich keine wesentliche Änderung. Immer noch werden nur Außenseiterpositionen von Mediziner besetzt, die etwa sozioepidemiologisch forschen und sich die Frage zum Thema gemacht haben, wie denn die im Körper ablaufenden Funktionen von außen beeinflußt sein könnten. So sinnvoll dieser Ansatz scheint, um Krankheiten wirkungsvoll vorbeugen zu können, so auswegslos scheint teilweise seine Realisierung:

- Die bereits erwähnten ökonomischen Interessen verhindern es, daß bedeutungsvolle Ressourcen in diese Art der Forschung geleitet werden. In Ländern, in denen z. B. das Medizinsystem weniger auf der Basis von Einzelabrechnungen organisiert ist, finden wir (nicht überraschend) eine wesentlich weiter entwickelte Sozialepidemiologie und sozialmedizinische Forschung vor.
- Ein nicht auf monokausale Zusammenhangsnachweise begründetes Denkmuster hat es ungleich schwerer, zu zuverlässigen Aussagen über Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit zu kommen, als die Denkmuster und Ansätze der traditionellen Medizin.
- Schließlich wären auch die Ergebnisse einer solchen Forschung nur gegen erhebliche, etablierte Widerstände und historisch gewachsene Gegebenheiten durchzusetzen. Auch deshalb, weil nahezu alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens Merkmale von Krankheitsverursachung in sich bergen und daher gesundheitsgerecht umgestaltet werden müßten.

Der letzte Punkt hat einer präventiv orientierten Gesundheitspolitik oft den Vorwurf der Anmaßung von Allkompetenz eingetragen. Selbst Schlagworte wie "Gesundheitsdiktatur" und "Krankenkassenstaat" waren nicht zu geschmacklos, um diese vermeintliche Gefahr zu etikettieren. Tatsächlich ist es jedoch nur die Aufgabe einer präventiven Gesundheitspolitik, wenigstens zu erreichen, daß in anderen Teilpolitiken die gesundheitlichen Folgen des Handelns zumindest mitberücksichtigt werden, damit frühzeitig präventive oder kompensatorische Maßnahmen ergriffen werden können.

Wenn sich aber, wie in Abschnitt 6.1 erläutert wurde, das Profil der Präven-

tionsmaßnahmen stets dorthin verschiebt, wo die geringsten Widerstände zu erwarten sind, dann werden die in diesem Abschnitt dargestellten Fakten dafür sorgen, daß sich Präventionsmaßnahmen weiter in Richtung Verhaltensprävention bewegen und das Präventionsprofil sich weiter verschiebt.

Eine Prävention, die sich auf Verhalten bezieht, folgt eigentlich nur dem traditionellen medizinischen Bild der körpereigenen Monokausalität, indem nun nicht zellulärpathologische Prozesse krankheitsverantwortlich sind, sondern körpereigenes Verhalten. Die Frage nach den Ursachen dieses Verhaltens wird selten gestellt, und wenn, dann falsch: Verhalten wird im wesentlichen als eine Funktion von Wissen, Information und verstandesmäßiger Verarbeitung interpretiert. Diese Faktoren erklären jedoch, wie die Psychologie nachweist, Verhalten und Handeln nicht hinreichend (z. B. Volpert 1979).

6.3 Prävention: Notwendig oder unwirksam?

Die Präventionspraxis der Kassen (hier der Betriebskrankenkassen) und die strukturellen Möglichkeiten, die insgesamt für alle Arten der Prävention durch Kassen bestehen, legen den Gedanken nahe, Prävention anderen Trägern als den Kassen zu überlassen. Die realisierte Form der Verhaltensprävention ist als Konzept nur von äußerst geringer gesundheitlicher Wirkung, Verhältnisprävention von Kassen politisch nicht durchsetzbar. Diese pessimistische Einschätzung scheint denen entgegenzukommen, die das Kassenhandeln insgesamt nur auf die Verwaltung von Krankheitsausgaben beschränken wollen.

Wenn aber, wie gezeigt wurde, Prävention eine gesundheitspolitische Notwendigkeit ist, und diese Einsicht auch den Kassen nicht neu ist, kann aus einer Analyse der Widersprüche, vor die die Realisierung der Prävention gestellt ist, helfen, Ansatzpunkte für gangbare Wege zu finden. Im Text wurde darauf mit konkreten Beispielen hingewiesen. Abschließend soll dies als Zusammenfassung von vier Punkten erfolgen:

1. Je stärker ausgeprägt bei Kassen eine Wettbewerbs- und Kontrollorientierung vorliegt, desto schwächer sind ihre präventiven Aktivitäten ausgeprägt. Da die menschlichen und finanziellen Ressourcen von Kassen begrenzt sind, fließen die wettbewerbs- und kontrollorientierten Kassen in entsprechende Maßnahmentearten. Eine Orientierung auf Wettbewerb und Kontrolle ist gesundheitspolitisch nicht begründbar. Sie ließe sich

tendenziell aufheben durch zusätzliche Qualifikation von Kassengeschäftsführern und Selbstverwaltern, indem neben allen Fähigkeiten zur Kassenverwaltung auch die Fähigkeit erworben wird, diese Verwaltung in ihren gesundheitspolitischen Umfeldern und -inhalten zu realisieren. Damit ist eine sinnvolle präventive Praxis der Kassen noch nicht garantiert. Aber je stärker insgesamt eine präventive Orientierung vorliegt, desto eher werden sinnvolle Präventionsmaßnahmen sich ihren Weg durch die zahlreichen Hemmnisse suchen können.

2. Wenn bereits präventive Maßnahmen durchgeführt werden, lassen sich diese in der Mehrzahl der Fälle auf eine Sichtweise zurückführen, in der Krankheitsverursachung und Gesundheitssicherung als individuelles Problem behandelt werden. Es überwiegen demnach Maßnahmen der Verhaltensprävention. Diese sind, und auch das zeigt die langjährige Praxis mit solchen Maßnahmen, bedingt durch ihre unrealistische Konzeption oft wirkungslos. Aber selbst diese Tatsache spricht nicht prinzipiell gegen die Durchführung solcher Maßnahmen, wenn
 - die Grenzen von Gesundheitsaufklärung und -erziehung bewußt gemacht werden,
 - wenn mit den für diese Maßnahmen vorhandenen Instrumentarien versucht wird, vom individuellen Vermeidungshandeln zum sozialen Gestaltungshandeln zu gelangen,
 - wenn diese Maßnahmen präzise auf Gesundheitsprobleme und die Adressaten zugeschnitten werden.

Verhaltenspräventive Maßnahmen signalisieren Aktivitäten von Kassen, die grundsätzlich auch für Ansätze zur Verhältnisprävention nutzbar zu machen wären.

3. Die Einschätzung der Erfolgsmöglichkeiten von verhältnispräventiven Maßnahmen in der Arbeitswelt ist sicherlich in den Kassen selbst realistischer, als es außerhalb der Kassen vielfach geäußert wird. Die unbedingte Bindung solcher Maßnahmen an konsensuales Handeln aller Akteure beschränkt hier die Möglichkeiten ebenso wie die formale Nichtzuständigkeit der Kassen auf diesem Gebiet und ihre daraus erwachsene Unmöglichkeit, selbst solche Maßnahmen durchzuführen. Diese Einschätzung soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß Kassen mit ihren eigenen Mitteln die Voraussetzungen für eine solche problemorientierte betriebliche Prävention schaffen können, indem sie Daten über den Zusammenhang von Arbeit und Gesund-

heit im Betrieb herstellen. Die damit verbundenen Gefahren des Mißbrauchs sind offensichtlich, lassen sich aber, wie einzelne Beispiele zeigen, auf der Verfahrensebene regeln.

4. Prävention gehört in allen ihren Formen zu den wenigen Leistungen im Gesundheitswesen, die nur gering verregelt sind. Daraus Handlungsgrenzen zu folgern, wäre gesundheitspolitisch wenig vernünftig. Vielmehr bietet gerade die geringe Verregelung Chancen, durch das Schaffen von Fakten erstens einen Verregelungsbedarf zu schaffen und zweitens die Art der Verregelung so zu beeinflussen, daß Prävention zukünftig zum institutionalisierten Bestandteil einer aktiven Kassenpolitik gehören kann. Es zeigt sich nämlich, daß zahlreiche Kassenleistungen erst dann zum "offiziellen", also verregelten Gegenstand von Kassenhandeln geworden sind, nachdem sie vorher auf freiwilliger Basis, ebenfalls gegen zahlreiche Widerstände durchgesetzt werden mußten.

Literaturliste

- Abholz, H. H. (1982), Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen. Vortragsserie des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie beim Institut für höhere Studien Wien
- Abholz, H. H. (1983), Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung, in: Argument-Sonderband 102, Berlin
- Abholz, H. H. (1985), Vorsorge und Früherkennung als Prävention, in: Rosenbrock, Hauß (Hg.): Gesetzliche Krankenversicherung und Prävention, Berlin (i. E.)
- BAU (1980), Arbeitsschutzsystem (Bd 1-5), Hg. Bundesanstalt für Arbeitssicherheit und Unfallforschung, Bremerhaven
- BMFT (1983), Krebsfrüherkennung, Bonn
- Büchtemann, Chr. (1984), Gesundheitliche Beeinträchtigung von Arbeitslosigkeit, in: G. Elsner (Hg.) Was uns kaputt macht, Hamburg
- Bürkardt, D., H. Schneider, W. Schröder (1983), Versicherte mit hohem gesundheitlichem Risiko nach Betriebszugehörigkeit, IGES-Papier G 153, Berlin
- Brinkmann, Ch. (1984), Gesundheitliche Probleme in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit, in: G. Elsner (Hg.), a.a.O
- v. Eimeren, W. (1981), Die Verwendbarkeit von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Untersuchung gesundheitlicher Versorgungsprobleme verschiedener Bevölkerungsgruppen, in: Hauß, Naschold, Rosenbrock (wiss. Bearb.), Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Hg. BMAuS, Bonn
- v. Ferber, Chr. (1985), Kassen und Prävention: Handlungsmöglichkeiten und Chancen, in: Rosenbrock, Hauß (Hg.) a.a.O.
- Freese, M. u.a. (1978), Industrielle Psychopathologie, Bern, Stuttgart, Wien
- Freidson, E. (1975), Dominanz der Experten, München, Berlin, Wien
- Georg, A., R. Stuppardt, E. Zoike (1982), Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen. Bd. 2, Essen
- Göckenjan, G. (1984), Medizin und Ärzte als Faktoren sozialer Disziplinierung der Unterschicht, IIVG/pre84-207, Berlin
- Greiser, E. (1980), Möglichkeiten und Probleme von multifaktoriellen Interventionsstudien im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in: Der Internist, Jg. 21
- Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (1981), Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: Hauß, Naschold, Rosenbrock (wiss. Bearb.), a.a.O.
- Hauß, F. u. a. (1983), Krankenstand zwischen Unternehmerpolitik und Gesundheitsinteresse, Gutachten f. d. Hans-Böckler-Stiftung, Graue Reihe Nr. 6, Berlin

- Hauß, F. (1983), Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb, Frankfurt, New York
- Henke, K.-D. (1984), Sparen am falschen Ende, in: Die Zeit v. 27.4.1984
- v. Henniges, H. (1981), Arbeitsplätze mit belastenden Anforderungen, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Heft 4
- Heyden, S. (1975), Risikofaktoren für das Herz, Mannheim
- Karmaus, W. (1981), Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten, in: Argument-Sonderband 64, Berlin
- Kaupen-Haas, M. (1976), Gesundheitsverhalten und Krankheitsverhalten aus historischer Sicht - Zwei Strategien zur Gesundheitssicherung, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 1, Berlin
- Kronlund, J. (1976), Power Relations, Behavior Control Systems and Safety in Industry, Stockholm
- Kühn, H. (1980), Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Kögistein
- Kühn, H. (1982), Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Frankfurt, New York
- Kühn, H. (1985), Soziale Sicherheit und "angebotsorientierte Wirtschaftspolitik", in: WSI-Mitteilungen, Heft 2, Düsseldorf
- Machtan, L. (1985), Risikoversicherung ohne arbeitsweltbezogene Sozialpolitik. Eine historische Weichenstellung, in: Rosenbrock, Hauß (Hg.), a.a.O.
- McKeown, Th. (1979), The Role of Medicine - Dream, Mirage or Nemesis?, Oxford
- Mirtsching, S. (1984), Rechtliche Problem bei der Anwendung von Personaldaten in Inforamtionssystemen, Gutachten im Auftrag des IIVG/AP, Berlin
- Müller, R. (1980), Nikotin-Alkohol- und Medikamentenkonsum am Arbeitsplatz, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 6, Berlin
- Müller, R. u. a. (1983), Langzeitarbeitsunfähigkeit, Teilbericht im Forschungsvorhaben "Verlauf und Verteilung von Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen", Bonn
- Naschold, F. (1967), Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg
- Neuhaus, R. u. a. (1985), Soziale Lage und medizinische Behandlung - Analyse ausgewählter Leistungsindikatoren auf der Basis von Routinedaten der GKV, IGES-Papier 85-4, Berlin
- Oppen, M. u. a. (1984), Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung - Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich, München
- PROSA (1980), Projekt Schichtarbeit Berlin
- Ritter-Röhr, M. (1975), Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft, Frankfurt/M.

- Rosenbrock, R. (1982), Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt, New York
- Rosenbrock, R. (1983), Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen unter Anpassungsdruck - Zwischen Untergang und Marktkonformität, IIVG/pre83-212, Berlin
- Rosenbrock, R. (1984), Gesetzliche Krankenversicherung im betrieblichen Spannungsfeld: Handlungsräume, Interessenkonstellationen, Politiktypen, in: Betriebskrankenkassen und Prävention, Projektbericht, Berlin
- Schloemer, R. (1982), Der Zahnarzt auf der Milka-Kuh - Zuckerindustrie und Zahnschäden, in: Das Argument, Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 8, Berlin
- Schmädel, D. (1981), Sozialpsychologische Faktoren des Inanspruchnehmerverhaltens im Gesundheitswesen, in: Hauß, Naschold, Rosenbrock (wiss. Bearbeitung), a.a.O.
- Sigrist, H. (1980), Expertise zur Durchführung von "Motivationsstudien zur Gesundheitserhaltung, Marburg
- Smigielski, E. (1983), Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs zwischen den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 10
- Tennstedt, F. (1983), Vom Proleten zum Industriearbeiter, Köln
- Thiele, W. (1981), Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Hauß, Naschold, Rosenbrock, (wiss. Bearb.), a.a.O.
- Volkholz, V. u.a. (1983), Die Kosten der Arbeitsunfähigkeit, Dortmund
- Volpert, W. (1979), Der Zusammenhang von Arbeit und Persönlichkeit aus handlungstheoretischer Sicht, in: P. Großkurth (Hg.), Arbeit und Persönlichkeit, Reinbek bei Hamburg