

Rainer Müller (1990) Vortrag: Gesundheitsförderung - Grenzen und Möglichkeiten der Prävention, Vertreterversammlung der Innungskrankenkasse Wuppertal, 07.06.1990

1. Einleitung

Prävention als gesellschaftliche Aufgabe Industrialisierung und ökologische Krise. Gefährdung von Natur und Mensch als Teil der Natur.

Wer sich mit Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung hier kurz Prävention genannt, als gesellschaftlicher Problemstellung auseinandersetzt, muß sich mit der Geschichte der Industrialisierung und den Risiken, Gefährdungen sowie Schädigungen und den gesellschaftlichen bzw. staatlichen Umgangsweisen mit dieser industriellen Pathologie bzw. Pathogenität beschäftigen.

Ulrich Beck spricht in seinem bekannten Buch "Risikogesellschaft" davon, daß Reichtumsproduktion und Risikoproduktion in dieser Industriegesellschaft miteinander verwoben sind. Während im vorigen Jahrhundert und in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts die Risiken bzw. Natur- und Gesundheitsschäden noch mehr oder weniger lokal bzw. gruppenspezifisch begrenzt waren, so haben heute die Risiken ein globales Ausmaß erreicht und treffen im Prinzip alle, gleich welcher sozialen Schicht. (Beck 1986, S. 17)

Der Glaube an den Fortschritt in der Zuständigkeit von Wirtschaft, Wissenschaft und Technologie ist ins Wanken geraten. Technologischer Fortschritt war bislang mit sozialem Fortschritt gleichgesetzt worden. Es stellt sich die Frage, ob Politik, ob demokratische Willensbildungsprozesse noch einen Einfluß auf die technologische und damit soziale Entwicklung haben. Ohne Zweifel wächst die Einsicht, daß die positive Gestaltung von Technik in Arbeits- und Lebenswelten nach menschengerechten, sozial- und umweltverträglichen Kriterien unbedingt notwendig ist.

Unter dem Motto "Global denken und lokal handeln" hat sich eben auch die gesetzliche Krankenversicherung erst Recht mit den Verpflichtungen des Gesundheitsreformgesetzes zu fragen, was kann präventives, gesundheitsförderliches Denken und Handeln, innerhalb des eigenen Aktionsfeldes bedeuten bzw. konkret sein?

Ausgangspunkt der Überlegungen müssen meiner Meinung nach hierbei die Problemlagen der Risiken, der Gefährdungen und der Gesundheitsschädigungen sein.

2. Risiken gegenüber dem Leben

2.1 Risiken der Umwelt

Das Öko-Institut (Öko-Almanach 1984, S. 66) versucht eine Klassifikation der Umweltbelastungen und -zerstörung (siehe Kopfleiste) zu formulieren. Es wird unterschieden zwischen akuten Ereignissen, z. B. dem Auftreten von Smog in einer Stadt, schleichender Umweltzerstörung wie z. B. Anreicherung von Schwermetallen in der Nahrungsketten, schnellem Ressourcenverbrauch von z. B. Wasser und Aufbau von Risikopotentialen in Techniksystemen wie z. B. Autoverkehr.

2.2 Arbeitsbelastungen

Die Ergebnisse einer Repräsentativbefragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zusammen mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung von 1979 und 1985 verschaffen einen Einblick, mit welchen Arbeitsbelastungen deutsche Erwerbstätige in der Bundesrepublik heute zu tun haben.

Es kann hier nur um grobe Hinweise gehen. Die aufgeführten Belastungen haben im Sinne der Streßforschung eine gesundheitsschädliche spezifische bzw. unspezifische Potenz.

25 %, das sind 5 Mill. Erwerbstätige, klagen über häufigen Lärm oder sie haben praktisch immer Lasten von 20 kg und mehr zu tragen. 44 % (etwa 10 Mill.) sind unter starkem Zeit- bzw. Leistungsdruck tätig.

3. Morbidität und Mortalität

3.1 Unfälle im Verkehr und Beruf

Nachfolgend soll am Beispiel des Unfalls das Ausmaß von Gesundheitsrisiken veranschaulicht werden. Dieses Beispiel steht für Gefährdungen, zu denen praktisches Wissen über präventives technisches und organisatorisches Handeln vorliegt.

1987 starben 7 967 Menschen im Verkehr. Von 1953 bis heute starben in der Bundesrepublik ca. 500 000 Menschen, etwa die Einwohner einer Großstadt wie Bremen, durch das Verkehrssystem Auto. Die Zahl der schwerverletzten Personen, mit z. T. schwerwiegenden Gesundheitsproblemen für den weiteren Lebenslauf, betrug in den letzten 10 Jahren etwa 1,7 Mill. - etwa die Einwohnerzahl von Hamburg. Kein technisches System hat bislang, abgesehen von Kriegstechnik, so viele Opfer gefordert. 1988 wurden 1,7 Mill. Berufsunfälle (Arbeits- und Wegeunfälle) angezeigt. Es starben 2 360 Arbeitnehmer (755 Wegeunfälle) während ihrer Berufstätigkeit (Statistisches Bundesamt).

3.2 Frühverrentung und vorzeitiger Tod

Dieser Komplex massenhafter chronischer Erkrankungen soll darauf aufmerksam machen, daß Prävention - hier einschließlich Rehabilitation -

1. auf Lebenslagen und soziale Gruppen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko gerichtet sein muß und
2. Präventionscharakter auf den Zeitcharakter von Lebenslauf, also auf den zeitlichen Prozeß von Biographie und Erkrankung abgestellt sein muß.

Eine Frühverrentungstafel (methodisch analog der Sterbetafel) gibt Auskunft darüber, wie hoch das statistische Risiko eines z.B. 15jährigen Berufsanfängers 1983 war, vor

Vollendung des 60. Lebensjahres wegen chronischer medizinisch nicht heilbarer Erkrankung frühverrentet zu werden.

Bei den Arbeitern (ArV) lag das Risiko bei 37 % und bei den Angestellten lediglich bei 19,5 %. Das durchschnittliche Rentenzugangsalter betrug bei Arbeitern 53,1 und bei Angestellten 54,5 Jahre. Der Anteil am gesamten Rentenzugang lag 1987 für Frührenten bei den Arbeitern bei 47,8 %.

In einer Sonderauswertung des Jahrgangs 1920 bei der Bundesanstalt für Angestellte versicherte Männer wurde das Frühverrentungsrisiko ermittelt. Über den Zeitraum von 1977 bis 1985 wurde dieser Personenkreis beobachtet und gefragt, ob sie wegen Tod, Frühinvalidität (BU/EU-Rente) oder wegen krankheitsbedingter Altersrente aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Nur 40 % erhielten eine ausschließlich wartezeitbedingte Altersrente. Unter diesen waren sicher auch nicht wenige, die zwar chronisch krank, jedoch wegen noch nicht genügender Wartezeit in die normale Altersrente gingen. Derartige Verlaufsuntersuchungen liegen für Arbeiter nicht vor. Man muß davon ausgehen, daß die Zahlen über chronische Leiden und vorzeitigem Tod bei Arbeitern noch ungünstiger sind.

Eine kürzere Lebenserwartung haben Frührentner gegenüber den Gleichaltrigen in der Gesamtbevölkerung. Ein 50jähriger frühverrenteter Mann (Arbeiter und Angestellte sind zusammengefaßt) hat um eine 8 Jahre verkürztere fernere Lebenserwartung, d. h. er stirbt 8 Jahre eher als der Durchschnitt aller gleichaltrigen Männer.

Das Risiko der Frühinvalidität und des vorzeitigen Todes hängt eindeutig von der sozialen Schicht ab. So ist die Wahrscheinlichkeit eines 65jährigen, vor Vollendung des 66 Lebensjahres zu sterben, bei den Rentnern der Arbeiterrentenversicherung rund 30 % höher als bei den entsprechenden Rentnern der Angestelltenversicherung. Dieses Verhältnis setzt sich durch die weiteren Jahrgangsguppen gleichermaßen fort (Wasilewski 1983, 1984; Behrens, Voges 1990).

4. Modellvorstellungen über Erkrankung bzw. Krankheit

Im folgenden Abschnitt möchte ich auf Vorstellungen, Modelle über Erkrankungen, Krankheit und auf Gesundheit eingehen. Da ohne Begrifflichkeit also Modellvorstellungen es kein Erkennen von Wirklichkeit und Gestaltungsmöglichkeiten gibt, will ich auf die Reichweiten und Grenzen der Vorstellungen der Medizinsoziologie (Sozialmedizin) und das biomedizinische Modell von Krankheit eingehen. Eine solche theoretische Vergewisserung hat große praktische Bedeutung, eben auch für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung.

4.1 Medizinsoziologisches Konzept

Umwelt- bzw. arbeitsbedingte Erkrankungen sind das Ergebnis akuter oder chronischer Prozesse, in denen einwirkende Modellvorstellungen über umwelt- bzw. arbeitsbedingte Erkrankungen-Arbeits- bzw. Umweltbelastungen (als Risiken zu bezeichnen) die körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten des Betroffenen,

sich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen, derartig strapazieren, daß die Person die Anforderung nicht mehr bewältigen kann. Die Fähigkeit, Anforderungen bzw. belastende Einflüsse zu bewältigen, ist abhängig sowohl von der Person (z. B. biologische Immunlage, berufliche Qualifikation) als auch von dem sozialen Netz (wie z. B. Familie, Einkommen, Kollegen, Arbeitsschutz, Leistungen der Sozialversicherungen).

Die nachfolgend beschriebene Grundstruktur zum Wechselverhältnis von Umwelt und Individuum bildet modellhaft die Möglichkeiten von Verursachung und Entwicklung von Krankheit ab. Es lassen sich hieraus ebenso Konzepte über die Aufrechterhaltung von Gesundheit gewinnen. Somit werden auch die personellen und strukturellen Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung aufgezeigt.

Auf drei Aspekte ist aufmerksam zu machen:

1. Es wird zwischen krankheitsbegünstigenden Einflüssen (Risiko, Belastungen, Noxen) und krankheitshemmenden Ressourcen unterschieden. Sie können sowohl in der Person, als auch in der Umwelt liegen (z. B. Qualität der Arbeit, Zugang zur sozialen Hilfeleistung, Giftstoffe in den Nahrungsmitteln)
2. Die Einflüsse können direkt oder indirekt über Verhalten und Handeln z. B. Rauchen, Konfliktleugnen bzw. Konfliktaustragung, berufliche Überarbeitung wirken. Gerade die Betonung des Handlungsaspektes in der Vermittlung von Umwelt und Individuum eröffnet im Verständnis von arbeits-, umweltbedingten Erkrankungen und ihrer präventiven Bekämpfung grundlegende wichtige Erkenntnisse. Umwelt - eben auch die Erwerbsarbeit - wird als gestaltbar begriffen, so daß sie gesundheits- bzw. menschengerecht eingerichtet werden kann. Arbeitnehmer bzw. Bürger werden nicht nur als Opfer von schädlichen Einflüssen angesehen, sondern als handelnde Subjekte akzeptiert. Ihre Kompetenzen sollten bei der Wahrnehmung und Bewältigung von Arbeits- und Umweltbelastungen sowie der Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen also unbedingt einbezogen werden.
3. Es muß zwischen spezifischen Belastungen in der Umwelt und am Arbeitsplatz (z. B. Erregern wie Hepatitisviren, gefährliche Arbeitsstoffe, wie Lösemittel und Lärm usw.) sowie zwischen unspezifischen Einwirkungen z. B. Zugehörigkeit zur sozialen Schicht, Betriebsklima, Niveau der Lebensqualität, Rangordnung in der Betriebshierarchie, Maß an sozialer Kontrolle über die eigene Lebens- und Arbeitssituation, rechtliche Normen, soziale Sicherungssysteme) unterschieden werden. Selbst bei der Reaktion des Menschen auf Reize muß eine Unspezifität beachtet werden. Hierauf macht insbesondere das in der Streßforschung beschriebene Anpassungssyndrom aufmerksam (Nitsch 1981).

4.2. Naturwissenschaftliches Konzept der Umwelt- und Arbeitsmedizin

In der Umwelt- bzw. Arbeitsmedizin bleibt die wechselseitige Umwelt-Individuum-Beziehung auf eine einseitige Einwirkung eines Belastungsfaktors (z. B. Blei) als Reiz oder Dosis bezeichnet, auf einen organismischen Teil, wie z. B. Blutbildungssystem, als Beanspruchung, Wirkung, Reaktion definiert, beschränkt. Dieses Belastungs-, Beanspruchungs- bzw. Reiz-Reaktions- oder Dosis-Wirkungs-Modell hat seine Berechtigung nur für monokausale Ursachen bzw. Wirkungszusammenhänge, wie man sie im Laborexperiment untersuchen und messen kann. Das Modell versagt im Anspruch naturwissenschaftlichen Messens bei multifaktoriellen und lang-jährigen Prozessen wie der Entwicklung einer chronischen Erkrankung (Milles, Müller 1985).

4.3. Biomedizinisches Krankheitskonzept

Das gegenwärtige vorherrschende biomedizinische Krankheitsmodell in der ambulanten und stationären Medizin hat als klinisches Konzept, abgesehen von dem genannten Reiz-(Agens) Reaktions-Modell kaum eine theoretische wie praktische Vorstellung über die Umwelt-Individuum-Beziehung entwickelt. Das Modell beruht auf der klassischen Zellulärpathologie und seiner heutigen modernen Ausformulierung durch die Molekularpathologie. Die Medizin verlagert durch die technischen und chemischen Möglichkeiten ihre Analysen und Handlungsebenen, insbesondere bei der Diagnostik, immer weiter in den Mikrobereich. (Genetik gleich Molekularbiologie) Bei der Therapie steht die chemische Intervention mittels Arzneimitteln im Vordergrund. Die verkürzende Perspektive dieses Modells bezieht sich nicht nur auf das biochemisch greifbare, sondern tendenziell auch auf die letzten Glieder einer Kausalkette im Erkrankungsprozeß. Diese Endpunktmedizin beschäftigt sich mit der letzten Phase in der Entstehungsgeschichte (Krankengeschichte/Krankheitsgeschichte) chronischer Erkrankungsprozesse.

Von weiterer Bedeutung für die Charakterisierung dieses Modells ist die Spezifitätsthese, d. h. jede Krankheit hat in dieser Auffassung eine spezifische Ursache im Körper. Damit verbunden wird die Annahme, daß die Krankheit in einem Defekt eines bestimmten Teilsystems des Körpers beruht.

Ein zentrales Defizit des biomedizinischen Krankheitsbegriffs in Theorie und Praxis liegt nicht nur in der Ausgrenzung der sozialen und materiellen Umwelt des Individuums, sondern auch in seiner Ausblendung des Psychischen bzw. des Emotionalen oder der Sinnwelt der Person. Die psychophysische Einheit der Person wird gespalten in einen somatischen, d. h. körperlichen und einen psychischen Teil. Als das eigentlich wichtige in dieser Medizin wird nur der Körper angesehen. Er unterliegt in dieser Vorstellung in seinen Teilsystemen einem naturwissenschaftlich beschreibbaren Determinismus.

In der Risikofaktorenmedizin, nach der soziales Verhalten wie Rauchen, Fehlernährung und Bewegungsmangel zu pathologischen Parametern von Organfunktion wie z. B. Bluthochdruck oder erhöhter Cholesterol-Spiegel im Blut führt und dies wiederum Vorstadien zu manifester Krankheit sind, wurde das biomedizinische Krankheitsmodell in verkürzender und oberflächlicher Weise mit Einzelaspekten sozialen Han-

delns statistisch korreliert.

Die Risikofaktorenmedizin hat kein konsistentes und plausibles Konzept über den Zusammenhang von Verhalten und Verhältnissen, von Individuum und Umwelt entfaltet. Auf diesem Risikofaktorenmodell aufbauende Präventionskampagnen erhalten eine eigenartige Mischung von moralisierender Pädagogik mit Zuschreibungen, man sei für seine Krankheit selbst schuldig, und medizinischer medikamentöser Intervention.

Die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Prävention von Krankheit bzw. chronischen Erkrankungsprozessen hängt also ganz entscheidend davon ab, welches Verständnis, welches Modell bzw. Konzept man als Person (Arzt, Patient) oder auch als Institution (Krankenkasse) von Krankheit, vom Wechselverhältnis der Krankengeschichte mit der Krankheitsgeschichte hat. Die Sichtweise auf diesen Punkt ist ganz entscheidend für das institutionelle bzw. personelle Handeln im Problemfeld Prävention und eben auch Krankenversorgung.

Wenn Krankheit nur etwas Körperliches ist, dann wird in den Körper interveniert. Vollzieht sich Krankheit in dieser Vorstellung nur in der biomedizinischen Struktur, so wird eben auch nur biochemisch-technisch eingegriffen. Hält man jedoch das Krankheitskonzept der sozio-psychosomatischen Medizin, der Streßtheorie und der Sozialepidemiologie für plausibel und auf dem fortschrittlichsten Stand, dann wird man daraus auch entsprechende Schlußfolgerungen für eine adäquate Gesundheitspolitik ziehen.

5. Was hält eigentlich gesund?

An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, daß ich bisher nur über Krankheit/Erkrankung und nicht über Gesundheit gesprochen habe. Die Frage, was eigentlich die Bedingungen zur Gesunderhaltung sind, wurde bisher in der Wissenschaft sträflich vernachlässigt. Eine Gesundheitswissenschaft mit interdisziplinärem Anspruch muß seine Institutionalisierung noch erhalten, um sich dieser Frage intensiver widmen zu können. Soviel ist allerdings jetzt schon zu sagen, daß die Medizin mit seinem dominanten, biomedizinischen Krankheitsmodell zur Salutogenese (zur Frage der Gesunderhaltung) kaum etwas sagen kann. Ihr Feld bleibt die Pathogenese, allerdings auch nur in der Verkürzung, wie sie oben angesprochen wurde.

Für die theoretische Entfaltung eines Gesundheitsbegriffs und die praktische Gestaltung einer Gesundheitsförderungs politik wird der schon angesprochene Komplex der individuellen und gesellschaftlichen Ressource zentral. Die Weltgesundheitsorganisation hat hierzu programmatische Erklärungen veröffentlicht.

1978 wurde in Alma Ata die Erklärung zu "primary health care" veröffentlicht. Sie basiert auf vier Grundprinzipien:

1. Zwischen Gesundheitsbedürfnissen, die damit verbundenen Aufgaben und den einzelnen Betreuungsfunktionen innerhalb der Gesundheitsversorgung muß eine enge Beziehung bestehen.

2. Die Gemeinschaft muß an der Gesundheitssicherung beteiligt werden.
3. Die Gesundheitssicherung muß so wirksam und effizient wie möglich erbracht werden.
4. primary health care ist kein isolierter, eigenständiger Ansatz zu Gesundheitssicherung, sondern der "bürgernäheste" in der Gemeinde verankerte Teil eines integrierten und umfassenden Gesundheitssicherungssystems. (Labisch 1982, 1984)

1980 publizierte das Europäische Regionalkomitee der WHO die Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000". In diesem Dokument werden sechs Schwerpunkte angesprochen und 38 Einzelziele formuliert.

1. Abbau der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod,
2. Vermittlung eines positiven Gesundheitsbegriffs, Betonung der Förderung von Gesundheit und Verhütung von Krankheit,
3. Aktive Beteiligung einer gut informierten und motivierten Bevölkerung,
4. Koordiniertes Handeln sämtlicher Sektoren in Staat und Gesellschaft,
5. Aufbau einer primären Gesundheitsversorgung (primary health care),
6. Internationale Zusammenarbeit, um z. B. die ökologischen Krisen zu meistern. (WHO 1980)

1986 wurde in Ottawa die Charta für Gesundheitsförderung verabschiedet. Die Prinzipien der Gesundheitsförderung werden in drei Begriffen zusammengefaßt: Befähigung zu Gesundheit (enabling), Vertretung von Interessen der Gesundheit (advocating) und Vermittlung im Sinne der Gesundheit (mediating). In einer koordinierten Strategie sollen diese Prinzipien in untereinander verknüpften Handlungsfeldern umgesetzt werden. Dabei werden folgende Ziele angestrebt: Gesunde öffentliche Politik (healthy public policy), verstärktes gemeinsames soziales Handeln, Schaffung unterstützender Umwelt (social support), Entwicklung persönlicher Fähigkeiten, Reorganisation der Gesundheitsdienste. (Milz 1989, S. 39)

6. Strategien der Prävention

Der Präventionsbegriff wird stark durch medizinisches Denken bestimmt. Wie bereits gesagt, hat die Medizin nur ein begrenztes Verständnis des Individuum-Umwelt-Verhältnisses entwickelt. In diesem verkürzten Modell kommt das Individuum als handelnde Person, die sich aktiv mit seiner Umwelt, daß heißt den Anforderungen einschließlich der Risiken auseinandersetzt, nicht systematisch vor. Vorherrschend bleibt weiterhin das Modell von Reiz und Reaktion, von Belastungen und Beanspruchungen. Reize bzw. Belastungen wirken aus der Umwelt kommend (gleich Exposition) auf das Individuum ein. Die Reaktion im Individuum wird Beanspruchung genannt

und hängt von der jeweiligen individuellen Disposition ab.

6.1 Exposition und Disposition

Die verschiedenen Strategien zur Prävention lassen sich nun danach charakterisieren, ob sie eher an der Exposition oder an der Disposition von Personen ansetzen.

Auch bei der Exposition bzw. Disposition wird zwischen spezifischen und unspezifischen Einflüssen unterschieden. Spezifische Exposition meint z. B. das Ausgesetztsein gegenüber Lösemitteln oder Asbest am Arbeitsplatz. Unspezifische Exposition bezieht sich z. B. auf die allgemeine Lebensqualität oder die hygienischen Lebens- und Arbeitsverhältnisse. Der Begriff spezifische Disposition wird mittlerweile gänzlich von der Genetik bestimmt.

6.1. Das verkürzende Verständnis von Disposition und Exposition in der Humangenetik

Eindimensional konsequent wird die Sichtweise der spezifischen Disposition des Individuums in der Öko- und Pharmakogenetik vertreten. Es sei gleich an dieser Stelle kritisch angemerkt, um keine Mißverständnisse aufkommen zu lassen, daß, sollte dieses eindimensionale, einbahnmäßige und verkürzende Konzept eine gesundheits- und sozialpolitische Relevanz bekommen, dann wird dies massive Auswirkungen auf unseren gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit, Behinderung und unserer Vorstellung über den Wert des Lebens haben. Sollten sich diese Sichtweisen durchsetzen, dann wird der stille oder auch unmittelbare Zwang zur genetischen Prävention Tür und Tor geöffnet.

Ich will an dieser Stelle nur Stichworte nennen, da die Kürze der Zeit nicht reicht, um die gesamte Problematik in Breite und Tiefe behandeln zu können: Genomanalyse von Arbeitnehmern auf Selektion nach Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Gefahrstoffen (Schell-Langsam-Azetylier bei z. B. Risiko von Blasenkrebserkrankungen) oder Auslese nach Schichtarbeitsresistenz (rhythmische Produktion des Melatonin, beeinflußt den Circadianen-Rhythmus (Zeithormon), präkonzeptionelle und pränatale Diagnostik, Gentherapie bis hin zur Keimbahntherapie.

Die Ökogenetik beschäftigt sich also mit den unterschiedlich genetisch bedingten Reaktionsweisen des menschlichen Organismus auf physikalische, chemische und biologische Umweltfaktoren. Sie behauptet sogar, selbst psychologische und soziale Umweltfaktoren einbeziehen zu können. Die Reaktionsweisen variieren zwischen Individuum, Bevölkerungsgruppen und ethnischen Gruppen (5, Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages 1987, S. 158). Die zentrale Hypothese der Ökogenetik lautet, das interne biochemische Milieu - also die Gene und die dadurch induzierten Stoffwechselprodukte - eines Organismus bestimmen die Antwort auf einen einwirkenden Umweltfaktor.

Biochemisch bzw. molekulargenetisch diskutiert, kann man gegen diese Eindimensionalität einwenden, daß es für die Diagnose von komplexen menschlichen Eigen-

schaften, die durch das Zusammenwirken einer Vielzahl von Genen und Umweltfaktoren bestimmt werden, bis heute noch keinen ausreichenden methodischen Ansatz gibt. "Es ist auch fraglich, ob dies prinzipiell jemals möglich sein wird." (Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages 1987, S. 147)

Es geht nämlich um polygen, d. h. durch viele verschiedene Gene und Netzwerke innerhalb der Zell- und Organismussysteme bedingte Vorgänge; also um hochkomplexe und dynamische Prozesse, deren Struktur nur im Ansatz bisher verstanden wird.

6.2 Unspezifische Expositions- und Dispositionsprophylaxe - Strukturelle Prävention

Die Präventionserfolge im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts gegenüber den Infektionskrankheiten gehen im wesentlichen auf die hygienische Verbesserung der unspezifischen Exposition am Arbeits- und Wohnort, sowie auf die unspezifische Dispositionsstärkung durch ausreichende und bessere Ernährung sowie Erholung zurück (Mc Keown 1982). Es waren eben nicht Erkenntnisse der Bakteriologie, die zu gezielten präventiv-medizinischen Praktiken geführt haben, wie fälschlicherweise immernoch behauptet wird, sondern strukturelle Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen.

Mit der Industrialisierung und Verstädterung im vorigen Jahrhundert traten vielfältige Gesundheitsprobleme auf. In Deutschland ist die Entwicklung von präventivmedizinischen Konzepten mit der Gesundheitsreformbewegung von 1848 verbunden (Neumann, Virchow, Leubuscher). Eine zentrale präventivmedizinische Aufgabenstellung richtet sich auf die Bekämpfung von Seuchen. Die Assanierung d. h. die hygienische Verbesserung der städtischen Lebensbedingungen und hier insbesondere die Versorgung mit Frischwasser und die Entsorgung des Abwassers, hat wesentlich zur Senkung der Morbidität und Mortalität beigetragen. Dieser Typ der strukturellen Prävention, der also auf die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsqualität aller Bewohner und in allen Regionen abhub, muß historisch als die erfolgreichste Präventionsstrategie generell angesehen werden. Präventionspolitik meint in diesem Verständnis Lebenslagenpolitik, also Gesundheitspolitik in allen relevanten Teilbereichen wie Wohnen, Ernähren, Arbeiten, Fortpflanzung/Sexualität, Kommunikation, Mobilität (Verkehr) und anderes. Eine derartige, die verschiedenen Sektoren verknüpfende Gesundheitspolitik wird heute als healthy public policy bezeichnet.

6.3 Prävention bzw. Rehabilitation durch Ausweitung medizinisch ärztlicher Versorgung

Eine weitere medizinzentrierte Präventionsstrategie war die Politik, den Zugang zu medizinisch ärztlichen Leistungen allen Einwohner des Staates zu ermöglichen und zu erleichtern. Die Einführung nationaler Gesundheitsdienste (z. B. in Großbritannien) und die Ausweitung des Kassenarztwesens (Beseitigung der ökonomischen Zugangsbarrieren) steht für dieses Konzept. Es bestand die Hoffnung, daß durch

frühzeitigen Medizinkontakt bei weiterem medizintechnischen Fortschritt präventiv gewirkt werden könne. Dies hat sich jedoch gegenüber den massenhaften chronischen Erkrankungen der Atemwege, des Herz-Kreislauf-Systems, in Bezug auf die degenerativen rheumatischen Erkrankungen und die Krebserkrankungen als Illusion erwiesen. Gegenüber diesen chronischen Massenseuchen hat sich die kurative Medizin als wenig effektiv und effizient gezeigt.

6.4 Spezifische Dispositivprophylaxe: Impfprogramme

Die aktive und passive Immunisierung gegenüber Krankheitserregern stärkt die Disposition des Wirts in der Bewältigung des Erregers.

Spezifische Impfprogramme wurden erst nach dem zweiten Weltkrieg zur Immunisation großer Bevölkerungsgruppen angewandt. Lediglich Pockenschutzimpfungen waren bereits früher durchgeführt worden, nachdem Jenner 1798 Ergebnisse über seine Impfkationen veröffentlicht hatte. Schutzimpfprogramme sind als primäre Präventionsmaßnahmen zur Verhütung von Krankheiten, d. h. durch Verbesserung der spezifischen Disposition anzusehen. Diese Massenprophylaxe ist auf das Individuum abgestellt. Erkenntnisse der Medizin und technische Machbarkeit sowie staatliche bzw. gesellschaftliche Organisationsweisen bei hoher Akzeptanz durch Individuum bzw. Eltern sind für diese präventive Strategie entscheidend.

6.5 Früherkennung von Krankheitszeichen

In den Früherkennungsprogrammen wirkt die Hoffnung, kurative Medizin könne mit einer immer früheren und differenzierteren technischen Diagnostik die Frühstadien von Erkrankungen erfassen und somit die Heilungs- und Behandlungschancen verbessern.

Früherkennungsmaßnahmen für Schwangere, Neugeborene und bei Kindern sowie die genannten Impfschutzmaßnahmen werden in der Fachwelt unangefochten als erfolgreiche Präventivmedizin bejaht. Um den volksgesundheitlichen Nutzen von Krebsfrüherkennungen jedoch wird kontrovers diskutiert. Folgende Gesichtspunkte sollten dabei beachtet werden:

- Die Teilnahme an den Programmen ist niedrig und abhängig von der sozialen Schicht. Unterschichtsangehörige mit einem erhöhten Krebsrisiko werden unzureichend erreicht.
- Eine Senkung der Mortalität ist nur bei sehr hoher Teilnahmequote zu erzielen (volksgesundheitlicher Nutzen). Ein individueller Nutzen kann durchaus gegeben sein. Allerdings muß auch hierbei folgendes beachtet werden: Eine Studie in den Vereinigten Staaten zur Früherkennung von Brustdrüsenkarzinom kam zu dem Ergebnis, daß durch früher einsetzende Behandlung in der Untersuchungsgruppe die Sterblichkeit am Mammakarzinom gegenüber der Vergleichsgruppe um 37 % ge-

senkt werden konnte. Jedoch mußten - so die andere Lesart dieses Ergebnisses - 1.000 Frauen über 10 Jahre am Früherkennungsprogramm teilnehmen, damit ein bis zwei Frauen weniger an diesem Krebs starben. Die Früherkennungsuntersuchung selbst nämlich röntgenologische Mammographie wiederum ist nicht ohne Strahlenrisiko, d. h. Krebsrisiko.

- Die Effektivität der Maßnahme hängt von der vorhandenen Prävalenz und den Neuerkrankungen (Inzidenz) der zu entdeckenden Krankheit ab.
- Die Zunahme der Überlebensrate ist zu großen Teilen der zeitlichen Vorverlegung der Diagnose zuzuschreiben. Der Patient lebt nicht länger. Er weiß nur früher von seiner Krankheit.
- Frühererkrankungsprogramme sind ethisch nur dann erlaubt und haben einen Nutzen, wenn eine Therapiemöglichkeit besteht.

6.6 Screening/Reihenuntersuchungen - Suche nach Dispositionsrisiken/Risikopersönlichkeiten

Als eine weitere sehr verbreitete Präventionsstrategie gelten Reihenuntersuchungen von Gesunden ("mass screening"). Auf den Ergebnissen dieser Studien, vor allem in den USA, auch in der Bundesrepublik wurden und werden solche Studien durchgeführt, beruht die Risikofaktorenmedizin (Rauchen, Überernährung, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, hoher Cholesterolspiegel im Blut). Für die Testverfahren des Screenings gelten, Kriterien der epidemiologischen Messung: Einfachheit, Annehmbarkeit durch die Probanden, Wiederholbarkeit (auch durch verschiedene Untersucher mit immer derselben Antwort), Genauigkeit, Sensitivität und Spezifität (falsch positiv Fälle, falsch negative Fälle). Diesen Kriterien genügen gar nicht so selten medizinische diagnostische Verfahren nicht.

Mit Screeningprogrammen sind in der Regel Gesundheitserziehungskampagnen verbunden. Man meint durch Appelle, das Verhalten wie z. B. Rauchen verändern zu können. Um die Effektivität und Effizienz der auf dem Risikofaktorenkonzept und seiner Verhaltensbeeinflussung beruhenden Strategie wird wissenschaftlich und gesundheitspolitisch gestritten. Man muß dabei beachten, daß es in diesem Komplex auch um starke ökonomische Interessen geht. So kämpft die Butterindustrie mit den Margarineherstellern mittels wissenschaftlicher Expertisen um den Fettmarkt. Die Pharmaindustrie hat ein starkes Interesse, den Absatz von Mitteln gegen Bluthochdruck und erhöhten Blutcholesterolspiegel zu steigern. Ärzte wiederum verdienen an Vorsorgeuntersuchungen, auch wenn sie epidemiologisch gesehen unsinnig sind. Eine kritische Debatte gibt es um den § 25 "Gesundheitsuntersuchungen" durch Kassenärzte. Am Beispiel milder Bluthochdruck soll die Problematik kurz skizziert werden.

Diastolische Blutdruckbereiche von 90 bis 94 mm Hg werden als grenzwertig, von 90 bis 104 als milde bezeichnet. Nach Auffassung der WHO und der Weltblutdruckliga

sollen Personen mit milder Hypertonie, das sind 80 % der Hypertoniker, nicht mit Medikamenten, sondern zu Maßnahmen wie z. B. Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Sport und anderes angehalten werden. Dennoch verordnen fast 90 % der niedergelassenen Ärzte, so eine Studie über niedergelassene Ärzte in Stuttgart, bei milder Hypertonie Medikamente. (Füller in Medizinsoziologie 1, 1989, S. 68-80).

Warum wird medikamentöse Therapie gegenüber der Verhaltensprävention bevorzugt?

1. Es stellt eine eingeübte technokratische krankheitsorientiert Strategie mit schneller Wirksamkeit dar (allerdings mit negativen Nebeneffekten in nicht wenigen Fällen).
2. Verschreiben von Medikamenten ist Routine bei den Ärzten. Das Rezept mit den verordneten Arzneimitteln wird als Instrument der Rationalisierung; zeitökonomisches Durchschleusen von Patienten, in der ambulanten Medizin benutzt..
3. Patienten erwarten wirksame Effekte, ohne sich selbst um Verhaltensänderung zu bemühen.
4. Ärzte schätzen die Bereitschaft und Praxis zur Verhaltensänderung resignativ ein. Ihnen fehlt eine Ausbildung und Erfahrung in Beratung/Kommunikation (compliance).
5. Das Verhalten der Patienten kann Ausdruck dafür sein, daß sie das biomedizinische-mechanistische Krankheitsverständnis der Medizin verinnerlicht haben. Die Sinnfrage von Krankheit bzw. prämorbidem Zuständen als Frage an die eigene Identität und an den eigenen Lebenssinn wird nicht gestellt.

6.7 Prädiktive Medizin - die genetische Bestimmung des Dispositionsrisikos

Eine neue Ära der Präventivmedizin und damit auch der Ambivalenz, personen-/bzw. dispositionsbezogener Prävention hat mit den modernen Möglichkeiten der Genetik und Gentechnologie begonnen. Unter dem Stichwort "prädiktive Medizin" wurden groß angelegte Forschungsprogramme in den USA, Japan und Europa zur Entschlüsselung der menschlichen Erbanlagen (Genom) begonnen. In der Begründung für das Forschungsprogramm "Prädiktive Medizin: Analyse des menschlichen Genoms" des europäischen Rates heißt es: "Vor 50 Jahren waren Infektionskrankheiten die Hauptursache für Morbidität und Sterblichkeit, Abgesehen von Unfall oder Kriegsfolgen, haben viele Krankheiten heutzutage eine mehr oder weniger bedeutende genetische Komponente... Da es höchst unwahrscheinlich ist, daß wir in der Lage sein werden, die umweltbedingten Risikofaktoren vollständig auszuschalten, ist es wichtig, daß wir soviel wie möglich über Faktoren der genetischen Prä-Disposition lernen und somit stark gefährdete Personen identifizieren können. Zusammengefaßt zielt prädiktive Medizin darauf ab, Personen vor Krankheiten zu schützen, für die sie von der genetischen Struktur her äußerst anfällig sind und ggf., die Weitergabe der genetischen Disponiertheit an die folgende Generation zu verhindern" (Drucksache

407/88 des Bundesrates S. 3).

Mit Genomanalysen auf den Ebenen der DNA, der Chromosomen und der Genprodukte kann nach Erbanlagen für Krankheiten oder genetisch bedingten Empfindlichkeiten gegenüber Umwelteinflüssen wie z. B. gefährlichen Arbeitsstoffen und Arzneimitteln (Ökogenetik) gesucht werden. Die derzeitigen Möglichkeiten der Genomanalyse werden in der genetischen Beratung, in der Betriebs- und Gerichtsmedizin sowie bei der präkonzeptionellen und pränatalen Diagnostik, das heißt bei der Fortpflanzungsmedizin bereits angewandt. Von radikalen Befürwortern dieser Möglichkeiten wird hierin eine effektive Krankheitsverhütung gesehen. Kritiker sehen in diesen Konzepten Traditionen der Rassenhygiene und der Eugenik.

7. Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung

7.1. Der § 20 "Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung"

Ob mit der Aufnahme von Leistungen zur Förderung von Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten in § 1, 20-26 und § 67 des SGB V "eine entsprechende Neuorientierung in der Gesundheitspolitik eingeleitet" wurde, wie es im Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung" (Drucksache des Deutschen Bundestages 11/6380 vom 12.02.1990, S. 32) heißt, muß sich aus verschiedenen Gründen noch zeigen.

Aus dem § 20 in Verbindung mit den §§ 1 und 67 des Gesundheitsreformgesetzes ergeben sich für die Krankenkassen u. a. folgende Pflichten und Rechte:

- die generelle Verpflichtung, den Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen, ihre Gesundheit zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Diese Verpflichtung umfaßt ausdrücklich auch, auf gesunde Lebens- und Arbeitsverhältnisse hinzuwirken und den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen.
- Die ausdrückliche Feststellung der Möglichkeit, also der Berechtigung, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken. Die Krankenkassen haben dabei mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. Die Kassen haben die Berufsgenossenschaften über Erkenntnisse zu unterrichten, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.

Welche Gründe sprechen dafür, die Kasse mit einer solchen präventiven bzw. gesundheitsfördernden Aufgabenstellung neu zu betrauen?

Die Krankenkasse ist die einzige Einrichtung, die regelmäßig und relativ umfassend für große Teile der Bevölkerung (Krankenversicherte/Beschäftigte) Daten über Er-

krankungen und medizinisch-ärztliche Leistungen erhält. Zusätzlich besitzt sie grobe, aber aussagefähige Informationen über soziale, berufliche und ökonomische Umstände der Erkrankten sowie Nicht-Erkrankten. Sie ist damit nicht nur berechtigt oder ermächtigt, sondern eben als einzige Institution auch sachlich in der Lage, inhaltliche, d. h. krankheitsbezogene Dimensionen von Gesundheitsschäden absolut und relativ für Betriebe, Betriebsabteilungen, Regionen, berufliche Tätigkeiten und definierbare Personengruppen zu erhellen. Gleichzeitig kann sie orientierende Hinweise zur weiteren Suche nach möglichen unabhängigen Erklärungsfaktoren geben. Insofern besteht eine erste wichtige Funktion in einer Sachorientierung des Handelns aller an Fragen des Gesundheitsschutzes Interessierten auf der Basis solcher sozial-epidemiologischer Analysen von und mit Krankenkassendaten.

Die Krankenkasse könnte mittels strukturierter Probleminformationen über Erkrankungshäufungen bzw. -entwicklungen zielgerichtetes und damit auch spezifisches sowie letztlich ökonomisches Gesundheitsschutzhandeln in den Betrieben auslösen und mit dazu beitragen, als Thematisierer dieser Problemlage Vollzugsdefizite beseitigen zu helfen.

Diese Zielorientierung mittels Analysen von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nicht nur in Betriebe und die Regionen hineinwirken, sondern dies wirkt auch auf das Kassenshandeln selbst zurück. Dies gilt insbesondere für die frühzeitige Einleitung von spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Insbesondere im Bereich der Klein- und Mittelbetriebe könnte die Krankenkasse im Rahmen ihrer neugewonnenen Präventionsaufgaben die Funktion bekommen, systematisch und dauerhaft Gesundheits- und Arbeitsschutz zu initiieren und zu unterstützen. In diesen Betrieben fehlt es nicht selten an beratenden Experten des Gesundheitsschutzes wie auch an einem betrieblichen Verständnis über Risiken und Gesundheitsschädigungen.

Die Krankenkasse könnte also in dieser sachlichen und motivationalen schwierigen Situation der beruflichen Gesundheitsgefährdung wichtige Anreger-, Vermittlerfunktionen übernehmen. Allerdings setzt dies eine organisatorische und inhaltliche Neubestimmung der Krankenkasse selbst voraus. Weiterhin hätten sich die angestammten Akteure des Arbeitsschutzes im Betrieb (Unternehmer, Betriebsrat, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Technische Aufsichtsbeamte des Staates und der Unfallversicherung) auf den neuen Akteur Krankenkasse mit seiner Thematisierungskompetenz einzulassen. Ob es zu solchen Beziehungen kommt, hängt von der Initiative der einzelnen Kassen ab. Hier sind insbesondere gefordert die Geschäftsführungen und die politischen Organe der Selbstverwaltung. Das Gesetz hat keine regulatorischen und inhaltlichen Umsetzungsvorgaben gemacht.

7.2. Reformoptionen

Die Enquete-Kommission "Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung" (1990) konnte in ihrem Endbericht keine einheitliche Auffassung über den einzuschlagenden Weg der Prävention und Gesundheitsförderung formulieren. Es wurden dort drei Reformoptionen dargestellt:

1. Prävention als Aufgabe der Krankenversicherung

Diese Option unterstreicht den Charakter der Versicherbarkeit im Leistungskatalog der Krankenversicherung.

Für die Prävention wurden vier Bereiche abgesteckt:

- Prävention in der Arztpraxis mit Gesundheitsberatung als Regelleistung der GKV
- Ausbau der Früherkennungsprogramme, jedoch nur bei nachgewiesener Effektivität
- Ausweitung einer allgemeinen Gesundheitsaufklärung in Kooperation mit anderen Trägern
- Nutzung der Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung für eine Gesundheitsberichterstattung.

Diese Position lehnt einen allgemeinen Auftrag zur Prävention an die GKV ab.

2. Prävention als öffentliche Gemeinschaftsaufgabe

Nach Auffassung dieser Position ist es nicht Aufgabe der GKV, Verhältnisprävention zu betreiben. Der Kasse kann es nicht obliegen, gesamtgesellschaftliche Problemstellungen aufzugreifen (zu thematisieren), zu organisieren oder zu finanzieren. Nur dort soll Prävention zur Pflichtaufgabe aller Krankenkassen werden, wo eine Ursache-Wirkungs-Zusammenhang feststellbar ist, eine positive gesamtgesellschaftliche Nutzen-Kosten-Relation erkennbar ist und durch die Übernahme die Leistungsfähigkeit der GKV nicht beeinträchtigt wird. Diese neue Aufgabenbestimmung bedarf aus rechtsstaatlichen Gründen nach Meinung der Mitglieder einer normativen Regelung. Es wird die Bildung von Arbeitsgemeinschaften auf regionaler Ebene als fachkundige Beratungsgremien empfohlen sowie empfohlen, die Träger von Präventionsmaßnahmen (wie Staat, Kommunen, Kassen und Ärzteschaft) auf die Teilnahme an den Arbeitsgemeinschaften zu verpflichten. Eine zentrale Aufgabenstellung der regionalen Arbeitsgemeinschaften wäre es, zu allen Infrastrukturmaßnahmen in einer Region eine Stellungnahme zu den gesundheitlichen Auswirkungen der geplanten Maßnahmen abzugeben. Es wird eine Beteiligungspflicht für alle entsprechenden Maßnahmen der Kommunen gefordert.

Auch diese Position betont ausdrücklich die Bedeutung der Entwicklung einer Gesundheitsberichterstattung auf regionaler Ebene unter Bezug auf die Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

8. Prävention im Aufgabenkreis der GKV

Dieser Reformoption geht es darum, die Rolle der Gesetzlichen Krankenversicherung im arbeitsteiligen Prozeß mit anderen Institutionen zu klären. Es wird die Auffassung vertreten, daß der GKV nicht die primäre Verantwortung für die Gesunderhaltung der Bevölkerung zugewiesen werden könne. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention sollte bei den gesellschaftlichen Trägern (Staat, Sozialpartner, Wohlfahrtsverbände u. a.) verbleiben. Es wird betont, daß Ausgangs-

punkt jeder Überlegung zur Erweiterung präventiver Aufgaben der GKV ihr Charakter als "institutionell" ausdifferenzierte und auf die Finanzierung und Regulierung der Krankenbehandlung hin entwickelte Institution" (Deutscher Bundestag 1990, S. 34) ist.

Auch in dieser Option wird der Entwicklung eines regionalen Gesundheitsberichts-systems eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Diese Gesundheitsberichterstattung sollte um die wesentlichen Instrumente der Sozialepidemiologie bezogen auf die stofflichen und sozialen Gesundheitsrisiken sowie Bewältigungsmöglichkeiten erweitert werden. Es wird für Verhalten- und Verhältnisprävention plädiert. Die Handlungsebene der Präventionspolitik sollte die Region sein. Als institutioneller Art der Thematisierung wird die regionale Gesundheitskonferenz vorgeschlagen.

8. Sichtweisenänderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung als Voraussetzung für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung

Unabhängig davon, welcher Option im einzelnen nachgegangen wird, wird es notwendig sein, zu einer Sichtweisenänderung bei den Akteuren der Krankenkasse zu kommen. Hierbei sind drei Punkte generell zu beachten:

1. Qualifizierung von Haupt- und Ehrenamtlichen (Selbstverwaltung) der Krankenkasse auf dem Sektor von Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung
2. Entwicklung einer integrierten Organisation und Operationsstruktur innerhalb der Krankenkasse zur auf Dauer gestellten Umsetzung des § 20
3. Durchführung von modellhaften Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung.

Zu 1. Qualifizierung von Haupt- und Ehrenamtlichen

Die Aufgabenstellung des § 20 kann auf Dauer nur erfolgreich in die Tat umgesetzt werden, wenn die Verantwortlichen und Angestellten der Kasse selbst im individuellen wie auch institutionellen Selbstverständnis die Aufgabe zu ihrer eigenen Sache machen. Um dies zu erreichen, müssen Qualifikationsmaßnahmen durchgeführt werden. Es muß die Möglichkeit gegeben werden, daß sich die Teilnehmer solcher Qualifikationsmaßnahmen mit den in der Gesundheits- und Sozialpolitik herrschenden theoretischen Basisoptionen, Modellvorstellungen, Handlungsmustern und Interventionstypen auseinandersetzen können. Sie müssen sich weiterhin mit den theoretischen und alltagsweltlichen Hintergründen von Gesundheit sowie Gesundheitsförderung vertraut machen können. Denn bisher ist es so, daß die herkömmliche Handlungsroutine der Krankenkasse fast vollständig von dem biomedizinischen Krankheitsverständnis und den dazu gehörenden medizinisch-ärztlichen Handlungskonzepten beherrscht werden.

Zu 2. Interne Organisationsstruktur der Kasse

Zur Neustrukturierung bzw. Weiterentwicklung der internen Organisationsstruktur der Kasse gehört

- a. der Aufbau bzw. die Weiterentwicklung eines fortlaufenden arbeitsweltbezogenen Berichtswesens über Gesundheitsschädigungen auf der Basis der prozeßproduzierten Routinedaten der Kassen
- b. Einrichtung eines internen Verwaltungshandelns, welches folgendes ermöglicht:
 - Erkennen von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen bei einzelnen Versicherten,
 - Information der zuständigen Unfallversicherungsträger und Stellen des Arbeitsschutzes bei begründeter Annahme solcher Zusammenhänge,
 - Einleitung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsverhütung einschließlich Maßnahmen der Rehabilitation.
- c. Etablierung einer arbeits- und gesundheitswissenschaftlich qualifizierten Abteilung "Gesundheitssicherung". Die in § 20 genannten arbeits- und umweltbezogenen Aufgaben kann die Kasse nur qualifiziert nachkommen, wenn sie sich einen eigenen Sachverständigen auf dem Gebiet des Arbeits- und Umweltschutzes und der Arbeits- bzw. Gesundheitswissenschaften zulegt.

Zu 3. Modellhafte Umsetzungsaktivitäten

Die modellhaften umwelt- bzw. arbeitsweltbezogenen Maßnahmen der Krankheitsverhütung bzw. Gesundheitsförderung sind so zu konzipieren, daß sie im Sinne von gestuften Verfahren Lernprozesse initiieren und auf Dauer eingerichtet werden können. Sie müssen den vorhandenen Bedarfen, Bedürfnissen und Problemlagen gerecht werden. Selbstverständlich sind diese Modellvorhaben so anzulegen, daß sie, von einzelnen Kassen durchgeführt, auf andere übertragen werden können.

8.1. Präventionsbeispiel: Berufskrebs

Nach einer Auswertung der Daten ihrer Innungskrankenkasse waren in den 1986 bis 1989 132 Krebserkrankungen als Arbeitsunfähigkeitsmeldungen für Männer im Alter von 35 Jahren und älter registriert worden (1986: 27, 1987: 26, 1988: 39, 1989: 40). In diesen vier Jahren wurden bei 5 125 35jährige und ältere Männer im Krankenhaus Krebserkrankungen behandelt. Es stellt sich mir als Arbeitsmediziner nun die Frage, sind unter diesen schwer erkrankten Männern bösartige Neubildungen, die durch

berufsbedingte Einwirkungen verursacht wurden. Die derzeitige gültige Berufskrankheitenliste enthält 16 Positionen, wie z. B. Chrom, Benzol, ionisierende Strahlung, Asbest als Ursachen für berufsbedingte Krebserkrankungen.

Hat ihre Innungskrankenkasse gemäß § 20 geprüft, ob eventuell ein Verdacht auf berufsbedingte Krebserkrankung geäußert werden könnte?

Wenn die Kasse hier gegenüber den zuständigen Arbeitsschutzinstitutionen des Staates und der Berufsgenossenschaften aktiv werden würde, könnte mittel- bis langfristig ein Präventionserfolg erzielt werden.

8.2. Präventionsbeispiel: degenerative rheumatische Wirbelsäulenerkrankung

Als ein sehr gutes Beispiel arbeitsbedingter Erkrankung gelten die sehr verbreiteten gesundheitlichen Störungen im Bereich der Wirbelsäule (Rückenleiden, Bandscheibenschäden, Ischias). Welche große Bedeutung gerade diese chronischen Leiden für die Frühverrentung haben, zeigt, daß etwa 18 % aller Frühverrentungen bei Arbeitern und Arbeiterinnen sowie weiblichen Angestellten auf das Konto von chronischen Rückenleiden gehen. Diese Gruppe von Frühinvaliden schied mit etwa 55 Jahren aus dem Erwerbsleben aus. In ihrer Innungskrankenkasse wurden 1988 1 419, 1989 1 491 Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Wirbelsäulenerkrankungen angezeigt. 109 bzw. 100 Krankenhausfälle mit diesem Leiden wurden gemeldet. Auch hier stellt sich die Frage, wie hoch ist der Anteil arbeitsbedingter Rückenleiden. Studien haben gezeigt, daß etwa bei 50 % der Arbeitnehmer mit Rückenleiden ungünstige Arbeitsplatzbedingungen eine Rolle spielen. In der Übersicht sind solche Faktoren aufgeführt. Eine Arbeitsplatzgestaltung sowie eine persönliche rückenbezogene Gymnastik könnten sich hier gesundheitsförderlich bzw. präventiv auswirken.

Literatur

Beck, U.: Risikogesellschaft, Frankfurt a.M. 1986

Behrens, J.; Voges, W.: Labilisierende Berufsverläufe und der vorzeitige Übergang in den Ruhestand, in: Dressel, W. u.a. (Hg.): Lebenslauf, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 1990, S. 201-219

Deutscher Bundestag: Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380, 1990

Labisch, A.: Medizinische Versorgung ohne Konzept. Die medizinische Grundversorgung der Bundesrepublik Deutschland aus der Sicht der gemeinschaftlichen Grundversicherung, Kassel 1982

Labisch, A.: Die Wiederaneignung der Gesundheit – Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs, in: Wie teuer ist uns Gesundheit?, Argument Sonderband 113, Berlin 1984, S. 13-32

McKeown, T.: Die Bedeutung der Medizin, Frankfurt 1979

Milles, D.; Müller, R. (Hg.): Berufsarbeit und Krankheit, Frankfurt a.M., New York 1985

Milz, H.: Gesundheitsförderung – Von der Vision zum Handeln, in: Landesverband der Betriebskrankenkassen in Berlin (Hg.), Redaktion: Badura, B.: Dokumentation Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Berlin 1989, S. 27-41

Nitsch, J.R.: Streßtheoretische Modellvorstellungen, in: Nitsch, J.R. (Hg.): Streß, Bern, Stuttgart, Wien 1981, S. 52-141

Öko-Institut: Öko-Almanach, Frankfurt a.M. 1984

Wasilewski, R. u.a.: Frühinvalidität. Eine empirische Untersuchung ihrer Ursachen in Arbeit, Umwelt und Lebensgewohnheiten. Vorläufiger Endbericht, Nürnberg 1983

Wasilewski, R. u.a.: Frühinvalidisierung. Ergebnisse einer Untersuchung in Baden-Württemberg. Mögliche Ursachen der vorzeitigen Berentung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeiten in Arbeit, Umwelt und Lebensgewohnheiten. Zusammenfassung, Stuttgart 1984