

Rainer Müller (1991) Vortrag: „Gesundheitsgefahren im Betrieb und in der Freizeit und die Aufgaben der Berufsgenossenschaften und Krankenkassen“, "Arbeitssicherheitswoche Schleswig-Holstein 1991", Flensburg, 04.06.91

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

das Thema meines Vortrags ist durch die Aufgabenstellung des § 20 des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 auf die Tagesordnung gesetzt worden.

Ich möchte Ihnen einige Gedanken vortragen, in der Hoffnung, daß sie ein wenig dazu mithelfen, die Ziele dieses gesetzlichen Auftrages in die Praxis umzusetzen.

Der § 20 trägt den Titel: "Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung".

Im einzelnen enthält der Paragraph folgende Aufforderungen, vorwiegend an die gesetzliche Krankenkasse:

Die Krankenkassen haben

1. ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheit aufzuklären und sie
2. darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können,
3. sollen die Kassen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und -schädigungen nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken,
4. können die Kassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken,
5. sollen sie mit den Trägern der Unfallversicherung zusammenarbeiten,
6. sollen die Kassen die Unfallversicherungen über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben, unterrichten. Dies gilt
7. insbesondere für den Verdacht auf berufsbedingte Gesundheitsgefährdungen bzw. Berufskrankheiten,
8. sollen die Krankenkassen bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit den Arbeitsschutz-Institutionen, Ärzten und Gesundheitsämtern eng zusammenarbeiten.

Ich möchte nun einige Anmerkungen und Vorschläge zu den aufgeführten Punkten machen:

Zum Punkt: Aufklärung über Gefährdungen und Verhütungsmöglichkeiten

Was wissen wir über Gesundheitsgefährdungen und über Möglichkeiten der Verhütung?

Eine Antwort auf diese Frage setzt zunächst voraus, daß wir uns eine Vorstellung über Verursachung und Entwicklungsgeschichte von Erkrankungen verschaffen.

Grundlegend für eine solche Vorstellung sind sowohl alltägliche Erfahrungen als

auch aus wissenschaftliche Modelle der Streßforschung oder der psychosomatischen Medizin, nämlich daß wir Menschen in einer wechselseitigen, tätigen Auseinandersetzung mit unserer stofflichen, emotionalen/sinnhaften und sozialen Umwelt leben.

Um nun Erkrankungsprozesse erklären zu können, ist es weiterhin wichtig, in dieser Modellvorstellung über Umwelt und Individuum zwischen Risiken bzw. Gefährdungen und Ressourcen, d.h. Bewältigungskapazität, zu unterscheiden und sich klarzumachen, daß Gefährdungen und Ressourcen sowohl in der Umwelt als auch in der Person vorhanden sein können.

Eine weitere Unterscheidung muß noch bedacht werden, nämlich diejenige, daß Gefährdungen und Ressourcen spezifisch und unspezifisch sein können.

Welche spezifischen Risiken/Gefährdungen kennen wir?

Hier einige Beispiele:

1. Chemische Stoffe, z.B. Lösungsmittel in der Luft am Arbeitsplatz oder in der Wohnung
2. Physikalische Einwirkungen, z.B. Lärm
3. Biologische Gefährdung, z.B. Viren.

Für die genannten Beispiele kennen wir ebenfalls die spezifischen Reaktionen des Körpers:

Lösemittel führen zu Veränderungen im Nervensystem oder in Leberzellen.

Lärm kann Schwerhörigkeit zur Konsequenz haben.

Viren können Grippe, Leberentzündung oder auch Aids verursachen.

Die spezifischen Risiken und ihre spezifischen Krankheiten sowie Reaktionsfolgen im Körper können wir mit unseren heutigen technischen Diagnose-Instrumenten gut untersuchen. Zu bedenken bleibt jedoch: Selbst bei den spezifischen Risiken und ihren Körperreaktionen existieren noch ungelöste Probleme, so z.B. die Frage, wie wirkt die Kombination von Lärm plus Lösemittel-Vergiftung plus Infektion im akuten Geschehen? Welche Krankheitseffekte treten bei langfristigen chronischen Mehrfachbelastungen auf?

Die spezifischen Reaktionsweisen auf spezifische Reize hin, z.T. nach dem Dosis-Wirkungsprinzip, finden immer auf der Basis einer allgemeinen körperlichen Reaktion über zwei komplex miteinander vermischte Systeme statt, nämlich über den neuro-vegetativen und neuro-hormonalen Mechanismus.

Sie kennen die Erscheinungsweisen dieser Mechanismen aus eigener Körpererfahrung in Streßsituationen, sie erröten, kalter Schweiß bricht aus, ihr Herz fängt an zu jagen, ihr Magen schmerzt.

Damit bin ich bei den unspezifischen Risiken, bzw. Gefährdungen. Streß ist auch in der Umgangssprache ein häufig gebrauchtes Wort. Der große Bereich des psychosozialen Streß muß hier in erster Linie angesprochen werden. Ich kann aus Zeitgründen nur schlagwortartig einige typische psychosoziale Streßsituationen benennen: Mißachtung der Würde und Identität der eigenen Person; nichtlösbar

erscheinende Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen; Einschränkung oder Verlust der Kontrolle über das eigene Tun; zwei Herren dienen zu müssen, die Widersprüchliches von mir verlangen; Arbeiten unter Zeitdruck; monotone, unterfordernde Arbeitstätigkeit, obwohl man hochqualifiziert ist u.a. mehr.

Die chemischen, physikalischen, biologischen und psychosozialen Risiken liegen mehr in der Umwelt der Person. Wie gesagt, können Risiken auch in der Person auftreten, so als körperliche Größen wie Bluthochdruck oder im Verhalten der Person, z.B. Rauchen oder Autofahren.

Nun einige Anmerkungen der Bewältigung von Risiken, bzw. Gefährdungen.

Für Strategien und Maßnahmen der Krankheitsverhütung und der Gesundheitsförderung ist gerade die Seite der Bewältigungskapazität, auch als Ressource zu bezeichnen, sehr wesentlich und bislang leider zu wenig beachtet.

Historisch betrachtet war die Bekämpfung der Tuberkulose deshalb erfolgreich, weil der Wirt, also die mit Tuberkelbakterien infizierte Person, durch bessere Ernährung gestärkt, die Infektion bewältigen konnte. Der Rückgang der Tuberkulose geht eben nicht auf den Einsatz von Chemotherapie zurück. Andere Infektionskrankheiten wurden erfolgreich bekämpft, indem die Abwehrkräfte der Person durch aktive, bzw. passive Immunisierung, d.h. durch Impfen gestärkt wurden.

Die Möglichkeit, sich gut und richtig ernähren zu können, können wir als äußere Ressource ansehen, ebenso der kostenlose oder preiswerte Zugang zu Impfmöglichkeiten.

In dieser Sicht stellen eben Sozialversicherungen, hier insbesondere die Krankenkassen, Ressourcen-Systeme dar, auf die der Bürger bei Gefährdungen zurückgreifen kann. Geld, Sachleistungen und Zugang zu Dienstleistungen können - so gesehen - als Bewältigungsressourcen verstanden werden.

Als ein Beispiel für eine innere spezifische Ressource kann auf die schon angesprochene gestärkte biologische Immunlage der Person durch z.B. Impfen verwiesen werden.

Im Hinblick auf psychosoziale Streßsituationen lassen sich ebenso in der Person wie in der Umwelt liegende Ressourcen benennen. Als eine sehr wichtige äußere Ressource bei der Bewältigung von Streß haben sich in der Forschung, die hier die alltägliche Erfahrung bestätigt, die Bedingungen erwiesen, bei anderen Menschen Zuneigung, Anerkennung, Zuspruch und emotionale Aufgehobenheit zu finden, so bei Partnern, Freunden, Kolleginnen und Kollegen wie auch bei Professionellen, als da sind Psychotherapeuten oder Ärzte. Man spricht in diesem Zusammenhang von emotionaler oder sozialer Unterstützung.

Wichtige innere Ressourcen, um Streß zu bewältigen, sind Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person, wie z.B. Wissen, Qualifikation, Einsichtsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, kommunikative Kompetenz, Selbstbewußtsein, Handlungskompetenz. Man kann diesen Komplex als psycho-soziale Immunlage der

Person bezeichnen. Wie neuere Forschungsergebnisse zeigen, sind psycho-soziale und biologische Immunlage miteinander verknüpft.

Wenn also die Krankenkasse ihre versicherten Bürger über Gesundheitsgefährdungen und Verhütungsmöglichkeiten aufklären soll, dann haben sich die Kassen über die hier kurz skizzierte Modellvorstellung zu Erkrankungsprozessen und Gesundheitsförderungsmöglichkeiten zu verständigen und eine kompetente Beratungsinstanz bei sich aufzubauen, bzw. mit entsprechenden Einrichtungen zu kooperieren, die zum breiten Spektrum von Risiken, bzw. Gefährdungen, fachlich ausgewiesene Beratungen, Handlungsoptionen, Hilfen und konkrete Unterstützungsleistungen anbieten.

Für die Prävention von Gesundheitsgefahren in Betrieben bieten sich zunächst diejenigen Institutionen an, die bereits seit vielen Jahren Kenntnisse über Gefährdungspotentiale erworben haben und über einen Erfahrungsschatz verfügen, wie mit den Gesundheitsgefahren und den daraus sich vielleicht ergebenden Gesundheitsstörungen vorbeugend bzw. rehabilitativ umgegangen werden kann.

Solche Einrichtungen sind die Unfallversicherungen und die staatliche Gewerbeaufsicht sowie die Fachleute in den Betrieben für Arbeitssicherheit, also Sicherheitsingenieure, Betriebsärzte und auch Arbeitspsychologen.

Für die Prävention von Gesundheitsgefahren außerhalb der Betriebe, also auch in der Freizeit, sind ebenso seit Jahren vielfältige staatliche, kommunale, öffentlich-rechtliche und private Einrichtungen tätig. Man braucht sich ja nur anzusehen, wer zum Arbeitskreis für Unfallverhütung im Lande Schleswig-Holstein gehört. Nicht vergessen werden dürfen die zahlreichen engagierten Selbsthilfegruppen und Vereine von Bürgern und Bürgerinnen, ob sie sich nun auf Krankheiten oder Umweltprobleme oder auf die Problemlagen, auch gesundheitliche, von bestimmten Personengruppen richten.

Für eine erfolgreiche Arbeit auf dem Sektor der Verhütung und Bewältigung von Risiken und Schädigungen sowie im Politikfeld der gesundheitsgerechten, umwelt- und sozialverträglichen Gestaltung von Arbeit- und Freizeitwelten kommt es nun darauf an, die Arbeitsteilung zwischen den Institutionen einerseits aufrechtzuerhalten, andererseits jedoch durch eine kluge Vernetzung der Einrichtungen und Aktivitäten die Wirkmöglichkeiten zu verbessern. Dazu ist soziale Phantasie, Bereitschaft zur gegenseitigen Wahrnehmung und Öffnen sowie ein relativ hoher Konsens über das gemeinsame Ziel erforderlich.

Kritisch muß man nun leider anmerken, daß im klassischen Arbeitsschutz bislang nur die spezifischen Gefährdungen durch physikalisch, chemische oder biologische Einwirkungen und Unfälle im Mittelpunkt standen.

Der Arbeitsschutz richtet sich nahezu ausschließlich auf Gefährdungen der körperlichen Gesundheit, ausgegrenzt sind damit Gefährdungen der Qualifikation ebenso wie der sozialen Kompetenzen. Aber auch das Verständnis von Gesundheit ist eher restriktiv. Dies zeigt sich besonders dann, wenn allgemeine Zielvorstellungen in inhaltlich-konkrete Regelungen umgesetzt werden. Dominierend ist ein Verständnis von Gesundheit im Sinne der Vermeidung von akuter physischer

Schädigung und weniger im Sinne eines allgemeinen psychosozialen Wohlbefindens.

Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeitsschutzregelungen auf unmittelbar erkennbaren und akut auftretenden Gefährdungen für Leib und Leben im Gegensatz zu langfristigen Verschleißerscheinungen. Verbindliche Regelungen zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen finden sich schließlich primär nur dort, wo sich Gefährdungen arbeitsmedizinisch exakt nachweisen lassen oder gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen.

Konkrete und verbindliche Vorschriften richten sich nur punktuell und isoliert auf jeweils einzelne Aspekte des Arbeitsplatzes (wie z.B. Lärm, Sicherheitstechnik). Das komplexe Zusammenwirken verschiedener Faktoren, etwa in Form kombinierter Belastungen, ist dagegen kaum erfaßt. Dieser punktuelle Bezug des Arbeitsschutzes resultiert u.a. aus der Notwendigkeit, Ursachen für Gesundheitsgefährdungen eindeutig zu identifizieren und wissenschaftlich zu belegen, was allenfalls bei einer sehr eingegrenzten und isolierten Bezugnahme auf bestimmte Einzelbelastungen möglich ist.

Der Schwerpunkt der Regelungen liegt auf der Arbeitsumgebung (Licht, räumliche Verhältnisse, Klima, Luft) und auf der sicherheitstechnischen Gestaltung von Arbeitsumgebung und Arbeitsmittel. Arbeitsorganisation, Einfluß- und Entscheidungsspielräume der Arbeitnehmer bleiben - auch als ursächliche Faktoren für den eingegrenzten Aspekt der physischen Gesundheit - ausgeklammert. Damit sind wichtige Ursachen insbesondere für langfristige Verschleißerscheinungen, chronische Krankheiten und sogenannte arbeitsbedingte Erkrankungen nicht Gegenstand des Arbeitsschutzes. Hier kann sich nun die neue Kooperation von Krankenkassen mit den Einrichtungen des betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutzes innovativ auswirken.

Zu Punkt: Beratung der versicherten Bürger, "wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können"

Mit diesem Auftrag kommt den Krankenversicherungen eine für sie doch relativ neue und umfassende Aufgabenstellung zu. Kassen haben als gesellschaftliche Institutionen die generelle Funktion, "die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern ... Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken", so im § 1 des Gesundheitsreformgesetzes.

Um diesem Auftrag nachzukommen, hat die Kasse ihr Selbstverständnis beträchtlich zu ändern. Ihre Sichtweise als Institution hat sie neu zu orientieren. Es geht nicht mehr bloß darum, ich möchte es mal pointiert ausdrücken, Geldströme zwischen Beitragszahlern und Leistungsanbietern versicherungsförmig zu regulieren, sondern um ein Selbstverständnis, aktiv gesundheitspolitisch tätig zu sein. Ich betone das

Wort Gesundheit. Es geht nämlich nicht bloß um Krankheitsversorgungs-Politik.

Eine solche Neuorientierung braucht Zeit und Gelegenheiten, damit die verschiedenen Akteure in den Kassen, wie Selbstverwalter, Geschäftsführer, Sachbearbeiter oder Rehabilitationsberater, sich über die neue Aufgabe verständigen können.

Erfreulicherweise hat es bereits zahlreiche Veranstaltungen, wie Kongresse, Seminare, Diskussionen, Vorträge, Debatten und Publikationen sowie auch Veranstaltungen, wie die heutige, zu Prävention, Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung gegeben. Mit dem Weiterbildungsprogramm, das die wissenschaftliche Einheit "Gesundheitswissenschaften" der Universität Bremen mit dem Bundesverband der Innungskrankenkassen seit 1990 durchführt, möchten wir ebenfalls einen Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderung leisten. Ich erwähne unsere Weiterbildungsarbeit speziell für Akteure der Krankenkassen an der Universität Bremen deshalb, weil mir zwei Punkte im Zusammenhang mit der Realisierung des § 20 wichtig erscheinen:

Um über Gesundheitsgefährdungen und Prävention aufklären und beraten zu können, braucht die Krankenkasse erstens systematisches Wissen und Kenntnisse über diesen großen Komplex. Zweitens benötigen Kassen eigene Einrichtungen, die dieses Wissen kompetent in Beratungen und Aktionsprogrammen umsetzen können. Ich habe zu den theoretischen Modellvorstellungen über Krankheitskonzepte und Gesundheitsförderung einiges kurz bereits gesagt. Erarbeitet wird systematisches Wissen in wissenschaftlichen Einrichtungen wie der Universität. Leider ist es nun so, daß an den Hochschulen und Universitäten nur wenig und wenn, in sehr verschiedenen Fachdisziplinen zu entsprechenden Problemkreisen geforscht wird. Es fehlt eine interdisziplinäre bzw. fächerübergreifende Gesundheitswissenschaft als Fachdisziplin mit entsprechender universitärer Ausstattung. Sie muß noch an den Universitäten etabliert werden. Zur Zeit sind solche Bemühungen an verschiedenen Orten im Gang. Eine solche wissenschaftliche Leitdisziplin "Gesundheitswissenschaft", auch "public health" genannt, hätte eine enge Beziehung zu den Krankenkassen herzustellen. Sowohl die Wissenschaft als auch die Krankenkassen müssen sich dabei allerdings für eine wechselseitige Kooperation öffnen. Während die Industrie "ihre" Ingenieur- und Technikwissenschaften hat, so fehlt den "Gesundheits- bzw. Gesundheitsförderungskassen" die Gesundheitswissenschaft. Bislang sind die wissenschaftlich orientierten und darauf gebaute bildungsbezogenen Kooperationen zwischen Wissenschaft und gesetzlicher Krankenversicherung höchst sporadisch.

Was meint der Begriff "public health" - öffentliche Gesundheit?

Die Bezeichnung "public health" benennt in einem Begriff sowohl wissenschaftliche Analyse als auch gesundheitspolitisches Handeln. Es geht beispielsweise um die wissenschaftliche Analyse der Gesundheitsprobleme von Einwohnern in Gemeinden, in Städten oder Staaten oder um das Handeln von politischen Körperschaften, sozialen Bewegungen oder Gruppierungen. Die Analyse der Risiken ist mit dem Ziel verbunden, Gesundheitsgefahren zu begegnen, ihnen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zumindest in ihren negativen Folgen zu begrenzen.

Daraus ergibt sich auch die Bedeutung der Beratung: Ich hatte hervorgehoben, daß

Beratung ohne systematisches Wissen, fachliche Kenntnisse und reflektierte Erfahrung nicht möglich ist. Bedacht werden muß weiterhin, in welchen sozialen Zusammenhängen und wer beraten werden soll.

Beratung richtet sich in dem hier anstehenden Kontext an zwei Zielgruppen: Beraten werden sollen einmal Individuen oder auch Personengruppen und zum zweiten Institutionen, bzw. Organisationen, wie z.B. Betriebe, Vereinigungen oder öffentliche Einrichtungen. Für die Art und Weise, die Methode und auch die Moralität der Beratung macht es schon einen Unterschied, ob ich eine leidende, ängstliche, Rat suchende, vielleicht auch gefährdete Person oder Akteure in Institutionen bzw. Organisationen berate. Beratung verlangt also Wissenskompetenz bei Beratern und Vertrauen seitens der um Rat Nachsuchenden in die Beratungsinstitution. Beratung will auch gelernt sein. Es geht nicht bloß um Informationsweitergabe oder Marketing, sondern um einen kommunikativen Prozeß. Neben Informationen spielen Verstehen, Interesse, Sinnggebung, Emotion, soziale Orientierung, biographische oder institutionelle Deutungsmuster eine wichtige Rolle. Psychische Prozesse bei beiden Partnern sind zu beachten, die zur Tabuisierung, Bagatellisierung oder auch zur Dramatisierung führen können. Beide müssen sich auf etwas Gemeinsames verständigen.

Zu Punkt: Krankheitsursachenermittlung und Ursachenbeseitigung in Verknüpfung mit Punkt: Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen

Wieso werden eigentlich Krankenkassen für fähig gehalten, Ursachen für Gesundheitsgefährdungen bzw. Schädigungen nachgehen und als Voraussetzung dafür erkennen zu können?

Die Antwort liegt darin begründet, daß Krankenkassen die einzigen Institutionen sind, die Informationen sowohl über die soziale Existenz, wie Alter, Geschlecht, berufliche Tätigkeit, Wohnort, als auch über Inanspruchnahme von medizinisch-ärztlichen Leistungen eben auch über Krankheitsdiagnosen für über 90 % der Bevölkerung haben. Solche fortlaufend anfallende Routinedaten sind mittlerweile fast in allen Kassen EDV-mäßig gespeichert und zugänglich, sie erlauben von daher den Aufbau eines Berichtswesens. Eine Nutzung der Daten kann Auskunft geben über die Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungsindikatoren aus dem Bereich der Arbeitsunfähigkeit, des Unfallgeschehens, oder der stationären Behandlung. Erfasst werden soziale Merkmale, wie Alter, Geschlecht, Branche, Betrieb, berufliche Tätigkeit, Wohnort.

An ein solchermaßen angelegtes Gesundheitsberichtswesen auf der Basis von Krankenkassendaten richten sich folgende Erwartungen:

- Mit ihm sollen das Gefährdungs- und Gesundheitsförderungspotential der Umwelt in seinem stetigen Wandel und seinem Bezug zu Arbeitsplatz wie Freizeit erforscht werden. Die Routinedaten der Kassen geben den Kernbestand der Informationen ab. Auf deren Analyse aufbauend kann in "analytischen" Einzelstudien spezifischen Fragen über Krankheitsursachen und deren Bewältigung nachgegangen werden.
- Die gefundenen Ergebnisse tragen zur rationalen Entscheidungsfindung bei und

haben eine hohe Versachlichungsfunktion.

Diesbezügliche Studien und Projekterfahrungen zeigen, daß aufbereitete Daten eine Informationsbasis abgeben, damit Kassen z.B. mit Betrieben über das nichtzufällige häufige Vorkommen von z.B. Wirbelsäulenleiden, Hauterkrankung oder Unfälle zu sprechen.

Eine solche Aktivität ist für alle Beteiligten neu und sollte deshalb zunächst bewußt als gemeinsamer Lernprozeß organisiert werden. Eine Reihe von Bedingungen und Voraussetzungen sind zu schaffen, damit dieses Verfahren in Routine übergehen kann. In der Kasse selbst müssen die technischen, organisatorischen und qualifikatorischen Voraussetzungen geschaffen werden, damit ein fortlaufendes Berichtswesen in Gang kommt. Als qualifizierte Mitarbeiter benötigt man jedoch nicht nur Computer-Spezialisten und Informatiker, sondern ebenfalls Personen, die die produzierten Tabellen lesen und zum Sprechen bringen können, d.h. sie müssen sich in Arbeitswissenschaften, Arbeits- und Sozialmedizin, Sozialepidemiologie und Gesundheitswissenschaften auskennen. Nur so sind sie fähig, den Dialog mit den Verantwortlichen und den Fachkräften für Arbeitsschutz in den Betrieben sowie den staatlichen oder berufsgenossenschaftlichen Arbeitsschutzinstitutionen zu führen.

In den Betrieben selbst müssen selbstverständlich entsprechende Dialogpartner vorhanden sein, wie sie u.a. das Arbeitssicherheitsgesetz fordert.

In einigen Betrieben, in denen die hier skizzierte Möglichkeit bereits praktiziert werden, wurde der Arbeitsschutzausschuß nach § 11 des Arbeitssicherheitsgesetzes zu einem breiter verstandenen "Gesundheitsausschuß" für Prävention und Gesundheitsförderung.

In anderen Betrieben wurden Gesundheitszirkel eingerichtet, die sich die Aufgabe stellen, den klassischen, technisch orientierten Arbeitsschutz mit Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung zu vernetzen. Solche Zirkel haben folgende Ziele:

- Identifikation und Analyse von Risikofaktoren und Gesundheitsgefahren
- Analyse der Arbeitsorganisation, um herauszufinden, wie und warum Gefährdungen auftreten
- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Beseitigung oder Reduzierung von spezifischen und unspezifischen Risiken
- Entwicklung von Szenarien zur Mobilisierung von externen und in der Person liegenden Ressourcen zur Bewältigung von Gefährdungen und Gesundheitsstörungen.

Eine solche Herangehensweise setzt bereits eine gewisse gesundheitsbezogene Betriebskultur voraus und entwickelt diese bewußt fort.

Für Klein- und Mittelbetriebe sollten spezielle Organisationsformen auf Branchen-, Innungs- und regionaler Ebene entwickelt werden. Auch hierzu liegen bereits positive Erfahrungen vor.

Aus meiner Beschreibung wird deutlich, daß es, wenn die Forderungen des § 20 "Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung" verwirklicht werden sollen, zu einer neuen intensiven Kooperation zwischen Krankenkasse, Betrieb, Unfallversicherungen und Professionelle des Arbeitsschutzes (Ingenieure, Betriebsärzte) kommen muß. Über Modellprojekte könnten die angedeuteten neuen Kooperationsstrukturen und Umgangsweisen entwickelt werden. Die Projekte sollten sich auf bestimmte Problembereiche, z.B. Belastungen, Risiken, Branchen, berufliche Tätigkeiten oder auch Krankheiten, konzentrieren.

Solche Verbundprojekte könnten Wissen und Erfahrung, die im Rahmen des staatlichen Forschungsförderungsprogramm zur Humanisierung des Arbeitslebens, heute "Arbeit und Technik" genannt, gewonnen wurden und werden, in die betriebliche Praxis umsetzen.

Die vorliegenden Erkenntnisse in diesen Forschungsprojekten beziehen sich auf Risiken, Gefährdungen und Schädigungen sowie auf Möglichkeiten der Prävention und der gesundheitsgerechten Gestaltung der technischen, stofflichen, organisatorischen und qualifikatorischen Dimensionen von Arbeit- und Techniksystemen.

Beispielhaft nenne ich Ihnen einige Projektbereiche der vergangenen Jahre:

- Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der
 - * Forst- und Landwirtschaft
 - * im Hotel- u. Gaststättengewerbe
 - * im Bereich der sozialen Gesundheitsdienste
 - * im Verwaltungs- u. Bürobereich
- menschengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen in der
 - * Gießerei-Industrie
 - * Schmiede-Industrie
 - * Bauwirtschaft
 - * Druckindustrie
- Abbau und Abwehr von Belastungen
 - * beim Schweißen
 - * in der verpackenden Wirtschaft
- Krebsrisiken am Arbeitsplatz u.a. mehr.

Die Krankenkasse kann also aufgrund des gesetzlichen Auftrags und von den Möglichkeiten der Aufbereitung der Routinedaten, also vom Berichtswesen her, eine Anreger- und Vermittlerfunktion zum Diskurs über Gesundheitsgefährdung und Krankheitsverhütung sowie Gesundheitsförderung einnehmen.

Krankenkassen werden dann zu Anwälten ihrer Versicherten bei der Prävention und Bewältigung von in der Erwerbsarbeit erlittenen Gesundheitsschäden.

Ich komme nun zu einem weiteren Auftrag des § 20 nämlich Kooperation mit den Unfallversicherungs-Trägern sowie Unterrichtung der Unfallversicherung über Vorliegen von arbeitsbedingten Gefährdungen bzw. Berufskrankheiten.

In unserem Gesundheitssystem existieren zum Bereich erwerbsbedingte Gesundheitsschäden drei Kategorien: zunächst Arbeits- bzw. Wegeunfall (§ 548, 550 RVO), weiterhin Berufskrankheiten (§ 551 RVO) und arbeitsbedingte Erkrankungen, so im § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes.

Durch die umrissenen, von den Kassen ausgehenden Initiativen würden die Kassen wesentlich dazu beitragen, daß die Problematik von arbeits- und berufsbedingten Erkrankungen stärker thematisiert und ihr eine größere öffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit gewidmet würde. Dies hätte positive Konsequenzen für die Prävention. Es würde die Einheit von Diagnose, Therapie, Rehabilitation und Prävention hergestellt. Erkenntnisse aus der Diagnostik bei einzelnen Erkrankten würden rückbezogen auf die krankheitsverursachenden bzw. -fördernden Arbeitsbelastungen. Dies gilt selbstverständlich auch für umweltbedingte Erkrankungen.

Was die Berufskrankheiten angeht, so möchte ich am Beispiel der berufsbedingten Krebserkrankungen kurz vorstellen, wie denn die Meldepflicht bei Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit bei einem Krankenkassen-Mitglied optimaler gestaltet werden könnte.

Die Krankenkassen erfahren von niedergelassenen oder von im Krankenhaus tätigen Ärzten, wenn ein Versicherter oder eine Versicherte an einer bösartigen Neubildung erkrankt ist. In der Kasse sollte im Rahmen eines bestimmten Verfahrens nun geprüft werden, ob die Erkrankung evtl. berufsbedingt verursacht ist. Ich nehme das Beispiel Brust- bzw. Bauchfellkrebs (Mesotheliom). Die Ursache für diese Krebserkrankung ist immer die Einwirkung von Asbest. Ist der versicherte Arbeitnehmer in der Werft- oder Bauindustrie gemeldet, bzw. gemeldet gewesen, so muß eine hohe Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß eine Berufskrankheit nach Nr. 4105 der Berufskrankheiten-Liste vorliegt.

Die Kasse hat nun zu klären, ob bereits eine Berufskrankheiten-Anzeige an die Berufsgenossenschaft, bzw. den staatlichen Gewerbearzt gemacht worden ist. Wenn nicht, dann wäre die Kasse dazu angehalten.

In anderen, weniger eindeutigen Fällen, wie z.B. Lungenkrebserkrankungen, hätte die Kasse den behandelnden Arzt zu bitten, eine sorgfältige Arbeitsanamnese mit Fragen nach evtl. krebserregenden Arbeitsstoffen in der Vergangenheit durchzuführen und zu prüfen, ob der Verdacht auf eine Berufskrankheit begründet ist.

Ich weiß, daß in manchen Kassen eine solche Praxis des Umgangs mit berufsbedingten Krebserkrankungen bereits gang und gebe ist. Ich wünsche mir, daß dieses etwas häufiger und zweitens systematischer praktiziert wird, und daß alle Berufskrankheiten einbezogen werden. Die derzeitige Liste der Berufskrankheiten umfaßt 59 Positionen. Analog zu diesem Verfahren könnte man auch den nicht klassifizierten arbeitsbedingten Erkrankungen im Einzelfall und epidemiologisch bei Arbeitnehmergruppen nachspüren. Hier bieten sich z.B. Wirbelsäulenerkrankungen

an. In der Arbeitsmedizin liegen hinreichende Erkenntnisse vor, daß u.a. mechanische Einwirkungen, wie schweres Heben und Tragen, ungünstige einseitige Körperhaltungen bei der Arbeit für die Verursachung und Entwicklung dieser Erkrankungen eine Rolle spielen. Ergonomische Gestaltung von Arbeit und Technik (Umwelt), wie gleichzeitige Stabilisierung der Arbeitspersonen durch z.B. "Rückenschulung" (Individuum) wäre dann eine integrierte Präventionsstrategie.

Grundlegend für einen zukünftigen Arbeits- und Gesundheitsschutz ist ein Bewußtseinswandel bei allen Beteiligten, Betriebsrat und Unternehmensführung, Fachkräften und Beschäftigten: Gesundheitsförderung ist eine Investition in das Wohlbefinden der Beschäftigten. Sie kommt durch die engen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Arbeitszufriedenheit, Unternehmens- und Organisationskultur sowie Lebensqualität auch dem Betrieb zw. der Gesamtorganisation wie auch der gesellschaftlichen Entwicklung insgesamt zugute.

Wie Sie an diesen Beispielen sehen, verfügen wir über genügend Wissen und auch Erfahrung, um den Anforderungen des § 20, vor allem der Verhütung von arbeits- und berufsbedingten Krankheiten, gerecht zu werden.

Sie werden Verständnis dafür haben, daß ich mich in meinem Vortrag als Arbeitsmediziner und betriebsärztlich Tätiger mehr auf die Gesundheitsgefahren im Betrieb verlegt und die Freizeit mit ihren Gefahren und Gesundheitsschädigungen ausgespart habe.

Ich hoffe, mit meinen Hinweisen und Erläuterungen zum Nachdenken angeregt zu haben und wünsche mir, daß die gesundheits- und sozialpolitischen Aufgabenstellungen des § 20 aktiv angegangen werden.

Sicherheitstage wie diese hier in Flensburg sind ein wichtiger Beitrag dazu.

Ich wünsche der Veranstaltung vollen Erfolg.