

Rainer Müller (1992): Sozialversicherung und Prävention – frühere Botschaften, reale Existenzen

Fehlende historische Kontinuität der Auseinandersetzung mit der industriellen Pathogenität

Die Auseinandersetzung mit diesem Thema müßte als Teil einer Sozialgeschichte der industriellen Pathogenität und Pathologie geführt werden. Leider kann man auf eine derartige systematische Sozialgeschichtsschreibung nicht zurückgreifen. Bislang liegen nur Bruchstücke vor. Die Schwierigkeiten einer solchen Sozialgeschichte sind der Tatsache geschuldet, daß keine historische Kontinuität der Auseinandersetzung mit der Risikoproduktion und ihren negativen Effekten in der Industriegesellschaft existiert, weder im Bereich der Sozial- bzw. Gesundheitspolitik noch im Kontext von Wissenschaft, seien es Medizin-, Ingenieur-, Natur- oder Sozialwissenschaften.

Dietrich Milles und ich haben für diesen erstaunlichen Sachverhalt, nämlich der Diskrepanz zwischen gesellschaftlicher Bedeutung der industriellen Pathogenität und ihrer wissenschaftlichen wie öffentlichen Problemwahrnehmung und Thematisierung, den Begriff der Dethematisierung gewählt (Milles, Müller 1987). Wir verstehen darunter die eigentümliche Blockierung einer gesellschaftspolitisch relevanten Kommunikation über die industriellen Gefährdungen und Schädigungen von Gesundheit und Natur. Diese Blockierung ist einem Zusammenspiel von einzelgesellschaftlichen Interessen und staatlichen Regulierungen geschuldet, das an der uneingeschränkten Dominanz der permanenten Erhöhung der technisch-ökonomischen Produktivität festgehalten hat.

Sozialpolitische Maßnahmen bezogen auf industrielle Pathogenität unterlagen einer beträchtlichen Selektivität, die wegführte von den ursächlichen Zusammenhängen von sozialer Lage, Industriearbeit und Krankheit bzw. vorzeitigem Tod.

Dieser Prozeß kann im historischen Rückblick erklärt werden

1. mit einer individualisierenden Tradition gesundheitlicher Aufklärung, die staatliche Schutzmaßnahmen im Sinne einer bewußten Gestaltungspolitik als healthy public policy überflüssig machen sollte und Gesundheit als Kriterium des normalen, sittlichen Bürgers ansah. Alfons Labisch hat diesen Prozeß unter dem Stichwort "Herausbildung des Homo hygienicus" beschrieben (Labisch 1992).
2. mit der durch den Staat betriebenen Überlagerung des Arbeitnehmerschutzes durch das Sozialversicherungssystem. Hier wirkte vor allem die restriktive Fassung von Risiko bzw. Gefährdung und gesundheitliche Schädigung ausschließlich als akuter Unfall begriffen höchst restriktiv. Der große Komplex arbeits- bzw. berufsbedingter Erkrankungen wurde dadurch von einer sozial- bzw. gesundheitspolitischen sowie wissenschaftlichen und damit öffentlichen Thematisierung ausgeschlossen.
3. Erklärt werden kann dieser Selektivitätsprozeß weiterhin mit dem Verzicht des Staates, eine qualitativ und quantitativ kompetente Gewerbeaufsicht zur

Humanisierung des Arbeitslebens aufzubauen, und zwar unabhängig von berufsgenossenschaftlichen Aktivitäten.

4. mit der Separierung von Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, wobei arbeitsbedingte Kausalität von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sowie vorzeitigem Tod in der Kranken- und Rentenversicherung eliminiert wurde und nur die Unfallversicherung Arbeitsbedingtheit von Morbidität und Mortalität im restriktiven Konzept des akuten Unfalls für regulierungsnotwendig ansah. Die Einheit von Diagnose, Therapie und Prävention wurde weder konzeptionell noch organisatorisch hergestellt, auch nicht in der Unfallversicherung. Ein Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 hat dies ebenfalls nicht anvisiert.
5. Erklärt werden kann die Dethematisierung außerdem mit der Begrenzung der Selbsthilfepotentiale der Arbeiter und ihrer sozialen Bewegung (Gewerkschaft, Sozialdemokratie) auf die Finanzierung von Kuration und Kompensation von Gefährdung und Schädigung bei individueller Verarbeitungsformen der Betroffenen. Volle Selbstverwaltung der Arbeiter bestand im Rahmen der Sozialversicherungen nur in den Krankenkassen bis zum Nationalsozialismus und in der BRD nur bis 1951.

Quer zu diesen Prozessen wirkten außerdem:

- die Vorstellung, daß mit der technisch-ökonomischen Produktivitätsentwicklung die Voraussetzungen für individuelle und gesellschaftliche Wohlfahrt gleicherweise geschaffen würden, insbesondere, der Glaube, daß der technische Fortschritt die Mittel zur Behebung der mit ihm fortschreitenden Gefährdung bereitstellen werde,
- das Dilemma staatlicher Sozialpolitik, die industrielle Pathogenität nicht ohne das gesamte Wirtschaftssystem beseitigen zu können, und die daher mit Vorliebe vorgenommene Delegation sozialpolitischer Verantwortung an parastaatliche bzw. intermediäre Einrichtungen, nämlich den Sozialversicherungen,
- das klinisch-naturwissenschaftliche Paradigma der Medizin, das vor allem die sozialpolitische Dimension, wie sie zumindestens in der Sozial-Hygiene bzw. der Sozialmedizin angesprochen worden sind, ausgrenzte,
- die Wirtschaftlichkeit als Maßstab gewerbehygienischer bzw. sicherheitstechnischer Intervention mit der Dominanz der Technik; bei deren Konkretisierung wurden die Kompetenzen und Bedürfnisse der arbeitenden Menschen ignoriert; bei gesundheitlicher Schädigung in der Arbeitstätigkeit schlugen die Vermutungen individuellen Fehlverhaltens gegen die Betroffenen aus.

Sozialversicherung und partielle Prävention (medizinische)

Sozialversicherung und Prävention als Teil von Sozialpolitik haben in Deutschland ihren entscheidenden Formierungsprozeß auf konzeptioneller, begrifflicher, normativer und institutioneller Ebene ab Mitte des vorigen Jahrhunderts genommen.

Typen von Gesundheitsrisiken: Armut, Seuche, Unfall

Mit der Industrialisierung und der rapiden Urbanisierung stellten sich Gesundheitsrisiken ein, die sich typologisch zu drei Komplexen zusammenfassen lassen:

1. Gesundheitliche Problemlagen bezogen auf den Risikotyp "Armut"

"Naturwüchsige entstandene" und "künstlich produzierte Armut" wurden Mitte des vorigen Jahrhunderts zum Angelpunkt gesellschaftlicher Auseinandersetzungen. Nach der Revolution von 1848 konnte nicht mehr davon abgesehen werden, daß Armut und Verelendung einhergehend mit Krankheit und vorzeitigem Tod auch gerade und trotz Lohnarbeit in der städtischen Fabrik entstand, der das Hauptbemühen staatlicher Gewerbepolitik galt (Tennstedt 1981, S. 89). In den Pauperexistenzen und in der von Armut bedrohten bzw. in Armut lebenden Arbeiterschicht wurde nicht nur der Herd von immer wieder aufbrodelnden massenhaften Infektionskrankheiten, sondern auch von Unsittlichkeit, Kriminalität, Arbeitsverweigerung und politischer Unruhe gesehen. Das Risiko der Armut wurde zum Scheidepunkt zwischen Armenpolitik als kommunaler Politik und Arbeiterpolitik als staatlicher Politik. Die Arbeiterpolitik wiederum läßt sich unterscheiden in Arbeiterschutzpolitik, die auf den Risikoort Produktionsprozeß gerichtet ist, und auf eine Arbeiterversicherungspolitik, die außerhalb des Produktionsprozesses angesiedelt ist und am Risikoausgleich orientiert ist.

Mit der Risikogenese beschäftigt sich die Fabrik- und mit dem Risikoausgleich die Kassengesetzgebung. Das Risiko Armut verblieb bei den Gemeinden. Die Krankheit der vom Proleten zum Industriearbeiter gewandelten Armen geriet in die Zuständigkeit der Krankenkassen und wurde zunehmend in die Definitions- und Verfügungsmacht der Kassenärzte und der klinischen Medizin eingefügt.

2. Problemlagen, die mit dem Risikotyp "Seuche" im Zusammenhang stehen

Typhus, Colera und Tuberkulose gefährden die Größe der Population und damit die Basis von Wirtschaft und Militärmacht. Das Bürgertum sah sich wegen der hohen Ansteckungsgefahr in seiner leiblichen Existenz bedroht. Infektionskrankheiten und ihre endemische Verbreitung wurden in der politischen Auseinandersetzung wie in der wissenschaftlichen Thematisierung zentraler Gegenstand, um die soziale Pathologie zu veranschaulichen.

Präventive Strategien gegen den Risikotyp "Seuche" waren am erfolgreichsten. Eine Expositionsprophylaxe wurde durch die technische Assanierung der Städte sowie durch Lebensmittel- und Wasserüberwachung betrieben. Die Dispositionsprophylaxe wurde durch eine aktive und passive Immunisierung der Bevölkerung durch Impfstrategien des Staates praktiziert. Prophylaxe durch Impfung war zunächst nicht im Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Um die Jahrhundertwende werden Infektionskrankheiten, insbesondere Tuberkulose zum Gegenstand der Rentenversicherung im Rahmen von Heilverfahren bzw. in der Praxis von Beratungsstellen.

3. Problemlagen, die mit dem Risikotyp "Unfall" umschrieben sind

Konnten die Schädigungen an Leib und Seele, wie sie durch Staub, Rauch und Gase sowie durch schwere und langdauernde körperliche Leistungsanforderungen bei der Lohnarbeit produziert wurden, über lange Zeit in der industriellen Entwicklung noch dem allgemeinen Armutssproblem zugeschlagen und allgemein als Arbeiterkrankheiten abgetan werden, so tritt mit wachsender Technisierung und Chemisierung der Produktion der Unfall ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Massenunfälle waren nicht selten das auslösende Moment für öffentliche Rebellion und Streiks der Arbeiter. Unfälle gefährdeten in vielfältiger Weise die öffentliche Ordnung und bedurften einer Regulation. Gleichzeitig ließ sich die Konzeptualisierung des Unfalls als eines plötzlichen und von außen kommenden Ereignisses auch unproblematisch mit einer schlichten Ursache-Wirkungs-Annahme und entsprechend begründeten Intervention verbinden. Der Unfallbegriff wird zum zentralen Punkt der Risikovorstellung der Industriegesellschaft. Monokausalität und kurzfristige Zeitbegrenzung schließen langfristige und multikausale Chronifizierungsprozesse bei der Entwicklung von Volkskrankheiten wie auch von ökologischen Problemlagen aus. Berufs- bzw. arbeitsbedingte Erkrankungen werden im Sozialversicherungssystem erst 1925 mit einer Liste von 11 Berufskrankheiten als entschädigungspflichtig angesehen. Selbst offenkundige gewerbliche Vergiftungen als akute Ereignisse fielen somit durch das Netz der Kompensation, erst recht das der Prävention. Präventive Strategien der Unfallversicherung wurden an dem Unfall-Paradigma strikt ausgerichtet.

Obwohl bereits vor der Jahrhundertwende umfassende und differenzierte Kenntnisse über chemische und physikalische wie auch über arbeitsorganisatorische und andere soziale arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken vorlagen (Hirt, Oesterlen usw.) wurden dennoch die Erfahrungen mit der technischen, bakteriologisch-hygienischen und gesundheitspflegerischen Strategie der Bekämpfung der Infektionskrankheiten nicht auf eine Präventionsstrategie zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen angewandt. Es waren also keine Wissensdefizite, sondern Entscheidungen zum Nicht-handeln, die eine Prävention der industriellen Pathogenität verhindert haben.

Gesundheitspflege in der selbstverwalteten Arbeiterkrankenkasse spart die Produktionssphäre aus

Die drei vorgenannten typologisch bezeichneten Risiken sind im Laufe der Geschichte der Sozialversicherung immer wieder Anknüpfungspunkte für Forderungen nach Prävention und Prophylaxe. Als ein einmaliges frühes Beispiel sind die programmativen Erklärungen des Gesundheitspflegevereins des Berliner Bezirks der deutschen Arbeiterverbrüderung von 1849 anzusehen. In den Statuten und Schriften des Vereins wird die Gesundheit des Arbeiters als ein eigenständiger gesellschaftspolitischer Wert thematisiert. So heißt es auf einer Flugschrift vom 5. April 1849: "Die Gesundheit, für alle Menschen ohne Unterschied des Standes und des Ranges, in gleicher Weise ein unschätzbares unveräußerliches Gut, ist für Denjenigen, welcher in der Gesundheit sein einziges und vorzügliches Eigenthum besitzt, von doppelt hoher Bedeutung. Ohne dieselbe ist er nicht im Stande, seine Arbeitskraft, wie es sich gebürt, zu verwerten. Niemand aber in unserer Gesellschaft setzt gerade durch seine Berufstätigkeit seine Gesundheit so mannigfachen Gefahren aus, als der Arbeiter, welcher durch die unmittelbare Anwendung seiner Leibeskräfte seine Existenz sichern soll. Demungeachtet sind die bisherigen Einrichtungen, welche den Arbeitern zum Schutz ihrer Gesundheit, wie zur Heilung von Erkrankungsfällen dienen sollten, nur

sehr mangelhaft gewesen und haben weder den wahren Zwecke noch dem wirklichen Bedürfnissen entsprochen. Das Berliner Bezirkskommite der deutschen Arbeiterverbrüderung, getragen von dem erprobten Vertrauen in die einfach und doch mächtig wirkende Kraft der Vereinigung, will, gestützt auf diese Macht der Vereinigung eine verbesserte Gesundheitspflege ins Leben rufen, welche den gerechten und vernünftigen Ansprüchen der Arbeiter genügen soll" (Karbe 1983, S. 153).

Gesundheit als wirkliches Bedürfnis und gerechter wie vernünftiger Anspruch zur Verwertung von eigener Arbeitskraft wurde dem herrschenden bürgerlichen Verständnis entgegengesetzt, in dem Armut und Krankheit des Arbeiters unter den Gesichtspunkten von Sittlichkeit und Moral betrachtet und beurteilt wurde.

Der Gesundheitspflegeverein, als von Arbeitern selbst organisierte Institution, stand in seiner Programmatik und Praxis im deutlichen Gegensatz zu den damaligen "Zwangskassen", getragen von Fabrikanten, Kommunen oder Innungen. Die Leistungen dieser Kassen beschränkten sich fast gänzlich auf minimale Geldzahlungen als Lohnersatz im Krankheitsfall für einen sehr kleinen Kreis von privilegierten Fabrikarbeitern. Ärzte wurden von Mitgliedern dieser Kassen kaum konsultiert.

Auf der Generalversammlung der Deutschen Arbeiterverbrüderung am 26. Februar 1850 in Leipzig wurde ein Musterstatut für weitere Gründungen von Gesundheitspflegevereinen verabschiedet, in der Selbsthilfe und Selbstverwaltung in gesundheitspolitischen Angelegenheiten betont wurde und die Patronage der Armen- und Innungskassen abgelehnt wurde.

Im Statut des Berliner Gesundheitspflegevereins wurde eine wissenschaftliche Verständigung über die Verbesserung der Gesundheitspflege auf der Grundlage einer medizinischen Gewerbestatistik proklamiert. Salomon Neumann, der führende Arzt des Vereins, wollte durch die Statistik "den sozialen Einfluß der allgemeinen Lebenslage und der besonderen Berufstätigkeit auf Sterblichkeit und Krankheit" nachweisen (Hansen u.a. 1981, S. 45). Neumann erarbeitete in 14 Quartalsberichten und einem größeren Abschlußbericht detaillierte statistische Angaben über die Gesundheitsverhältnisse der 10.000 Mitglieder von 1849 bis zum Verbot "wegen gefährlicher sozialpolitisch-kommunistischer Tätigkeit" im Jahre 1853 (Karbe 1983, S. 29f). Neumann war mit Virchow und Leibuscher eine zentrale Figur der Medizinalreformbewegung um 1848, die öffentliche Gesundheitspflege als prophylaktisch gestaltende Gesellschaftspolitik verstanden.

Die frühen Botschaften einer auf freier Assoziation der Arbeiter beruhenden Gesundheitspflege lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Gesundheit wird als individuelles und öffentliches Gut begriffen.
2. Gesundheit wird als ein gerechtes, vernünftiges und wirkliches Bedürfnis, als individuelles Grundrecht sowie als Anspruch des arbeitenden Individuums definiert.
3. Gesundheit wird als die Basis für Arbeitskraft und individueller wie gesellschaftlicher Wohlfahrt angesehen.

4. Gesundheit wird durch mannigfache Gefahren der beruflichen Tätigkeit des Arbeiters als gefährdend bzw. schädigend erkannt und beurteilt.
5. Es wird die Notwendigkeit einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung proklamiert, um die berufs- bzw. klassenspezifische Gefährdung öffentlich zum machen und Hinweise für prophylaktische Maßnahmen zu geben.
6. Die Informationen des Gesundheitspflegevereins über berufliche Tätigkeit, Alter, Geschlecht und Erkrankung werden zu einer berufsbezogenen Medizinalstatistik aufbereitet
7. Gesundheitspolitische Erfahrungszusammenhänge über Lebenslage, Arbeitsbedingungen und Gesundheit bzw. Krankheit werden in der freien Assoziation von betroffenen Arbeitern vergesellschaftet und politisiert.
8. Ärztliches bzw. medizinisches Wissen wird mit den Alltagserfahrungen in eine gesundheitspolitische Selbst-Aktivität integriert. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden für die Gesundheitspflege genutzt.
9. Die praktische Kassenpolitik wird mit dem Reformdiskurs der demokratischen Medizinalreform verbunden.

Allerdings muß folgendes angemerkt werden:

Die programmatischen Erklärungen und praktischen Arbeiten des Gesundheitspflegevereins stehen ebenso dafür, daß in der Frühphase der Selbstorganisation der Arbeiterbewegung die industrielle Pathogenität zwar angesprochen wurde, jedoch die Selbstorganisation der Arbeiter auf die Folgenbewältigung und die soziale Existenzsicherung gerichtet war. Forderungen auf gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen bzw. Szenarien ihrer Umsetzung enthalten die programmatischen Äußerungen nur als sehr allgemeine Aussagen. So gesehen machte die Selbstorganisation der Arbeiter die Arbeiterpolitik des Staates mit, der zwischen Armutsabsicherung und Arbeitsschutz unterscheidet, also eine ökonomische Absicherung des Armutsrisikos Krankheit betrieb und damit zum "gesellschaftlichen Aufstieg" und marktentrückten "Sozialgut Gesundheit" beitrug (Tennstedt 1981, S. 165). In den selbst organisierten Hilfskassen standen also ebenfalls finanzielle Leistungen als Ersatz für Lohnausfall und Sachleistungen in Form von ärztlicher Hilfe, Arzneimittel u.a. im Mittelpunkt. Bereits in den Frühformen der selbst organisierten Hilfskassen wurde eine Trennung zwischen Risikobereich Produktion und sozialer Existenz außerhalb der Lohnarbeit gezogen, wie sie sich dann ab 1884 weiterhin verstärkt fortsetzte.

Die führenden Vertreter der selbstverwalteten Krankenkassen wie auch führende Repräsentanten der Arbeiterbewegung waren in ihrer gesundheitspolitischen Orientierung stark an den Konzepten der medizinischen Sozialhygiene ausgerichtet. Nach Tennstedt ersetzen die sozialhygienischen Konzeptionen ein eigenständiges, konkretes gesundheitspolitisches Programm der Arbeiterbewegung (Tennstedt 1983, S. 455). Die Wirkung der sozialhygienischen Bewegung auf und durch die Krankenkassen sind in einer hygienischen Erziehung des Volkes zu sehen. Mit dieser Hygienisierung kam es zu einer Förderung der Anpassung an die Industrialisierungs-

und Urbanisierungsprozesse. Über Krankenkassen wurde eine Verallgemeinerung hygienischer Kultur in der privaten Lebenswelt organisiert. Die Industriearbeiterschaft übernahm die Deutung von Gesundheit, wie sie in dem wissenschaftlichen Diskurs der Sozialhygiene entwickelt worden war. Allerdings gab es auch Stimmen in der Arbeiterschaft, die vor der naturwissenschaftlichen Medizin warnten; der Kapitalismus erzeuge Krankheit, unterdrücke die Krankheitserscheinungen durch Medizin und Ärzte, während die Naturheilkunde die ganzheitliche Sicht von Krankheit und Krankheitsentstehung bewahren würde. Sowie Kapitalismus und Medizin zusammenhängen würden, so würden Sozialismus und Naturheilkunde zusammengehören (Labisch 1992).

Frühere Botschaften für eine Gesundheitsberichterstattung mit Kassendaten

In seiner praktischen Bedeutung blieb die Wirkung des gesundheitspolitischen Programms und die Anfänge einer innovativen Praxis des Berliner Gesundheitspflegevereins weit hinter den Erwartungen seiner Akteure zurück. Das Berliner Beispiel fand nicht zuletzt wegen mangelnder Unterstützung durch die Ärzteschaft außer in Breslau keine nennenswerte Nachahmung. Einzelne Aspekte dieses Reformmodells wurden allerdings in späteren Jahren der Entwicklung der Sozialversicherungen aufgegriffen und z.T. praktiziert. So z.B. wurde im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung das Thema der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung wiederholt aufgeworfen, jedoch nicht als Routineverfahren in die fortlaufende Tätigkeit des Kassenhandelns implementiert.

In der Diskussion um das Hilfskassengesetz von 1876 gab es derartige Bemühungen. 1876 wurde versucht, durch ein Gesetz die arbeiterfreien Hilfskassen in Deutschland zu vereinheitlichen und unter stärkere staatliche Kontrolle zu bringen, waren sie doch ein Feld zur Organisation der Arbeiterbewegung (1878 Sozialistengesetz). In dem Gesetz war vorgesehen, daß fortlaufende Berichte nach vorgegebenen Formularen über die Morbidität und Mortalität von sämtlichen Kassen an eine zentrale Aufsichtsbehörde einzureichen seien. Eine derartige Berichterstattung wurde aber nicht erreicht. Ein sozialstatistische Auswertung fand nicht statt, obwohl große Hoffnungen der Medizinalstatistiker mit diesem Gesetz verbunden waren (Koebner 1932, S. 11). So verkündete 1876 der Direktor des preußischen statistischen Bureaus Dr. Ernst Engel auf dem 9. internationalen statistischen Kongreß in Budapest: "In Deutschland wird insbesondere solchen Forschungen durch das Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876 kräftiger Vorschub geleistet werden." (Engel 1876, S. 131). Engel hatte ein Memorandum zum Thema "Die Statistik der Morbidität, Invalidität und Mortalität sowie Unfall- und Invaliditätsversicherung der Erwerbstäthigen" verfaßt.

In der Vorphase der Formulierung der Sozialgesetze in den 80er Jahren hat es ebenso Memoranden zur Entwicklung einer sozialen Medizinalstatistik gegeben. Diese Forderungen wurden immer auch begründet mit der Notwendigkeit von Prophylaxe und Prävention. Die Statistik der Deutschen Krankenversicherung, beruhend auf dem Beschuß des Bundesrates vom November 1892, konnte allerdings diesen Erwartungen nicht entsprechen. Die Forderung nach einer angemessenen und aussagefähigen Sozial- und Medizinalstatistik war auch in der Vorphase der Reichsversicherungsordnung von 1911 erhoben worden. Für die Reichsregierung wurde 1902 eine Denkschrift zur Herstellung einer beruflichen Krankheitsstatistik

erarbeitet (Heymann, Freudenberg 1925, S. 21).

Daß die organisatorischen und qualifikatorischen Voraussetzungen zur damaligen Zeit für eine aussagefähige arbeitsbezogene Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik vorhanden war, weist die umfangreiche Studie über die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der Mitglieder der Leipziger Ortskrankenkasse für die Jahre 1886 bis 1905 aus. Die Untersuchung wurde in sechsjähriger Arbeit auf der Basis von Daten über 900.000 männlichen und über 200.000 weiblichen Mitglieder durchgeführt. In vier mit zahlreichen graphischen Tafeln und Zeichnungen versehen Bänden wurde nach pflichtversicherten und freiwillig versicherten Mitgliedern unterschieden, über Arbeitsunfähigkeits- und Mortalitätsindikatoren für 24 Berufsgruppen sowie 108 männlichen und 109 Berufsarten berichtet (Kaiserliches Statistisches Amt 1910).

In den 20er Jahren hat Ludwig Teleky, der erste preußische Landesgewerbeiarzt mit Sitz in Düsseldorf, Daten der Rheinischen Ortskrankenkassen für eine berufsbezogene Medizinalstatistik ausgewertet. Er hat sich intensiv mit den methodischen Problemen solcher Medizinalstatistiken auseinandergesetzt. Er hat deutlich herausgearbeitet, daß die Ergebnisse der Datenanalysen von einzelnen Kassen bzw. Betriebskrankenkassen Hinweise geben können, bestimmte Risikostrukturen bzw. Risikopersonengruppen herauszufinden und dies als Hinweis für detaillierte weitergehende gewerbehygienische Untersuchungen der Beschäftigten bzw. der Arbeitsbedingungen zu gelten hätten. Teleky hat auch auf die Bedeutung von Verlaufsuntersuchungen hingewiesen; er sprach von Dauerbeobachtung. Ihm ging es darum, den Zusammenhang von typischen Berufsverläufen mit Erkrankungskarrieren darzustellen. Als Landesgewerbeiarzt für das Rheinland und Ruhrgebiet verband Teleky seine wissenschaftliche Arbeit mit der Hoffnung, daß durch Anwachsen der beteiligten Krankenkassen an der allgemeinen Morbiditätsstatistik viele einzelne Krankenkassen sich besonders gefährdeten Berufsgruppen bzw. gewerbehygienischen Fragestellungen zuwenden würden und auf Prophylaxe und Prävention drängen würden (Teleky 1929, Müller 1984).

Gesetzliche Krankenkasse ohne Präventionsauftrag, aber mit prophylaktischen Initiativen

1884 trat das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter in Kraft. Das Gesetz erfaßte mit Versicherungzwang fast ausschließlich in Gewerbebetrieben beschäftigte Arbeiter sowie die Gehilfen der Rechtsberufe und Versicherungseinrichtungen. 1885 waren 10 % der Bevölkerung des Deutschen Reiches (4,29 Millionen) Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung. 1900 hatte sie 10 Millionen Mitglieder und war in 25.000 einzelne Kassen bei sieben Kassenarten zersplittet. Die Durchschnittszahl der Kassenmitglieder aller Kassen betrug 423. "Auch das Unfall- und Invalidengesetz gestattet eine Zersplitterung nicht, da jeder Unternehmer zu diesen Versicherungen steuern muß! Wo also die Arbeiter keine Rechte haben, ist die Einheit garantiert, wo aber das Selbstverwaltungsrecht derselben besteht, muss die unheilvolle Zersplitterung weiter fortbestehen, um die "Autorität" des Unternehmers zu sichern, den Ausbau der Krankenversicherung zu verhindern, der den "Schutzlosen" Arbeitgebern womöglich etwas mehr Geld kosten könnte". (Frankfurter "Volksstimme" 2.2.1903, zit. nach X.Y.Z. 1903, S. 148). So der Kommentar eines sozialdemokratischen Fachmannes aus Anlaß des Entwurfs der Krankenversicherungsnovelle. 1913 hatte sie 13,9 Millionen Mitglieder (Tennstedt

1976, S. 386). Das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherungen umfaßte Barleistungen zur ökonomischen Sicherung bei Lohnausfall durch Krankheit wie Sachleistungen (bezogen auf ärztliche Behandlung, Arneimittel, Brillen und Heilmittel). Leistungen für prophylaktische Maßnahmen waren nicht vorgesehen. Es gab es keine rechtlichen Regelungen, die auf die gesundheitlichen Gefährdungen innerhalb und außerhalb des Betriebes Einfluß nehmen sollten.

1894 wurde der Centralverband von Ortskrankenkassen in Deutschen Reich gegründet. Dieser Verband hat versucht, Einfluß auf die sozialpolitische Gesetzgebung zu nehmen und sozialhygienische bzw. vorbeugende Maßnahmen innerhalb von Ortskrankenkassen zu initiieren. Vertreter der Sozialdemokratie und der Gewerkschaftsbewegung hatten in den Ortskrankenkassen zunehmend Einfluß gewonnen. Über sie wurde die Brücke geschlagen zu sozialhygienischen und sozialmedizinischen Zirkeln fortschrittlicher Ärzte wie u.a. Friedeberg, Landmann, Zadek, Blaschkow, Fischer, Grotheer und andere. Auf der Tagung des Centralverbandes des 1898 in Weimar wurden als Ergebnis dieser Kooperation Leitsätze für die Entwicklung der Gesetzlichen Krankenkasse formuliert. Sie bezogen sich auf die Entwicklung der Heilstättenbehandlung, auf die Bekämpfung der Tuberkulose und von Krebs sowie Alkoholismus, auf einen Ausbau der Beratung der Mitglieder in allen Fragen der Sozialhygiene. Es wurde gefordert, daß die Krankenkassen eine enge Fühlung mit den Gewerbeinspektoren unterhalten sollten. Für Berufsanfänger wurde eine Berufsberatung verlangt. Die Entwicklung einer berufsbezogenen Medizinalstatistik stand ebenfalls wiederum auf der Agenda. Die Krankenstatistik sollte im übrigen Auskunft geben über gewerbliche Vergiftungen und Unfälle. Die Krankenkassen selbst sollten mit bestehenden Fürsorgeeinrichtungen Verbindungen herstellen, um eine integrierte Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten.

Eine wichtige Person des Centralverbandes war Albert Kohn, von 1914 bis 1925 Direktor der AOK Berlin und seit der Jahrhundertwende ein führender Verfechter sozialhygienischer Bestrebungen der Ortskrankenkassen.

Albert Kohn war der Initiator der Wohnungs enqueten der AOK Berlin in den Jahren 1902 bis 1922. Durch diese Enqueten wurde einer größeren Öffentlichkeit die verheerenden Wohnungs- und Lebensbedingungen der Arbeiter und ihrer Familien in Berlin offenkundig gemacht. Bereits 1893 hatte die im Jahr zuvor gegründete Arbeitersanitätskommission nach Vorschlägen von Ignaz Zadek sen. und Alfred Blaschkow eine Erhebung über Wohnungsverhältnisse Berliner Arbeiter vorgenommen und veröffentlicht. Hierdurch angeregt ließ Albert Kohn von 1902 bis 1922 durch Krankenkontrolleure, die an sich Verfehlungen der Krankenkassenordnungen aufspüren sollten, Erhebungen u.a. auch mit Fotos über die Wohnverhältnisse der Kranken durchführen. Gegen diese Enquete hatte der Bund der Berliner Grundbesitzervereine eine Klage erhoben mit dem Hinweis auf die Unzulässigkeit der Verwendung von Kassengeldern für derartige Untersuchungen. Am 6.1.1910 bestätigte das Königlich Preußische Oberverwaltungsgericht die Rechtmäßigkeit dieses Verfahrens. Im Urteil heißt es: "Es ist nicht zu erkennen, daß die Feststellung der Wohnungsverhältnisse der erkrankten Mitglieder, wenn sie zu dem Zwecke der Prüfung auf die Krankheit erfolgt, eine zulässige Tätigkeit der Kassenorgane in sich schließt. Auch läßt sich nicht bestreiten, daß die Mitteilung der Ergebnisse der Untersuchung über die Wohnungsverhältnisse und Krankheitsfälle innerhalb der Aufgaben der Krankenkassen an sich liegt. Durch diese Mitteilung wurde ja die Möglichkeit einer Belehrung der Kassenmitglieder und besseren Behandlung der

Krankheitsfälle gewährleistet" (Stargardt, Tennstedt, Umrath 1983, S. 311). Das Gericht wandte sich allerdings gegen den politischen Charakter der Enquête und führte aus, daß es über die Ziele der Krankenkasse weit hinausginge, politische Schriften zu veröffentlichen. Ähnliche Untersuchungen wurde von der Allgemeinen Ortskrankenkasse u.a. in Breslau und Magdeburg durchgeführt. Kohn plante 1912 weiterhin eine Ernährungenenquête.

Die Wohnungenenqueten erschienen ab 1902 bis 1922 und waren insofern keine Ein-tagsfliegen wie andere Enqueten, sondern wegen ihrer Periodizität und Aktualität haben sie, insbesondere durch das Medium der Photographie die Wohnungs- und Lebensbedingungen öffentlich gemacht. Sie führten dem Kassenarzt, der weniger als ein bürgerlicher Arzt Hausbesuche machte, sondern die Patienten in seine Sprechstunde bestellte, die soziale Pathologie seiner Patienten vor. Das Instrument der Krankenkontrolle wurde gewandelt zu einem Verfahren der Informationsgewinnung über pathogene Lebenslagen. Das Material diente als Beweisführung und Illustration sozialhygienischer Abhandlungen über Wohnen und Infektionskrankheiten, insbesondere Tuberkulose. Die Enqueten fundierten ebenso die Forderung nach hygienischen Krankenhäusern und Heilstätten. Nicht zuletzt haben sie die Integration von Wohnungsund Krankenfürsorge als kommunale und staatliche Aufgabe gefördert (Sachße, Tennstedt 1982). Hier lassen sich auch Verbindungen zu den Bestrebungen der Landesversicherungsanstalten zur Besserung der Wohnungsverhältnisse ziehen. Es wird geschätzt, daß bis 1914 etwa 300.000 bis 400.000 Wohnungen durch die Landesversicherungsanstalten finanziert wurden (Tennstedt 1976, S. 460).

In Analogie zu Wohnungenenqueten der AOK läßt sich leider eine ähnliche Aktivität, bezogen auf die Gefährdungen der Arbeiter in ihren Produktionsstätten nicht festmachen; es sei denn, man nimmt die Studien, die Ludwig Teleky in den 20er Jahren allerdings nicht im Auftrag der Ortskrankenkassen gemacht hat. Es hat sich eben nicht eingestellt, was 1898 auf der Tagung des Centralverbandes von Ortskrankenkassen beschlossen worden war, nämlich die Krankenkassen aufzufordern, eine enge Fühlung mit den Gewerbeinspektoren aufzunehmen.

Ambulatorien als Botschaft einer Integration von Sozialfürsorge, Prophylaxe und Medizin

Auf Albert Kohn gehen auch die Initiativen für eine eigenständige medizinische aktive Versorgung im Rahmen von Ambulatorien bzw. Polikliniken zurück. In den Auseinandersetzungen mit den Ärzten wurden diese Ideen in den Jahren 1924 und 1932 in der Entwicklung von Ambulatorien umgesetzt, so in Berlin, Bremerhaven, Breslau und anderen Städten.

Paternalisierte betriebliche Sozialpolitik

Für den Bereich der Betriebskrankenkassen sind sozialpolitische Aktivitäten mit prophylaktischer Orientierung mit den Namen Krupp und Zeiss verbunden (Ernst Abbe - Dietrich fragen).

1929 waren 42,17 Millionen, also 68 % der Reichsbevölkerung, Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Sachleistungen, sie übertrafen die Barleistungen deutlich, hatten sicherlich eine prophylaktische Wirkung und waren in diesem Sinne

auch intendiert. Dies kam in der "Richtlinie über die Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung" vom 21. Februar 1929 (Reichsgesetzblatt I/69) auch zum Ausdruck (Labisch, Tennstedt 1991, S. 21). Jedoch muß bilanzierend festgestellt werden, daß, obwohl der Wohlfahrtsstaat angesichts weitgehender fehlender effizienter medizinischer Therapien besondere Hoffnungen auf die Prophylaxe setzte und von Sozialhygienikern auch als frohe Botschaften prophetisch verkündet worden waren, die versicherungsförmigen staatlichen Regulierungen jedoch gegenüber den sozialen und gesundheitlichen Notständen, wie chronischen Infektionskrankheiten und anderen chronischen Volkskrankheiten, doch keine derart prophylaktisch durchgreifende Wirkung, wie sie in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts durch die Assanierung der Städte im Rahmen technischer Hygiene erfolgreich war. In der Weimarer Zeit fehlten die materiellen Ressourcen und auf zentralstaatlicher Ebene auch die politischen Gestaltungsfähigkeiten (Labisch/Tennstedt, 1991, S. 20). Die Richtlinie von 1929, im wesentlichen zur Gesundheitsfürsorge sozialversicherter Tuberkulöser und Geschlechtskranker gedacht, stellt einen historischen Wendepunkt in der Präventionspolitik dar. Die Gesetzliche Krankenversicherung war nach 1883 zunächst ausschließlich auf das individuelle Krankheitsrisiko einer Arbeitnehmerschaft bezogen. Mit dieser Richtlinie wird zum ersten Mal auch im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Gesundheitsfürsorge in den Leistungskatalog aufgenommen. Denn eine allgemeine Für- und Vorsorge war im Prinzip nur im Rahmen des kommunalen Armenrechts formuliert. Mit Bezug auf diese Richtlinie wurde am 3. Dezember 1936 eine Richtlinie vom Reichsversicherungsamt erlassen für die Durchführung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge als Gemeinschaftsaufgabe der Krankenversicherungen. In dieser Richtlinie wurde ein Katalog von Maßnahmen der Krankheitsverhütung aufgestellt, der aber nur durch Satzungsrecht verbindlich gemacht werden konnte.

In den 50er Jahren, als bereits 75 % der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, wurde mit dem Kassenarztrecht von 1955 das Monopol der Kassenärzte auf ambulante Versorgung festgeschrieben. Bis zur Integration der individuellen Prävention als Kassenarztleistung dauerte es bis zum Mutterschutzgesetz vom 24. August 1965. In diesem Gesetz wurde erstmals Gesundheitsvorsorge als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährt. Diese Form der Prävention beruht auf dem Prinzip der individuellen Nachfrage. Gruppenbezogene Präventionsstrategien, die auch als zu- bzw. nachgehende Fürsorge verstanden wurde, konnte nicht in die Systematik der Krankenversicherung integriert werden. Dafür kommen wegen der dafür notwendigen Interventionsform nur öffentliche Träger, wie öffentlicher Gesundheitsdienst, in Betracht. Mit dem 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz vom Dezember 1970 wurden ärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder von der Geburt bis zum 4. Lebensjahr, für Frauen ab dem 20. Lebensjahr und für Männer ab dem 45. Lebensjahr als Regelleistung festgeschrieben (Labisch, Tennstedt, 1991, S. 143, 155).

Prävention und Unfallversicherung

Vorläufer der Unfallversicherung von 1884 war das Reichshaftpflichtgesetz von 1871. Dieses Gesetz hatte nur solche Unfälle zum Gegenstand, die durch Unternehmer oder seine Bevollmächtigten verschuldet waren. Die Beweislast lag beim Arbeiter. Mit dem 1885 in Kraft getretenen Unfallversicherungsgesetz beginnt die direkte Mitwirkung der Industrie an der staatlichen Sozialpolitik. Die gewerblichen Unfallversicherungen sind

bis 1951 in der alleinigen Selbstverwaltung der Unternehmer. Präventionskonzepte und Interventionsformen in die industrielle Pathogenität sind also von der Interessenslage der Industrie bestimmt. Eine staatliche Einflußnahme auf das präventive Wirken der Unfallversicherung erfolgte über die oberste Rechtssprechungs- und Aufsichtsinstanz, nämlich dem 1885 errichteten Reichsversicherungsamt. Im Zentrum der Unfallversicherungen standen Leistungen, die kausal bestimmt waren und sich an der Unfalldefinition entwikelten. Der Unfall wurde verstanden als ein körperlich schädigendes, zeitlich eng begrenztes Ereignis, das mit einer Versichertentätigkeit in rechtlich wesentlich ursächlichem Zusammenhang steht. Das Gesetz ermächtigte die Berufsgenossenschaften, Vorschriften zur Unfallverhütung zu erlassen. Das Reichsversicherungsamt gab 1886 Hinweise für die Aufstellung von Unfallverhütungsvorschriften und unterschied zwischen zwei Hauptgruppen. Erstens solche Vorschriften, welche die Betriebsunternehmer binden, und zweitens solche, welche die Versicherten zur Beobachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln verpflichten. Die erste Gruppe wiederum wurde unterteilt in Vorschriften, die die Einrichtungen der Betriebsanlagen als solche betrafen, teils allgemeiner oder teils spezieller Natur waren und auf Sicherung von Treppen, Fahrstühlen, Luken, Gruben, umschützende Einfriedung von Schwung- und Zahnrädern, von Transmissionsriemen usw. gerichtet waren. Außerdem wurden Vorschriften erlassen, die den Unternehmer zur Ausrüstung der Arbeiter mit gewissen Schutzmitteln, wie Brillen, Masken, Hand- und Fußbekleidungsstücken verpflichteten. 1886 hatten erst sechs Berufsgenossenschaften Unfallverhütungsvorschriften erlassen, 1887 es waren 32 und 1889 50 der insgesamt 64 gewerblichen Berufsgenossenschaften. Zunächst waren Beauftragte zur Kontrolle tätig. 1900 hatten 53 BGen 233 solcher Beauftragte angestellt. 1900 wurden die Unfallversicherungen gesetzlich dazu verpflichtet, technische Aufsichtsbeamte anzustellen.

Vorerfahrungen zur technischen Unfallverhütung wurden in der im Jahre 1867 gegründeten Mühlhäusern Gesellschaft zur Verhütung von Fabrikunfällen, wie in der im Jahre 1886 gegründeten ersten Dampfkesselüberwachungsverein in Baden gemacht. Unfallverhütung war also im wesentlichen das Werk von Geheimräten, Kommerzienräten und Ingenieuren. Ärzte und Arbeiter waren daran nicht beteiligt. Sozial- bzw. gewerbehygienische Vorstellungen und Initiativen, wie sie im Kontext der Krankenversicherungen bescheiden Platz griffen, konnten sich im Rahmen der staatlichen wie auch der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütung nicht plazieren. Es gab für sie keine personalen Träger solcher Ideen und Vorstellungen. Der Ausschluß von gewerbehygienisch gebildeten Ärzten aus der staatlichen wie berufsgenossenschaftlichen Gewerbeaufsicht führte "zu einem Zurückbleiben sowohl der Forschung als auch der Praxis auf bestimmten Gebieten der Gewerbehygiene, vor allem auf dem Gebiet der Erforschung und der Verhütung gewerblicher Erkrankungen" (Ludwig Teleky, zit. nach Tennstedt 1976, S. 427). Daß sozial- bzw. gewerbehygienische Erkenntnisse, Verständnisse und Vorstellungen nicht in die Präventionskonzepte der Unfallversicherungen bzw. der staatlichen Gewerbeaufsicht aufgenommen wurden, hängt mit zwei grundsätzlichen herrschenden Sichtweisen zusammen:

1. "Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Geräthschaften so einzurichten und zu unterhalten und den Betrieb so zu regeln, daß die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes

gestattet", so der § 120 der Gewerbeordnung von 1891. Die gesundheitliche Gefährdung der industriellen Produktion war also gesellschaftlich wie staatlich grundsätzlich akzeptiert. Im Standardkommentar zur Gewerbeordnung von Robert von Landmann heißt es: Ein "absolut gefahrloser Betrieb" ist weder denkbar noch könnte man ihn fordern. "Gewisse Betriebsarten würden, wenn man in den Ansprüchen in Bezug auf den Schutz der Arbeiter zu weit gehen wollte, entweder technisch oder wirtschaftlich unmöglich werden. Da es aber nicht die Absicht des Gesetzgebers sein kann, die Industrie lahmzulegen, vielmehr gerade im Interesse der Arbeiter der Fortbestand der Industrie erwünscht ist, darf man an die Arbeitgeber keine Forderungen stellen, welche technisch oder wirtschaftlich der Natur des Betriebes widersprechen, d.h. denselben unmöglich machen oder seinen Fortbestand gefährden oder die Kosten verursachen, welche zu dem Nutzen der Schutzeinrichtung nicht im angemessenen Verhältnis stehen." (Landmann, zit. nach Andersen 1992, S. 90, 91).

Bereits 1888 hat das Reichsgericht als oberste Instanz in der Klage eines Chemiearbeiters festgestellt, daß "nicht schon ein an sich gefährlicher Fabrikationsbetrieb, sondern nur die bei solchem vorkommene Unterlassung der entsprechenden Sicherungsmaßregeln den Unternehmer verantwortlich mache" (zit. nach Andersen 1992, S. 86). Dieses Urteil basiert auf der Rechtsauffassung, daß der Arbeiter mit Abschluß eines Arbeitsvertrages ein wesentlich erhöhtes Gesundheitsrisiko gegenüber der Normalbevölkerung durch den Lohn abgegolten bekomme.

2. Weder staatliche Gewerbeaufsicht noch die Unfallversicherungen konnten in ihren Unfallverhütungs-Vorschriften und -Praktiken ein den damaligen Stand der Gewerbehygiene entsprechendes Verständnis von Lohnarbeit und Krankheit definieren, da eine gesundheitliche Schädigung lediglich in dem Verständnis der Unfalldefinition rechtlich zugelassen worden war. Von besonderer Bedeutung ist hier das Verständnis der akuten Gefährdung und Schädigung. An diesem restriktiven Begriff angelehnt, wurde erst 1925 eine Liste von 11 Berufskrankheiten, im wesentlichen durch chemische Einflüsse und Unfälle verursacht, als entschädigungsfähig erlassen. Darauf bezogene Präventionsverständnisse akzeptierten einen gewissen Grade an Risiko (Grenzwerte) und setzen auf die "Selbstreinigungskraft der Natur" wie auf technische Maßnahmen, nach dem Prinzipien Kapselung, der Emmissionen wie der "Entsorgung" durch den hohen Schornstein.

Vorbereitung des Gesetzes zur technischen Sicherheit von Maschinen. Dauer: Ein Menschenleben

Welche eher zurückhaltende Politik Unfallversicherung und Staat selbst auf dem Gebiet des technischen Arbeitsschutzgesetzes betrieben haben, läßt sich an der Geschichte des Maschinenschutzes ablesen. Bereits 1904 hatte der geschäftsführende Ausschuß des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften sich mit der Frage beschäftigt, wie Maschinenfabrikanten veranlaßt werden könnten, bei Aufstellung von Maschinen gleichzeitig auch die für den betreffenden Betrieb in Betracht kommenden

Unfallverhütungsvorschriften zu beachten und die notwendigen technischen Schutzausrüstungen mitzuliefern. Immer wieder kam es zu solchen Vorstellungen und Forderungen bei staatlichen Instanzen und auf verschiedenen Tagungen der Berufsgenossenschaften. So wurde auf dem Berufsgenossenschaftstag 1920 die Errichtung einer Zentralstelle für Unfallverhütung beschlossen, die sich mit den Plänen des Reichsarbeitsministeriums wie auch mit den Forderungen der Gewerkschaften nach Schaffung eines Maschinenschutzgesetzes auseinandersetzt.

Die Zentralstelle für Unfallverhütung, hatte sich zur Aufgabe gestellt, Schutzmaßnahmen zur Verhütung von Gewerbeleidern zu erarbeiten, eine Sammlung aller Veröffentlichungen über Verbesserung der Schutzeinrichtungen vorzunehmen, eine kritische Beurteilung der Vorschläge über Sichtung, Normalisierung, Typisierung und Verbilligung der Sicherheitsvorkehrungen zu betreiben, eine Sammlung von konstruktivem Material über unfallsichere Betriebseinrichtungen und über Schutzvorkehrungen zu erstellen und an der Ausgestaltung der Museen für Arbeiterschutz (ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt in Charlottenburg, Bayerisches Arbeitsmuseum in München) mitzuwirken sowie Beratung und Unterweisung auf dem Sektor der technischen Unfallverhütung zu betreiben (Wickenhagen 1980, Bd. 2, S. 535).

1921 gelang es, die Arbeitsgemeinschaft für Unfallverhütung ins Leben zu rufen. An ihr waren beteiligt der Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften, der Allgemeine Deutsche Gewerkschaftsbund, der Deutsche Gewerkschaftsbund, der Gewerkschaftsrat Deutscher Arbeiter- und Angestelltenverbände und der Verein Deutscher Maschinenbauanstalten. Die Arbeitsgemeinschaft sollte erreichen, daß Maschinen und Betriebseinrichtungen den Forderungen zum Schutz des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter entsprächen. Maschinen sollten nur mit den erforderlichen Schutzausrüstungen in Verkehr gebracht werden und wenn irgend möglich, diese mit ihnen konstruktiv verbunden sein (Wickenhagen, 1980, Bd. 1 S. 202, Bd. 2, S. 522). 1926 legte das Reichsarbeitsministerium einen Rentenentwurf eines Arbeitsschutzgesetzes vor, der in § 6 eine Verordnung über Maschinenschutz enthielt. Gegen diesen Entwurf erhoben die Berufsgenossenschaften Bedenken. Das Gesetz kam nicht zustande; erst 1968 wurde ein entsprechendes Gesetz in der Bundesrepublik erlassen.

Welche reale Wirkung die technische Unfallverhütung hatte, läßt sich recht schwer beurteilen. Die Statistiken der Unfallversicherungen von 1886 bis heute über erstmals entschädigte Unfälle lassen sich unter präventiven Gesichtspunkten nur sehr schwer interpretieren. So wurden 1886 9.723 Arbeitsunfälle im engeren Sinne erstmals entschädigt, im selben Jahr 2.422 tödliche Arbeitsunfälle. 1900 kamen mit 52.904 Unfälle insgesamt 5.226 tödliche Unfälle zur Meldung. 1917 wurden 61.170 Unfälle entschädigt, an tödlichen Unfällen 6.477. Selbst wenn die Zahlen auf Vollarbeiter bezogen werden, steigt ihr Aussagegehalt unter dem Aspekt der präventiven Wirkung der Unfallverhütung nicht wesentlich. So kamen 1886 2,8 Unfälle auf 1.000 Vollarbeiter, 1890: 5,48, 1907: 7,64 und 1917: 8,77. An tödlichen Unfällen pro 10.000 Vollarbeiter werden angegeben 1886: 6,97, 1890: 7,48, 1900: 7,54, 1917: 11,42.

LITERATUR

Engel, E.: Die Statistik der Morbidität, Invalidität und Mortalität sowie Unfall- und Invaliditätsversicherung der Erwerbstäthigen. In: Zeitschrift des königlich-preußischen statistischen Bureaus 1876, S. 131

Hansen u.a.: Seit über einem Jahrhunder...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, Köln 1981

Heymann, B., Freudenberg, K.: Morbidität und Mortalität der Bergleute im Ruhrgebiet, Essen 1925, S. 21

Kaiserliches Statistisches Amt: Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung, 4 Bände, Berlin 1910

Karbe, K.-H.: Salomon Neuman 1819 bis 1908. Wegbereiter sozialmedizinischen Denkens und Handelns, Leipzig 1983.

Koebner, F.: Die Reform der Morbiditätsstatistik der Krankassen, München 1932, S. 11

Labisch, A.: Homo hygienicus, Frankfurt, New York 1992

Labisch, A., Tennstedt, F.: Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871-1945). In: Elkeles, Th. u.a. (Hg.): Prävention und Prophylaxe, Berlin 1991, S. 13-28

Landmann, von, Robert: Arbeitsschutzgesetze in Deutschland, Jena 1908, Andersen, A.: Die Grenzen des Deutschen Arbeiterschutzes im 19. Jahrhundert in Gewerbeordnung und Unfallversicherungsbestimmungen. In: Milles, D. (Hg.): Betriebsärzte und produktionsbezogene Gesundheitspolitik in der Geschichte, Bremerhaven 1992, S. 81-95

Milles, D., Müller, R.: Zur Dethematisierung sozialpolitischer Aufgaben am Beispiel des gesundheitsschutzes von Arbeitern im historischen Rückblick. In: Kaufmann, F.-X. (Hg.): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe, München 1987, S. 67-89

Müller, R.: Die Verhinderung einer Gewerbemedizinalstatistik in Deutschland. In: Müller, R., Milles, D. (Hg.): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Bremerhaven 1984, S. 50-82

Sachße, Ch., Tennstedt, F.: Krankenversicherung und Wohnungsfrage. In: Asmus, G. (Hg.): Hinterhofkeller und Mansarde, Reinbek 1982, S. 271-297

Stargadt, W., Tennstedt, F., Umrath, H.: Albert Kohn - ein Freund der Kranken. In: Tennstedt, F.: Porträts und Skizzen zur Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Kassel 1983, S. 305-317

Teleky, L.: Gesundheitswesen und Krankenfürsorge. Die Krankheitsstatistik der Rheinischen Krankenkassen 1922-1926. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 22.

November 1929, S. 1975-1976. Nachdruck in: Müller, R., Milles, D. (Hg.): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Bremerhaven 1984, S. 107-108

Tennstedt, F.: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Blohmke, N. u.a. (Hg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, 1976, S. 385-492

Tennstedt, F.: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Göttingen 1981, S. 165.

Tennstedt, F.: ebenda, S. 89

Tennstedt, F.: Vom Proleten zum Industriearbeiter, Köln 1983, S. 455

Wickenhagen, E.: Geschichte der Gewerblichen Unfallversicherung, München, Wien 1980, Bd. 1 Textband, Bd. 2 Anlagenband

X.Y.Z.: Die Arbeiterpresse und die Krankenkassenvorlage. In: Medicinische Reform Nr. 16, 18.4.1903, S. 147-150