

**Rainer Müller (1993): Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt.  
Frühere Botschaften, Erinnerungen für die Zukunft**

**1. Fehlende historische Kontinuität der Auseinandersetzung mit der industriellen Pathogenität bei Episoden von Präventionspolitik**

Es existiert keine historische Kontinuität der Auseinandersetzung mit der Risikoproduktion der Industriegesellschaft und ihren negativen Effekten für Natur und Gesundheit; weder im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik, noch im Kontext von Wissenschaften, seien es Medizin-, Ingenieur-, Natur- oder Sozialwissenschaften.

Eine institutionalisierte Form der Thematisierung und Bearbeitung der industriellen Risiken hat sich nicht etabliert, obwohl es historische Phasen gegeben hat, in denen im Bereich von Politik, Sozialversicherung und Wissenschaft ein Problemverständnis mit Vorstellungen über Prävention von Arbeitsrisiken vorhanden war. Solche Phasen waren die Jahre um 1848, die Vorphase der Sozialgesetzgebung in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts, die frühen 20er Jahre während der Weimarer Republik und die 70er Jahre in der Bundesrepublik. Vielleicht ist aktuell wieder eine Zeit, in der günstige Bedingungen gegeben sind, die eine Reformulierung von Arbeits- und Sozialpolitik unter der Wertidee "Prävention" möglich macht. Heute sagen wir etwas konkreter "menschengerechte, ökologische und sozialverträgliche Gestaltung von Arbeit und Technik".

Als förderlich für die Programmatik und teilweise eben auch Praxis von Prävention im Kontext von Sozialversicherung hat sich eine Konstellation in Politik und Sozialversicherung sowie Wissenschaft erwiesen, bei der es zu einer gewissen Konkordanz von normativen Vorstellungen über Prävention und zu einem Zusammenspiel von Interessen der beteiligten Akteure gekommen war. Auf der Ebene von Politik war die Artikulation der abhängig Erwerbstätigen und ihre Teilhabe an der Regulierung von Problemen einerseits und eine gewisse Bereitschaft ihrer Konfliktgegner zur Mitwirkung bei gleichzeitigem Gestaltungsinteresse staatlicher Akteure andererseits eine für Präventionspolitiken günstige Situation.

Auf der Ebene der Sozialversicherung waren Konstellationen für Prävention förderlich, wenn der Grad der Selbstorganisation bzw. die Artikulation und Handlungsmotivation der Versicherten und ihrer Vertreter hoch waren und der sozial- bzw. gesundheitspolitische Gestaltungswille der bürokratischen Führungskräfte vorhanden war.

In Bezug auf Wissenschaft ist im historischen Rückblick bedeutsam, ob sie die Rolle des Mediators mit konkreten Wissensbeständen und Erkenntnissen sowie Konzepten über Risiko, Schädigung und Prävention entwickelt hatte und in den öffentlichen Diskurs einbrachte.

Ob nun diese förderlichen Faktoren zusammentrafen oder nicht hing davon ab, wie die je politischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Umweltbedingungen in ihrem Zusammenwirken gestaltet waren.

## **2. Die Trennung von Arbeits(-schutz)politik und Sozialversicherung hat die Entwicklung einer arbeitsweltbezogenen Präventionspolitik sehr erschwert**

Mit der Gewerbeordnung von 1869 für den Norddeutschen Bund und von 1891 für das Deutsche Reich griff der Staat in das Arbeitsverhältnis ein. Die Gewerbeunternehmer wurden zum Schutz "gegen Gefahren für Leben und Gesundheit" der Arbeiter verpflichtet, "wie es die Natur des Betriebes gestattet". Die technische Gewerbeaufsicht wurde darauf hin aufgebaut. Parallel dazu etablierten sich mit dem Unfallversicherungsgesetz ab 1884 die Berufsgenossenschaften als Sozialversicherung. Mit diesem Gesetz wurden die Unternehmer zum Mitwirken an der staatlichen Sozialpolitik verpflichtet. Ein Jahr zuvor hatte durch das Krankenversicherungsgesetz die Integration (auch als negative bezeichnet) der Arbeiter in den obrigkeitlichen Sozialstaat begonnen.

Die Trennung in eine staatliche Arbeitsschutzeinrichtung einerseits und in eine versicherungsförmige intermediäre Institution auf der anderen Seite, erst recht die Spaltung der "Arbeiterversicherung" in Unfall- und Krankenversicherung hat zu einer enormen Selektivität hinsichtlich der Zurechnung und Verantwortung von lohnarbeitsbedingten Gesundheitsschädigungen geführt.

Ohne Zurechnung und Verantwortlichkeit lässt sich der Zusammenhang von Arbeitsrisiko, Erkrankung, Diagnose und Therapie mit Prävention nicht zu einem einheitlichen Konzept zusammenfügen. Die Zurechnung von Morbidität und Mortalität auf gesundheitsschädliche Verursachungshintergründe der Erwerbsarbeit wurde massiv eingeengt auf den restriktiven Unfallbegriff. Eine einzige pathogene Ursache und eine dadurch verursachte gesundheitliche Schadenswirkung wurde nur dann als Arbeitsunfall anerkannt, wenn sie in einem sehr eng begrenzten zeitlichen Zusammenhang stand. Langzeitige und multifaktorielle Effekte hinsichtlich der arbeitsbedingten Erkrankungen mit z.T. vorzeitigem Tod kamen durch die Aufspaltung der Institutionen und die Filterfunktion der Unfalldefinition nicht in den Blick. Selbst monokausal verursachte Vergiftungen wurden bis zur ersten Berufskrankheitenverordnung im Jahre 1925 schlicht ignoriert bzw. polemisch als nicht berufsbedingt etikettiert und als Leistungsfall den Kassen überlassen. Da im Erfahrungshorizont der Sozialversicherung Krankheit und Tod, abgesehen vom akuten Unfall, nicht ursächlichen bzw. verschlimmernden Entstehungsbedingungen zugerechnet wurden, unterblieb es, bis auf wenige Beispiele, die Verantwortlichkeit für die soziale bzw. berufliche Ungleichheit vor Krankheit und Tod in den Betrieben konkret festzumachen.

Mit dem Unfallversicherungsgesetz von 1884 wurde bekanntlich die vorher bestehende individuelle Haftung, nämlich Verantwortung des Gewerbetreibenden, in die kollektive Gefährdungshaftung der Berufsgenossen (also Unternehmer) überführt.

Eine arbeitsweltbezogene Präventionspolitik wurde durch weitere dem Arbeitsschutz bzw. der Sozialversicherung immanente Bedingungen erschwert. Zu nennen sind folgende Punkte:

Die Arbeitnehmer und ihre Interessensvertreter blieben aus dem Arbeitsschutz ausgesgrenzt. Die Parität in den gewerblichen Unfallversicherungen besteht erst seit 1951. In den Unfallverhütungsvorschriften sind die Arbeitnehmer lediglich Objekte von Verhaltensdirektiven. Partizipation war nicht vorgesehen. Die Selbsthilfepotentiale der

Arbeitnehmer wurden für Prävention nicht systematisch integriert und auf die Finanzierung von medizinischer Kuration und Kompensation von Gesundheitsschäden bei individuellen Verarbeitungsformen beschränkt.

Im Krankenversicherungsrecht wurde erst 1989 mit dem § 20 ein arbeitsweltbezogener Präventionsauftrag aufgenommen.

Auch die Rentenversicherung ist rechtlich nicht gehalten, der Arbeitsbedingtheit des Massenphänomens "Frühverrentung" durch chronische Erkrankung nachzugehen und auf Prävention zu drängen.

Der Präventionsauftrag des Arbeitsschutzes wurde auf Unfallverhütung durch technische Maßnahmen verengt. Unfallverhütung blieb lange Zeit das Werk von "Geheimräten, Kommerzienräten und Ingenieuren" (Tennstedt 1976, S. 427). Selbst Ärzte wurden im Arbeitsschutz des Staates erst in der Weimarer Zeit und bei den Unfallversicherungen bis heute nicht als Experten einbezogen. Sozial- bzw. gewerbehygienische Vorstellungen und Initiativen - um die 70er und 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts bereits entwickelt und im Kontext, wie ich noch zeigen werde, der Krankenversicherung durchaus relevant - fand keinen Eingang in die staatliche wie berufsgenossenschaftliche Arbeitsschutzpolitik. Der Ausschluß von gewerbehygienisch gebildeten Ärzten aus der staatlichen wie berufsgenossenschaftlichen Gewerbeaufsicht führte zu einem Zurückbleiben sowohl der Forschung als auch der Praxis auf den Gebieten der Gewerbehygiene, vor allem auf dem Gebiet der Erforschung und der Verhütung gewerblicher Erkrankungen (Teleky 1926).

Daß sozial- bzw. gewerbehygienische Erkenntnisse, Vorstellungen und Konzepte nicht in die Präventionspraxis der Unfallversicherungen bzw. der staatlichen Gewerbeaufsicht aufgenommen wurden, hängt mit zwei grundsätzlich herrschenden Sichtweisen zusammen. Die erste kommt in der Gewerbeordnung zum Ausdruck. Wie bereits angesprochen heißt es nämlich dort, daß der Arbeitsschutz nur soweit zu gehen habe, daß das Leben und die Gesundheit der Arbeiter soweit geschützt sind, "wie es die Natur des Betriebes gestattet". Die gesundheitliche Gefährdung der industriellen Produktion war also gesellschaftlich wie staatlich grundsätzlich akzeptiert. In Standardkommentaren zur Gewerbeordnung wie in Gerichtsurteilen kommt dies immer wieder zum Ausdruck. Es heißt dann etwa: Ein "absolut gefahrloser Betrieb" sei weder denkbar noch könne man ihn fordern. "Gewisse Betriebsarten würden, wenn man in den Ansprüchen in Bezug auf den Schutz der Arbeiter zuweit gehen wollte, entweder technisch oder wirtschaftlich unmöglich werden" (Landmann von, zit. nach Andersen 1992, S. 90). Bis heute hat ein produktivitätsorientiertes Wirtschaften den Vorrang vor einer sozial-, human- und umweltverträglichen Arbeitsgestaltung. Dies hat in der östlichen wie westlichen Industriegeschichte zu einem Raubbau an gesundheitlichen und natürlichen Lebensbedingungen geführt.

Die zweite bedeutsame Sichtweise hängt mit dem schon genannten Unfallbegriff zusammen. Als Arbeitsunfälle gelten seit 1925 auch berufsbedingte Krankheiten, wenn sie in der entsprechenden Liste aufgeführt sind. Prävention von berufs- bzw. arbeitsbedingten Erkrankungen gilt nur für eine begrenzte Zahl von Krankheiten, die der Monokausalität des Unfallbegriffs entsprechen.

Damit ist ein weiterer Grund angesprochen, der eine Prävention in der Sozialversicherung schwierig machte. Nicht nur die Tatsache, daß Gewerbehygiene nur sehr spät oder gar nicht und wenn dann nur als klinische naturwissenschaftliche Arbeitsmedizin im Arbeitsschutz aufgenommen wurde, sondern auch der Sachverhalt, daß die Biomedizin als "Unfallheilkunde" und als "Kassenarztmedizin" zur dominanten Medizin innerhalb der Sozialversicherung wurde, hat arbeitsweltbezogene Prävention fast obsolet gemacht. Während die naturwissenschaftliche Arbeitsmedizin hoch selektiv Arbeitsweltfaktoren als Ursachen für die Entstehung und Verschlimmerung von Morbidität durchaus sieht, so wird im Bereich der Kassenarztmedizin der arbeitsweltliche Entstehungshintergrund für die Erkrankungen und Leiden von Beschäftigten theoretisch wie praktisch ignoriert. Medizinisch-ärztliche Ansätze, die die soziale Ätiologie und Genese sowie Bewältigung von Krankheit betonte, konnte in der "Versicherungsmedizin" der drei Sozialversicherungen sich nicht durchsetzen bzw. wurde eliminiert. Auf diesen Sachverhalt kann hier nicht näher eingegangen werden. Für die heutige Debatte ist die Frage jedoch angebracht, ob und wie Verständnisse und Konzepte der Sozialhygiene, von Public Health oder von Gesundheitswissenschaft in die Sichtweisen und Handlungsstrategien von Akteuren im Bereich der Sozialversicherungen hereingetragen werden können.

Für die hohe Selektivität des Präventionsgedankens in der Sozialversicherung ist weiterhin ein anderer genereller Trend von Bedeutung. Der Geschichte der Industriegesellschaft und damit auch des Sozialstaates unterliegt die Vorstellung, daß mit der technisch-ökonomischen Produktivitätsentwicklung die Voraussetzungen für individuelle und gesellschaftliche Wohlfahrt gleicherweise geschaffen würden. Es herrscht der Glaube, daß der technische Fortschritt die Mittel zur Behebung der mit ihm fortschreitenden Gefährdungen bereitstellen werde. Dieser Fortschrittoptimismus ist heute mehr als brüchig geworden.

### **3. Beispiele für präventive Bemühungen im Rahmen der Krankenversicherung**

Obwohl bereits vor der Jahrhundertwende umfassende und differenzierte Kenntnisse über chemische und physikalische wie auch über arbeitsorganisatorische und andere soziale arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken vorlagen (Müller, Milles 1984; Labisch, Tennstedt 1991) wurden dennoch die Erfahrungen mit der technischen, bakteriologisch-hygienischen und gesundheitspflegerischen Strategie der Bekämpfung der Volkskrankheiten, insbesondere der Infektionen, nicht auf eine Präventionsstrategie zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen angewandt. Es waren also keine Wissensdefizite, sondern Entscheidungen zum Nichthandeln auf Seiten des Staates und der Unternehmen, die eine Prävention der industriellen Pathogenität erschwert haben.

Gegen diese allgemeine Grundbedingung haben sich immer wieder Initiativen entwickelt, die Prävention und Prophylaxe zum Ziel hatten. Erwähnenswert sind zunächst einmal solche Aktivitäten, die eine Zurechnung der Morbidität und Mortalität zur industriellen Genese intendierten.

Als ein einmaliges, frühes Beispiel sind die programmatischen Erklärungen und die praktischen Tätigkeiten des Gesundheitspflegevereins des Berliner Bezirks der Deutschen Arbeiterverbrüderung von 1849 anzusehen. Diese frühen Botschaften und Praktiken einer auf freie 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 (Karbe 1983).

Dem Interesse, nach Maß und Zahl im Sinne der Statistik die industrielle Pathogenität darzustellen, sind im Laufe der Zeit weitere Initiativen gewidmet.

In der Vorphase der Formulierung der Sozialgesetze in den 80er Jahren hat es 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 ebenso 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 männliche und über 200.000 weibliche 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 Landesgewerbearzt 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 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 Landesgewerbearzt für das Rheinland und Ruhrgebiet verband Teleky seine wissenschaftliche Arbeit mit der Hoffnung, daß durch Zunahme der Betätigung von 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).

Die Ideen und Praktiken von Ludwig Teleky wurden in den 70er Jahren in der Bundesrepublik auch mit staatlicher Unterstützung von einigen Forschungsgruppen wieder aufgegriffen und weitergeführt (Schräder, Thiele 1985, Georg, Stuppart, Zoike 1981/82, Müller 1981, v. Ferber, Schröer 1984). Es läßt sich festhalten, daß heute mit Einführung der EDV und dem Sachverständigen in vielen Kassen sowie bei Forschungsgruppen eine arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung endlich als Routine in den Krankenversicherungen eingeführt werden kann bzw. bereits teilweise Praxis ist. Die Zurechnung von Gesundheitsschädigungen zu Arbeitsweltbereichen kann also bei weitergehender Analysen vorgenommen werden.

Obwohl die Gesetzliche Krankenversicherung ohne Präventionsauftrag war, hat sich in ihrem Rahmen bereits recht früh eine prophylaktische bzw. präventive Gesundheitspolitik gezeigt.

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 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 und 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 Krankenkassenstatistik sollte 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 verkennen, 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 Enquete 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 Ernährungenenquete.

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 für das Bürgertum praktizierender 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. Nicht Kontrolle der Krankenversicherten, sondern soziale Fürsorge war angesagt. Sozialarbeit und Gesundheitsförderung hat heute in den Kassen seinen, wenn auch noch nicht genügend ausgebauten, Stellenwert im Kassenhandeln (Stange 1992). 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 Wohnungs- und 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.

Eine weitere präventionsorientierte, sozialhygienische Aktivität von Kassen waren die Ambulatorien. Die Ambulatorien der Ortskrankenkasse lassen sich als Botschaft einer Integration von Sozialfürsorge, Prophylaxe und Medizin in den 20er Jahren deuten.

Auf Albert Kohn gehen auch die Initiativen für eine eigenständige medizinische Versorgung im Rahmen von Ambulatorien bzw. Polikliniken zurück. In den Auseinandersetzungen mit den Ärzten wurde die Idee einer die Sozialfürsorge, Kuration und Rehabilitation integrierenden Versorgung in den Jahren 1924 und folgend in der Entwicklung von Ambulatorien umgesetzt, so in Berlin, Bremerhaven, Breslau und anderen Städten.

Die sozialhygienische bzw. präventive bzw. gesundheitsförderliche Bedeutung der Ambulatorien lassen sich in folgenden Punkten benennen:

Wie bereits bezogen auf den Gesundheitspflegeverein von 1849 angesprochen, muß die Institution Eigeneinrichtung der Krankenkassen als eine Institution angesehen werden, die die gesundheitspolitischen Erfahrungszusammenhänge über Lebenslage, Arbeitsbedingungen und Gesundheit bzw. Krankheit in die Wahrnehmung der selbstverwalteten Krankenkasse hereinholte und damit vergesellschaftete. Eine Zurechnung von arbeitsbedingten Erkrankungen und die Artikulation der

Verantwortlichkeit war somit gestärkt.

Dem Funktionswandel von Medizin zu einer nicht patienten-, sondern krankheitsbezogenen Theorie und Praxis konnte durch eine sozialhygienische Perspektive entgegengewirkt werden. Die "Theoretiker" der Ambulatorien sahen in ihnen auch eine Möglichkeit, die zwar notwendige Spezialisierung der Medizin zu betreiben, sie jedoch in einen institutionellen Rahmen zu stellen, der eine Gesamtschau auf die Problemlagen der Patienten ermöglichte. Von Befürwortern der Ambulatorien wurde darauf verwiesen, daß durch die ärztliche Tätigkeit in einer Einzelpraxis die wissenschaftliche Forschungstätigkeit über Probleme der Volksgesundheit bzw. der Allgemeinmedizin ausbleiben würden. Diese Feststellung gilt bis heute, da eine wissenschaftliche Disziplin der Allgemeinmedizin nur sehr randständig bislang in medizinischen Fakultäten zugelassen wurde. Ebenso wurde bereits die Gefahr der Dominanz des gesteigerten Interesses an einem Gelderwerb in der Einzelpraxis angesprochen. In den Ambulatorien wurde eine Ausbildungsstätte von Qualifikationen gesehen, die das Krankenhaus bzw. die Individualpraxis nicht bieten würde. Durch die integrierte Versorgungsstruktur sei es möglich, den komplexen Problemfällen angemessene Qualifikationen bezogen auf chronische Erkrankungen und volksgesundheitliche Aspekte zu entwickeln.

In den Ambulatorien wurde eine gute Voraussetzung gesehen, Gewerbekrankheiten zu erforschen und auf deren Prophylaxe hinzuwirken. Es sei die Basis gegeben, um eine soziale Gesundheitsberichterstattung mit Schwerpunkt auf Arbeitswelt aufzubauen (Hansen u.a. 1981, S. 152-195).

Zu den historischen Erfahrungen der Bedeutung und Funktion von Ambulatorien gehören selbstverständlich die positiven und negativen Erfahrungen mit der Dispensairebetreuung, der Betreuung von Kranken in Polikliniken und Ambulatorien in der DDR. Eine Evaluation dieser historischen Erfahrungen steht an und wird z. Zt. in unserem Arbeitszusammenhang aufgebaut (Braun, Müller 1993).

#### **4. Prävention in der Arbeitswelt als Aufgabenstellung der Sozialversicherung heute**

Der § 20 "Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung" ist Ausdruck dafür, daß staatliche wie berufsgenossenschaftliche Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken und Schädigungen auch in ihrem restriktiven Eigenverständnis nicht hinreichend erfolgreich war. Der Präventionsauftrag an die Krankenkasse steht weiterhin für die Tatsache, daß das biomedizinische Krankheitsverständnis in Klinik und Kassenpraxis den gesellschaftlichen und individuellen Anforderungen nach Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung nicht gerecht wurde. Kassen sind aufgefordert, über die medizinischen Leistungsanbieter hinausgehend selbst aktiv gesundheitsförderlich bzw. präventiv tätig zu werden.

Der Auftrag des § 20 an die Kassen fußt auf der gesicherten Annahme, daß Kassen in der Lage sind, als Mediatoren im Feld der Prävention, eben auch der Arbeitswelt, erfolgreich sein zu können. Denn auf der Informationsebene können sie mittels ihrer

Routinedaten die Basis für die Zurechnung von Indikatoren der Morbidität und Mortalität zu Betrieb, Beruf, Wirtschaftszweig und andere soziale Kategorien vornehmen. Mit dem Medizinischen Dienst haben sie im Prinzip die sozial- bzw. arbeitsmedizinische Kompetenz, eine qualifizierte Interpretation der statistischen Befunde vorzunehmen und eine weitergehende sozialepidemiologische, präventionsorientierte Analyse anzuregen.

Organisatorisch sind die Kassen weiterhin in der Lage, da sie mit den Akteuren in den Betrieben, Arbeitgeber wie Arbeitnehmer, eng gekoppelt sind, die Erkenntnisse aus der Zurechnung von Krankheit und Erwerbsarbeit verantwortlich anzusprechen und auf Präventionsmaßnahmen zu drängen.

Nicht nur in den Kassen sind die Rahmenbedingungen für eine auch arbeitsweltbezogene Präventionspolitik recht günstig, sondern ebenfalls im allgemeinen gesellschaftspolitischen Umfeld.

Die Einsicht, daß die Ressourcen verschleißende Produktivitätsentwicklung der Industriegesellschaft der letzten 150 Jahre nicht unbegrenzt fortgesetzt werden kann, ist mittlerweile Allgemeingut, obwohl eine Kursänderung auch angesichts der globalen sozialen Ungleichgewichte noch aussteht. Der Änderung stehen zwar hoch komplexe Interessensgeflechte und Barrieren in Denk- und Verhaltensweisen entgegen, jedoch verlangen die Problemlagen unbedingt einen ökologischen Umbau von Arbeit und Techniksystemen.

Gesundheit bzw. Naturgemäßheit und humane Gestaltung von Arbeit sind zu Leitbildern von Umbaustrategien geworden (Senghaas-Knobloch 1992). Solche Leitbilder haben ihre subjektiven Träger und Artikulationspotentiale. Nach wie vor hat Erwerbsarbeit einen hohen subjektiven Stellenwert für die Selbstdeutung, Identität und das Wohlbefinden. Nicht nur Umfragedaten, sondern gerade die zunehmende starke Erwerbsorientierung der Frauen spricht für diese These, daß nämlich durch die Teilhabe an der Erwerbsarbeit man am gesellschaftlichen Geschehen insgesamt partizipieren will. Der Bedeutungsgewinn von Erwerbsarbeit im Leben der meisten Menschen ist jedoch stark verbunden mit gestiegenen Erwartungen und Anforderungen an die inhaltliche und zeitliche Gestaltung der Erwerbsarbeit, die den individuellen Bedürfnissen nach Sinnhaftigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, Qualifizierung und soziale Anerkennung sowie Zeitautonomie und andere Kriterien gerecht werden muß.

Nicht nur die subjektiven Lebensentwürfe verlangen einen schonenden und nachhaltigen Umgang mit Gesundheit und anderen Ressourcen in der Arbeitsproduktivität, sondern ebenso sind objektive Trends wie z.B. älter werdende Gesellschaft und Verwissenschaftlichung der Produktions- und Dienstleistung. Alterung und Verwissenschaftlichung verschärfen das bereits für Betriebe heute bestehende Problem, qualifizierte, kompetente und leistungsfähige sowie leistungswillige Mitarbeiter für die vorhandene Arbeit zu halten bzw. zu bekommen. Externalisierung von eben auch durch Arbeitsbelastungen leistungsgeminderten Beschäftigten durch Verrentung oder auch Kündigung wird als Unternehmensstrategie schwieriger, wenn man auf qualifizierte Kräfte angewiesen ist, sie jedoch auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr gewinnen kann (Volkholz 1992).

Die Verwissenschaftlichung und Technisierung von Produktion und Dienstleistung bedingen eine Komplexität der Arbeitsanforderungen, eine Verschiebung der Qualifikation in Richtung systemischer, nicht mehr erfahrungsweltlich basiertem, sinnlich erfahrenen Wissensbeständen und -kompetenzen, die einen Formwandel von Belastung und Beanspruchung hervorrufen. Die klassischen Strategien des betrieblichen Arbeitsschutzes, nämlich Kapselung, Grenzwerte, Tauglichkeitsfeststellung und Früherkennung von Krankheit sowie Spezifität, Monokausalität und Akutgeschehen im Verständnis von Berufskrankheiten greifen hier überhaupt nicht mehr. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung haben sich auf Konzepte zu stützen, die den Arbeitspersonen Rechte und konkrete Bedingungen der Artikulation und Beteiligung beim Umgang und der Bewältigung von Gesundheitsrisiken und Schädigungen sowie der gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeit und Techniksystemen einräumen.

Diesen Hintergrund haben die bekannten Beispiele von betrieblichen Gesundheitszirkeln und Lernwerkstätten.

Die Aufgabe der Kassen kann nun darin bestehen, eine Mediatorfunktion für die Entwicklung von betrieblichen und überbetrieblichen Foren zu übernehmen, um das Leitbild "Gesundheit" mit Leben und Konkretion zu füllen.

## LITERATUR

Braun, B., Müller, R.: Die Gesundheitspolitik als erzwungener Strukturwandel - Das Beispiel der ambulanten Versorgung in der ehemaligen DDR. In: Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hg.): Gesundheitssystem im Umbruch: von der DDR zur BRD, Frankfurt am Main, New York 1993, S. 55-95

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

Ferber, v. L., Schröer, A.: Arbeitsunfähigkeitsdaten als Grundlage der Verlaufsbeobachtung chronischer Krankheiten. In: Das Öffentliche Gesundheitswesen, 1984, S. 71-79

Georg, A., Stuppert, R., Zoike, E.: Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen, 3 Bände, hg. vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen 1981/82

Hansen u.a.: Seit über einem Jahrhundert...: 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 Krankenkassen, München 1932, S. 11

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 Möglichkeiten des Nachweises arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse. In: Sozialpolitik und Produktionsprozeß, Köln 1981, S. 15-35

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

Müller, R., Milles, D. (Hg.): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Bremerhaven 1984

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

Schräder, W.F., Thiele, W.: Analyse arbeitsbedingter Erkrankungen auf der Grundlage von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung - Eine Zwischenbilanz. In: Schräder, W.F., Thiele, W. (Hg.): Krankheit und Arbeitswelt. Möglichkeiten der Analyse mit Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1985, S. 9-16

Senghaas-Knobloch, E.: Arbeit und die Aufgabe zukunftsfähiger gesellschaftlicher Entwicklung in der neuen Bundesrepublik Deutschland. Arbeitspapier des Forschungszentrums "Arbeit und Technik" Universität Bremen 1992, artec-paper 16

Stange, K.-H.: "Soziale Dienste Gesetzlicher Krankenkassen - Implementation und sozialpolitische Bedeutung -, eine empirische Untersuchung", Universität Hannover, 1992

Stargardt, 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.: Die Aufgaben des Arztes in der Durchführung der Gewerbehygiene. In: Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 2, Berlin 1926, S. 46ff)

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.

Volkholz, V.: Erwerbsarbeit der Zukunft. In: Arbeit, Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, Heft 1, 1992, S. 5-24