

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen: Möglichkeiten und Grenzen einer strategischen Neuorientierung

Die Betriebskrankenkassen: Zeitschrift des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen Essen

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1985) : Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen: Möglichkeiten und Grenzen einer strategischen Neuorientierung, Die Betriebskrankenkassen: Zeitschrift des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen Essen, ISSN 0342-2186, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Haarfeld, Essen, Iss. 8 (Sonderteil), pp. XVI-XXVI

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112189>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen

Möglichkeiten und Grenzen einer strategischen Neuorientierung*

Von Dr. Rolf Rosenbrock,
Wissenschaftszentrum Berlin, Schwerpunkt Arbeitspolitik

1. Gesundheitliche und gesundheitspolitische Ausgangslage

Über das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Bundesrepublik Deutschland werden wachsende Summen, derzeit ca. 100 Mrd. DM pro Jahr, als Beiträge erhoben und für Gesundheitsleistungen ausgegeben, ohne daß sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung wesentlich verbessert. Die öffentliche Diskussion reagiert auf diesen Skandal überwiegend mit der Suche nach Möglichkeiten kurzfristiger Einsparungen und weiterer Umverteilungen, derzeit u. a. zu Lasten der Versicherten.

Zu kurz kommt dabei meist die andere, wesentlich weiter reichende Seite des Problems: Zu fragen ist, was die Träger (Akteure) der Gesundheitspolitik eigentlich daran hindert, auf der Ebene der Gesundheitspolitik jenen Wandel nachzuvollziehen, den das Krankheitspanorama in den letzten Jahrzehnten mit dem Rückgang der Infektionskrankheiten und dem Überhandnehmen der chronisch verlaufenden Volkskrankheiten genommen hat. Diese beherrschen mittlerweile — im Trend ungebrochen — das Erkrankungs- und Sterbe geschehen in industrialisierten Gesellschaften.

Gemessen am härtesten Indikator, der Mortalität, stehen die Herz-Kreislaufkrankheiten mit 50,4 v. H. an der Spitze der Todesursachen, gefolgt von bösartigen Neubildungen mit 22,3 v. H. „Nimmt man unnatürliche Todesursachen (z. B. Unfälle), Lebererkrankungen, chronische Bronchitis und Diabetes mellitus hinzu, erklären 6 Krankheiten annähernd 90 v. H. aller Todesfälle.“ (Labisch 1984, S. 14; Zahlen für 1982/Bundesrepublik Deutschland). Anhaltspunkte für die Dimensionen des Problems geben die diffizilen Berechnungen von Geißler (1979), nach denen 1975 in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 9,4 Mio. Lebensjahre durch „vorzeitigen Tod“ verloren gingen.

Unter Berücksichtigung rheumatischer und psychischer Erkrankungen (die als Todesursache nicht von vergleichbarer Bedeutung sind) beherrschen diese wenigen Krankheiten in ungefähr gleichem Umfang nicht nur die Mortalität, sondern auch das Krankheitsgeschehen und die Entwicklung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben (Frühverrentung).

* Anmerkung

Eine andere, unter anderem erheblich umfangreichere Fassung dieser Abhandlung ist unter dem Titel „Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung — ein Thema in einer Arena“ in dem Band „Arbeit und Politik“ (herausgegeben von Frieder Naschold, Campus Verlag, Frankfurt/New York 1985) erschienen (S. 367—404). Dort ist auch die politiktheoretische Fundierung des hier verwendeten Ansatzes, das Konzept der „politischen Arena“ näher ausgeführt.

Wiederholte Hochrechnungen der Bundesanstalt für Arbeit ergaben, daß von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Bundesrepublik Deutschland nur ca. ein Drittel halbwegs gesund das Rentenalter erreicht. Je ca. ein Drittel stirbt vorher oder muß — meist wegen chronischer Erkrankungen — vorzeitig verrentet werden (Bloß 1979; Bloß/Hoffmann 1982).

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Genese, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten gemeinsam, daß sie mit den Mitteln der Medizin durchweg weder verhindert noch geheilt werden können. Auch Konzepte der medizinischen Krankheits-Früherkennung und der damit eröffneten Möglichkeit früherer medizinischer Intervention konnten die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllen (Abholz 1977, 1980; BMFT 1983).

Als notwendig wird deshalb die Erweiterung von Gesundheitspolitik um Dimensionen erachtet, die die Verhütung der Entstehung von Krankheiten durch Einwirkung auf gesundheitsbelastende Faktoren zum Gegenstand haben (Primärprävention). Dabei ist die Frage, ob solche Bemühungen auf die Veränderung gesundheitsrelevanter Lebens- und Arbeitsbedingungen oder auf die Überwindung gesundheitsrisikanten Verhaltens der Betroffenen zielen, zuvörderst eine der gesundheitlichen Zweckmäßigkeit, bei deren Beantwortung ethische und juristisch fixierte Grenzen zu beachten sind (Rosenbrock 1985, a. v. Ferber 1983 S. 116).

Bevor aus diesem Befund der naheliegende Schluß gezogen wird, Prävention sei dort gesundheitlich am zweckmäßigsten, wo sie an den primären Ursachen ansetzt, müssen zwei vorgelagerte Fragen angesprochen werden.

- a) Erlaubt der heutige Erkenntnisstand über Entstehung und Verlauf der modernen Volkskrankheiten die Definition wirksamer Präventionsstrategien? Diese Frage ist trotz breiter Wissenslücken und offener innervissenschaftlicher Kontroversen prinzipiell zu bejahen. Zum einen sind wesentliche gesundheitsgefährdende bzw. krankheitsauslösende Umwelteinflüsse (i. w. S.) so konkret identifizierbar, daß ihre Beseitigung bzw. Minderung einen gesundheitlichen Ertrag versprechen würden. Zum anderen zeigt auch ein Blick in die Geschichte der Medizin bzw. der Gesundheitspolitik, daß häufig gerade die gesundheitlich wirksamsten hygienischen und sozialhygienischen Verbesserungen durchgeführt wurden, ohne daß die spezifische Ätiologie bis ins letzte bekannt gewesen wäre (Beispiele bei McKeown 1976/1982 sowie bei Labisch 1984).

- b) Sind nicht, auch wenn die primäre Rolle von Umwelteinflüssen anerkannt wird, verhaltensbezogene Strategien (Aufklärung, Training, Verhaltenssteuerung) schneller und/oder umfassender wirksam als Ansätze der Verhältnisprävention? Auch wenn zunächst von den ethischen Aspekten (z. B. der Legitimität von Strategien der Anpassung der Menschen an gesundheitsschädigende Umwelteinflüsse) und den Problemen der gesundheitspolitischen Durchsetzbarkeit abgesehen wird, ist diese Frage eher zu verneinen. Obgleich ein systematischer, hinreichend kontrollierter Effektivitätsvergleich zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen Präventionsansätzen nicht vorliegt, kann festgestellt werden, daß mit Konzepten der an je individuellem Fehlverhalten ansetzenden Prävention bislang kaum große Erfolge erzielt werden konnten. Die Kritik an bzw. die Skepsis gegenüber der Wirksamkeit von Versuchen verhältnisbezogener Prävention ist daran zu messen und entsprechend zu relativieren. Soweit Versuche der Einflußnahme auf gesundheitsschädigendes Verhalten überhaupt evaluiert wurden, sind die Ergebnisse – besonders unter dem Blickwinkel ihrer möglichen Verallgemeinerbarkeit und damit im Hinblick auf die Bedeutung für die Volksgesundheit – wahrscheinlich eher dürftig (Cartwright 1960, Fletcher 1978, Grant 1979, Abholz 1981, Schmidt 1982, Wengle 1984, Laaser et al. 1984).

Ein durchgehendes Defizit verhaltensbezogener Ansätze liegt neben den nicht zuletzt quantitativen Problemen, die mit ihrer Verallgemeinerung verbunden wären (Bewegungs-, Ernährungs-, Anti-Streß-, usw. -Programme für alle Bürger?) in ihrer Vernachlässigung der Zusammenhänge zwischen Verhalten und Umwelt.

Wirksames Verhaltenstraining (als derzeit entwickelteste Form verhaltensorientierter Prävention) setzt zu seiner Wirksamkeit einigermaßen zwingend teilgruppen- und schichtenspezifische Problemanalysen und Programme voraus (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981). Solange die verhaltensorientierten Präventionsstrategien von dieser Tatsache nicht systematisch Kenntnis nehmen, werden sie auch weiterhin weitgehend an ihrem Gegenstand vorbeigehen.

Nehmen solche Programme aber die soziale Schichtung, die im wesentlichen durch diese bestimmten Lebensstile und die dadurch unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen für „Gesundheit“ zur Kenntnis, so zeigt sich die häufig untrennbare Verschmelzung zwischen – keineswegs nur extrem beengten – Lebenslagen einerseits und gesundheitsschädigendem Verhalten andererseits. Daraus folgt die Notwendigkeit, die sozialen Lebensbedingungen derer, die ihre Verhalten ändern sollen, nicht nur als Datenkranz für die professionelle Erstellung von Lernprogrammen zu berücksichtigen, sondern die jeweilige Zielgruppe auch darauf zu orientieren, die krankmachenden Faktoren und Konstellationen in ihren Lebenszusammenhängen als änderungsbedürftig zu sehen. Die zentrale Bedeutung dieser Verschränkung zwischen Gesundheitsbelastungen und Bewältigungsverhalten konnte in jüngster Zeit durch eine empirische Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Industriearbeit und koronaren Herzkrankheiten gezeigt werden (Friczewski et al 1983). Werden diese Defizite verhaltensbezogener Prävention systematisch angegangen, so ergeben sich deutliche Bezugslinien zu einem Verständnis von Prävention, das objektiv faßbare Lebensbedingungen und Arbeitsbelastungen (auch wenn sie als Noxen nicht naturwissenschaftlich identifizierbar sind) sowie die Möglichkeiten der Betroffenen, auf diese Bedingungen und Belastungen verändernd einzuwirken, zu seinem Gegenstand genommen hat (vgl. v. Ferber 1980).

Von der Umsetzung einer solchen Problemsicht sind die bekannt gewordenen Ansätze verhaltensbezogener Prävention durchweg noch sehr weit entfernt. Auf ihrer Basis könnten sich die Widersprüche bzw. die Konkurrenz zwischen den beiden Eingriffsebenen „Verhalten“ und „Verhältnisse“ weitgehend auflösen; es ergäben sich auch weite Gemeinsamkeiten zwischen dem Konzept einer „leistungssteuernden Strukturpolitik im Gesundheitswesen“ (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981) und möglichen Konkretisierungen der WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ (WHO 1980/1984, Labisch 1981, 1983).

Alle wesentlichen Gründe sprechen demnach eher für die größere Effektivität von verhältnisbezogener Prävention gegenüber Ansätzen der Verhaltenssteuerung: Die Entsprechung von Verursachungs- und Eingriffsebene, der Stand des Wissens sowohl über Ursachen als auch über Eingriffsmöglichkeiten, die – bisher und prognostizierbarer – geringere Wirksamkeit nur verhaltensbezogener Ansätze, deren mangelnde Verallgemeinerbarkeit und schließlich die fließenden Übergänge zwischen beiden Konzepten, die sich aus einem systematischen Verständnis verhaltensbezogener Ansätze ergeben.

Wenn das Schwergewicht der feststellbaren Präventionsmaßnahmen – innerhalb und außerhalb der GKV-Institutionen – dennoch auf Versuchen der bloßen Verhaltenssteuerung liegt, so kann die These formuliert werden, daß die Gründe für die gesundheitspolitisch geringe Gewichtung verhältnisbezogener Ansätze nicht so sehr in der Quantität und Qualität ihrer möglichen Effektivität, sondern in ihrer Durchsetzbarkeit zu suchen sind. Der Durchsetzung verhältnisbezogener Prävention stehen offenkundig gewichtige ökonomische und politische Hindernisse sowohl in den möglichen Eingriffsbereichen (Arbeitsbedingungen, Umwelt, Güterproduktion) als auch von Seiten des „medizinisch-industriellen Komplexes“ (Ehrenreich/Ehrenreich 1971) entgegen, die durch die gesundheitsbezogenen Interventionssysteme (staatliche Institutionen, Kranken- und Unfallversicherung, Konsumentenorganisationen) nicht ohne weiteres überwunden werden können (zum systematischen Zusammenhang dieser Faktorenbündel vgl. Naschold et al 1978).

Das heißt nicht weniger, als daß die Bedingungen des Handelns bzw. Nichthandelns auf dem volksgesundheitlich wohl entscheidenden Gebiet der Prävention nicht in der Reichweite herkömmlicher Gesundheitspolitik liegen, sondern wesentlich von anderen Politikbereichen her bestimmt werden. Die Bearbeitung des Themas „Arbeit und Gesundheit“ durch die gesetzliche Krankenversicherung am Beispiel der Betriebskrankenkassen (BKK) kann dafür als Beispiel gelten.

Die tatsächliche Bearbeitung dieses Themas durch die „eigentlich“ zuständigen Institutionen steht in einem krassen Mißverhältnis zu seiner Bedeutung und Dynamik: Die staatliche Gewerbeaufsicht und die berufsgenossenschaftlich organisierte gesetzliche Unfallversicherung beschränken sich durchweg – in enger Auslegung ihres gesetzlichen Auftrages – auf die Bearbeitung der schmalen Problemsegmente Unfallverhütung und gefährliche Arbeitsstoffe. Der Erfüllung dieser Aufgabe – gegen deren isolierende Herauslösung aus dem Gesamtzusammenhang „Arbeit und Gesundheit“ gewichtige Argumente vorgebracht werden können (Kühn 1982) – stehen überdies oftmals Hindernisse in Form unklarer Normenstruktur und Kompetenzabgrenzung, Überlastung mit anderen Aufgaben, ein nur technisches Aufgabenverständnis sowie personelle und sachliche Unterausstattung entgegen (BAU 1980). Das mit dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 eingeführte System des betrieblichen Arbeitsschutz-

zes durch die verbindliche Etablierung von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsexperten in den Betrieben entwickelt aus sich selbst heraus kaum Tendenzen der Umsetzung der sozialmedizinisch und epidemiologisch gewonnenen Kenntnisse in Form wirksamer Strategien der Prävention in den Betrieben (Rosenbrock 1982).

Versuche, betroffenen Arbeitnehmergruppen verwendbares Zusammenhänge- und Handlungswissen durch Maßnahmen der Erwachsenenbildung zu vermitteln, finden außerhalb gewerkschaftlicher Schulungsmaßnahmen nur vereinzelt und ohne feste Verankerung in den vorhandenen Institutionen statt (Heinle/Hückel 1982, Schaumburg/Wesp 1983, Czock 1983, Rosenbrock/Abholz 1983).

Ebenfalls nur punktuell und ohne Integration in das bestehende gesundheitspolitische Normen- und Institutionsgefüge befinden sich Experimente mit einer betriebsbezogenen Mobilisierung von Beschäftigten auf der Basis von Prinzipien der italienischen Arbeitermedizin (Wintersberger 1982, Brock et al 1980, Gesundheitsladen 1984, Funke 1984).

Wissenschaftlich initiierte oder begleitete Ansätze der Bearbeitung des Themas „Arbeit und Gesundheit“ innerhalb der betrieblichen und gesundheitspolitischen Institutionen sind nur aus einigen Modellversuchen bekannt (v. Ferber/Slesina 1981, Slesina 1984, Bürkard/Schneider/Schröder 1983, Georg/Stuppardt/Zoike 1981, 1982; zu einigen Hindernissen vgl. Bürkard/Neuhaus 1983, S. 215 ff.).

Zur allgemeinen Erklärung dieses Bearbeitungsstandes und seiner geringen Dynamik können drei eng miteinander zusammenhängende Gruppen von Ursachen benannt werden:

1. Die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen in der Arbeitswelt, z. B. in Form von Fortschritten des Arbeitsschutzes, hängt – auch in historischer Betrachtung – stets von der ökonomischen und – dadurch vermittelt – von der politischen Konjunktur ab (Nahsen 1975). Dieser Befund konnte für die gegenwärtige Situation auch empirisch bestätigt werden (Rosenbrock 1984, 1985b).
2. Entwurf und Umsetzung entsprechender Maßnahmen und Strategien finden nicht im interessenfreien Raum, sondern im Betrieb statt, der auch in bezug auf das Thema „Arbeit und Gesundheit“ als Austragungsort von Austausch- und Konfliktprozessen auf der Basis teilweise widerstreitender Interessen funktioniert.
3. Die unabdingbare Mitwirkung der Beschäftigten bei der Identifikation und Bewältigung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen sowie die bestehenden Wissens- und Erfahrungslücken hinsichtlich der betrieblichen Umsetzung entsprechender Kenntnisse erschweren die Aufstellung von verallgemeinerungsfähigen Forderungen und Programmen, die den üblichen Kriterien der Verhandbarkeit (quantitative und qualitative Zuordnungsfähigkeit von bestimmten Ursachen zu bestimmten Wirkungen, Normierbarkeit, Berechenbarkeit des Ergebnisses) genügen. Vor allem im Bereich unspezifischer Prävention entsteht in dieser Konstellation ein Dilemma dadurch, daß die jeweils konkreten wissensmäßigen Voraussetzungen für die Operationalisierung präventiver Vorhaben sich häufig erst in der Durchführung entsprechender Programme oder Maßnahmen in der Praxis gewinnen lassen.

Vor dem Hintergrund dieser Problemlage und Defizite erscheint es sinnvoll und notwendig, die Möglichkeiten der Beeinflussung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme am Ort ihres Entstehens durch die BKK als besonders arbeits-

weltnaher Institution zu untersuchen. Die Bedeutung dieses Problemfeldes auch für das Kassenhandeln ist durch umfangreiche Literatur belegt (Überblick in; WSI 1977; v. Ferber 1980) und wird auch durch die Programmatik der großen Kassenverbände betont (BdB 1980, 1983; BdO 1983).

Die Darstellung einiger Ergebnisse aus dieser Untersuchung erfolgt zweckmäßigerweise in zwei Schritten:

Zunächst werden stufenweise die wesentlichen – externen und internen – rechtlichen, politischen und ökonomischen Faktoren ermittelt, die den Handlungsraum der Kasse und der Kassenakteure bestimmen (2.).

Die Untersuchung der tatsächlichen Aktivitäten (3.) ermöglicht dann nicht nur Aussagen über (wechselseitige) Erklärungszusammenhänge zwischen den strukturellen Faktoren und den beobachteten Prozessen, sondern auch über die Dynamik (und damit die Dynamisierbarkeit) dieser Prozesse in Abhängigkeit sowohl von der Struktur des Handlungsraums als auch von unterschiedlichen Bearbeitungsformeln in der Kasse.

Ein nächster, hier nicht zu leistender Schritt bestünde darin, die für gesundheitspolitische Themen „eigentlich“ zur Verfügung stehenden betrieblich-arbeitspolitischen Arenen im Hinblick auf Bearbeitungskapazität und erzielbare Politikergebnisse hin zu vergleichen. Für das Thema „Arbeit und Gesundheit“ wären dabei – neben den GKV-Institutionen – mindestens die Arenen: Betriebliches Personalwesen, Technik- und Arbeitsgestaltung, Entlohnung sowie der Arbeitsschutz heranzuziehen.

2. Der präventionspolitische Handlungsraum – ein Trichter

Die Analyse der rechtlich und strukturell definierten *Handlungsräume* der BKK (wie aller GKV-Kassen) erbringt mit jedem Schritt weitere Eingrenzungen. Der Handlungsraum hat damit auf die problembezogene Handlungsfähigkeit der Institution eine Wirkung wie ein Trichter: Einer noch relativ breiten Wahrnehmungsfähigkeit für die Existenz von Problemen aus dem Bereich „Arbeit und Gesundheit“ stehen von Stufe zu Stufe weiter eingeeengte Möglichkeiten der Bearbeitung gegenüber. Der größte Teil der Probleme wird deshalb in diesem Rahmen nicht bearbeitet und „fließt vorbei“. Auch von den aufgenommenen Problemen kann nur ein geringer Teil den Weg bis zum „Ausgang des Trichters“ finden.

1. Die erste Einengung stellen die durch Gesetzgebung und staatliche Aufsicht gesetzten Grenzen des Kassenhandelns dar: Struktur und Aufgaben richten sich nach der RVO. Der von den Kassen ohne wesentliche Möglichkeiten der eigenen Gestaltung lediglich zu exekutierende Bereich dominiert in allen wesentlichen Dimensionen: Nach Zahl der Leistungen (Vorgänge), nach Umsatz (Ausgabenvolumen) und nach dem zu ihrer Abwicklung erforderlichen Zeitaufwand der Verwaltung und des Kassenmanagement nehmen sie mehr als 90 v. H. der Kapazität in Anspruch. Satzungen und Satzungsänderungen müssen wie auch der Beitragssatz von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Die insgesamt seltenen innovativen Modellversuche finden meist in Kooperation und mit finanzieller Förderung staatlicher Stellen statt. Die Ausgaben für Prävention bewegen sich bis zu 2 v. H. des Ausgabenvolumens, insgesamt liegen sie in der Größenordnung der Kosten des vertrauensärztlichen Dienstes.

Die Kassen sind von der Gestaltung der wesentlichen Felder einer gesundheitsbezogenen „Innenpolitik“ (Höhe und Verwendung der Beiträge) und „Außenpolitik“ (Beziehungen zu

Leistungsanbietern, Einwirkung auf gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren und Strukturen) faktisch von Staats wegen abgeschnitten bzw. nicht mit einem expliziten Mandat für ihre Bearbeitung ausgestattet. Dieser Rahmen kann nur dann gedehnt oder überschritten werden, wenn ein politischer Konsens zwischen Staat, Kassenakteuren und den Akteuren des jeweiligen Interventionsfeldes (z. B. Medizinsystem, Betrieb, Umwelt) vorliegt oder hergestellt werden kann.

Unabhängig von einem solchen Konsens liegen *innerhalb* dieses Rahmens (also am Ausgang der ersten wesentlichen Verengung des „Trichters“) Handlungsräume

- in der konsequenten *Ausnutzung bestehender Handlungsräume* (z. B. auf dem Gebiet der Leistungskontrolle der Gesundheitsberufe),
- in bislang nicht verregelten *Lücken* (z. B. Förderung von Leistungs- und Anbieterstrukturen neben oder unter dem bestehenden Gesundheitssystem: Laienzusammenschlüsse, Tätigkeit von nichtärztlichen Gesundheitsberufen, ambulante Hauspflege, Beratung etc.)
- in Handlungen die *unterhalb* der „Reizschwelle“ staatlicher Normierung liegen (z. B. Aufklärung und Beratung, Erhebung und Aufbereitung von Informationen über gesundheitsgefährdende Faktoren und Strukturen in Arbeits- und Lebenswelt, z. B. in Anwendung von §§ 14, 17 SGB I).

Die Einbindung der Strukturen und Handlungsräume in den Regelkreis des öffentlichen Rechts bringt allerdings nicht nur Restriktionen hervor, sondern enthält auch – vor allem im Vergleich mit unmittelbar betrieblichen Arenen – Chancen einer zumindest relativen Autonomie gegenüber Interessen und Konflikten aus dem betrieblichen Bereich.

2. Eine weitere Verengung hinsichtlich der politischen Bearbeitungskapazität ergibt sich, wenn die BKK als Schnittstelle von *Interessen der drei wichtigsten Akteurguppen* im Inneren der Kasse (Unternehmenseite, Versichertenvertreter, Kassenmanagement) analysiert wird. Elemente eines allgemeinen/objektiven Interesses an der Kasse und an der gesundheitlichen Lage bzw. Versorgung der Versicherten können in Grundzügen für jeden der Akteure plausibel hergeleitet und auch empirisch belegt werden.

Es ist nützlich, die Beteiligten dabei sowohl als *Interessenvertreter* (des Unternehmens, der Versicherten, der Kasse etc.) als auch im Hinblick auf ihre eigenen Interessen (z. B. betriebspolitische Profilierung, Schutz vor Arbeitsüberlastung usw.) zu betrachten.

Unter den fallweise auch in Widerstreit untereinander liegenden Interessen der einzelnen Akteure ist dasjenige an Prävention bzw. dem Spezialfall Prävention in der Arbeitswelt nur eines unter vielen und bei weitem nicht das dominante. Es gibt demnach unter den Akteurguppen derzeit *keinen geborenen Präventionsanwalt* im Kassengefüge, der dieses Ziel aufgrund seiner eigenen Interessenlage dauerhaft so hoch besetzt oder besetzen kann, daß daraus ein für das Kassengeschehen dominanter (und deshalb prioritäre Bearbeitung erfordernder) Problemdruck entsteht. Andererseits ist die BKK für die Thematisierung des Problems „Arbeit und Gesundheit“ prinzipiell offen. Jeder Akteur hat dabei ungefähr die gleichen Möglichkeiten, das Thema einzubringen.

Für eine Prognose der Thematisierungschancen kann positiv der Umstand in die Analyse einbezogen werden, daß – vor allem in den letzten Jahren – sich zumindest in Teilgruppen aller drei Akteursysteme – aus teilweise unterschiedlichen Gründen und mit unterschiedlicher Intensität sowie Zielrich-

tung – eine *Weiterentwicklung der Interessenpositionen* in Bezug auf Prävention in der Arbeitswelt abzeichnet bzw. bereits in Gang gekommen ist:

- a) Eine nicht mehr nur auf Verwaltung, sondern zunehmend auch auf gesundheitspolitische Sachverhalte bezogene Professionalisierung der Kassengeschäftsführung führt zu wachsender Unzufriedenheit mit nur finanztechnischer und bürokratischer Routine im Kassengeschehen und schafft damit Voraussetzungen für gesundheitspolitische Initiativen.
- b) Bei den Versichertenvertretern in der Selbstverwaltung ist eine zunehmende Tendenz zur Beschäftigung mit dem Wandel des Krankheitspanoramas und seinen Gründen sowie, daraus resultierend, ein verstärktes Engagement für Kassenstrategien jenseits der kompensatorischen Krankenversorgung zu beobachten.
- c) Vor allem in größeren und/oder kapitalintensiven Unternehmen deutet sich ein Wandel in der Wertschätzung der menschlichen Arbeitskraft an, der über das Interesse an der aktiven Leistungsfähigkeit und über eher patriarchalisch begründete Fürsorglichkeit hinausweist und damit – zumindest für Teile der Belegschaft – eine verstärkte Gesundheitspflege der Beschäftigten zum Bestandteil des betrieblichen Interesses werden lassen könnte (vgl. Naschold 1984, Kern/Schumann 1984).

Diese Entwicklungen können zu einer Vermehrung entsprechender Impulse, zu größerer Hartnäckigkeit bei der Verfolgung solcher Pläne sowie zur Herausbildung neuer Kompromiß- und Konsenszonen führen. Die Folge könnte in einer Vergrößerung der Bearbeitungskapazität auch der BKK liegen; allerdings mit der Möglichkeit der Ungleichbehandlung von verschiedenen Beschäftigtengruppen entlang den Grenzen zwischen Kern- und Randbelegschaft (vgl. Hauß/Kühn/Rosenbrock 1978, Taylor 1983).

3. Zudem sehen sich solche präventionsbezogenen Bemühungen zunächst einer weiteren Eingrenzung gegenüber: Entwurf und Durchführung von Maßnahmen primärer Prävention berühren oftmals etablierte Interessen- und Machtpositionen vor allem in den Feldern ihrer Intervention und sind deshalb zumindest potentiell stets konfliktiv. Im Falle betriebsbezogener Präventionsmaßnahmen sitzen sich die potentiellen Konfliktparteien in der Kasse direkt gegenüber. Für die Austragung politischer Konflikte ist die Kasse aufgrund der Kapital-Arbeit-Parität in der Selbstverwaltung jedoch explizit nicht konstruiert. Versuche konfliktiver oder konfrontativer Interessendurchsetzung in der Kasse führen deshalb regelmäßig in die Blockierungen der *Konfliktfälle*, in der – zumindest kurzfristig – dann auch das nicht mehr „geht“, was als kleinster gemeinsamer Nenner der Sozialparteien gelten kann“ (WSI 1977 S. 124).

Zu Ansätzen arbeitsweltbezogener Prävention kann es demnach nur dann kommen, wenn zumindest einer der drei Akteure einen zeitstabilen Problemlösungsdruck einbringt und wenn Maßnahmen gefunden werden können, die im (durch Aushandlungen in gewissem Umfang dehnbaren) Konsensrahmen aller drei Akteurguppen und unterhalb der Schwelle ernsthafter Konflikte mit der Umwelt der Kasse liegen.

4. Die innere Struktur der BKK als Ort der Thematisierung und politischen Aushandlung weist ebenfalls mehr verengende als erweiternde Eigenschaften auf:

- a) Es gibt keinen hinreichend organisierten Transfer von Problemkenntnissen bzw. -wahrnehmungen der Versicherten, insbesondere der Beschäftigten, in die Kasse

hinein, weder direkt noch etwa durch Versichertenälteste. Die (insgesamt erstaunlich breite) Informationsübermittlung erfolgt zufällig und nicht bezogen auf mögliche Interventionen der Kasse.

- b) Die Repräsentanz betrieblicher Interessenvertreter auf der Versichertenbank der Selbstverwaltung bietet andererseits zumindest Ansatzpunkte eines solchen Transfers zwischen Betrieb und BKK: In 71 v. H. der Kassen beträgt der Anteil von Betriebsräten und Vertrauensleuten mehr als 50 v. H. der Versichertenvertreter, in 41 v. H. sogar mehr als 75 v. H.
- c) Eine Besonderheit der Struktur der Selbstverwaltung der BKK gegenüber anderen GKV-Kassenarten liegt darin, daß die Unternehmenseite stets die gleiche Anzahl der Stimmen hat wie die Versichertenseite, und zwar unabhängig davon, wieviele Vertreter beider Bänke präsent sind. Dies führt dazu, daß unter Umständen *ein* Unternehmervertreter einer größeren Anzahl von Versichertenvertretern gegenüber sitzen kann, ohne daß die Unternehmenseite dadurch ihre Durchsetzungs- und vor allem Blockierungsmacht einbüßt. Diese Regelung entfaltet zwei verengende Wirkungen auf die politische Bearbeitungskapazität der Kassen: Unter dem Gesichtspunkt der Funktion repräsentativer Vertretungsorgane, sowohl das politische Gewicht der beteiligten Fraktionen als auch den versammelten Sachverstand der Repräsentanten zum Ausdruck und zum Einsatz zu bringen, kann dies u. U. eine Diskriminierung des Sachverständes der Versichertenvertreter bedeuten. Unter dem Gesichtspunkt bankübergreifender Koalitions- und Bündnismöglichkeiten bevorzugt diese Regelung einseitig die Unternehmenseite; denn nur ihr steht die Möglichkeit solcher Koalitionsbildungen offen. In manchen Selbstverwaltungen wird dieser Effekt noch dadurch verstärkt, daß ein Unternehmensvertreter nicht-alternierend das Amt des Vorstandsvorsitzenden innehat, während die Versichertenvertreter sich mit dem praktisch einflußloseren Posten des Vorstandes der Vertreterversammlung begnügen.

Diese Faktoren deuten auf eine strukturell mögliche, das heißt im Bedarfsfall mobilisierbare faktische Überparität der Unternehmenseite hin. Sie sind zudem sicher nicht geeignet, den Organen der Selbstverwaltung der BKK in den Augen der Versichertenvertreter per se den Rang eines wichtigen gesundheitspolitischen Aktionsfeldes zu verleihen.

- d) In die gleiche Richtung kann auch der Einfluß wirken, den die Unternehmenseite auf Management und Arbeitsweise der Kassenverwaltung ausübt: Geschäftsführer und Stellvertreter der Kassen werden von der Unternehmenseite (das heißt in der Praxis: nicht gegen ihren Willen) berufen. Darüber hinaus zahlt das Unternehmen die Personal- und zum Teil andere Verwaltungskosten der BKK und hat damit Einflußchancen auf Handlungs- und Innovationskapazitäten der Kassen. Dies drückt sich z. B. darin aus, daß das Verhältnis Versicherte pro Kassenmitarbeiter in den BKK höher liegt als in allen anderen Kassenarten. Diese Differenz erklärt sich nur zum Teil aus der Tatsache, daß in vielen Fällen die Trägerunternehmer routinisierte Verwaltungsaufgaben, u. a. der Beitrags-erhebung, für die Kassen übernehmen.
5. Überwiegend restriktive Einflüsse ergeben sich auch aus dem Umstand, daß die Kasse im betrieblichen Umfeld – trotz ihrer relativen rechtlichen Autonomie – kein isoliertes Sozialsystem darstellt, sondern vielfältigen Einflüssen aus der

betrieblichen Sphäre unterliegt. Als – aus der Sicht der betrieblichen Akteure – peripheres Subsystem ist sie dabei vor allem der passive, nehmende Teil der Beziehungen, dessen mögliche Einflußnahmen in umgekehrter Richtung – also auf den Betrieb – sehr viel schwächer ausgeprägt sind:

- a) Die Auswirkungen sowohl der gesamtwirtschaftlichen Krise wie auch einer schlechten ökonomischen Situation des Trägerunternehmens auf das Kassengeschehen sind überwiegend indirekt, in jedem Falle aber eher präventionshemmend. Sie können als regressives bis repressives sozial- und gesundheitspolitisches Klima im Betrieb beschrieben werden. In dieser Situation verringert sich generell der Stellenwert von Gesundheitspolitik im Betrieb. Außerdem verkleinert sich der Rahmen für von den betrieblichen Akteuren einvernehmlich getragene Projekte. Zusätzlich ist die mobilisierbare Initiativkraft der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretung geschwächt.
- b) Die von der BKK nicht oder kaum zu beeinflussende Art und Weise, wie Interessengegensätze im Betrieb ausgeglichen werden, hat insgesamt einen erheblichen Einfluß auf die Handlungsmöglichkeiten der Kasse. Handlungsraum für gesundheitspolitische Innovationen ergibt sich praktisch nur bei einem betrieblichen Politiktypus, den die Industrie- und Betriebssoziologie mit Begriffen wie „kooperativer Konfliktverarbeitung“ (Weltz 1977) oder „progressive Interessenvertretung“ (Schauer et al 1981) umschreibt. Konfrontationen in der betrieblichen Sphäre können den Handlungsraum der Kasse dagegen stark verengen bzw. gänzlich blockieren, und zwar unabhängig davon, von welcher Seite und weshalb sie ausgelöst wurden. Ein stark konsensbetonter Politiktypus im Betrieb führt auf der anderen Seite in der Regel zur Ausklammerung, das heißt Nicht-Theomatisierung arbeitsbezogener Gesundheitsprobleme.
- c) Die Betriebs- und damit die Kassengröße hat entscheidenden Einfluß auf die arbeitsteilige Organisation innerhalb der Kasse, die Beziehungen zwischen betrieblichen Instanzen und der Kasse, die Regelung der Informationsflüsse zwischen Geschäftsführung und Selbstverwaltung sowie auf den Planungshorizont des Betriebs und der Kasse. Möglichkeiten der gesundheitspolitischen Aktivierung und Innovation ergeben sich indes für jede Kassengröße. Das größte gesundheitspolitische Innovationspotential – das zeigen die Ergebnisse der schriftlichen Befragung – liegt derzeit in Kassen von großen Mittel- bis kleineren Großunternehmen (Unternehmen zwischen 2000 bis 10000 Beschäftigte).

6. Aber selbst die Existenz eines gesundheitspolitischen Basiskonsensus zwischen den Akteuren über die Notwendigkeit auch arbeitsweltbezogener Prävention würde kaum praktische Konsequenzen haben können, wenn die in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion üblicherweise mit den Begriffen *Ökonomisierung* und *Verrechtlichung* bezeichneten Einengungen einen das Kassenhandeln tatsächlich limitierenden Charakter hätten.

Ihre Wirksamkeit wurde vor allem in den 60er und 70er Jahren darin gesehen, daß sozialstaatliche Institutionen nur über die Medien Geld und Norm verfügen (v. Ferber 1967, Tenstedt 1976, Göckenjan 1981). Ihre Fähigkeit zur Bearbeitung sozialer Notlagen beschränkte sich daher auf jene schmalen Problemsegmente, die – direkt oder indirekt – durch Geldleistungen zu beheben seien (Ökonomisierung). Ihre Handlungskapazität sei weiter dadurch eingeschränkt, daß sie nur auf der Basis von positiven Rechtsvorschriften, die die

Anspruchsgründe, die begünstigten Personen und die konkreten Leistungen festlegen, tätig werden dürften (Verrechtlichung). Diese Begrenzungen des Kassenhandelns sind in den vergangenen Jahren jedoch auch empirisch zumindest porös geworden: Die Einstellung von Sozialarbeitern zur – auch vorbeugenden und nachfolgenden – Betreuung von Problemgruppen, die Errichtung von Gesundheitszentren mit präventiver Zielsetzung, vorbeugende Programme im Alkohol- und Drogenbereich, aber auch Kampagnen zur Beeinflussung von gesundheitsriskantem Verhalten (Rauchen, Drogen, Medikamente, Ernährung) zeigen, daß die juristischen und politischen Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Kassen weithin unterschätzt worden sind. Diese Entwicklung hat die Wirkung der Beschränkung des Kassenhandelns auf die Medien Geld und Recht – vor allem auf dem Gebiet der Krankenversorgung – keineswegs außer Kraft gesetzt, sie relativiert aber ihre Bedeutung für das hier interessierende Problemfeld der Prävention beträchtlich.

7. Der damit gegenüber früheren Annahmen über externe Begrenzungen der Handlungsmöglichkeiten der Kassen etwas geöffnete Handlungsraum erfährt im nächsten Analyseschritt jedoch sogleich eine weitere Einengung: Wegen des faktischen Konsenszwangs der Kassen können nur solche Projekte erfolgversprechend vorgeschlagen und umgesetzt werden, die die Interessen der jeweils anderen Seiten nicht ernsthaft tangieren. Gerade Maßnahmen der arbeitsweltbezogenen Prävention berühren aber fast immer die *unternehmerische Gestaltungsautonomie* und überschreiten gleichzeitig das vorherrschende *gesundheitspolitische Paradigma*.¹ Damit sind zwei machtbetsetzte Interessenpositionen angesprochen, deren Verteidigung von den jeweiligen Interessenträgern ein hoher Wert beigemessen wird. Ihre faktische Bearbeitung wird weiter dadurch erschwert, daß sie nicht nur von den unmittelbaren Interessenten vertreten werden, sondern in unterschiedlichen Abstufungen und Ausprägungen Eingang in das Alltagsdenken fast aller Kassenakteure gefunden haben. Andererseits sind diese Interessenpositionen weder im Einzelfall noch im Zeitablauf starr und bleiben deshalb prinzipiell angebar.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß bei grundsätzlicher Offenheit der BKK für die Bearbeitung des Themas „Arbeit und Gesundheit“ mit

- dem staatlich gezogenen, rechtlich fixierten Rahmen,
- der Struktur der Interessenlagen der Akteure in der Kasse,
- dem durch das Abstimmungs- und Entscheidungsverfahren geprägten faktischen Konsenszwang,
- den Faktoren, die die Möglichkeit struktureller Überparität der Unternehmenseite in sich bergen,
- der Abhängigkeit der Kasse von betrieblichen Strukturen und Politik-Variablen,
- der weitgehenden Beschränkung des Kassenhandelns auf die Medien Recht und Geld sowie

¹ Das vorherrschende gesundheitspolitische Paradigma geht von einem eingefärbten, negativ bestimmten Krankheitsbegriff als Problemdefinition aus und betrachtet infolgedessen als hauptsächlichstes Interventionsfeld den Organismus des bereits erkrankten einzelnen Individuums. Bemühungen der Weiterentwicklung in Forschung und Praxis richten sich vor allem auf die Kuration von physisch definierten Krankheitsbildern. Erkenntnisse vor allem aus der Sozialepidemiologie (McKeown 1976/1980, Taylor 1979, Abholz 1980), die die Prämissen dieses Paradigmas infrage stellen, werden nur sehr zögernd rezipiert. Dies ist nicht zuletzt dem Umstand zuzuschreiben, daß die am Versorgungssystem beteiligten Berufs- und Kapitalgruppen an der Aufrechterhaltung des status quo bzw. seiner nur linearen Weiterentwicklung ein starkes ökonomisches Interesse haben (vgl. Friedrich/Hehn/Rosenbrock 1977, Naschold et al 1978, Kühn 1980).

- der Verortung des Interventionsbereichs im Spannungsfeld ökonomisch und gesundheitspolitisch hochbesetzter Interessenfelder

schrittweise sieben Faktorenbündel identifiziert sind, die den Handlungsraum und damit die Bearbeitungskapazität der Kasse für arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme sämtlich eher einengen. Damit ist deutlich geworden, wie komplex und sensibel Vorschläge und Projekte arbeitsweltbezogener Prävention konzipiert, eingebracht, verhandelt und gesteuert werden müssen, wenn es trotz dieser Summe von Verengungen zu einem „präventionspolitischen Output“ am Ende des Trichters kommen soll.

3. Arbeitsweltbezogene Prävention durch Betriebskrankenkassen – Elemente einer Themenkarriere

85 v. H. der befragten Kassen führen nach eigener Einschätzung „Maßnahmen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes“ durch. Etwa 60 v. H. erhalten Informationen über gesundheitsrelevante Aspekte der betrieblichen Realität durch direkte Kontakte zum Betrieb bzw. aus Berichten von Versicherten. 46 v. H. kennen Arbeitsbereiche im Betrieb mit besonderen Gesundheitsbelastungen, 23 v. H. können betrieblich-gesundheitliche Problemgruppen mit zumindest ansatzweise epidemiologisch orientierten Kriterien definieren. Dagegen führen nur 7 v. H. der Kassen Maßnahmen zu betrieblich-arbeitsbedingten Risikofaktoren durch, nur in knapp 5 v. H. der Kassen haben solche Aktivitäten die auf Kontinuität zielende Form von Programmen angenommen.

Der Verlauf von Prozessen in der Kasse, die mit der Bearbeitung dieses Themas in Zusammenhang stehen bzw. – im Sinne von darauf hinführenden Schritten oder De- und Umthematizierungen – stehen können, wird hier entlang des Konzepts der *Themenkarriere* analysiert und dargestellt. Mit dem Begriff der Themenkarriere ist sowohl der logische als auch – bezogen auf die je einzelne Maßnahme – der chronologische Weg betrieblich generierter Gesundheitsprobleme gemeint. Dieser Weg führt – im Idealfall – vom Ort der Entstehung der Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz über eine Reihe betrieblicher Ebenen und Institutionen bis hin zu verschiedenen Bewältigungsinstanzen, von denen die BKK zwar nur eine unter mehreren ist, die aber im Mittelpunkt der hier berichteten Untersuchung stand. Der Idealfall bildet dabei keineswegs die Regel: Vielmehr können diese Prozesse der Thematisierung und Problembearbeitung auf jeder Stufe scheitern oder umgelenkt werden.

Zum anderen ist mit dem Begriff Themenkarriere der mit dem Ausbau dieses Weges verbundene Gesamtprozess gemeint, der seitens der Versicherten und der Kassen (sowie der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit generell) zu erhöhter Aufmerksamkeit und Bearbeitungsbereitschaft gegenüber dem Problembereich „Arbeit und Gesundheit“ führt.

Eine vollständig funktionierende Themenkarriere kann (idealtypisch) wie folgt beschrieben werden: systematische Informationen über Gesundheitsprobleme (gesundheitsliche Belastungskonstellationen, subjektive Befindlichkeitsäußerungen sowie Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklungen) gelangen von Versicherten, Vertrauensleuten, Betriebsräten, Versicherungsvertretern, Betriebsärzten, betrieblichen Instanzen, aber auch von Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Region (z. B. niedergelassene Ärzte, Wohlfahrtsvereinigungen, kommunale Institutionen) zur BKK. Auf der Ebene der Kasse führt dies zur Identifikation gesundheitsgefährdender Konstellationen und/oder gesundheitlich gefährdeter Grup-

pen im Betrieb. Je nach Verursachung und Eingriffsmöglichkeiten lassen sich die weiteren Schritte, die von der BKK angestoßen oder selbst durchgeführt werden können, in drei Gruppen unterscheiden:

- Liegen die Ursachen der Gesundheitsprobleme im Bereich des betrieblichen Arbeitsschutzes, so kann die BKK auf der Basis ihres zwar informellen, aber praktisch wirksamen „gesundheitspolitischen Mandats“ an die betrieblichen Instanzen herantreten. Sie kann dabei entweder selbst eine Änderung bewirken, oder sie kann ihre Stellungnahme in den Betrieb einbringen und damit die Thematisierung in der betrieblichen Arena unterstützen. Als institutioneller Impulsgeber bzw. -verstärker auf der Basis fundierter Informationen bietet sich die BKK hierfür förmlich an (*Präventionsanwalt*).
- Zum Abbau von Gesundheitsgefährdungen, deren Ursachen auf den ersten Blick in gesundheitsriskantem Verhalten der Versicherten liegen, ist an die Entwicklung und koordinierte Implementation gezielter Programme mit aufeinander abgestimmten Instrumenten zu denken: Wenn solche Programme akzeptiert werden sollen (und das ist eine zwingende Voraussetzung ihrer Wirksamkeit), dann müssen die dem (Fehl-)Verhalten meist zugrundeliegenden Belastungskonstellationen in die Problem-Definition und -Bearbeitung einbezogen werden. Daneben und darüber hinaus ist an organisatorische Veränderungen im Betrieb in Kombination mit modernen Formen der Verhaltensbeeinflussung zu denken.
- Andere Verursachungskomplexe sind schwerer zu beeinflussen: Spezifische und unspezifische Streßkonstellationen, Zusammenwirken von Belastungen innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt, Probleme, die vorwiegend in betrieblichen Lohnformen, Arbeitszeitregimes und der Arbeitsgestaltung liegen. Aber auch für diese Problembereiche gibt es einen breiten Erfahrungsschatz über denkbare bzw. auch schon erprobte Programme, in denen betriebsstrukturelle, verhaltensbezogene und eventuell das Freizeitangebot einbeziehende Maßnahmekombinationen zum Einsatz kommen.

Zur informationellen Fundierung sowie zur Konzipierung und Koordination aller drei Typen von Maßnahmen bzw. Programmen bietet die BKK gegenüber anderen, betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren institutionelle Vorteile (*Regieinstanz*).

Im folgenden werden anhand empirischer Befunde aus der schriftlichen Befragung schrittweise die Aktivitäten der Kassen auf den einzelnen „Stufen“ der Themenbearbeitung dargestellt. Dabei wird auch jeweils auf die Voraussetzungen solcher Aktivitäten sowie auf die Bedingungen ihrer Verbreitung einzugehen sein.

1. Da planvolles Handeln einen gewissen Mindestbestand an Informationen über den Handlungsgegenstand und seine Bewegungen voraussetzt, sind zunächst die *Quellen und Wege* zu untersuchen, aus denen die Kasse *Informationen über gesundheitliche Aspekte* der Arbeitswelt erhält. Informationen werden dabei sowohl als die erste Stufe der Themenkarriere wie auch als eine der notwendigen, aber nicht hinreichenden Bedingungen für gezielte Prävention in der Arbeitswelt betrachtet.

Insgesamt werden fünf Informationsquellen bzw. -wege untersucht:

- a) 57 v. H. der Kassen erhalten Informationen über *Kontakte der Kasse zum Betrieb* sowie über *Berichte von Versicherten*. Diese Informationen gelangen überwie-

gend anlässlich anders motivierter Kontakte zwischen Versicherten und BKK bzw. Kassenpersonal in den Bereich der Kasse. Sie sind deshalb durchweg unsystematisch und keineswegs flächendeckend. Durch die Art des Informationsflusses ist auch nicht gewährleistet, daß die aus anderen Untersuchungen bekannten Defizite (z. B. schwache Artikulation besonders hoch belasteter Gruppen vor allem aus der Randbelegschaft) auf diesem Weg geringer sind. Dennoch liegt hier ein beträchtliches und ausbaufähiges Informationspotential vor. Eine systematische organisatorische Öffnung der Kasse für diesen breiten Informationsstrom wäre im Zusammenwirken mit den anderen Informationsquellen für eine erfolgreiche Themenkarriere aus zwei Gründen unverzichtbar:

- Die BKK wird auf diese Weise für die Versicherten als Ansprechpartner für betriebliche Gesundheitsprobleme sichtbar.
- Die subjektiven Befindlichkeitsäußerungen sind ein unersetzliches Element jeder auf die chronischen Volkskrankheiten zielenden Strategie der frühzeitigen Identifikation von Problemgruppen und -fällen.

Die Kasse kann diese Informationen nur über direkte Kontakte mit den Versicherten erhalten. Betriebspolitische Voraussetzung für den Erfolg solcher Strategien ist die gesundheits- und informationspolitische Integrität der BKK.

- b) Auch die *Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung* der BKK können wichtige Informationen über gesundheitliche Probleme aus der Arbeitswelt in die Kasse tragen.
- c) 40 v. H. der Kassen erhalten gelegentlich vom *Betriebsarzt* Informationen über arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme, in weiteren 20 v. H. der Kassen ist der Kontakt mit dem Betriebsarzt institutionalisiert. Der Informationsfluß vom Betriebsarzt zur Kasse ist dann als präventionspolitisch besonders wertvoll einzuschätzen, wenn der Arbeitsmediziner entsprechend dem gesetzlichen Auftrag den Betrieb arbeitsepidemiologisch flächendeckend untersucht. Davon kann derzeit nicht als Regelfall ausgegangen werden.
- d) In 28 v. H. der Trägerunternehmen ist es mindestens einmal zur Einladung an *niedergelassene Ärzte* aus der Umgebung gekommen, in 13 v. H. erfolgen solche Einladungen mit Betriebsrundgängen regelmäßig. An über 60 v. H. der Rundgänge nehmen Vertreter der BKK teil. Die Einbeziehung niedergelassener Ärzte in die Erörterung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme beinhaltet dann die Chance der Distanzverminderung zwischen den Sphären der Krankheitsentstehung und dem System der Krankenversorgung, wenn sie nicht zur Legitimierung von Forderungsabwehr bezüglich der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitswelt benutzt wird. Dem kann durch die Einbeziehung der Beschäftigten bzw. ihrer Vertreter als gleichberechtigte Partner in diese Kommunikation entgegen gewirkt werden.
- e) Unabhängig von Ausbau und Validität der anderen Informationsströme ist zur Identifikation gesundheitlicher Problemgruppen im Betrieb eine nach *arbeitsepidemiologischen Kriterien angelegte Statistik* erforderlich. In der Praxis der BKK überwiegen derzeit noch bei weitem die mehr oder weniger ausdifferenzierten AU-Statistiken, die für präventionspolitische Zwecke durchweg nicht brauchbar sind. Arbeitsepidemiologische Statistiken, in denen

Krankheitsarten differenziert nach Belastungsbereichen im Betrieb erfaßt werden, finden sich derzeit in knapp 5 v. H. der befragten BKK'en. Die Existenz solcher Statistiken ist weder an bestimmte Betriebsgrößen noch an die Form der Datenverarbeitung gebunden.

Die Ergebnisse zeigen, daß die BKK über Zugänge zu allen sinnvollen Informationsquellen zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ verfügt. Der unzureichende Ausbau und die teilweise sehr geringe Nutzung dieser Zugänge sowie die fast durchgängige Abwesenheit von Konzepten der sinnvollen Verknüpfung dieser Quellen zu einem betrieblichen Berichtssystem „Arbeit und Gesundheit“ ist daher sicher auch durch die weiter oben skizzierten Faktoren („Trichter“) bedingt. Doch besteht kein erkennbar zwingender Grund für die Unterausnutzung der bestehenden Möglichkeiten. Anders ausgedrückt: Die Bearbeitungskapazität der Kasse für den Aufbau solcher Informationssysteme scheint derzeit nicht ausgeschöpft zu werden (vgl. unten: 4.).

2. Da Informationen keineswegs zwangsläufig zu Kenntnissen führen, wird als nächste „Stufe“ der Themenkarriere der Kenntnisstand der BKK über arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme (als eine weitere notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für gezielte Präventionsmaßnahmen) untersucht.

- a) 8 v. H. der Kassen betrachten sich explizit als unzuständig für Fragen der Gesundheitsbelastungen in der Arbeitswelt, jedoch ist anzunehmen, daß sich unter jenen ca. 45 v. H. der Kassen, die die Existenz von besonders belastenden Arbeitsbereichen im Bereich ihrer Trägerunternehmen verneinen, ebenfalls zahlreiche Kassen mit einem derart betriebsabgewandten Aufgabenverständnis befinden. Solche Kassen nutzen auch die genannten Informationswege deutlich unterproportional.
- b) Die Informiertheit über gesundheitliche Aspekte der Arbeitswelt steigt im Bereich der mittleren Trägerunternehmen (2000 bis 10000 Beschäftigte) etwas an, in den Kassen von Großunternehmen sinkt sie dagegen wieder ab. Dafür achten die großen Kassen stärker auf Bereiche, die sie selbst (als Kassen) arbeits- und kostenmäßig besonders belasten.
- c) Der direkte Kontakt zwischen Versicherten und Kassen stellt die derzeit bei weitem wichtigste Quelle für den Informationsstand und das Problembewußtsein bei den Kassen dar. Mit der Nutzung direkter Informationen aus dem Betrieb steigt z. B. die Kenntnis besonders belastender Arbeitsbereiche von 38 v. H. auf 85 v. H.
- d) Die Zusammensetzung der Versichertenbank in der Selbstverwaltung übt einen statistisch nur geringen Einfluß auf den Informationsstand der Kassen aus.
- e) Der Ausbau des Informationsweges vom Betriebsarzt zur Kasse weist keinen statistisch meßbaren Zusammenhang mit der Kenntnis besonders belastender Arbeitsbereiche auf.
- f) Während mit einer Ausdifferenzierung der Krankheitsstatistiken lediglich kleiner Fortschritte in Richtung auf höheres Problembewußtsein zu verzeichnen sind, fällt bei den wenigen Kassen, die eine Krankheitsartenstatistik nach Betriebsbereichen führen, dies mit einem sehr viel höheren Kenntnisstand zusammen. Die Richtung des Kausalzusammenhanges ist dabei nicht eindeutig zu ermitteln. Die statistische Grundlegung für eine Arbeitsepidemiologie kann sowohl das Ergebnis eines bereits hohen Problembewußtseins sein als auch eine Anhebung des Kenntnisstandes erst bewirken.

3. Werden – als nächste „Stufe“ – die tatsächlichen Aktivitäten arbeitsweltbezogener Prävention mit den Informationsflüssen und dem Informationsstand in Beziehung gesetzt, so ergibt sich ein zunächst verblüffendes Ergebnis: Ein strenger Kausalzusammenhang zwischen der Informiertheit bzw. den Kenntnissen über betriebliche Gesundheitsprobleme und entsprechende Maßnahmen besteht weder vorwärts noch rückwärts: Weder führen Informationen über Gesundheitsprobleme regelmäßig zum Handeln (wenigstens nicht zu zielbezogenem Handeln) noch beruhen die feststellbaren Präventionsaktivitäten durchweg auf zielbezogenen Informationen.

Dabei wäre es verfehlt, dies als schlichtes Innovations- bzw. Handlungsdefizit der Kassenakteure zu interpretieren. Vielmehr ergibt sich folgender Zusammenhang: Den Kassenakteuren sind die strukturell gezogenen Handlungsgrenzen der Kasse („Trichter“), auch in bezug auf das Thema „Arbeit und Gesundheit“ in höherem Maße bewußt, als dies im allgemeinen öffentlich artikuliert wird. Schon die Sammlung von Informationen und Kenntnissen über arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme durch die Kasse muß ihnen – wegen der in der Perspektive ihrer Umsetzung absehbaren Blockierungen und Konflikte – entsprechend umsetzungsfern erscheinen. Zudem stehen Projekte aus diesem Themenbereich in Konkurrenz zu anderen gesundheits- und betriebspolitischen und persönlichen Interessen, die durch eine offensive Verfolgung dieses einen Ziels in ihrer Durchführung gefährdet werden könnten. Entsprechend gering ist das Engagement deshalb auch auf den „unteren“ Stufen der Themenkarriere, die für sich genommen – „eigentlich“ – noch relativ wenig Konfliktstoff beinhalten.

Diesen indirekten, aber wirksamen Einfluß der rechtlichen, wirtschaftlichen und politischen Begrenzungen des Handlungsraums bezeichne ich als *Konsensfalle*. Das Wirken dieser Falle erklärt in erheblichem Umfang sowohl die relativ geringe Anzahl von Impulsen in bezug auf potentiell konflikthafte Themen als auch den Zuschnitt entsprechender Vorschläge als auch die vorherrschende Bearbeitungsform solcher Projekte.

Der Wirkungsmechanismus der Konsensfalle besteht vor allem darin, daß Kassenakteure dazu tendieren, gesundheitspolitische Vorschläge von vornherein so zuzuschneiden bzw. zu reduzieren, daß sie mit der (konsensualen) Kassenroutine verträglich bleiben. Dabei gehen die vermuteten bzw. bei früheren Versuchen erfahrenen interessenspolitischen Empfindlichkeiten der anderen Akteure schon in die Struktur und Reichweite der Vorschläge, Projekte und Forderungen ein. Dieses antizipative Kompromißverhalten führt zwar dazu, daß das vorgeschlagene Thema (z. B. Prävention von Streßerkrankungen) überhaupt und zunächst ohne Konflikt in die Kasse (z. B. in die Selbstverwaltung) eingebracht und dort diskutiert werden kann. Es begrenzt aber in der Regel zugleich die Reichweite schon der vorgeschlagenen und erst recht der potentiell durchsetzbaren Projekte auf solche Maßnahmen, die mit keiner (oder allenfalls mit einer) der beiden letztendlich berührten Interessenpositionen (unternehmerische Gestaltungsautonomie, dominantes gesundheitspolitisches Paradigma) kollidieren können. Dies führt in der Regel zu gesundheitspolitisch suboptimalen, häufig auch zu wirkungslosen oder sogar zu kontraproduktiven Ergebnissen. An den Ergebnissen selbst sind dann Zielsetzung und Intensität des ursprünglichen Anstoßes oft nicht mehr ablesbar.

4. Die meisten der ursprünglich auf Primärprävention zielenden Impulse, aber auch Thematisierungen anderer Problemfelder, führen deshalb in der Regel zu fünf Typen von

Maßnahmen, die *anstelle* arbeitsweltbezogener Prävention durchgeführt werden (*Ersatzhandlungen*) und insofern Brüche in bzw. Abweichungen von der Themenkarriere darstellen:

- a) *Problemreduktion* liegt vor, wenn die komplexen Entstehungsbedingungen für Krankheiten auf das (falsche) Verhalten der Versicherten zurückgeführt und auf dieser Ebene mit personenbezogen-individualisierender Gesundheitsaufklärung angegangen werden.
 - b) Sind die Grenzen der Wirksamkeit der vorwiegend kurativ orientierten Individualmedizin in bezug auf die wichtigsten Volkskrankheiten unübersehbar geworden, liegen jedoch die möglichen Ansatzpunkte echter Vorbeugung außerhalb des vor allem medizinisch definierten gesundheitspolitischen Grundverständnisses bzw. innerhalb hoch besetzter Interessenfelder, so kann es zu *Umthematizierungen* kommen. Der häufigste Typus sind vermehrte Früherkennungsuntersuchungen, aber auch die Finanzierung bzw. Bezuschussung zusätzlicher Kurmaßnahmen.
 - c) Eine andere Gruppe von Ersatzhandlungen anstelle eigener betrieblich orientierter Prävention durch die BKK besteht darin, die identifizierten Gesundheitsprobleme an das professionelle Medizinsystem zu *delegieren*. Die besonderen gesundheitspolitischen Möglichkeiten der BKK bleiben dabei ungenutzt.
 - d) Vor allem Geschäftsführer haben sich aufgrund des Dilemmas zwischen begrenzter institutioneller Handlungsfähigkeit und persönlich erlebten Handlungsnotwendigkeiten ein feingespinnenes *System informeller Beziehungen und Maßnahmen* geschaffen, mit dem sie unterhalb der Schwelle öffentlicher Sichtbarkeit und formeller Absegnung durch die Selbstverwaltung teilweise sehr wirksam gesundheitspolitische Aktivitäten entfalten.
 - e) Oftmals führen ursprünglich primärpräventiv gemeinte Impulse aus der Kasse letztlich zur *Kontrolle der Versicherten*, vor allem in bezug auf Arbeitsunfähigkeitszeiten und deren Gründe. Dabei kann es nicht nur zu einer Neutralisierung, sondern sogar zu einer Umkehrung der ursprünglich gemeinten Wirkungsrichtung kommen: Ein ursprünglich belastungsmindernd gemeinter Anstoß kann zu einer eigenständigen Belastung der Versicherten in Form empfundener Diskriminierung, zusätzlicher Hemmungen für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie in Form von Arbeitsplatzfurcht werden.
5. Während relativ große Anteile der ursprünglich primärpräventiv gemeinten Impulse in Form dieser Ersatzhandlungen zu Brüchen in bzw. Abweichungen von der Themenkarriere führen, findet nur der kleinste Teil seinen Weg in die Beeinflussung der Arbeitswelt: 7 v. H. der Kassen geben an, „Maßnahmen zu betrieblichen, arbeitsbedingten Risikofaktoren durchzuführen“, knapp 5 v. H. der BKK'en führen solche Aktivitäten in Form von Programmen durch. 1 v. H. der Kassen nennt außerdem „Vorbeugeprogramme, die sich auf bestimmte Beschäftigtengruppen beziehen (z. B. Gymnastik für Schreibkräfte)“.

Die Qualität dieser Maßnahmen konnte im Rahmen dieser Studie nicht systematisch evaluiert werden, da aus Datenschutzgründen nur die anonymisierten Datensätze zur Verfügung standen, was die Identifizierung der in der Arbeitswelt aktiven Kassen nicht mehr zuließ. Es konnte jedoch ermittelt werden, daß sich darunter sowohl eher symbolische (z. B. Aushang von Gymnastikanleitungen in den Pausen- und

Sozialräumen, Blutdruckmessung in der Kantine etc.) als auch als wirksam einzuschätzende Maßnahmen (z. B. erfolgreiche Anregung des Einbaus von Luftfiltern oder Schleusentüren, Versuch der Initiierung einer ergonomisch korrekten Bestuhlung eines Montagebandes, Einwirkung auf den Führungsstil unterer und mittlerer Vorgesetzter etc.) zu finden sind.

4. Möglichkeiten und Grenzen einer Re-Politisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Selbstverwaltung

Es ist nicht angebracht, die Analyse der BKK als möglichen Initiator und Träger für arbeitsweltbezogene Präventionspolitik mit diesem eher pessimistischen Befund abzuschließen und damit zugleich das Projekt einer Demokratisierung des Sozialstaates über eine Re-Politisierung der Institutionen der Selbstverwaltung (WSI 1977) gleichsam zu den Akten zu legen. Vielmehr ist es möglich, Ansatzpunkte zu identifizieren, die sowohl die gezeigten Strukturbedingungen aufnehmen und berücksichtigen, als auch im Falle ihrer gezielten Durchführung zu Erweiterungen des Handlungsraumes und der Bearbeitungskapazität führen. Positive Anknüpfungspunkte ergeben sich aus folgenden Befunden, die hier noch einmal resümiert werden:

1. Der Programmkonsens über die hohe Bedeutung von Prävention ist unter allen Akteuren sehr hoch, an ihm kann angeknüpft werden.
2. Der Status der Kasse als „quasi-neutrale Zone“ im Betrieb ist zwar stets prekär, bietet aber in aller Regel einen gewissen Schutz vor dem unvermittelten Durchschlagen betriebswirtschaftlich-ökonomischer Interessen bzw. Probleme auf das Kassengeschehen.
3. Vor allem in den letzten Jahren haben zahlreiche GKV-Kassen unter Beweis gestellt, daß sie — zwar meist auf anderen gesundheitspolitischen Gebieten — zu Entwurf und Durchführung von innovatorischen Maßnahmen imstande sind, die quer zur Logik des Kassenhandelns im Rahmen von „Ökonomisierung“ und „Verrechtlichung“ stehen und über diese hinausreichen.
4. In den weithin existierenden, derzeit vor allem informellen Aktivitäten vor allem von Kassengeschäftsführungen liegen zusätzliche und ausbaufähige gesundheitspolitische Bearbeitungskapazitäten.
5. Darüber hinaus deutet — relativ unabhängig von der tatsächlichen Qualität der Maßnahmen — die Existenz einer Anzahl von Kassen, die mit ihren Präventionsbemühungen bis in den Betrieb hineinreichen, auf die Möglichkeiten der Orientierung des Kassenhandelns auf dieses Problemfeld hin.²
6. Die Konsensfalle mit ihren Wirkungen der De- und Umthematizierung versperrt derzeit überwiegend auch jene „unteren Stufen“ der Themenkarriere, auf denen sich ihre durch mögliche bzw. antizipierbare Konfliktivität blockierende Wirkung „eigentlich“ nicht entfalten müßte. Auch dies deutet auf noch ungenutzte Freiheitsgrade im Handeln der Kassenakteure hin.
7. Überdies verweisen die weiter oben skizzierten Tendenzen der Veränderungen in den Interessenlagen aller drei Kassenakteure auf die Möglichkeit, daß sich der Konsensraum vergrößern und damit die Wirksamkeit der Konsensfalle im Zeitablauf verringern kann.

² Die Stufe einer systematischen Prozeß- und Ergebnisevaluation gesundheitspolitischer Projekte (vgl. Haus/Naaschold/Rosenbrock 1981, S. 233f., 238f.) wird dagegen derzeit praktisch nie erreicht.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren lassen sich zwei Einstiegsstufen für eine problembezogene Aktivierung der BKK benennen, die – wenn auch nur in wenigen Fällen und wohl nie in reiner Form – in der Praxis bereits heute zu finden sind:

1. Die Strukturen der BKK'en üben zwar im Durchschnitt einen sehr wirksamen Einfluß auf die Thematisierungs- und Bearbeitungsprozesse aus, doch bleiben genügend Freiheitsgrade, die ein individuelles Abweichen von diesem Durchschnitt erlauben.

Da das Aktivitätsniveau der BKK'en in bezug auf arbeitsweltbezogene Prävention insgesamt noch sehr niedrig ist, haben auch einzelne Akteure (sowohl aus der Selbstverwaltung als auch aus Geschäftsführungen) relativ hohe Chancen, mit strategisch durchdachtem Handeln einen sichtbaren Effekt zu erzielen. Solche (im Extremfall einzelnen) Akteure haben allerdings nur dann die Chance einer mehr als nur symbolischen Wirksamkeit, wenn vier, selten in einer Person zusammenkommende Voraussetzungen gegeben sind:

- Die BKK'en genießen in der Rangfolge der ihnen zugänglichen politischen Handlungsfelder Priorität; sie entwerfen gesundheitspolitische Projekte aus der Logik der Kasse und ihrer Bedingungen heraus und betrachten die BKK nicht als nachrangigen Handlungsraum z. B. gegenüber dem Betrieb.
- Sie verbinden die Kenntnis der spezifischen Bedingungen und Fällen des Handelns in der Kasse mit einer gesundheitsbezogenen Sichtweise der Probleme und bestimmen daraus die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Initiativen.
- Sie verfügen neben der aus solchem Wissen resultierenden Handlungskompetenz über zumindest umrißhafte gesundheitspolitische Sachkompetenz, die ihnen über eine epidemiologische Sichtweise von Gesundheitsproblemen den Blick auf die Grenzen des Nutzens der Medizin und der Notwendigkeit vor allem verhältnisbezogener Prävention (vgl. o. l.) eröffnet.
- Sie können sich auf die fachliche und organisatorische Unterstützung durch Experten vor allem aus dem Bereich der Sozial- und Arbeitsepidemiologie sowie der Arbeitsmedizin stützen.

Die Bedingungen des Handelns in der BKK lassen es nach den Ergebnissen der vorliegenden Analyse zu, daß Akteure in diesem Rahmen durch alle restriktiven Wirkungen hindurch für ausgewählte Probleme aus dem Bereich „Arbeit und Gesundheit“ eine Themenkarriere initiieren und über alle Stufen hinweg erfolgreich begleiten können.

2. Innerhalb des potentiellen Konsensraums der Kassenakteure liegt als Ansatzpunkt für Strategien der Prävention vor allem die – gegen Daten-Mißbrauch zu schützende – systematische Sammlung, Erhebung und Aufbereitung von Daten und Informationen über den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit in Form eines *betrieblichen Informationssystems* „Arbeit und Gesundheit“. Solche Projekte können die Konfrontation mit dem Interessenkomplex „unternehmerische Gestaltungsautonomie“ vor allem dadurch vermeiden, daß sie weit genug von ihm entfernt bleiben und sich zudem argumentativ auf gemeinsame Interessen aller Kassenakteure berufen können. Sie nutzen insofern gezielt den Umstand, daß die Freiheitsgrade auf den „unteren Stufen“ der Themenkarriere größer sind als auf

den oberen, umsetzungsnäheren. Deshalb können sie auch so zugeschnitten sein, daß ihr Problembezug zur Arbeitswelt nicht den Mechanismen der De- und Umthematisierung zum Opfer fällt.

Ein betriebliches Informationssystem „Arbeit und Gesundheit“ ist eine unbestreitbar notwendige, freilich nicht hinreichende Bedingung für wissenschaftlich fundierte und gezielte Präventionsmaßnahmen. Gegenüber auch ausdifferenzierten Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit stellt eine solche Erfassung und Dokumentation arbeits- und sozialegpidemiologischer Befunde durch die Verbindung von Informationen über die Arbeitsbereiche/Belastungskonstellationen mit den Krankheitsarten und den Berufsverläufen der Betroffenen eine qualitative Innovation dar. Seine Ergebnisse wären mit den authentischen Belastungs- und Beanspruchungsausprägungen der Beschäftigten sowie mit medizinischen Informationen des Betriebsarztes und der niedergelassenen Ärzte der Umgebung zu koordinieren. Für die Aussagekraft und Entwicklungsperspektive eines solchen Informationssystems dürfte entscheidend sein, daß alle Informationsquellen gleichmäßig und gleichgewichtig aktiviert werden: Jede enthält Aspekte, die von den jeweils anderen nicht ersetzt werden können.

Der gesundheitspolitische Konsens über solche Projekte gilt unabhängig davon, wer die aus den aufbereiteten Daten zu folgernden Maßnahmen tatsächlich umsetzt: Auch wo die gesundheitspolitische Bearbeitungskapazität der BKK nicht ausreicht, um auf der Basis entsprechender Befunde z. B. präventive Maßnahmen im Betrieb einzuleiten (und diese Aufgabe infolgedessen den Sozialparteien zufällt), ist der Einsatz der Kassen für diesen Zweck sinnvoll und legitim: In jedem Falle wird damit eine notwendige Voraussetzung für die „besondere und allgemeine Krankheitsverhütung“ (§ 364 Abs. 1 Ziff. 1 RVO) geschaffen.

Die Analyse der Handlungsbedingungen und Interessenlagen ergibt, daß solche Projekte zweckmäßigerweise bei den einzelnen Kassen, also *dezentral* angelagert werden. Die Initiative dürfte regelmäßig von der Versichertenbank der Selbstverwaltung ausgehen, denen, weil es um die Gesundheit der von ihnen Vertretenen geht, auch ein bestimmender Einfluß auf die Auswahl der beizuziehenden Experten zusteht.

Gemessen an den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten der arbeitsweltbezogenen Prävention mögen diese Ansätze als Ergebnis der Analyse gering erscheinen. Bezogen auf die vorfindlichen Aktivitäten der GKV-Kassen sind von ihrer gezielten sowie fachlich und organisatorisch gestützten Umsetzung beträchtliche Fortschritte sowohl in der Form als auch in den Ergebnissen der Problembearbeitung zu erwarten.

In der *Form* folgt aus solchen Projekten zunächst vor allem eine Veränderung des *Stils der Interessenaushandlung* in der Kasse selbst. Die offene, das heißt nicht durch antizipative Wirkungen der Konsensfalle reduzierte Thematisierung von arbeitsweltbezogenen Gesundheitsproblemen erfordert die explizite Identifikation der jeweils eigenen und der Interessen der anderen Akteure. Dazu ist es notwendig (und dann auch gestattet), hinter den Worten und Taten der jeweils gegenüberstehenden Akteure ökonomische und politische Interessen nicht nur zu vermuten, sondern auch offen anzusprechen. Die Herstellung der gegenseitigen Transparenz der gesundheitspolitischen Prämissen und der Interessenlagen unter Berücksichtigung der funktionspezifischen Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen *Verhandlungs-Partner* hebt diesen Aushandlungsstil von zwei weniger erfolgverspre-

chenden Bearbeitungsweisen ab: Weder kann es sich – wie heute noch vorherrschend – darum handeln, gesundheitspolitische Projekte von vornherein so zuzuschneiden und zu reduzieren, als gäbe es keine unterschiedlichen gesundheitspolitischen Sichtweisen und Interessen. Noch wird ein Politikverständnis zugrunde gelegt, das die Austausch- und Konfliktprozesse als „bloßes Willensverhältnis“ ansieht und deshalb mit dem durch die Parität definierten faktischen Konsenszwang unverträglich ist. In der BKK ist auf diesem Wege eine Entwicklung zum Teil nachzuvollziehen, die in anderen betrieblichen Arenen schon weiter fortgeschritten ist: Dort wird, z. T. sogar über die gleichen Probleme, in sehr viel größerer Offenheit verhandelt (Kühn 1982, Weltz 1977, Schauer et al 1981). Eine derart erhöhte Interessentransparenz verbessert die Voraussetzungen für das Aufspüren von Sattelpunkten gemeinsamen Interesses, von Interessen-Koinzidenzen sowie von möglichen Kompromißzonen. Die von entsprechenden Initiativen ausgehende Veränderung des Politikstils bleibt nicht ohne Auswirkungen auf den Handlungsraum selbst.

Es ist sicher keine riskante Prognose, von solchen Initiativen zumindest Anstöße in Richtung auf eine interessentransparente und zumindest begrenzt konfliktoffene Modernisierung der BKK und der Selbstverwaltung zu erwarten, die den Handlungsraum und die Bearbeitungskapazität der Kasse erweitert.

Im *Ergebnis* tragen sowohl Einzelinitiativen als auch die Schaffung von Informationssystemen zu einem *höheren Niveau der Aufmerksamkeit und der Kenntnisse* über arbeitsbedingte Erkrankungen bei allen Akteuren, auch den Betroffenen, bei. Dieser allgemeine Aspekt der Themenkarriere trifft auch heute noch weit verbreitete Defizite in der Artikulation und Thematisierung der Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Gesundheit und kann einen wichtigen Beitrag zu ihrer Behebung leisten. Auch die Arbeits- und Sozialepidemiologie, die in den letzten Jahren wieder den Anschluß an ihren weltweit führenden Stand, den sie in den 20er Jahren innehatte, wiederzufinden versucht (Müller 1984), könnte sowohl von den Erfahrungen der Ingangsetzung solcher Informationssysteme als auch von den mit ihnen zu gewinnenden Befunden ganz erheblich profitieren.

Insgesamt geht es darum, mit konkreten und durchführbaren Projekten eine präventionsorientierte Sicht- und Handlungsweise in die Institutionen der GKV einzubringen. Dabei ist der Zuschnitt der jeweiligen Projekte einerseits so zu wählen, daß ihre wesentlichen Elemente nicht der Konsensfalle mit ihren Wirkungen der De- und Umthematisierung zum Opfer fallen, ohne andererseits die Schwelle zu solchen Konflikten zu überschreiten, für deren Austragung die Kassen weder konstruiert wurden noch nutzbar zu machen sind.³

Für die Kassenakteure stellt sich dabei die schwierige Aufgabe, den schmalen Grad einer Politisierung der Kassen zwischen blockierendem Konflikt und lähmendem Konsens zu finden. Wo dies gelingt, können die Institutionen der GKV an sozialpolitische Traditionen vor allem der 20er Jahre anknüpfen (vgl. Hansen et al 1981) und als sozialpolitische Institutionen sichtbar werden, zu deren Aufgaben auch die Bewältigung von Krankheitsursachen zählt.

Doku-Nr. 042.00

BKK 1985 S. XVI

³ Damit scheidet die BKK auch als Arena für solche Gesundheits-Strategien aus, die auf die gesundheitsfördernde und Streß-reduzierende Wirkung einer aktiven und offensiven Veränderung als belastend erlebter Lebens- und Arbeitsbedingungen abzielen (Rosenbrock/Abholz 1984). Solche Ansätze finden ihren Gegenstand auch weniger in den Institutionen der GKV, als vielmehr in den unmittelbar erlebbaren Belastungskonstellationen in Umwelt, Betrieb und medizinischem Versorgungssystem.

Literaturhinweise beim Verfasser