

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung: ein Thema in einer Arena

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1985) : Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung: ein Thema in einer Arena, In: Frieder Naschold (Ed.): Arbeit und Politik: gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung, ISBN 3-593-33540-9, Campus, Frankfurt/M. ; New York, NY, pp. 367-404

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122699>

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 die Gesetzliche Krankenversicherung

— Ein Thema in einer Arena

Von Rolf Rosenbrock

1. Gesundheitliche Ausgangslage und Ansatzpunkte der Prävention

Im Trend ungebrochen beherrschen die chronisch verlaufenden Volkskrankheiten das Bild des Erkrankungs- und Sterbegeschehens in industrialisierten Gesellschaften (vgl. Maschewsky/Schneider in diesem Band).

Gemessen am härtesten Indikator, der Mortalität, stehen die Herz-Kreislauf-Krankheiten mit 50,4 % an der Spitze der Todesursachen, gefolgt von bösartigen Neubildungen mit 22,3 %. „Nimmt man unnatürliche Todesursachen (z. B. Unfälle), Lebererkrankungen, chronische Bronchitis und Diabetes mellitus hinzu, erklären sechs Krankheiten annähernd 90 % aller Todesfälle“ (Labisch 1984, S. 14; Zahlen für 1982/Bundesrepublik). Anhaltspunkte für die Dimensionen des Problems geben die diffizilen Berechnungen von Geißler (1979), nach denen 1975 in der Bundesrepublik 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) (Rosenbrock 1982, S. 7, 18). Wiederholte Hochrechnungen der Bundesanstalt für Arbeit ergaben, daß von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Bundesrepublik 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 gesundheitsriskanten Verhaltens der Betroffenen zielen, zuvörderst

eine der gesundheitlichen Zweckmäßigkeit, bei deren Beantwortung ethische und juristisch fixierte Grenzen zu beachten sind (Rosenbrock 1985a, v. Ferber 1983, S. 116).

Über diesen grundsätzlichen Ansatz herrschte in den 70er Jahren ein fast gesellschaftsweiter Programmkonsens (Hofmann/Huster 1979), der an die breite wissenschaftliche und politische Tradition der Sozialepidemiologie und -hygiene anknüpfen konnte (z. B. Mosse/Tugendreich 1913), die in Deutschland durch den Faschismus unterbrochen war (Leibfried/Tennstedt 1980).

Mit Labisch (1984a, S. 7) kann als Zwischenfazit einer in den letzten Jahren wieder aufgeflammt Diskussion festgehalten werden: „Die Krankheiten und Todesursachen gehen auf komplexe Umwelteinflüsse zurück. Diese gilt es zu ermitteln und zu kontrollieren — dabei müssen wir aus historischen und internationalen Vergleichen schließen, daß sie grundsätzlich kontrollierbar sind. Die meisten Krankheiten, einschließlich die verbreitetsten, sind folglich vermeidbar und zwar *primär* durch umweltbezogene Maßnahmen und *sekundär* durch individuell vorbeugende Maßnahmen. Die . . . unterschiedlich organisierten medizinischen Versorgungssysteme haben keinen unterschiedlichen Einfluß auf Krankheit und Sterblichkeit, höchstens auf den Grad der Versorgung. Bezogen auf die vorherrschenden umwelt- und verhaltensbezogenen Einflüsse auf die Gesundheit bleibt der Einfluß personenbezogener medizinischer Dienstleistungen *tertiär*“ (Hervorhebungen im Original).

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.

Zunächst: Erlaubt der heutige Erkenntnisstand über Entstehung und Verlauf der modernen Volkskrankheiten die Definition wirksamer Präventionsstrategien? Diese Frage ist trotz breiter Wissenslücken und offener innerwissenschaftlicher Kontroversen prinzipiell zu bejahen. Zum einen sind wesentliche gesundheitsgefährdende bzw. krankheitsauslösende (i. w. S.) Umwelteinflüsse so konkret identifizierbar, daß ihre Beseitigung bzw. Minderung einen gesundheitlichen Ertrag versprechen würde. 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 1979, 1982 sowie bei Labisch 1984).

Zum zweiten: 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 ver-

haltens- 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 1981a; 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- etc. -Programme für alle Bürger?) in ihrer Vernachlässigung der Zusammenhänge zwischen Verhalten und Umwelt:

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

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 präkäre, objektiv faßbare Lebensbedingungen und Arbeitsbelastungen (auch wenn sie als Noxen nicht naturwissenschaftlich identifizierbar sind) und 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 würden sich die Widersprüche bzw. die Konkurrenz zwischen den beiden Eingriffsfeldern „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 1979/1984; Labisch 1982, 1984).

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 prognostizierbar — 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).

Damit impliziert diese These 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.

2. Krankenkassen als Arena für Gesundheitspolitik

2.1 Gesundheitspolitik und GKV

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 — stehen überdies oftmals Hindernisse in Form unklarer Normenstruktur und Kompetenzabgrenzung, Überlastung mit anderen Aufgaben, ein nur technisches Aufgabenverständnis sowie personelle und sachliche Unter Ausstattung entgegen (BAU 1980). Das mit dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 eingeführte System des betrieblichen Arbeitsschutzes 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 Zusammenhangs- 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; Schaumberg/Wesp 1983; Czock 1983; Rosenbrock/Abholz 1983).

Ebenfalls nur punktuell und ohne Integration in das bestehende gesundheitspolitische Normen- und Institutionsgefüge sind 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; Bürkardt/Schneider/Schräder 1983; Georg/Stuppardt/Zoike 1982; zu einigen Hindernissen vgl. Bürkardt/Neuhaus 1983, S. 215 ff.).

Zur allgemeinen Erklärung dieses Bearbeitungsstandes und seiner geringen Dynamik können drei eng miteinander zusammenhängende Gruppen von Ursachen benannt werden, die die Bedeutung von Wissen als handlungsauslösendem Faktor erheblich relativieren:

1. Die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen in der Arbeitswelt, z. B. in Form von Fortschritten des Arbeitsschutzes, korreliert — auch in historischer Betrachtung — stets mit der ökonomischen und — dadurch vermittelt — politischen Konjunktur (Nahnsen 1975). Dieser Befund konnte für die gegenwärtige Situation auch empirisch bestätigt werden (Rosenbrock 1984b).

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“ je nach Grad der Thematisierung und Mobilisierung sowie in Abhängigkeit von der politischen Kultur als „Kampfgelände“ (terrain of contest, Burawoy 1981) oder sogar als „umkämpftes Gelände“ (contested terrain, Edwards 1981) anzusehen ist.

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 betrieblichen Verhandelbarkeit (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. Wo ein solcher *circulus vitiosus* besteht, kann er in der betrieblichen Praxis nur auf zwei — vom Politiktyp weit auseinanderliegende — Weisen durchbrochen werden: Entweder auf der Basis eines breiten gesundheitspolitischen Konsensus zwischen den Sozialparteien, innerhalb dessen die Inangasetzung entsprechender Projekte nicht von verhandelbaren „gesicherten Erkenntnissen“ (zur Fragwürdigkeit dieses Konzepts vgl. Fuchs 1984; Abholz et al 1981) abhängig gemacht wird, oder im Wege einer konfliktiven Durchsetzung von als gesundheitsgerechter angesehenen Arbeitsbedingungen durch die Interessenten. Dies sind vor allem die Beschäftigten und ihre Vertretungsorgane, die auf dem Wege einer konfliktiven Durchsetzung gesundheitsbezogener Interessen allerdings beträchtliche strukturelle und betriebspolitische Hindernisse zu überwinden haben (Kühn 1982; Rosenbrock 1984b). Es ist auch deshalb notwendig, den möglichen Beitrag anderer betrieblicher und arbeitsweltnaher Systeme zur Anpassung der Arbeitssituation an gesundheitliche Bedürfnisse und Erfordernisse in Betracht zu ziehen.

Zur Untersuchung der Möglichkeiten und Grenzen präventiver Politik durch Institutionen der GKV ist dabei von den Rahmenbedingungen und allgemeinen Funktionsmechanismen dieser Institutionen auszugehen, wie sie vor allem in der Studie „Sozialpolitik und Selbstverwaltung“ (WSI 1977) herausgearbeitet wurden.

Auf Basis von Analysen über die Veränderungen der Risikostrukturen, des Krankheitspanoramas infolge der Veränderungen in Arbeits- und Lebenswelt, über die zunehmende Inadäquanz der sozialpolitischen Bewältigungssysteme sowie der sowohl funktional als auch normativ begründeten Notwendigkeit der Aktivierung der Versicherten durch ihre Beteiligung an der Gestaltung und Kontrolle gesundheits- und sozialpolitischer Leistungen werden fünf miteinander verknüpfte, strukturbedingte Engpässe benannt, die einer — gesundheitspolitisch als notwendig erachteten — Hinwendung der Kassen zu einer *aktiven und konkreten Lebenslagepolitik* (Weisser 1969) entgegenstehen:

— Die weitgehende Reduktion der gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten der Kassen auf die Steuerungsinstrumente Recht und Geld,

- die kausale (nach dem Anspruchsgrund fragende) Orientierung des Versicherungshandelns anstelle einer finalen (auf Verbesserung der Lebenslage zielenden) Betrachtungs- und Bearbeitungsweise,
- die weitgehende Vernachlässigung von Prävention zugunsten einer bloß kompensatorischen Krankheitskostenverwaltung,
- die Entpolitisierung des Kassenhandelns, die auch die Nutzung vorhandener gesundheitspolitischer Handlungsräume (innerhalb der zentralstaatlich normativ gesetzten Grenzen) behindert,
- die Struktur der paritätischen Selbstverwaltung, die zur „Selbstlähmung“ führt, weil in ihr „nur das ‚geht‘, was als kleinster gemeinsamer Nenner der Sozialparteien gelten kann“ (WSI 1977, S. 124).

In gewissem Kontrast zu dieser umfassende Problemanalyse stehen die konkreten Vorschläge dieser Studie:

Diese reduzieren sich auf der *institutionellen Ebene* auf die Forderung nach Verschiebung der Parität zugunsten der Versichertenvertreter sowie auf die Schaffung von öffentlichen/regionalen Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger.

Diese institutionellen Vorschläge sind in bezug auf die weitergehenden Ziele (Aktivierung der Versicherten, reale Bürgerbeteiligung, Verknüpfung von Arbeits- und Lebenswelt, Durchsetzung des Finalprinzips) als instrumentell zu verstehen. Doch ergibt sich daraus unter Berücksichtigung der zahlreichen, in der Studie selbst analysierten und benannten, externen und internen, strukturellen und prozeduralen sowie interessenmäßigen Restriktionen im Handeln der Sozialversicherungsträger keine tragfähige Politiksequenz etwa nach dem Muster: Mobilisierung ergibt Problemdruck, dieser bewirkt Strukturveränderungen, von denen dann Wirkungen im Sinne der genannten Ziele ausgehen.

Zunächst wären für die Auslösung einer solchen Sequenz die Zielgruppen (Selbstverwalter? Versicherte? Teilgruppen? Funktionäre?) genauer zu benennen, von denen die Initiierung einer entsprechenden Mobilisierung erwartet werden kann. Dazu müßten konkrete, diese Zielgruppen auch (tatsächlich und subjektiv) interessierende und zudem erreichbare Ziele angegeben werden. Die Mobilisierung einer allgemeinen gewerkschaftlichen Öffentlichkeit auf Ziele der Strukturveränderung (Parität, Arbeitsgemeinschaften) in den Institutionen kann diese Aufgabe nur unzureichend erfüllen, da aus Strukturveränderungen nicht *per se* auf ihren sozialpolitischen Nutzen geschlossen werden kann.

Zudem wird mit der Veränderung der Parität auf ein Ziel orientiert, das allenfalls als ein Ergebnis einer weitreichenden Mobilisierung der Versicherten und der Kassen zu erreichen wäre. In diesem Zusammenhang ist auf die Erfahrung aus zahlreichen anderen Politikbereichen zu verweisen, nach denen sich staatlich normierte Handlungsräume für einzelne Akteure nur bei sehr hoher Interessenidentität zwischen staatlichen Politikträgern und jeweiligen Akteuren durch einfaches Zugeständnis erweitern. Vielmehr kommt es zu auch rechtlicher Ausdehnung solcher Kompetenzen erst dann (und dadurch), wenn (bzw. daß) die betroffenen Gruppen bzw. Institutionen bei der Verfolgung konkreter und gesellschaftlich einsichtiger, d. h. bündnisfähiger Projekte durch diese Grenzen behindert werden. Solange die Institutionen der GKV den ihnen heute gegebenen Spielraum nicht adäquat nutzen, wovon auch die WSI-Studie ausgeht, kann von der staatlichen Gesund-

heitspolitik (wer immer sie gerade administriert) kaum erwartet werden, daß sie darin einen hinreichenden Anlaß zur Erweiterung dieser Grenzen sieht.

Es kann infolge dessen nicht nur dem sozialpolitischen Klimaumschwung ab der Mitte der 70er Jahre angerechnet werden, daß dem sozialpolitischen Aufbruchsoptimismus der WSI-Studie den Hoffnungen entsprechende Fortschritte nicht gefolgt sind.

Es hängt wohl auch damit zusammen, daß Forderungen, die auf die gesundheitspolitische Effektivierung innerinstitutioneller Koordinierungsmechanismen hinauslaufen und sich tatsächlich nur an jene richten, die aus den verschiedensten Gründen eine solche Effektivierung nicht in Angriff genommen haben und nehmen, die sozialpolitische Stoßkraft schon deshalb fehlt, weil sie sich nur mit einer abstrakten Idee (Effektivierung, Koordination), nicht aber mit einem sich politisch artikulierenden Interesse verbünden können.

Mit einigen Abstrichen gilt dies auch für die sporadischen Wiederbelebungen der institutionalisierten „Sozialgemeinde“ (Auerbach et al 1957; v. Ferber 1977; Nowak/Schaper 1981), deren organisatorischer Gehalt in verändertem politischen Kontext durchaus wieder aktuell werden könnte, aber unter den gegenwärtigen Bedingungen wie ein aufgesetztes Organisationsmodell für die Koordination von in diesem Bereich kaum besonders heftigen Aktivitäten wirkt.

Aus den theoretischen und praktischen Schwierigkeiten des Zusammenbringens von sozialpolitischer Innovation und sozialer Bewegung wurde in jüngster Zeit verschiedentlich die Konsequenz gezogen, die „Mediatisierung von Klienteninteressen durch Verbände“ (v. Ferber 1982) für das eigentliche Hindernis einer Re-Politisierung der institutionalisierten Sozialpolitik zu halten und deshalb auf das „Anwachsen und Erstarken einer parainstitutionellen Bewegung“ im Gesundheitswesen zu setzen, die den „Strategien der Verbände die ihr andernfalls fehlende Basislegitimation“ geben könnte (v. Ferber 1983, S. 124).

Einer solchen Orientierung kann zwar wegen der ihr im gegebenen sozialpolitischen Kontext inhärenten zahlreichen Gefahren (vgl. Bäcker 1979; Schöne 1980; Abholz 1981b; Windhoff-Héritier 1982; Labisch 1983; Rosenbrock 1983; Reidegeld 1985) nicht gefolgt werden. Jedoch bezeichnet der dahinter sichtbar werdende Gedanke der Notwendigkeit der Verknüpfung innovatorischer sozialpolitischer Vorstellungen mit sozialen, durch eigene Interessen konstituierte Bewegungen den Kern des zu lösenden Problems. In den Worten von E. Heimann (1929/1980) geht es dabei um die Frage, wie sich eine „Sozialidee“ in einer „Sozialgestalt“ verkörpern kann.

2.2 Gesundheitspolitik und Arenenkonzept

Wendet man diese Gedanken auf die bestehenden Institutionen der GKV mit ihren inneren und äußeren Strukturen sowie die von ihnen zu bewältigenden gesundheitspolitischen Probleme an, so ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Gibt es Themen im gegebenen Handlungsbereich der Kassen, die mit den erfahrbaren Gesundheitsproblemen der Versicherten soweit übereinstimmen, daß eine Aktivierung der Versicherten an vorhandenen Interessen anknüpfen kann? (Voraussetzung der Mobilisierung über ein Thema)
- Verfügt die Kasse im Rahmen ihrer (inneren und äußeren) Handlungsgrenzen über effektive (d. h. nicht nur symbolische) Möglichkeiten der gesundheitspolitischen Beeinflussung des Problembereichs? (Voraussetzung der Bearbeitung eines Themas)
- Sind von der realen Bearbeitung eines solchen Themas eine Aktivierung der Versicherten, Veränderungen im Verhältnis zwischen Versicherten und Kasse sowie im Binnengefüge und der Handlungskompetenz der Kasse zu erwarten? (Voraussetzungen der Re-Politisierung des Kassengeschehens)

Diese Fragen umschreiben die „strategische Lücke“, die die WSI-Studie in ihren Umsetzungsvorschlägen offengelassen hat. Der vorliegende Beitrag versucht, diese Lücke konzeptionell schließen zu helfen, ohne allerdings einen Königsweg der politischen Umsetzung anbieten zu können.

Die erste Frage kann im Hinblick auf das Thema „Arbeit und Gesundheit“ oder „Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen“ umstandslos bejaht werden. Seine Bedeutung auch für das Kassenhandeln wird durch umfangreiche Literatur (Überblick bei WSI 1977; v. Ferber 1980) wie auch durch die Programmatik der großen Kassenverbände (BdB 1980, 1983; BdO 1983) betont.

Schwieriger ist die Beantwortung der zweiten und der dritten Frage. Hinsichtlich der (inneren und äußeren) Handlungsgrenzen der Kassen sowie der Folgen einer Bearbeitung des Problemkomplexes unter anderem für die Kassen selbst liegen kaum verwertbare Untersuchungen vor (als Ausnahmen: Göckenjan 1980; Braun/Reiners/Teske 1984).

Es erschien deshalb sinnvoll, die gesundheitspolitische Bearbeitung von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen am Ort ihres Entstehens durch eine dazu auf den ersten Blick besonders geeignet erscheinende Kassenart der GKV, die BKK, zu untersuchen.¹ Mit dieser, durch ihre Fokussierung auf *einen* Tätigkeitsbereich (Prävention) in *einer* Teilmenge (BKK) der sozial- und gesundheitspolitischen Institutionen recht eng wirkenden Fragestellung sind *drei* übergreifende Probleme aus verschiedenen Bereichen angesprochen, zu deren Diskussion die Ergebnisse der Untersuchung einen Beitrag leisten können:

1. Spezifische und unspezifische Prävention, vor allem arbeitsbedingter Erkrankungen;
2. Aktivierung der Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung als sozialpolitisches Strategieelement;
3. Die Abhängigkeit des Schicksals politischer Themen von Interessenlagen, Struktur und Einbettung des politischen Raumes, also der Arena, in der sie bearbeitet werden.

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 (2.3). Mit dieser an Strukturen orientierten Analyse ist die Kapazität der Kasse sowohl für die Aufnahme des Themas „Arbeit und Gesundheit“ als auch für die Intensitäten, Formen und Verläufe seiner Bearbeitung zunächst eher statisch beschrieben.

Die Untersuchung der tatsächlichen Aktivitäten (2.4) ermöglicht dann nicht nur Aussagen über (wechselseitige) Erklärungszusammenhänge zwischen den strukturellen Faktoren und den beobachteten Prozessen, sondern auch — auf der Basis des vorliegenden Materials — empirisch validierte Hypothesen über die Dynamik (und damit die Dynamisierbarkeit) dieser Prozesse in Abhängigkeit sowohl von der Struktur des Handlungsraums als auch von unterschiedlichen (zum Teil kontingenten) Verlaufsformen der Bearbeitung 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 Politikerergebnisse 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.

Bei der Untersuchung dieser Fragen wird die einzelne Kasse als *Politik-Arena* betrachtet, also als „Konfiguration von Themen, Akteuren, Institutionen und Staatsfunktionen, in deren Rahmen bestimmte Problematisierungen ausgefiltert werden, obwohl sie sich 'eigentlich' aufgedrängt hätten“ (Offe 1980 S. XIV). Die Kategorie der Arena wird in diesem Zusammenhang zunächst deskriptiv benutzt, sie impliziert lediglich die These, daß es erklärungsrelevante Zusammenhänge zwischen der Struktur von Arenen und den Möglichkeiten und Grenzen von Problematisierungen/Thematisierungen sowie Politiken/Maßnahmen gibt.

In Abgrenzung zu anderen Konzeptualisierungsversuchen zum Arenenbegriff (Lowi 1964/1975; Kitschelt² 1980; vgl. auch Windhoff-Héritier 1983) wird hier — forschungsstrategisch eher pragmatisch — ein induktiver Weg zur Bestimmung des Erklärungsgehaltes des Arenen-Konzepts vorgeschlagen. Arenen konstituieren sich danach durch spezifische, strukturell erklärbare Muster der Bearbeitung und Nicht-Bearbeitung von politischen *Themen*. Dabei kann sowohl ein und dieselbe Arena der Bearbeitung verschiedener Themen offenstehen (z. B. betriebliche Interessenvertretung) als auch ein bestimmtes Thema — mit zu untersuchende Folgen für die Muster der Problembearbeitung — in verschiedene Arenen eingebracht werden (z. B. „Arbeit und Gesundheit“).

Explizit nicht gemeint sind weitergehende Erklärungsansätze des Arenenkonzeptes, nach denen sich z. B. Politikinhalte in ein Dreierschema „distributiv“ (Verteilung ohne Verlierer) „redistributiv“ (Nullsummen-Spiel) oder „regulativ“ (Normierung mit ungewisser Verteilungswirkung) einteilen lassen und dementsprechend drei Typen von Arenen existieren (Lowi 1964/75). Ohne hier auf den generellen Erklärungswert eingehen zu können, ist anzumerken, daß eine solche Klassifizierung für den hier in Rede stehenden Politikbereich „Arbeit und Gesundheit“ nicht trägt: Die meisten Politik-Inhalte finden ihr Ergebnis, wenn sie nicht dethematisiert oder in einen gänzlich anderen Themenbereich umgeleitet werden, in Formen der regulativen Normierung. Die Abschätzung der Verteilungswirkungen (als konstituierendes Merkmal für die Zuordnung zu einer Arena) stößt auf mindestens vier Hindernisse:

a. Ungelöst bleiben die im Bereich jeder Lebenslagenpolitik besonders gravierenden Bewertungsprobleme, die auch durch den Verzicht auf strenge Maßstäbe der Kosten-Nutzen-Analyse zugunsten qualitativer Maßstäbe nicht überwunden werden können: Welcher Arena ordnen sich z. B. Politikergebnisse zu, bei denen der einen Seite eine nicht individuell sondern nur epidemiologisch zu ermittelnde Wahrscheinlichkeit erhöhter Gesundheits- und Lebenschancen, der anderen die Wahrscheinlichkeit verbesserter Nutzungsbedingungen der Arbeitskraft, möglicherweise Konfliktvermeidung sowie der monetäre Aufwand für die Durchführung entsprechender Gesundheitsmaßnahmen zufallen?

b. Überdies wurden durch die regulativen Politikergebnisse als Folge sozialpartnerschaftlicher Aushandlungsprozesse gesundheits- und sozialpolitischer Themen die Frage distributiv-redistributiv geradezu regelmäßig *nicht* entschieden, sondern — zum Teil explizit — in andere Arenen verschoben (am Beispiel des Arbeitssicherheitsgesetzes vgl. Rosenbrock 1982, S. 32f).

c. Ob es im Zuge der Umsetzung von Politikergebnissen aus dem Bereich „Arbeit und Gesundheit“ jeweils nur Gewinner oder Gewinner und Verlierer oder nur Verlierer gibt, ist eine — die Bewertungsprobleme als gelöst unterstellt — zunächst offene Frage, deren Beantwortung von Faktoren wie dem Zeithorizont unternehmerischer Personalplanung und -kalkulation, der Kapitalintensität, dem Arbeitsmarkt, den Möglichkeiten der Beschäftigten, im ‘magischen Interessendreieck’ von Lohn, Gesundheit und Arbeitsplatzsicherheit (Dohse/Jürgens/Russig 1980) ihr Gesundheitsinteresse zu optimieren sowie auch vom wissenschaftlichen Fortschritt bei der Diagnose und Bekämpfung der chronischen Volkskrankheiten abhängt. Jede Veränderung einer dieser (und weiterer) Faktoren kann aus einem „alle gewinnen“- ein „Null-Summen“-Spiel machen und würde damit zu einer Veränderung des Typs der Arena führen.

d. Wenn demnach auf der Ebene erhebbarer Fakten die Dreiteilung regulativ — distributiv — redistributiv wenig für eine Analyse austrägt, so bleibt zu prüfen, ob sie auf der Ebene der Wahrnehmungen und Erwartungen der Akteure (*perceptions* und *expectations*) sinnvolle Klassifizierungen zuläßt. Dem steht der auch methodisch gewichtige Einwand entgegen, daß Gesundheitspolitik auf gesundheitliche Wirksamkeit zielt, die Wirksamkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen, vor allem im Bereich der Prävention, sich aber nicht primär auf die Problemwahrnehmung sondern auf faktische Veränderungen gründet. (Es sei denn, man hält einen erfolgreich erzielten Mayo-Effekt — größere Zufriedenheit bei verschlechterter Arbeitsplatz-Beleuchtung — für gelungene Gesundheitspolitik.) Präventive Gesundheitspolitik muß deshalb auf realistische, das heißt auf Fakten gegründete Wahrnehmung von Gesundheitsgefährdungen durch die Betroffenen abzielen (vgl. Hauß/Kühn/Rosenbrock 1978, S. 130-142).

Insofern ist Problemwahrnehmung (und auch die Wahrnehmung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen) ein wichtiger Gegenstand einer der Aufklärung und konkreter Lebenslagenpolitik verpflichteten Gesundheitspolitik (vgl. Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981; Hauß 1983). Wahrnehmungen und Erwartungen können deshalb weder als letzte abhängige Variable zur Bewertung solcher Maßnahmen dienen noch das entscheidende Kriterium zur Unterscheidung der Austragungsorte und -modalitäten für die politische Bearbeitung solcher Probleme (Arena) sein. Ersteres bleibt den gesundheitsdienlichen Veränderungen von (objektiven und subjektiven) Belastungskonstellationen vorbehalten, die in der Regel durch interessenbezogenes Handeln der Betroffenen zu erreichen sein werden. Das zweite ist abhängig von der Analyse der Möglichkeiten und Grenzen der Thematisierung und des erzielbaren politischen Ergebnisses im entsprechenden „Handlungsraum“.

2.3 Die Betriebskrankenkassen — Struktur einer Arena

Betriebskrankenkassen bestehen bei knapp 800 privaten und öffentlichen Unternehmen in der Bundesrepublik und in Berlin (West) und bilden damit die Mehrzahl aller Krankenkassen. Sie streuen über fast alle Branchen und alle Größenklassen. Die Rechtsverhältnisse der BKK richten sich nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) und sind damit Öffentliches Recht. Die inneren Strukturen (paritätische Selbstverwaltung mit Vertreterversammlung und Vorstand, Geschäftsführung) entsprechen weitgehend denen der anderen Kassenarten der Gesetzlichen Krankenversicherung. 1983 versicherten die BKK ca. 7,7 Mio. Personen, davon waren ca. 2,4 Mio. pflichtversicherte Mitglieder, 0,4 Mio. freiwillig versicherte Mitglieder, 1,4 Mio. Rentner und 3,5 Mio. Mitversicherte. Demnach ist knapp jeder siebente Beschäftigte in einer BKK versichert. Vom „quantitativen Mitbestimmungspotential der Selbstverwaltung“ in der GKV (ca. 15 Tsd. Versichertenvertreter insgesamt) dürfte sich die Mehrzahl im Bereich der BKK befinden. Nach den Ortskrankenkassen sind die BKK, gemessen an der Versichertenzahl, die zweitgrößte RVO-Kassenart. Vor allem infolge des Prozesses der Unternehmenskonzentration schrumpft die Anzahl der BKK (um jährlich ca. 3 Prozent) schneller als die Anzahl der Versicherten, die z. B. im Jahre 1982 um 0,6 Prozent, im Jahre 1983 um 1,7 Prozent zurückging.

Die rechtlich und strukturell definierten *Handlungsräume* der mit diesen Daten umrissenen Institution sind Gegenstand der folgenden Analyse. Diese erbringt mit jedem Schritt weitere Eingrenzungen. Die Struktur des Handlungsraums hat demnach auf die problembezogene Handlungsfähigkeit der Institution eine Wirkung wie ein Trichter: Einer noch relativ breiten Perzeptionsfähigkeit für die Existenz von Problemen aus dem Bereich „Arbeit und Gesundheit“ stehen von Stufe zu Stufe weiter eingeengte Kapazitäten 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' in Form arbeitsbezogener Präventionsmaßnahmen finden. Diese Struktur des Handlungsraums (dessen weitere Differenzierung freilich das verwendete Bild sprengen würde) determiniert den Verlauf jeder *Themenkarriere* für „Arbeit und Gesundheit“.

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 Kassenmanagements nehmen sie mehr als 90 % der Kapazität in Anspruch. Die Ausgaben für Prävention bewegen sich bis zu zwei Prozent des Ausgabenvolumens, insgesamt liegen sie niedriger als z. B. die Kosten des Vertrauensärztlichen Dienstes. Satzungen und -Satzungsänderungen müssen wie auch der Beitragsatz von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden, die insgesamt seltenen innovativen Modellversuche finden meist in Kooperation und mit finanzieller Förderung staatlicher Stellen statt.

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 Rechtsräume* (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 nicht-ärztlichen 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 von 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 unterschiedlichen Akteurgruppen* im Inneren der Kassen (Unternehmerseite, Versichertenvertreter, Kassenmanagement) analysiert wird. Ausprägungen und 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. Ohne damit Aussagen über 'letzte Ziele', die Hierarchie von Interessen und Zielen oder die Prozesse der Formation von Interessen zu treffen, können auf diese Weise wichtige Grundlinien der materiell faßbaren Interessenlagen der Beteiligten erhoben werden, die dabei sowohl als Interessen-*Vertreter* (des Unternehmens, der Versicherten, der Kasse etc.) als auch im Hinblick auf ihre eigenen Interessen (z. B. betriebspolitische Profilierung, Schutz vor Arbeitsüberlastung etc.) betrachtet werden.

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 Arena der 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 Zielrichtung — 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 könnte — zumindest für Teile der Belegschaft — die Gesundheitspflege der Beschäftigten zum Bestandteil des betrieblichen Interesses werden (vgl. Nashed 1984; Kern/Schumann 1984).

Diese Entwicklungen können zu einer Vermehrung entsprechender Impulse und zu größerer Hartnäckigkeit bei der Verfolgung solcher Pläne führen. Die Folge könnte, mit der Ausdehnung des Konsensraumes zwischen den Sozialparteien

(und Kassenakteuren), in der Erweiterung 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, also als „Kampfgelände“ (Edwards 1981), ist die Kasse aufgrund der Kapital-Arbeit-Parität in der Selbstverwaltung jedoch explizit nicht konstruiert.

Versuche, politische Auseinandersetzungsformen, die einem „umkämpften Gelände“ (Burawoy 1981) entsprechen, in der Arena der BKK zur Anwendung zu bringen, führen deshalb regelmäßig in die Blockierungen der *Konfliktfalle*, in der — zumindest kurzfristig — dann auch das nicht mehr „geht“, was als kleinster gemeinsamer Nenner der Sozialparteien gelten kann“ (WSI 1977, S. 124).

Aus dieser, durch den faktischen Konsenszwang gegebenen Begrenzung ergibt sich in der Praxis eine deutliche Bedeutungsminde rung der BKK als gesundheitspolitischer Arena für arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme, die in der Existenz weiterer, für dieses Thema ebenfalls geeigneter Arenen im Aktionsbereich der beiden Akteurgruppen Kapital und Arbeit begründet liegt: Die beiden Sozialparteien in der Selbstverwaltung können Probleme der betrieblichen Gesundheitspolitik sowohl in der BKK als auch im Betrieb austragen. Wahl und Wechsel der Arena stehen ihnen dabei in gewissem Umfang frei. Für die Themenkarriere ergeben sich daraus Weichenstellungen und Verweisungsmöglichkeiten (vgl. unten 2.4).

Als Ergebnis des zweiten und dritten Analyseschritts zeigt sich ein gegenüber dem durch die staatliche Regulierung gesetzten Rahmen weiter eingeschränkter Handlungsraum für die Bearbeitung arbeitsweltbezogener Gesundheitsprobleme durch die Kassen. Zu entsprechenden Ansätzen kann es 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 Akteurgruppen und unterhalb der Schwelle ersthafter 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 strukturgestützten Transfer von Problemkenntnissen bzw. -wahrnehmungen der Versicherten, insbesondere der Beschäftigten, in die Kasse, weder direkt noch 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 die Möglichkeit eines politisch kalkulierten Problemtransfers zwischen Betrieb und BKK: In 71 % der Kassen beträgt der Anteil von Betriebsräten und Vertrauensleuten mehr als 50 % der Versichertenvertreter, in 41 % sogar mehr als 75 %.

c. Eine Besonderheit der Struktur der Selbstverwaltung der BKK gegenüber anderen GKV-Kassenarten liegt darin, daß die Unternehmerseite 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 Unternehmerseite 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, bedeutet sie eine Diskriminierung des Sachverstandes der Versichertenvertreter. Unter dem Gesichtspunkt bankübergreifender Koalitions- und Bündnismöglichkeiten bevorzugt diese Regelung einseitig die Unternehmerseite, denn nur ihr steht die Möglichkeit solcher Koalitionsbildungen offen. Dies wird noch dadurch verstärkt, daß in der Selbstverwaltung der Mehrzahl der BKK ein Unternehmervertreter das Amt des Vorstandsvorsitzenden innehat, während die Versichertenvertreter sich mit dem praktisch einflußloseren Posten des Vorstandes der Vertreterversammlung begnügen müssen.

d. Diese Faktoren deuten auf eine strukturell mögliche, das heißt im Bedarfsfall mobilisierbare, faktische Überparität der Unternehmerseite 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.

e. In die gleiche Richtung kann auch der Einfluß wirken, den die Unternehmerseite auf Management und Arbeitsweise der Kassenverwaltung ausübt: Geschäftsführer und Stellvertreter der Kassen werden von der Unternehmerseite (das heißt in der Praxis: nicht gegen ihren Willen) berufen. Darüber hinaus zahlt das Unternehmen die Verwaltungskosten der BKK und hat damit — über die Möglichkeit der Beeinflussung der Personal- und Sachmittelausstattung — 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.

Die Modalitäten der Interessenausdrückung und der Umsetzung von Programmen eröffnen demnach der Unternehmerseite größere Möglichkeiten der Beeinflussung als dies in der formalen Parität zum Ausdruck kommt. Auch wenn diese Faktoren in der gesundheitspolitischen und Verwaltungs-Praxis derzeit nur selten offen hervortreten, sondern unter dem durch die formale Parität der Selbstverwaltung geprägten Konsensprinzip latent bleiben bzw. mangels aktivierender Impulse der Versichertenseite nicht virulent werden, darf ihre mögliche Bedeutung für die gesundheitspolitische Bearbeitungskapazität der Kassen nicht vernachlässigt werden.

5. Überwiegend restriktive Einflüsse auf den Umfang des präventionspolitischen Handlungsraums der BKK 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 Interessengensätze im Betrieb ausgetragen werden, hat insgesamt einen erheblichen Einfluß auf die Handlungsmöglichkeiten der Kasse. Handlungsraum für gesundheitspolitische Innovationen ergibt sich praktisch nur bei einem betrieblichen Politiktypus, der wesentliche Elemente dessen in sich vereinigt, was Wertz (1977) und Schauer et al (1981) unter den Stichworten „kooperative Konfliktverarbeitung“ bzw. „progressive Interessenvertretung“ beschrieben haben. 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 zu Ausklammerung, daß heißt Nicht-Thematisierung 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 Verregelung der Informationsflüsse zwischen Geschäftsführung und Selbstverwaltung sowie auf den Planungshorizont des Betriebes 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 Befragungen — liegt derzeit in Kassen von großen Mittel- bis kleineren Großunternehmen (Unternehmen zwischen 2.000 bis 10.000 Beschäftigte).

6. Sogar die Existenz eines gesundheitspolitischen Basiskonsenses zwischen den Akteuren über die Notwendigkeit auch arbeitsweltbezogener Prävention würde freilich kaum praktische Konsequenzen haben können, wenn die in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion üblicherweise mit den Begriffen *Ökonomisierung* und *Verrechtlichung* bezeichneten Eineinigungen einen das Kassenshandeln 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; Tennstedt 1976; Göckenjan 1981). Ihre Fähigkeit zur Bearbeitung sozialer Notlagen

beschränke 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, Ernährung) zeigen, daß die juristischen und politischen Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Kassen weithin unterschätzt worden sind. Diese Entwicklung hat die politikleitende Wirkung der Beschränkung des Kassenhandelns auf die Medien Geld und Norm — 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 in den 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*.³ Damit sind zwei machtbesetzte 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 sich als strukturelle Überparität der Unternehmenseite auswirken können,
- der Abhängigkeit der Kasse von betrieblichen Strukturen und Politik-Variablen,
- der weitgehenden Beschränkung des Kassenhandelns auf die Medien Norm und Geld sowie
- 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.

Es ist auch gezeigt worden, daß die BKK als „Konfiguration von Themen, Akteuren, Institutionen und Staatsfunktionen“ wirksame Mechanismen zur Ausfilterung bzw. „Verdünnung“ (WSI 1977) der sich „eigentlich“ aufdrängenden Problematisierung von Arbeit und Gesundheit enthält. Die Tragfähigkeit eines arenentheoretischen Ansatzes erweist sich allerdings nicht nur darin, daß mit ihm die Thematisierungs- und Bearbeitshindernisse und -möglichkeiten in Form von Restriktions- und Potentialitätsanalysen freigelegt werden können. Vielmehr kann er vor allem dann fruchtbar gemacht werden, wenn die Bedingungen der Bearbeitung eines Themas in *verschiedenen* „eigentlich“ dafür offenen Arenen miteinander *verglichen* werden. Das kann hier nur kursorisch an der Gegenüberstellung von einigen Unterschieden bei der Bearbeitung von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen im Betrieb (z. B. durch das Arbeitsschutzsystem, zur dortigen Themenkarriere vgl. Rosenbrock 1984b, S. 21-26) oder durch die Kasse beleuchtet werden:

- Die enge Bindung der BKK an staatliche Normen und Aufsicht kann sich — gegenüber betrieblichen Arenen — als Hindernis für die Konzipierung und Durchführung gerade innovativer Maßnahmen erweisen.
- Aushandlungsprozesse in der BKK sind über die Selbstverwaltung hoch verregelt. Es besteht faktische Konsenspflicht und hohe Verbindlichkeit. Gegenüber Aushandlungen zwischen Management und Betriebsrat im Betrieb impliziert dies einerseits die Einbindung aller Beteiligten in die gefundenen Lösungen, bedeutet aber andererseits unter Umständen die Notwendigkeit höherer Kompromißbereitschaft.
- Die institutionell abgesicherte Konsenspflicht läßt in der BKK unter Umständen die konsensuale Erörterung von Themen zu, deren Behandlung in einer betrieblichen Arena eher von vornherein konfliktiv verlaufen würde.
- Auch die Tatsache, daß die BKK rechtlich als ‘quasi-neutrale Zone‘ im betrieblichen Geschehen konstruiert ist, bringt es mit sich, daß sensible Themen, wie z. B. Probleme der Sammlung und Aufbereitung gesundheitsrelevanter Daten aus der Arbeitswelt, in der Kasse leichter einvernehmlich ausgehandelt werden können als an jeder betrieblichen Stelle.
- Gegenüber direkten Problembearbeitungen im Betrieb kann die BKK eher schwerfällig sein. Für die Bearbeitung von Problemen, die zuerst im Betrieb thematisiert wurden, stellt die Thematisierung in der Kasse in jedem Fall einen Umweg dar. Das muß jedoch — wegen der damit verbundenen sozialpartnerschaftlichen Institutionalisierung einer einmal gefundenen Lösung — kein Nachteil sein.
- Die in Geschäftsführung und Selbstverwaltung versammelte gesundheitspolitische Problemsensibilität und Sachkompetenz kann ein Argument für die Wahl dieser Arena sein.
- Die Positionierung der BKK zwischen den Versicherten und dem professionellen medizinischen System hat zur Folge, daß sie für eine Koordinierung zwischen betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen und den Leistungen des Medizinsystems, z. B. der niedergelassenen Ärzte, prädestiniert ist (*Regieinstanz*).

Bislang war fast nur von strukturellen Faktoren die Rede. Im folgenden Abschnitt wird es darum gehen, die *Prozesse* nachzuzeichnen, die sich in dieser Struktur vollziehen. Dabei werden sowohl weitere Restriktionen wie auch (bescheidene) Ansatzpunkte für die Problembearbeitung zutage treten.

2.4 Arbeitsweltbezogene Prävention durch BKK — Elemente einer Themenkarriere

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

Die Differenz zwischen dem hohen allgemeinen Problembewußtsein (Programmkonsens) über die Notwendigkeit von „vorbeugendem Gesundheitsschutz“ und den eher spärlichen Ansätzen konkret arbeitsweltbezogener Prävention ist in ihrer Gesamtheit das Ergebnis der im vorigen Abschnitt dargestellten Restriktionen des politischen Handlungsraumes der Kassen. Andererseits haben auch die Verläufe von Prozessen und das Einbringen neuer Themen Auswirkungen auf die Struktur der Arena sowie ihr Verhältnis zur Umwelt und verändern damit deren politische Bearbeitungskapazität.⁴

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 Umthematierungen — 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 dieser 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 anderen Bewältigungsinstanzen) zu erhöhter Aufmerksamkeit und Bearbeitungsbereitschaft gegenüber dem Problembereich „Arbeit und Gesundheit“ führt und insoweit auf eine Veränderung der Wahrnehmung abzielt.

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. Hinsichtlich der Voraussetzungen der Themenbearbeitung könnte zunächst vermutet werden, daß die Diskrepanz zwischen Programmkonsens und tatsächlichen Aktivitäten eine Folge der anhaltenden Wirtschaftskrise oder einer schlechten ökonomischen Situation des Trägerunternehmens sei.

In 80 % der Trägerunternehmen der befragten Kassen kam es in den 12 Monaten vor der Befragung zu mindestens einer der folgenden Maßnahmen: Personalkürzungen, Einstellungsstopp, Kurzarbeit oder Kürzung der betrieblichen Sozialleistungen. Jede siebte Kasse hatte Kürzungen ihres eigenen Personalbestandes zu verzeichnen. Andererseits hält ca. die Hälfte der Kassen die wirtschaftliche Lage des Trägerunternehmens für „eher gut“. Eine „eher nicht so gute“ wirtschaftliche Lage korreliert zwar hoch mit der Einschätzung, daß präventive Maßnahmen derzeit schwieriger durchzusetzen seien. Eine starke Minderheit der Kassen sieht jedoch ihre gesundheitspolitischen Möglichkeiten durch die Folgen der Wirtschaftskrise nicht tangiert, einige Maßnahmetypen aus dem Bereich der medizinischen Früherkennung und unspezifischer individueller Prävention (z. B. Kuren) nehmen zu.

Aus diesen Befunden wird geschlossen, daß die Wirtschaftskrise zwar insgesamt ein regressives bis repressives gesundheitspolitisches Klima hervorruft, das auch im Betrieb und in der Kasse spürbar ist. Doch scheint die institutionelle Schwelle zwischen Trägerunternehmen und BKK (mit ihren juristischen, ökonomischen und betriebspolitischen Aspekten) eine gewisse Unabhängigkeit der Kassen von der wirtschaftlichen Lage zu konstituieren. Die wirtschaftliche Lage bewirkt auf diese Weise zwar insgesamt eine Verengung des Handlungsraumes der BKK, jedoch verschließt sie nicht die gesundheitspolitischen Möglichkeiten der BKK, auch nicht in bezug auf Prävention. Insoweit kann von einer *Kontingenz des Kassenhandelns* gegenüber ökonomischen Bedingungen gesprochen werden, die die Aufnahme des Themas in die Arena auch bei verschlechterten ökonomischen Randbedingungen erlaubt.

Demnach müssen die Ursachen für die Kluft zwischen Problembewußtsein und den arbeitsweltbezogenen Aktivitäten auch in betriebs- bzw. kasseninternen Strukturen und Prozessen gesucht werden.

2. Da planvolles Handeln einen gewissen Mindestbestand an Informationen über den Handlungsgegenstand und seine Bewegungen voraussetzt, sind 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 unterschieden:

a. 57 % der Kassen erhalten Informationen über *Kontakte der Kasse zum Betrieb* sowie über *Berichte von Versicherten*. Diese Informationen gelangen überwiegend 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 Information nur über direkte Kontakte mit den Versicherten erhalten. Betriebspolitische Voraussetzungen für den Erfolg solcher Strategien ist die gesundheits- und informationspolitische Integrität der BKK.

b. Auch die *Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung* der BKK können wichtige und authentische Informationsträger über Probleme von Arbeit und Gesundheit sein. Die Präsenz von betrieblichen Interessenvertretern in der Selbstverwaltung (in über 70 % der Selbstverwaltungs-Organe gehören mehr als 50 % der Versichertenvertreter gleichzeitig dem Betriebsrat oder dem Vertrauensleutekörper an) gewährleistet darüber hinaus in bestimmtem Umfang eine interessenbezogene Sichtweite betrieblicher Gesundheitsprobleme. Kassen mit höherem Anteil betrieblicher Interessenvertreter in der Selbstverwaltung verfügen allerdings nur über ein geringfügig erhöhtes Problembewußtsein hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit.

c. 40 % der Kassen erhalten gelegentlich vom *Betriebsarzt* Informationen über arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme, in weiteren 20 % 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 % der Trägerunternehmen ist es mindestens einmal zur Einladung an *niedergelassene Ärzte* aus der Umgebung gekommen, in 13 % erfolgen solche Einladungen mit Betriebsrundgängen regelmäßig. An über 60 % der Rundgänge nehmen Vertreter der BKK teil. Die Einziehung 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 % der befragten BKK. 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 Struktur der Arena geprägt. Doch besteht auf dieser Stufe kein erkennbar zwingender Grund für die Unterausnutzung der bestehenden Möglichkeiten. Dies deutet auf die Kontingenz bzw. auf mögliche Freiheitsgrade des Kassenhandelns und damit des politischen Verhaltens der Akteure in der Kasse hin. Anders ausgedrückt: Die Bearbeitungskapazität der Kasse für den Aufbau solcher Informationssysteme scheint derzeit nicht ausgeschöpft zu werden (vgl. unten).

3. 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. Dabei zeigt sich, daß der Kenntnisstand nicht nur vom Ausbau der skizzierten fünf Informationswege, sondern auch stark von strukturellen Faktoren abhängt.

a. 8 % der Kassen betrachten sich explizit als unzuständig für Fragen der Gesundheitsbelastungen in der Arbeitswelt, jedoch ist anzunehmen, daß sich unter jenen ca. 45 % 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 (2 000 bis 10 000 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 % auf 85 %.

d. Die Zusammensetzung 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. Offenbar dienen die Informationen, die die Kasse von den Arbeitsmedizinern erhält, vor allem der Validierung von Informationen, die schon aus anderen Quellen vorliegen.

f. Während mit einer Ausdifferenzierung der *Krankenstandsstatistiken* lediglich kleinere 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 bleibt dabei unbestimmt: Die statistische Grundlegung für eine Arbeitsepidemiologie kann sowohl das Ergebnis eines bereits hohen Problembewußtseins sein als auch eine niveaumäßige Anhebung des Kenntnisstandes erst bewirken.

4. Ein strenger Kausalzusammenhang zwischen der Informiertheit über betriebliche Gesundheitsprobleme und Aktivitäten arbeitsweltbezogener Prävention 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.

5. Sowohl die unvollständige und in der Regel nicht vernetzte Nutzung der Informationsquellen als auch die Differenz zwischen Informations-Input und Kenntnisstand, als auch die weitgehende Konsequenzlosigkeit entsprechender Kenntnisse und schließlich auch die unsystematischen, d. h. nicht informationell fundierten Interventionen deuten auf die *themenspezifische Wirksamkeit* der restringierenden Faktoren aus der Arenenstruktur hin, ohne daß es empirisch möglich wäre, daraus eine halbwegs exakte Bestimmung der tatsächlichen *Entwicklungsgrenzen* für diese Stufen der Themenkarriere herzuleiten.

Das komplexe Wechselverhältnis zwischen verhaltensprägenden Strukturen einer Arena und dem konkreten Handeln bzw. Nichthandeln der Akteure könnte wohl nur durch *Fallstudien* offengelegt werden, die methodisch u. a. dort sinnvoll anzusetzen hätten, wo Akteure diese Grenzen empirisch austesten wollen. Auf der Basis des erhobenen Materials läßt sich lediglich die These formulieren, daß die durch die Struktur gezogenen Handlungsgrenzen auf diesen Stufen derzeit nicht ausgeschöpft werden.

Dabei wäre es verfehlt, dies als schlichtes Innovations- bzw. Handlungsdefizit der Kassenakteure, z. B. der Versichertenvertreter, zu interpretieren. Vielmehr ergibt sich folgender Zusammenhang: Den Kassenakteuren sind die strukturell gezogenen Handlungsgrenzen der Kasse, 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 Konflikten — 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.

Die Struktur der Arena ist dabei insofern von ausschlaggebender Bedeutung, als sie den Verlauf der Themenkarriere bereits auf jenen Stufen beeinflusst, auf denen sich ihre direkt restringierende, z. B. durch Konfliktivität blockierende Wirkung „eigentlich“ noch gar nicht entfaltet. Dieser indirekte, aber wirksame Einfluß der Arenenstruktur auf Umfang und Intensität der Thematisierung, auch auf den „unteren“ Stufen der Themenkarriere, bezeichne ich als *Konsensfalle*. Damit verbunden ist die These, daß das Wirken dieser Falle sowohl die quantitativ relativ geringe Verbreitung von Impulsen in bezug auf potentiell konfliktive Themen als auch den Zuschnitt entsprechender Vorschläge als auch die dominante Bearbeitungsform solcher Vorschläge mit dem Ergebnis von Umthematierungen in erheblichem Umfang erklärt.

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 interessenpolitischen 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 limitiert 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 tangierten Interessenpositionen (unternehmerische Gestaltungautonomie, dominantes gesundheitspolitisches Paradigma) kollidieren können. Dies führt in der Regel zu gesundheitspolitisch suboptimalen, häufig auch zu wirkungslosen oder zu kontraproduktiven Ergebnissen. An den Ergebnissen sind dann Zielsetzung und Intensität des ursprünglichen Anstoßes oft nicht mehr ablesbar.

6. Die Mehrzahl ursprünglich auf Primärprävention zielender Impulse, aber auch Thematisierungen anderer Problembereiche, führen vor allem deshalb 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 unübersahbar geworden, liegen jedoch die möglichen Ansatzpunkte echter Vorbeugung außerhalb des professionell definierten gesundheitspolitischen Grundverständnisses bzw. innerhalb hoch besetzter Interessensfelder, so kann es zu *Umthematierungen* 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 ohne Nutzung der komparativen Vorteile der BKK an das professionelle Medizinsystem, vor allem an die Betriebsärzte und die niedergelassenen Ärzte der Umgebung, zu *delegieren*.

d. Vor allem Geschäftsführer und ihre Stellvertreter 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.

7. Während relativ große Anteile der ursprünglich primärpräventiv gemeinten Impulse in Form dieser Ersatzhandlungen zu Brüchen in bzw. Abzweigungen von der Themenkarriere führen, findet nur der kleinste Teil seinen Weg in die Beeinflussung der Arbeitswelt: 7 % der Kassen geben an, „Maßnahmen zu betrieblichen, arbeitsbedingten Risikofaktoren durchzuführen“, knapp 5 % der BKK führen solche Aktivitäten in Form von Programmen durch. 1 % der Kassen nennt außerdem „Vorbeugeprogramme, die sich auf bestimmte Beschäftigtengruppen beziehen (z. B. Gymnastik für Schreibkräfte)“.

Die Qualität dieser Maßnahme konnte im Rahmen dieser Studie nicht systematisch evaluiert werden, da aus Datenschutzgründen nur die anonymisierten Fragebögen 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 Maßnahme (z. B. erfolgreiche Anregung des Einbaus von Luftfiltern oder Schleusentüren, einer ergonomisch korrekten Bestuhlung eines Montagebandes, der Einwirkung auf den Führungsstil unterer und mittlerer Vorgesetzter etc.) zu finden sind.

3. Möglichkeiten und Grenzen einer Re-Politisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Selbstverwaltung

Die Analyse der strukturellen Faktoren, die die gegenwärtige Bearbeitungskapazität der BKK als Arena für Gesundheitspolitik bestimmen, sowie die Ermittlung der Verläufe der Themenkarriere für „Arbeit und Gesundheit“ im Rahmen dieser Strukturen ergab folgendes Bild: Die strukturellen und prozeduralen Handlungsbedingungen der und in der BKK schließen den größten Teil arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme von der Thematisierung und Bearbeitung durch die BKK aus. Von den aufgegriffenen Problemen wird nur ein Bruchteil problembezogenen Lösungsansätzen zugeführt. Andererseits durchläuft trotz aller entgegenstehenden Hindernisse eine kleine Teilmenge dieser Probleme die gesamte Sequenz der Themenkarriere von der Problemwahrnehmung über die Informationsaufnahme, die Umsetzung von Informationen in Projekte bis hin zur Durchführung von Projekten.⁵ Die Konsensfalle als verdichteter Ausdruck des Zusammenwirkens der in dieser Arena wirksamen Restriktionen hat demnach zwar eine auf allen Prozeß-Stufen durchschlagende Wirkung, ist aber andererseits nicht hermetisch.

Es ist nicht angebracht, die Analyse der BKK als Arena 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 und Politikprozesse 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 Kassenshandelns 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 Kassenshandelns auf dieses Problemfeld hin.

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 Freiheitsgrade des Handelns der Kassenakteure hin.

7. Überdies verweisen die weiter oben skizzierten Tendenzen der Veränderungen und Dynamisierungen in den Interessenlagen aller drei Kassenakteure auf die Möglichkeit, daß sich der Konsensraum vergrößern und damit die Wirksamkeit der Konsensfalle im Zeitablauf verringern kann.

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 genutzt werden:

1. Die Strukturen der BKK üben zwar im Durchschnitt einen sehr wirksamen Einfluß auf die Thematisierungs- und Bearbeitungsprozesse aus, doch bleiben genügend Kontingenzen und Freiheitsgrade, die ein individuelles Abweichen von diesem Durchschnitt erlauben, ohne sogleich die blockierende Wirkung der Konfliktfalle oder die Konsensfalle auszulösen. Da das Aktivitätsniveau der BKK in bezug auf arbeitsweltbezogene Prävention insgesamt noch sehr niedrig ist, haben auch einzelne Akteure (sowohl aus 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 genießt in der Rangfolge der ihnen zur Verfügung stehenden politischen Arenen 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 der betrieblichen Interessenvertretung.
- Sie verbinden die Kenntnis der spezifischen Bedingungen und Fallen des Handelns in der Kasse mit einer interessenbezogenen Sichtweise von Gesundheitsproblemen 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 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 sozialepidemiologischer 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 Beanspruchungsaussagen der Beschäftigten sowie mit medizinischen Informationen des Betriebsarztes und der niedergelassenen Ärzten 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, I, 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 (also in der Regel von *Belegschaftsvertretern*) 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, daß heißt nicht durch antizipierte 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 die ökonomischen und politischen Interessenstrukturen nicht nur zu vermuten, sondern auch zu thematisieren. 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 erfolgversprechenden 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 Strukturvariablen der Arena.

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 problemlösungsorientierte 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 auf heute noch weit verbreitete Defizite in der Artikulation und Thematisierung der Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Gesundheit und kann einen wichtigen Beitrag zu ihrer Behebung im Sinne einer Aktivierung 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.

Die exemplarische Analyse der BKK als Arena für ein gesundheitspolitisch zentrales Thema führte zur Identifikation von Ansatzpunkten und Projekten, die einen Beitrag zur Aktivierung dieser Institutionen leisten können.

Solche Projekte sind nur dann tragfähig, wenn sowohl der Interessenbezug der möglichen Initiatoren und Träger als auch die Restriktionen des Handlungsraums einschließlich der Interessenlagen der anderen Akteure berücksichtigt werden. Die formale Parität zwischen Kapital und Arbeit in der Selbstverwaltung ist dabei nur einer von mehreren Faktoren, die eine adäquate Problembearbeitung verhindern.

Diese Bezüge wurden in älteren Einschätzungen des Modernisierungspotentials der GKV teilweise zu gering gewichtet (WSI 1977; Standfest 1979; DGB 1981, 1981a) oder auf das Problemsegment des Verhältnisses zwischen Kassengeschäftsführungen, Selbstverwaltung und medizinischen Professionals reduziert (z. B. Göckenjan 1980). Ihre Berücksichtigung führt dagegen zu einer Neubestimmung der Möglichkeiten und des Typus einer Re-Politisierung paritätisch gesteuerter Institutionen der sozialen Sicherung.

Die Absicherung von sozialen Risiken und mehr noch die Durchsetzung einer final orientierten, konkreten Lebenslagenpolitik können nicht losgelöst von den zentralen Widersprüchen in der Produktions- und Verteilungssphäre betrachtet und politisch verarbeitet werden. Dieser Problemzusammenhang verstärkt sich unter den Bedingungen einer anhaltenden Wirtschaftskrise mit Massenarbeitslosigkeit und tiefgreifenden Umstrukturierungen der gesamtwirtschaftlichen Produktionsorganisation (Kühn 1984; Böhle 1985; Rosenbrock 1985b; Bispinck 1985). Es ist deshalb nicht schlüssig, die Aufgabe weitreichender arbeits- und sozialpolitischer Umgestaltung ausgerechnet jenen gesellschaftlichen Regulierungssystemen zuzuweisen, deren Bearbeitungskapazität neben ihrer Einbettung in diese Zusammenhänge auch durch weitgehende innere Restriktionen begrenzt ist. Die Zuweisung unerreichbar bleibender Ziele führt zu einer größer werdenden Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit und verstellt damit den Blick auf durchführbare Projekte und ihren möglichen Beitrag zu einer inhaltlichen Demokratisierung des Sozialstaats.

Eine Analyse, die sowohl die Möglichkeiten und Grenzen des jeweiligen Handlungsraums als auch die sequentielle Schrittfolge politischer Prozesse in solchen Räumen, z. B. in Form von Themenkarrieren, gerade auch dann im Auge behält, wenn sie die Struktur und Kapazität der jeweiligen Arena verändern will, gelangt zu Umsetzungsvorschlägen mit zunächst kleiner erscheinender Reichweite. Diese orientieren sich auf Themen, mit denen das präventionsorientierte gesundheitspolitische Paradigma in die Institutionen der GKV eingebracht werden kann. Dabei ist der Zuschnitt des Themas einerseits so zu wählen, daß seine wesentlichen Elemente nicht der Konsensfalle mit ihren Wirkungen der De- und

Umthematizierung zum Opfer fallen, ohne andererseits die Schwelle zu solchen Konflikten zu überschreiten, für deren Austragung diese Arena weder konstruiert wurde noch nutzbar zu machen ist.⁶

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.

Anmerkungen

¹ Das Projekt „Betriebskrankenkassen und Prävention“ wurde im Schwerpunkt Arbeitspolitik des WZB von Gerd Göckenjan, Friedrich Hauß und Rolf Rosenbrock bearbeitet. Es wurde im Rahmen des Forschungsvorhabens „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“ vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch den Projektträger DFVLR gefördert (Kennzeichen: 82/05/09-01).

Auf Basis umfangreicher Vorarbeiten am Institut zu schichtenspezifischen Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981), zur Geschichte und Organisation der GKV und ihrer Rolle für die Prävention (Göckenjan 1980, 1981) sowie zur betrieblichen Gesundheitspolitik (Hauß/Kühn/Rosenbrock 1978, Kühn 1982, Rosenbrock 1982, Hauß 1983) wurde nach umfangreichen Literaturrecherchen ein Forschungsdesign erstellt (Göckenjan/Hauß/Rosenbrock 1983). Parallel dazu wurden umfangreiche explorative Interviews mit über 50 Experten aus dem Kassenmanagement, den in der Selbstverwaltung vertretenen Gruppen, aus BKK-Verbänden sowie dem Bereich des Staates durchgeführt. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BdB) und der DGB ermöglichten darüber hinaus die Teilnahme an Schulungsmaßnahmen und die Durchführung von Gruppendiskussionen in ihren jeweiligen Bundesschulen.

Gegenstände der Interviews waren neben dem regulativen Rahmen der Tätigkeit von BKK, den Beziehungen zwischen der Kasse und ihrer betrieblichen und gesundheitspolitischen Umwelt, der Sichtweise und Praxis der Kassen zum Thema Prävention auch die Erörterung der möglichen Veränderungen und Verbesserungen auf diesem Gebiet. Insofern wurde in den Gesprächen über die Ermittlung des status quo mit dem ausgewiesenen Interesse an einer präventionspolitischen Aktivierung der BKK hinausgegangen.

Mit Unterstützung des BdB wurde im Sommer 1983 eine schriftliche Befragung unter allen BKK durchgeführt. Der Fragebogen enthielt 42, teils offen gestellte Fragen mit insgesamt ca. 200 Variablen. Die Fragen bezogen sich auf die Praxis der Prävention, die Kenntnis der Gesundheitsbelastungen in der Arbeitswelt sowie einige betriebs- und kassenstrukturelle Daten.

Aus Datenschutzgründen wurde der Rückstrom der Fragebögen in das Haus des BdB in Essen geleitet, wo die Fragebögen anonymisiert und kodiert wurden. Von den knapp 800 zum Zeitpunkt der Befragung bestehenden BKK antworteten ca. 470 Kassen. Das sind fast 60 %. Damit sind relativ valide Aussagen über die Praxis der Prävention der BKK, ihre präventionspolitische Sichtweise, ihre Kenntnis betrieblicher Gesundheitsprobleme sowie die Zusammenhänge zwischen ihren Befunden und betriebs- und kassenstrukturellen Daten möglich. Im Zuge der Auswertung der schriftlichen Befragung wurden teilweise weitere, vertiefende Interviews mit Experten aus allen genannten Gruppen geführt. Der umfangreiche Schlußbericht wurde im Juni 1984 fertiggestellt und dem Projektträger übergeben.

Für die Teile 3 und 4 des Schlußberichts (S. 103-317), denen die hier verwendeten quantitativen und qualitativen empirischen Ergebnisse entnommen sind, zeichnet der Verfasser dieses Beitrags als Autor verantwortlich. Eine Zusammenfassung der Projektergebnisse wurde veröffentlicht (Projekt BKK und Prävention 1985).

Es verdient festgehalten zu werden, daß zum ersten Mal in der Geschichte der GKV sich eine Kassenart einer derart flächendeckenden und tiefgreifenden Erforschung eines ihrer wichtigsten Politikfelder geöffnet hat.

² Die Begriffsbestimmung aus der Arbeit von Kitschelt (1980, S. 18), deren Vorwort die Definition von Offe entnommen ist, lautet: „Unter einer politischen Arena verstehe ich denjenigen politischen Handlungsraum, in dem bestimmte gesellschaftliche Problemklassen politisch thematisiert werden und der bestimmte strukturelle Charakteristika und 'constraints' des Problem-Formulierungs-, Entscheidungs- und Implementationsprozesses aufweist. Diese Merkmale beziehen sich auf den Typ politischer Akteure, des politischen Institutionensystems und die Formen politischer Konfliktaustragung.“ Diese Definition enthält zahlreiche, empirisch und theoretisch derzeit kaum einlösbare Klassifizierungs- und Erklärungsansprüche. Ihre strenge Verwendung tendiert daher zu nominalistischen und schematisierenden Problemverkürzungen. Dieser Einwand wird auch durch die umfangreiche empirische Analyse von Kitschelt (zur Kernenergiepolitik) nicht entkräftet. Bei Kitschelts Versuch, die Gesamtheit der politischen und ökonomischen Reproduktionsprobleme einer kapitalistisch strukturierten Gesellschaft acht Arenen zuzuordnen sowie Formen und Inhalte der Bearbeitung zu einem erheblichen Teil der Zugehörigkeit der Probleme zu den jeweiligen Arenen zu erklären, löst sich das identitätsstiftende Merkmal der Arena, der „Handlungsraum“, weitgehend auf.

³ Das vorherrschende gesundheitspolitische Paradigma geht von einem enggefaßten, negativ bestimmten Krankheitsbegriff als Problemdefinition aus und betrachtet infolge dessen als hauptsächlichliches Interventionsfeld den Organismus des bereits erkrankten einzelnen Individuums. Bemühungen der Weiterentwicklung und Forschung und Praxis richten sich vor allem auf die Kuration von physisch definierten Krankheitsbildern. Erkenntnisse vor allem aus der Sozialepidemiologie (McKeown 1979/1982; 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).

⁴ Inwieweit und in welchen Formen die politische Bearbeitung von Themen eigene Arenen *hervorbringt* oder die Struktur bestehender Arenen die Chancen der Thematisierung und Bearbeitung von Problemen prägt, ist eine jeweils empirisch zu untersuchende Frage. Die Annahme einseitiger Determinationszusammenhänge (z. B. „policies determine politics“, Lowi 1972, S. 299) erscheint jedenfalls dann als wenig nützlich, wenn — in Raum und Zeit — gesellschaftliche Institutionen auf ihre Innovationspotentiale und gesellschaftliche Probleme auf die Möglichkeiten ihrer Bearbeitung hin untersucht werden sollen.

⁵ Die Stufe einer systematischen Prozeß- oder Ergebnisevaluation gesundheitspolitischer Projekte (vgl. Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981, S. 233f, 238f) wird dagegen derzeit praktisch nie erreicht.

⁶ 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 Strukturen der Verwaltung und Finanzierung, als vielmehr in den unmittelbar erlebbaren Belastungskonstellationen in Umwelt, Betrieb und medizinischem Versorgungssystem.

Literaturliste

- Abholz, H. H. et al 1981: Abholz, H. H./Hildebrandt, E./Ochs, P./Rosenbrock, R./Spitzley, H./Stebani, J./Wotschack, W.: *Von den Grenzen der Ergonomie und den Möglichkeiten der Arbeitswissenschaft*. In: Z. Arb.wiss. 35 (7 NF), Heft 4
- Abholz, H. H. 1981a: *Administrative Steuerung des Alkohol- und Tabakabusus*. In: Prävention, Argument-Sonderband AS 64, Berlin
- Abholz, H. H. 1981b: *Ursprünge und Entwicklungen alternativer Medizin*. In: St. Lundt (Hg.): *Rebellion gegen das Valium-Zeitalter*. Berlin
- Abholz, H. H. 1980: *Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?* In: H. U. Deppe (Hg.): *Vernachlässigte Gesundheit*. Köln
- Abholz, H. H. 1977: *Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen des Lungen-, Brustdrüsen- und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenter Screenings*. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 2, Argument-Sonderband AS 17, Berlin
- Auerbach, W. et al 1957: *Sozialplan für Deutschland*. Berlin/Hannover
- Bäcker, G. 1979: *Entprofessionalisierung und Laisierung sozialer Dienste — richtungsweisende Perspektive oder konservativer Rückzug?* In: WSI-Mitteilungen Heft 10
- BAU 1980: *Untersuchung des Arbeitsschutzsystems in der Bundesrepublik Deutschland*. 5 Bde., Wilhelmshaven, Zusammenfassung des BAU-Forschungsberichts: Dortmund
- BdB 1983: *Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung — Probleme, Vorstellungen, Thesen*. Herausgegeben vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Essen
- BdB 1980: *Betriebskrankenkassentag 1980*. Essen
- BdO 1983: *BdO-Thesen zur Krankenversicherung*. In: Die Ortskrankenkasse DOK (65. Jg.) Heft 6
- Bispinck, R. 1985: *Flüssige Arbeitskräfte — überflüssige Gewerkschaften*. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 1
- Bloß, H./Hoffmann, E. 1982: *Abgänge sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer von 1980 bis 1985 und 1990*. In: MittAB, (15. Jg.) Heft 4
- Bloß, H. 1979: *Abgänge sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer nach Berufen bis 1985 und 1990*. In: MittAb (12. Jg.), Heft 2
- BMFT (Hg.) 1983: *Krebsfrüherkennung*. Bonn
- Böhle, F. 1985: *Die gesellschaftliche Organisation von Arbeit als Problem der Sozialpolitik*. In: Soziologie und gesellschaftliche Entwicklung — Verhandlungen des 22. Deutschen Soziologentages. Frankfurt/New York
- Braun, B./Reiners, H./U. Teske 1984: *Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik*. In: Wie teuer ist uns die Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113, Berlin
- Brock, A. et al 1980: *Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft — Ansätze einer Arbeitermedizin in der BRD*. In: Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 6, Argument-Sonderband AS 53, Berlin
- Bürkardt, D./Schneider, H./Schräder, W. F. 1983: *Versicherte mit hohem gesundheitlichem Risiko nach Betriebszugehörigkeit*. IGES-Papier G 153, Berlin

- Bürkardt, D./Neuhaus, R. 1983: *Krankenkasse und arbeitsweltbezogene Gesundheitsvorsorge — ein Informations- und Kooperationsmodell*. In: H. Westmüller (Hg.): *Gesundheitsrisiko Arbeitswelt*. Loccumer Protokolle Nr. 10, Rehburg-Loccum
- Burawoy, M. 1981: *Terrains of Contest, Factory and State under Capitalism and Socialism*. In: *Socialist Review* 58, Vol. 11, No. 4
- Cartwright, A. et al 1960: *Efficiency of an Anti-Smoking-Campaign*. In: *Lancet*, i, S. 327 ff
- Czock, H. 1983: *Arbeit und Gesundheit als Thema im Bildungsurlaub*. In: *Arbeit, Frauen, Gesundheit*. Argument-Sonderband AS 107, Berlin
- DGB 1981a: *Schwerpunkte für die Arbeit der Selbstverwaltung des Systems sozialer Sicherheit*. In: *Soziale Sicherheit*, (30. Jg.), Heft 1-4
- DGB 1981: *Arbeitsprogramm für die Selbstverwaltung der Sozialen Krankenversicherung*. o.O., o.J., Düsseldorf
- Dohse, K./Jürgens, U./Russig, H. 1980: *Die präventive Wendung der staatlichen Sozialpolitik — Formen des Unterlaufens und der Verkehrung auf Betriebsebene*. In: *PVS* Nr. 11
- Edwards, R. 1981: *Herrschaft im modernen Produktionsprozeß*. Frankfurt/New York
- Ehrenreich, B./Ehrenreich, J. 1971: *The American Health Empire: Power, Profits and Politics*. New York
- v. Ferber, Chr. 1983: *Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik*. In: *Gegenwartskunde Sonderheft 4*, (32. Jg.), Opladen
- v. Ferber, Chr. 1982: *Woran das Gesundheitswesen wirklich krankt*. In: *Frankfurter Rundschau* vom 7. August
- v. Ferber, Chr. 1980: *Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz*. In: *Die Betriebskrankenkasse*, Nr. 9, (68. Jg.), Essen
- v. Ferber, Chr. 1977: *Wird der sozialpolitische Handlungsspielraum der Sozialen Selbstverwaltung ausgeschöpft?* In: Borsdorf et al (Hg.): *Gewerkschaftliche Politik: Reform aus Solidarität*. Köln
- v. Ferber, Chr. 1967: *Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft*, Reinbek
- v. Ferber, L./Slesina, W. 1981: *Arbeitsbedingte Krankheiten. Ihre sozialmedizinische Erfassung. Maßnahmen der betrieblichen Sozialpolitik*. In: *Sozialpolitik und Produktionsprozeß*, WSI-Studie Nr. 40, Köln
- Fletcher, C. M. 1978: *Health Education and the Control of Cigarette Smoking*. In: Bennett, A. E.: *Recent Advances in Community Medicine*. No. 1, London
- Friczewski, F. et al 1983: *Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze*. Forschungsbericht des WZB/IIVG-Arbeitspolitik für den BMFT, Berlin
- Friedrich, V./Hehn, A./Rosenbrock, R. 1977: *Neunmal teurer als Gold — die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik*. Reinbek
- Fuchs, K.-D. 1984: *Die gesicherte arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse, Ein umstrittener Begriff im Arbeitsschutz*. Frankfurt/New York
- Funke, H. 1984: *Arbeit darf nicht krank machen*. Frankfurt/New York
- Geißler, U. 1979: *Verlust an Lebensjahren — durch vorzeitigen Tod — nach Krankheitsarten — 1952 und 1975*. WIdO-Materialien 5, Bonn

- Georg, A./Stuppardt, R./Zoike, E. 1981/1982: *Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen*. 3 Bde., Essen
- Gesundheitsladen Hamburg (Hg.) 1984: *Die Betroffenen finden Zusammenhänge: Arbeitsbelastung — Beschwerden — Krankheit*. Hamburg
- Göckenjan, G./Hauß, F./Rosenbrock, R. 1983: *Betriebskrankenkassen und Prävention — Projektdesign*. WZB/IIVG dp 83-201, Berlin
- Göckenjan, G. 1981: *Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversicherung*. In: Leviathan Heft 3
- Göckenjan, G. 1980: *Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitssicherung*. In: Soziale Welt, Heft 2
- Grant, M. 1979: *Prevention*. In: Grant, M./Swinner, P. (Hg.): *Alcoholism in Perspective*. London
- Hansen, E. et al 1981: *Seit über einem Jahrhundert. Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik*. Köln
- Hauß, F. 1983: *Gesundheitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb*. Frankfurt/New York
- Hauß, F./Naschold, F./Rosenbrock, R. 1981: *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und Leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen*. In: Dies. (wiss. Bear.): *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen; Forschungsbericht Gesundheitsforschung 55 des BMAuS*, Bonn
- Hauß, F./Kühn, H./Rosenbrock, R. 1978: *Belegschaftshandeln und Arbeitsschutz, Empirische Vorstudie und Begriffsentwicklung*. WZB/IIVG dp Berlin
- Heimann, E. 1929: *Soziale Theorie des Kapitalismus*. neu: Frankfurt 1980
- Heinle, C./Hückel, D. 1982: *Erfahrung und Probleme bei der betriebsbezogenen Vermittlung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse*. In: Hauß (Hg.): *Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik*. Frankfurt/New York
- Hofemann, K./Huster, H. U. 1979: *Präventive Sozialpolitik: Ideologie und Realität*. In: WSI-Mitteilungen, Heft 10
- Kern, H./Schumann, M. 1984: *Das Ende der Arbeitsteilung?* München
- Kitschelt, H. 1980: *Kernenergiepolitik, Arena eines gesellschaftlichen Konflikts*. Frankfurt/New York
- Kühn, H. 1984: *Sozialpolitik bei Massenarbeitslosigkeit — Überlegungen zur sozialpolitischen Wende*. In: *Wie teuer ist uns die Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113*, Berlin
- Kühn, H. 1982: *Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten*. Frankfurt/New York
- Kühn, H. 1980: *Politisch ökonomische Entwicklungsbedingungen im Gesundheitswesen*. Königstein/Ts.
- Laaser, U. et al 1984: *Gesundheitsvorsorge — Handbuch der Ortskrankenkassen*. (Zwischenbericht im Auftrag des WIdO), Heidelberg
- Labisch, A. 1984: *Die Wiederaneignung der Gesundheit — zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs*. In: *Wie teuer ist uns die Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113*, Berlin

- Labisch, A. 1984a: *Die Wiederaneignung der Gesundheit — zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs, den gesundheitspolitischen Folgen und möglichen Auswirkungen.* Ms., Kassel
- Labisch, A. 1983: *Selbsthilfe zwischen Auflehnung und Anpassung.* In: Alternative Medizin, Argument-Sonderband AS 77, Berlin
- Labisch, A. 1982: *Medizinische Versorgung ohne Konzept.* Kassel
- Leibfried, St./Tennstedt, F. 1980: *Berufsverbote und Sozialpolitik 1933.* 2. Aufl. Bremen
- Lowi, Th. J. 1972: *Four Systems of Policy, Politics and Choice.* In: Public Administration Review, S. 298ff
- Lowi, Th. J. 1964: *American business, public policy, case studies and political theory.* In: World Politics Vol. XVI, No. 4, — deutsch: Ein neuer Bezugsrahmen für die Analyse von Machtstrukturen. In: W. D. Narr/C. Offe (Hg.): Wohlfahrtsstaat und Massenloyalität. Köln 1975
- McKeown, Th. 1979/1982: *The Role of Medicine — Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford. Deutsch: Frankfurt 1982
- Mosse, M./Tugendreich, G. (Hg.) 1913: *Krankheit und soziale Lage.* München. Neu: Göttingen 1977
- Müller, R. 1984: *Arbeitsbedingte Erkrankungen.* In: Krause/Pillat/Zander: Arbeitssicherheit (Sammelwerk). Freiburg i. Br.
- Nahnsen, I. 1975: *Bemerkungen zum Begriff und zur Geschichte des Arbeitsschutzes.* In: M. Osterland (Hg.): Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der BRD. Frankfurt
- Naschold, F. 1984: *Arbeitspolitik, gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen, betriebliches Bezugsproblem und theoretische Ansätze der Arbeitspolitik.* In: U. Jürgens, F. Naschold (Hg.): Arbeitspolitik. Leviathan Sonderheft. Opladen
- Naschold, F. et al 1978: *Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich.* 2 Bde, 2. Aufl. Wien
- Nowak, M./Schaper, K. 1981: *Reform der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).* In: WSI-Mitteilungen, Heft 5
- Offe, C. 1980: *Vorwort zu: Kitschelt 1980*
- Projekt Betriebskrankenkassen und Prävention 1985: *Zusammenfassung des Ergebnisberichts.* WZV/IIVG dp 85-203
- Reidegeld, E. 1985: *Wird der Sozialstaat durch Selbsthilfe ersetzbar?* In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 1
- Rosenbrock, R. 1985a: *Primärprävention durch GKV — dreizehn Thesen und Gegenthesen.* In: Soziale Sicherheit, Heft 1
- Rosenbrock, R. 1985b: *Sozialpolitik aus arbeitspolitischer Sicht.* In: Soziologie und gesellschaftliche Entwicklung. Verhandlungen des 22. Deutschen Soziologentags. Frankfurt/New York
- Rosenbrock, R. 1984b: *Betriebliche Gesundheitspolitik in der Krise.* WZB/IIVG dp 84-221, Berlin
- Rosenbrock, R. 1984a: *Gesundheitsforschung aus der Defensive.* In: Wie teuer ist uns die Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113, Berlin

- Rosenbrock, R. 1983: *Selbsthilfe und Marktökonomie*. In: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102, Berlin
- Rosenbrock, R. 1982: *Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb*. Frankfurt/New York
- Rosenbrock, R./Abholz, H. H. 1984: *Streß-Prävention durch Arbeitsschutz?* In: Krankheit und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin
- Rosenbrock, R./Abholz, H. H. 1983: *Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Streßprävention*. WZB/IIVG dp 83-213, Berlin
- Schauer, H. et al 1981: *Tarifvertragliche Regelungen zur Verbesserung industrieller Arbeitsbedingungen*. SOFI, Göttingen
- Schaumberg, M./Wesp, D. 1983: *Der Ärger mit der Gesundheit, Belastungen am Arbeitsplatz — Erfahrungen aus dem Hoechst-Projekt*. In: Wittmeier u. a. (Hg.): Lernen im Bildungsurlaub. Reinheim
- Schmidt, A. 1982: *Krankenkassen und Gesundheitsvorsorge*. In: Die Ortskrankenkasse DOK, Heft 18
- Schöne, W. 1980: *Alternative Medizinen und die Medizin: Zum Kontrast ihrer sozialen Funktionsweisen*. In: Mensch — Medizin — Gesellschaft, Heft 5
- Standfest, E. 1979: *Sozialpolitik als Reformpolitik*. Köln
- Taylor, R. 1979: *Medicine out of Control*. Melbourne/London
- Taylor, R. 1983: *Die Konstruktion der Prävention: Wissenschaft und Ideologie in den USA*. In: Wambach, M. M. (Hg.): Der Mensch als Risiko. Frankfurt
- Tennstedt, F. 1976: *Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik*. In: A. Murswiek (Hg.): Staatliche Politik im Sozialsektor, München
- Weisser, G. 1969: *Sozialpolitik*. In: Bernsdorf, W. (Hg.): Wörterbuch der Soziologie, 2. Aufl., Stuttgart
- Weltz, F. 1977: *Kooperative Konfliktverarbeitung. Ein Stil industrieller Beziehungen in deutschen Unternehmen*. In: Gewerkschaftliche Monatshefte, Heft 5
- Wengle, E. 1984: *Herz-Kreislauf-Prävention durch AOK: Zusammenfassender Bericht zum Modell Gesundheitsberatungsstellen*. Institut für Therapieforschung, München
- WHO 1979/1984: *Gesundheit 2000 — Krise und Hoffnung*. (Bearb. v. P. O'Neill) Berlin
- Windhoff-Héritier, A. 1983: "Policy" und "Politics" — Wege und Irrwege einer politikwissenschaftlichen Policy-Theorie. In: PVS (24. Jg.) Heft 4
- Windhoff-Héritier, A. 1982: *Selbsthilfeorganisationen — eine Lösung für die Sozialpolitik der mageren Jahre?* In: Soziale Welt (33. Jg.) Heft 1
- Winterberger, H. 1982: *Arbeitermedizin in Italien*. WZB/IIVG dp 82-202, Berlin
- WSI 1977: Standfest, E./Holler, A./Leminski, J./Naschold, F./Schmidt, A./v. Ferber, Ch./Tennstedt, F.: *Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats*. WSI-Studie 35, Köln