

Rosenbrock, Rolf

**Article — Digitized Version**

## Kassen kümmern sich kaum um arbeitsorientierte Gesundheitspolitik

Angestellten-Magazin: Wirtschaft und Wissen

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1985) : Kassen kümmern sich kaum um arbeitsorientierte Gesundheitspolitik, Angestellten-Magazin: Wirtschaft und Wissen, ISSN 0341-017X, Bund-Verlag, Köln, Iss. 10, pp. 42,44-46

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/123025>

**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](mailto: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](mailto: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>.

# Krank durch Arbeit

Die häufigsten Berufskrankheiten 1984\*

**Allergische  
Atemwegs-  
erkrankungen**  
1 738

**Lärm-  
schwerhörigkeit**  
8 198

**Schwere  
Hauter-  
kran-  
kungen**  
9 795

**Staublunge  
(Silikose,  
Asbestose)**  
4 232

**Meniskus-  
schäden**  
882

**Schwere  
Sehnenschei-  
denerkran-  
kungen**  
879

**Infektions-  
krankheiten**  
1 443

\* Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

Quelle: Gewerbliche  
Berufsgenossenschaften

ZAHLENBILDER



© Erich Schmidt Verlag GmbH

0 280 220

## Kassen kümmern sich kaum um arbeitsorientierte Gesundheitspolitik

Von Dr. Rolf ROSENBROCK

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

Zu kurz kommt dabei meist die andere, wesentlich weiterreichende Seite des Problems: Zu fragen ist, was die Träger der Gesundheitspolitik, darunter die Kassen, eigentlich daran hindert, auf der Ebene der Gesundheitspolitik jenen Wandel nachzuvoll-

ziehen, den das Krankheitspanorama in den letzten Jahrzehnten genommen hat: nachdem die früher dominanten Infektionskrankheiten dramatisch abgenommen haben, beherrschen heute die acht wichtigsten, chronisch verlaufenden Volkskrank-

heiten – im Trend ungebrochen – das Erkrankungs- und Sterbgeschehen zu über drei Vierteln. Von Gewerkschaften, problembewußten Wissenschaftlern und reformorientierten Politikern wurden diesbezüglich in den siebziger Jahren große Hoffnungen auf eine Aktivierung der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesetzt: Vor allem die Versichertenvertreter könnten, so hoffte man, die neuen Probleme in das Kassengeschehen einbringen und so der Gesundheitspolitik insgesamt wirksame Impulse für eine inhaltliche und institutionelle Orientierung des Gesundheitswesens auf diese Probleme hin geben. Nach zehn Jahren muß man aber feststellen, daß diese Hoffnungen kaum in Erfüllung gegangen sind: immer noch wachsen gesundheitliche Probleme großen Ausmaßes schneller nach, als das Gesundheitswesen und die Gesundheits-

politik wirksame Strategien entwickeln und umsetzen. Der Engpaß liegt dabei nicht so sehr im Wissen: Über die Zusammenhänge z. B. zwischen der Zugehörigkeit zu sozialen Schichten und bestimmten Erkrankungsrisiken, über Gesundheitsgefährdungen durch bestimmte Belastungen und Belastungskombinationen in der Arbeit und in der Umwelt liegen viele, auch wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse vor. Auch sind zahlreiche Strategien entwickelt und – überwiegend im Ausland – erprobt worden, mit denen die Gesundheitsgefährdungen durch Einwirkungen auf krankmachende Verhältnisse abgebaut werden könnten. Der Engpaß liegt vielmehr in der Durchsetzbarkeit der politischen Umsetzung solcher Maßnahmen und Strategien. Um die genauere Auslotung dieses Engpasses ging es in einem empirischen Forschungsprojekt, das im Schwerpunkt Arbeitspoli-

## Krankenversicherung

tik im Wissenschaftszentrum Berlin im Rahmen des vom Bundesarbeitsminister geförderten Forschungsprogramms „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“ durchgeführt wurde. Als Testfall hatten wir die Aktivitäten gewählt, die von den ca. 800 Betriebskrankenkassen (BKK) im Hinblick auf die Verhinderung arbeitsbedingter Erkrankungen unternommen werden (und werden könnten). Bei der Auswahl dieser Fragestellung gingen wir von der praktisch und wissenschaftlich immer wieder bestätigten Erfahrung aus, daß Arbeitsschutz, Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaft von sich aus derzeit nicht in der Lage sind, die Möglichkeiten einer wirksamen Prävention in der Arbeitswelt auszuschöpfen.

Die Ergebnisse sprechen eine deutliche Sprache:

● 85 v. H. der Kassen halten Prävention für ein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel, aber nur 7 v. H. haben auch tatsächlich Maßnahmen ergriffen, die sich auf die Gesundheitsrisiken in dem ihnen nächstliegenden Bereich, dem Betrieb, beziehen. Für diese Diskrepanz lassen sich eine Reihe von Faktoren benen-

# Krankenversicherung

nen, die die Handlungsfähigkeit der Kasse Schritt für Schritt gewissermaßen trichterförmig einengen: der staatlich gezogene, rechtlich fixierte Rahmen und die weitgehende Beschränkung des Kassenshandelns, auch die Medien, Recht und Geld, spielen dabei ebenso eine Rolle wie die politischen Verhältnisse im Inneren der Kasse: die beteiligten Gruppen und Personen verfolgen gesundheits- oder gar präventionspolitische Ziele nicht immer mit Priorität, durch das Abstimmungs- und Entscheidungsverfahren haben nur solche Maßnahmen eine Chance, gegen die niemand ernsthaft opponiert; die Handlungsfähigkeit der Kassen hängt nicht zuletzt vom politischen Klima im Betrieb ab. Sinn-

le Maßnahmen der Prävention greifen oftmals sowohl in die betriebliche Gestaltungsautonomie der Unternehmenseite ein und stehen zugleich quer zum eingefahrenen, nur medizinischen Umgang mit Problemen der Gesundheit.

Die Kombination dieser Faktoren führt zwar dazu, daß arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme nur selten zum Gegenstand von Kassenpolitik gemacht werden, sie kann aber das ganze Ausmaß

der Misere nicht erklären. Denn auch in diesem eingeengten Handlungsraum lassen sich noch zahlreiche erfolgversprechende Interventionen vorstellen bzw. erfolgreich erprobte Modelle aus anderen Bereichen übertragen, mit denen den alten und neuen gesundheitsschädigenden Belastungen in der Arbeitswelt begegnet werden könnte. Die Kasse könnte (anonymisierte) Informationen bereitstellen, Maßnahmen entwerfen und bei ihrer Koordination mit dem Arbeitsschutz und mit dem regionalen Medizinsystem eine wichtige Rolle spielen: Sie könnte die notwendige Regieinstanz sein.

Mit einem Mangel an Informationsmöglichkeiten können die geringen Aktivitäten der Kasse nicht erklärt werden: Es gibt Informationsflüsse zwischen der BKK einerseits, den Versicherten, den Versichertenvertretern, dem Betriebsarzt, den niedergelassenen Ärzten andererseits, sowie ausgebaute AU-Statistiksysteme. Zirka 60 v. H. der Kassen erhalten Informationen über gesundheitsrelevante Aspekte der betrieblichen Realität durch direkte Kontakte zum Betrieb bzw. aus Berichten von Versicherten. 46 v. H. kennen infolgedessen

Arbeitsbereiche im Betrieb mit besonderen Gesundheitsbelastungen, und noch 23 v. H. können betrieblich-gesundheitliche Problemgruppen mit zumindest ansatzweise epidemiologisch orientierten Merkmalen benennen. Das Problem besteht darin, daß diese Quellen nicht systematisch ausgebaut und genutzt und schon gar nicht miteinander verknüpft werden. Aber erst aus ihrer systematischen Nutzung und Verknüpfung könnten sich daraus Grundlagen für ein betriebliches Berichtssystem Arbeit und Gesundheit ergeben.

Informationen allein reichen aber nicht aus. Die Untersuchung zeigt vielmehr, daß der Grad der Informiertheit über betriebliche Gesundheitsprobleme keineswegs zwangsläufig zu einem entsprechenden Kenntnisstand führt. Mit anderen Worten: Der Informationsinput erfährt keine adäquate Verarbeitung. Und weiter: Ein hoher Kenntnisstand führt keineswegs auch zu höheren Aktivitäten. Mit anderen Worten: Es erfolgt keine adäquate Umsetzung vorhandener Kenntnisse. Und schließlich: Die relativ wenigen Fälle von arbeitsweltbezogener Prävention von BKK gründen sich nicht durchweg auf einem entsprechenden Informations- und Kenntnisniveau. Mit anderen Worten: Ein großer Anteil der tatsächlichen Aktivitäten erfolgt ohne adäquate Fundierung durch Informationen.

Gesundheitliche Probleme aus der Arbeitswelt werden also – wo sie überhaupt zur Kenntnis genommen werden – nur bruchstückhaft und in verdünnter Form in den Kassen bearbeitet. Die wichtigste gemeinsame Ursache der dafür verantwortlichen vielfältigen Prozesse innerhalb und außerhalb der Kasse haben wir mit dem Begriff der Konsensfalle zusammengefaßt.

Der Wirkungsmechanismus dieser Falle besteht vor allem darin, daß alle am Kassengeschehen Beteiligten trotz unterschiedlicher Interessenlagen eine einheitliche Tendenz haben: Ge-

(Ausführlichere und detaillierte Informationen finden sich im Heft 8/9 (1985) der Zeitschrift „Die Betriebskrankenkasse“; eine (kostenlose) Zusammenfassung der Projektergebnisse kann angefordert werden: WZB, Arbeitspolitik, Steinplatz 2, 1000 Berlin 12, Stichwort: BKK und Prävention.)

undheitspolitische Vorschläge und Projekte werden von vornherein so zugeschnitten und reduziert, daß sie mit der konsenshaften Routine der Kasse verträglich bleiben. Dabei gehen die vermuteten bzw. bei früheren Versuchen erfahrenen, überwiegend interessenpolitischen Empfindlichkeiten der jeweiligen Partner schon in den Umfang und die Reichweite der Vorschläge und Forderungen ein. Kompromisse werden also antizipiert, bevor überhaupt verhandelt wird. Dies hat zwar den Vorteil, daß sensible Themen (z. B. Prävention von Streßerkrankungen) überhaupt und zunächst ohne Konflikt in die Kasse (z. B. in die Selbstverwaltung) eingebracht und dort diskutiert werden können. Es begrenzt aber zugleich die Reichweite schon der vorgeschlagenen und erst recht der beschlossenen Projekte auf solche Maßnahmen, die mit keiner der letztendlich berührten Interessenpositionen ernsthaft kollidieren. Wichtig daran ist, daß die Konsensfalle schon weit im Vorfeld möglicher Konflikte wirksam wird, also auch solche Vorschläge unterbleiben, deren Realisierung noch keinen ernsthaften Konflikt heraufbeschwören würde.

Das wichtigste Ergebnis des Wirkens der Konfliktfalle besteht darin, daß dadurch die große Mehrzahl der ursprünglich primärpräventiv gemeinten Impulse in und aus der Kasse zu letztlich wirkungslosen, zumindest aber deutlich suboptimalen Ergebnissen führt. In den Sozialwissenschaften wird so etwas „symbolische Politik“ genannt.

Eine Möglichkeit, diesen für die Gesundheitspolitik verhängnisvollen Zusammenhang aufzubrechen, sehen wir z. B. in der kassengestützten Sammlung, Erhebung und Aufbereitung von Informationen über den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Gesundheit in Form eines betrieblichen Informationssystems „Arbeit und Gesundheit“. Solche Projekte sind von keiner der drei wesentlichen Gruppen in der Kasse (Versichertenvertreter, Unternehmervertreter, Kassenmanagement) mit guten Argumenten abzuleh-

nen. Die gesundheitspolitischen Bemühungen aller drei Gruppen in den Kassen können sich diesem Feld ohne Verletzung ihrer je eigenen Interessen zuwenden. Das gilt unabhängig davon, wer die aus den aufbereiteten Daten zu folgernden Maßnahmen tatsächlich im Betrieb umsetzt: Auch wo die Position der BKK es nicht erlaubt, 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 Fall wird damit eine notwendige Voraussetzung für „besondere und allgemeine Krankheitsverhütung“ (§ 364, 1, 1 RVO) produziert. Die Initiative dürfte regelmäßig von der Versicherungsbank der Selbstverwaltung ausgehen, denen, weil es um die Gesundheit der von ihnen Vertretenen geht, auch ein bestimmter Einfluß auf die Auswahl der beizuziehenden Experten zusteht.

Gemessen an den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten der Primärprävention, gemessen auch an den Hoffnungen, die sich auf eine breite Mobilisierung der GKV und der Selbstverwaltung in den siebziger Jahren gestützt hatten, mögen solche Vorschläge gering erscheinen. Bezogen auf die tatsächlichen Aktivitäten der Kassen würde ihre Umsetzung jedoch einen beträchtlichen Fortschritt auf dem Wege zu einer arbeitsweltbezogenen Prävention bedeuten. Ein langfristiger Erfolg solcher Bemühungen könnte darin bestehen, die Kassen als sozialpolitische Institution wieder sichtbar zu machen, zu deren Aufgaben auch die Bewältigung von Krankheitsursachen gehört.

Übrigens: Wir haben die Betriebskrankenkassen untersucht, weil man nicht alles auf einmal untersuchen kann. Nichts spricht aber dafür, daß es bei anderen Kassenarten wesentlich anders aussieht.