ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Lenhardt, Uwe

Working Paper

Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung: Eine Bilanz

WZB Discussion Paper, No. P 97-201

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Lenhardt, Uwe (1997) : Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung: Eine Bilanz, WZB Discussion Paper, No. P 97-201, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/47357

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Veröffentlichungsreihe der
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P97-201

Zehn Jahre „Betriebliche Gesundheitsförderung“

Eine Bilanz

von

Uwe Lenhardt

Berlin, Januar 1997

Publications series of the research unit
Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030 / 25491-577

Abstract

Ein Jahrzehnt ist seit der Verabschiedung der (als ein grundlegendes Programmdokument der WHO geltenden) „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ vergangen. Nach einer Phase dynamischen Aufschwungs speziell im Bereich der *arbeitsweltbezogenen* Gesundheitsförderung scheinen sich deren wirtschaftliche, sozialpolitische und betriebliche Rahmenbedingungen nun aber eher in Richtung größerer Restriktivität zu entwickeln. Die ursprünglich geplante und dann auch nur halb zurückgenommene Streichung des „Gesundheitsförderungs-Paragraphen“ 20 SGB V ist hierfür nur ein – und nicht einmal das gewichtigste – Indiz.

Dieses Papier unternimmt den Versuch einer bilanzierenden Aufarbeitung des Phänomens „Betriebliche Gesundheitsförderung“, so wie es sich hierzulande seit der zweiten Hälfte der achtziger Jahre entwickelt hat. Gemessen an den gesundheitswissenschaftlich begründeten „Essentials“ arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung konnten die unter diesem Label laufenden Aktivitäten bislang überwiegend als fehlorientiert gelten: im Mittelpunkt standen hier individuen- bzw. verhaltensorientierte Kurs- und Beratungsangebote und nicht die partizipative Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Auf der anderen Seite zeigt die Analyse, daß es in der Gesundheitsförderungspraxis der Krankenkassen durchaus auch fortgeschrittenere Ansätze gibt. Dennoch bewegt sich die betriebliche Gesundheitsförderung auch in solchen Fällen im Spannungsfeld widersprüchlicher Ziel- und Handlungsorientierungen der Kasse und weist dementsprechend eine Reihe von trägerspezifischen Selektivitäten auf. Dies und die vielfältigen Eingangs- und Umsetzungsbarrieren in den Betrieben lassen die Reichweite des bislang dominierenden, hauptsächlich an die Initiative der Krankenkassen gebundenen „Modells“ betrieblicher Gesundheitsförderung als insgesamt deutlich begrenzt erscheinen. Von daher ist nach wie vor – und angesichts restriktiver werdender Rahmenbedingungen: mehr denn je – die Frage zu stellen, auf welchen Handlungsebenen, durch welche Akteure und mittels welcher Strategien die Entwicklung einer modernen, problemangemessenen Prävention in der Arbeitswelt substantiell vorangebracht werden könnte. Im vorliegenden Papier werden Entwicklungspotentiale, aber auch Widerstände, Hemmnisse und mögliche Fehlorientierungen auf diesem Politikfeld diskutiert.

Dieses Papier entstand im Rahmen des derzeit am WZB durchgeführten und von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsprojekts „Bedingungen und Verläufe krankenkasseninduzierter Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben“ (Bearbeiter: Rolf Rosenbrock, Uwe Lenhardt).

Inhalt

		Seite
1.	... vielleicht schon eine Schlußbilanz?	5
2.	Was eigentlich zu tun wäre – der Kerngehalt des Gesundheitsförderungs-Konzepts	6
3.	Der rasche Attraktivitätsgewinn der Gesundheitsförderung	10
4.	Die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung: nicht alle Wege führen nach Ottawa	14
5.	Gute Ansätze – ist von der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr zu erwarten?	19
	5.1 Ansätze einer zielführenden Gesundheitsförderungspraxis ...	19
	5.2 Die Krankenkassen als Maßnahmenträger: widersprüchliche Zielorientierungen und Selektivitäten	22
	5.3 Die betriebliche Ebene: begünstigende und hemmende Bedingungen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung	25
6.	Standort gesucht: auf welcher Basis kann betriebliche Gesundheitsförderung künftig noch stattfinden?	28
	Literatur	35

1. ... vielleicht schon eine Schlußbilanz?

Als 1986 die „Ottawa-Charta“ verabschiedet wurde, war vermutlich von niemandem so klar abzusehen, welch enorme Konjunktur der Gesundheitsförderungsbegriff in den folgenden Jahren haben würde. Von der beachtlichen Zugkraft des neuen Konzepts zeugen die inzwischen unzähligen Publikationen, Kongresse und Tagungen zu diesem Thema ebenso wie die Tatsache, daß mehr und mehr öffentliche Institutionen, kommerzielle Anbieter und Gesundheits-Professionals unter expliziter Bezugnahme auf den WHO-Ansatz eine Fülle von gesundheitsbezogenen Aktivitäten in verschiedenen Settings – u.a. eben auch in Betrieben – entfalteten.

Die bisherige Entwicklung auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung zu bilanzieren scheint indes nicht nur wegen des runden Jubiläumsdatums angezeigt. Einen sehr viel wichtigeren Anlaß bieten jene tiefgreifenden gesellschaftspolitischen Regressionstendenzen, die sich in den gegenwärtigen Angriffen auch auf bislang unbestrittene soziale Sicherungsniveaus und kollektive Schutznormen für die lohnabhängige Bevölkerung manifestieren. Die Anzeichen für eine zunehmende Bereitschaft von Staat und Unternehmen, den alten wohlfahrtsstaatlichen Kompromiß im Namen des „Wirtschaftsstandorts Deutschland“ aufzukündigen, mehren sich:

- Kürzung der vollen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall,
- Abbau des Kündigungsschutzes,
- Infragestellung von Grundstrukturen der solidarischen Krankenversicherung,
- Leistungseinschränkungen für Arbeitslose und Arme (zunehmend verbunden mit der Androhung von Arbeitszwang),
- rasch um sich greifende, auf beliebige Disponibilität und weitgehende Erpreßbarkeit der Belegschaften abzielende „Flexibilisierung“ von Beschäftigungsverhältnissen und Tarifvertragsregelungen.

In dieses Bild paßt es, wenn dann auch noch – mit reichlich demagogischen und von realer Sachkenntnis weitgehend ungetrübten Begründungen („Bauchtanz auf Krankenschein“) – der „Gesundheitsförderungs-Paragraph“ 20 SGB V als eines der wenigen innovativen Ergebnisse vergangener GKV-“Reformen“

zunächst vollständig zu kassieren versucht und schließlich drastisch zurechtgestutzt wurde.

All dies steht in so deutlichem Gegensatz zu der in der Ottawa-Charta postulierten Veränderungsrichtung gesellschaftlicher Lebensverhältnisse, daß man sich schon fragen muß, ob der – im strikten Sinne verstandenen – Gesundheitsförderung überhaupt eine Zukunft beschieden sein wird. Zumindest ist der Kontrast zwischen den zum Teil hohen Erwartungen, die dem Gesundheitsförderungs-Konzept gerade im Hinblick auf die Arbeitswelt entgegengebracht wurden, und den realen Entwicklungstendenzen in den Arbeitsbeziehungen und betrieblichen bzw. politischen Machtverhältnissen zur Kenntnis zu nehmen und kritisch zu durchdenken. Die Frage ist jedoch nicht nur, ob ein im Prinzip „guter" Handlungsansatz an der restriktiver werdenden betriebs- und sozialpolitischen Wirklichkeit zu scheitern droht. Kritische Überlegungen haben sich vielmehr auch auf die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung selbst zu beziehen: ist in ihr überhaupt die ernsthafte Absicht erkennbar, das politische Handlungsprogramm der Ottawa-Charta einigermaßen konsequent umzusetzen oder bedient man sich hier letztlich nur eines neuen Jargons, um unter präventiven Gesichtspunkten ganz und gar unzulängliche Aktivitäten „aufzupeppen"? Bei der Bilanzierung betrieblicher Gesundheitsförderung geht es also um zweierlei: zum einen um objektive gesellschaftspolitische Realisierungsbarrieren dieses Ansatzes, zum anderen aber auch um praxisimmanente Inkonsequenzen, „Verbiegungen", Opportunismen.

2. Was eigentlich zu tun wäre – der Kerngehalt des Gesundheitsförderungs-Konzepts

Die Lockerheit, mit der man sich im Kreis der Experten und Praktiker nunmehr auf die Ottawa-Charta beruft, könnte fast zu der Unterstellung verleiten, es werde vielfach kaum erahnt, wie hoch hier eigentlich – theoretisch-konzeptionell wie auch politisch-strategisch – die Latte gelegt ist. Bei aufmerksamer Lektüre dieses Grundsatzdokuments der WHO zeigt sich nämlich, daß damit alles andere als eine Vorlage für unverbindliche Sonntagsreden geliefert wird. So heißt es u.a.: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein *höheres Maß an Selbstbestimmung* über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (...).

Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, *arbeiten* und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich *um sich selbst und für andere sorgt*, daß man in die Lage versetzt wird, *selber Entscheidungen zu fällen* und eine *Kontrolle über die eigenen Lebensumstände* auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern die Gesundheit ermöglichen." Und an anderer Stelle: „Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluß auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft *sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen*." (zitiert nach: DEMMER 1995, S. 102 ff.)

Als essentielle Elemente des Gesundheitsförderungs-Konzepts, an denen sich auch jede mit diesem Begriff geschmückte betriebliche Aktivität messen lassen muß, können demnach folgende Punkte gelten:

- Gesundheitsförderung ist *primär* auf die Beeinflussung der *gesellschaftlichen Bedingungen* für Krankheit und Gesundheit und *nicht* auf die *Modifikation des persönlichen Lebensstils* von Einzelpersonen (im Sinne von Risikoverhalten) gerichtet. Die Einwirkung auf das Verhalten erscheint in diesem Kontext vor allem als Förderung sozialen und politischen Veränderungsverhaltens.
- Zentrale Kriterien gesundheitsfördernder Praxis sind die Stärkung der *Handlungsautonomie*, der *Entscheidungs- und Kontrollkompetenz* sowie der *sozialen Unterstützung* der Menschen. Dies hat eine doppelte Bedeutung: zum einen sind die Lebensbedingungen so zu verändern, daß sie eben diesen Kriterien entsprechen, zum anderen müssen die darauf gerichteten Veränderungsstrategien so angelegt sein, daß hierbei die Partizipation und der Einfluß der Betroffenen sichergestellt ist. Es handelt sich also sowohl um *Ziel*- als auch um *Prozeßkriterien*.
- Für die Förderung der Gesundheit nehmen die *Arbeitsbedingungen* eine *Schlüsselstellung* ein. Dabei setzt ein „Mehr" an Gesundheit nicht nur voraus, daß die Arbeitssituation frei von schädigenden Einflüssen ist, sondern auch, daß sie die *Realisierung intellektueller, emotionaler und sozialer Bedürfnisse* erlaubt. Den Kriterien der Selbstbestimmung, der Entscheidungsfreiheit, der Einfluß- und Gestaltungsmöglichkeit sowie der Supportivität

ist daher auch in der unmittelbaren Arbeitstätigkeit und in der betrieblichen Organisation Geltung zu verschaffen.

Die angeführten Postulate der Ottawa-Charta können sich durchweg auf eine *solide wissenschaftliche Erkenntnisbasis* stützen. Zu nennen wäre in diesem Zusammenhang v.a. der wegweisende und empirisch vielfach untermauerte „Demand / Control"-Ansatz zur Erklärung arbeitsbedingter Krankheitsrisiken. Hiernach führt die Kombination von hohen psychischen Leistungsanforderungen (z.B. Arbeiten unter permanentem Zeitdruck) und geringen tätigkeitsbezogenen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen nachweisbar zu Distreß und damit zu einer signifikant erhöhten Auftrittswahrscheinlichkeit vor allem, aber nicht nur von koronaren Herzerkrankungen (KARASEK / THEORELL 1990). Inhaltlich beziehbar sind die Gesundheitsförderungs-Kriterien der WHO z.T. auch auf das (dem zuvor genannten Konzept verwandte) „Gratifikationskrisen"-Modell von SIEGRIST (1996): in diesem wird chronischer Distreß aus dem Zusammenwirken von langfristig hoher beruflicher Verausgabung einerseits und anhaltenden Erfahrungen niedriger Belohnung (hinsichtlich Einkommen, sozialer Anerkennung und Unterstützung sowie beruflicher Statuskontrolle) andererseits erklärt; bei Industriearbeitern, die von solchen „gratifikationskritischen" Belastungserfahrungen betroffen waren, erwies sich das relative Herzinfarktrisiko als um das 3,4- bis 4,5-fache erhöht. Wissenschaftliche Argumente zur Begründung der Ottawa-Programmatik können ferner aus den (hier nicht detailliert erläuterbaren) Resultaten der „social support"-Forschung (HOUSE 1981) sowie aus den auf der Handlungsregulationstheorie fußenden arbeitspsychologischen Erkenntnissen (HACKER 1991; LEITNER 1993) abgeleitet werden.

Die von der WHO formulierten Kriterien für Gesundheitsförderung konsequent im Bereich der Arbeitswelt umzusetzen, liefe demnach in erster Linie auf solche Dinge hinaus wie: Schaffung konsistenter Anforderungsstrukturen, abwechslungsreiche und geistig anregende Aufgabenzuschnitte, Erweiterung zeitlicher und inhaltlicher Handlungs- und Entscheidungsspielräume oder Stärkung sozialer Unterstützungspotentiale im Betrieb (ROSENBROCK 1993). Die Bearbeitung solcher Problemfelder rückt tendenziell das *gesamte betriebliche Bedingungsgefüge* in seinen *technischen, organisatorischen, sozialen und kommunikativen Dimensionen* ins Blickfeld. Ein zentrales Erfordernis dabei ist die direkte Beteiligung der Beschäftigten. Entsprechende Schlußfolgerungen zieht z.B. KARASEK (1992) aus einer Analyse von 19 Studien zur betrieblichen Streßprävention:

demnach zeigen sich die größten Wirkungen in Projekten, die unterschiedliche Interventionsebenen einbeziehen (Modifizierung von Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation und Arbeitsaufgaben) und die zudem partizipativ ausgerichtet sind. Solche Ansätze erweisen sich Karasek zufolge gegenüber expertenzentrierten sowie rein individuen- bzw. verhaltensbezogenen Vorgehensweisen als überlegen.

In die gleiche Richtung weisen auch Befunde aus einem eigenen Forschungsprojekt zur arbeitsweltbezogenen Rückenschmerzprävention. Eine hierbei vorgenomme Auswertung von ca. 90 internationalen betrieblichen Interventionsstudien (OSTERHOLZ 1993, 1995; WICKSTRÖM 1992; LENHARDT 1994) zeigte: Präventionsstrategien, die (zumindest tendenziell) einem *integrierten mehrdimensionalen Handlungsansatz* („combined approach"; WICKSTRÖM 1992, S. 46) folgen, haben die deutlich größten Reduktionseffekte auf die Häufigkeit von Rückenbeschwerden bzw. die dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit. Ein solcher *„combined approach"* zeichnet sich v.a. durch drei Dinge aus:

- *Erstens* setzt er vorrangig an den *strukturellen betrieblichen Problemursachen* an, d.h. er beschränkt sich nicht auf rein individuenbezogene Maßnahmen des Körper- und Verhaltenstrainings wie z.B. Rückenschulen, die für sich genommen relativ wenig wirksam zu sein scheinen.
- *Zweitens* zielt er nicht nur auf isolierte technisch-physikalische Belastungsfaktoren ab, sondern berücksichtigt auch die Einflüsse auf die Gesundheit, die aus dem *organisatorischen und sozialen Kontext* des Betriebs resultieren. Dies bedeutet: neben der „Hardware-Ergonomie" sind z.B. auch die Formen der Arbeitsteilung und -kooperation, die Arbeitszeit- und Pausengestaltung, Managementstile und Kommunikationsstrukturen wichtige Bezugspunkte für betriebliche Gesundheitsförderung.
- Als ein Schlüsselelement erfolgreicher Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne des „combined approach" ist *drittens* eine *partizipative Orientierung* anzusehen: die Beschäftigten sollten möglichst weitgehend aktiv in die Analyse betrieblicher Gesundheitsrisiken und in die Entwicklung präventiver Maßnahmen einbezogen sein (ELKELES / LENHARDT / ROSENBROCK 1994).

3. Der rasche Attraktivitätsgewinn der Gesundheitsförderung

Mit den vorgenannten Punkten ist der zentrale wissenschaftliche und präventionspolitische Gehalt des Gesundheitsförderungs-Konzepts umrissen. Freilich kann nicht unterstellt werden, daß diejenigen Akteure, die seit „Ottawa“ dazu übergingen, ihre Vorschläge und Initiativen unter den Begriff „Gesundheitsförderung“ zu subsumieren, dabei auch durchgängig diese „Essentials“ im Sinn hatten und umzusetzen versuchten. Wenn also im folgenden vom „Attraktivitätsgewinn der Gesundheitsförderung“ seit Mitte der achtziger Jahre die Rede ist, dann bezieht sich dies auf eine Entwicklung, in der sich zweierlei Dinge „vermischten“: zum einen durchaus ernsthafte Versuche, einem auf Partizipation, „empowerment“ und gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen orientierten Konzept auch praktisch Geltung zu verschaffen, zum anderen aber auch der häufig bloß deklaratorische Rückgriff einer „alten“ Präventionspraxis auf eine neue, noch unverbrauchte Legitimationsformel.

Die ihm zugrundeliegende wissenschaftliche Evidenz war wohl nicht der hauptsächliche, auf jeden Fall nicht der einzige Grund dafür, daß der Gesundheitsförderungsgedanke binnen kurzer Zeit (wenngleich – wie gesagt – in sehr unterschiedlichem Sinne) eine so hohe Anziehungswirkung entfalten konnte. Eine ganze Reihe sozialer und politischer Bedingungen sind hier in die Betrachtung einzubeziehen:

- Der Gesundheitsförderungsgedanke erwies sich als in hohem Maße *anschlußfähig an verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen*, die z.T. besonders akzentuiert in den achtziger Jahren hervorgetreten waren. Zu nennen wären hier u.a. die vielfältigen Formen „kritischer Gesundheitsarbeit“ mit ihren Postulaten der „Ganzheitlichkeit“ und Selbstbestimmung; die im gesellschaftlichen Bewußtsein, in sozialen Bewegungen und politischen Formationen sich niederschlagende Relevanz der Umweltthematik; der (eine „humanzentrierte“ Arbeitspolitik verheißende) Aufschwung „posttayloristischer“ Produktions- und Managementkonzepte; der Bedeutungszuwachs von auf Selbstentfaltung und Mitbestimmung bezogenen Lebensansprüchen und Wertorientierungen in weiten Teilen auch der lohnabhängig beschäftigten Bevölkerung.
- Zudem stieß das Konzept der Gesundheitsförderung gerade im Handlungsfeld „Arbeit und Gesundheit“ in eine empfindliche Lücke: es schien

hiermit ein Ansatz gegeben zu sein, der möglicherweise heraushelfen konnte aus den langjährig beklagten und auch empirisch immer wieder aufs neue nachgewiesenen *Orientierungs- und Funktionsdefiziten des traditionellen Arbeitsschutzsystems*. In dessen überwiegend stark verkürzten bzw. reduzierten Problemwahrnehmungen und Aktivitätsprofilen (Konzentration auf physikalische, chemische und Unfallrisiken, Fixierung auf Normerfüllung, Übergewicht von Untersuchungsmedizin und Sicherheitsüberwachung) spielen Aspekte präventiver und gesundheitsfördernder Arbeitsgestaltung nur eine untergeordnete Rolle (ROSENBROCK 1982; PRÖLL 1991; MARTENS et al. 1992). In der Gesundheitsförderung mochte zuweilen auch eine Chance gesehen werden, die zunächst mit viel Aufwand und Euphorie betriebenen, letztlich aber doch ohne die erhoffte Durchsetzungskraft und Breitenwirkung gebliebenen Versuche zur „Humanisierung der Arbeitswelt“ neuzubeleben.

Ihre eigentliche Schubkraft erhielt die betriebliche Gesundheitsförderung aber erst durch das Auftreten neuer institutioneller Akteure im Feld arbeitsweltbezogener Prävention: den *gesetzlichen Krankenkassen*, die sich schnell zu wichtigen Trägern von Gesundheitsförderung entwickelt haben. Vor allem im Bereich der Betriebskrankenkassen konnte dabei auf Erfahrungen mit verschiedenen Aktivitäten und Modellvorhaben zurückgegriffen werden, die man bereits im Laufe der achtziger Jahre gesammelt hatte. Hierzu zählen z.B. Projekte zur differenzierten Nutzung von AU-Daten für arbeitsepidemiologische Zwecke (GEORG / STUPPARDT / ZOIKE 1981, 1982), Pilotprogramme betriebsbezogener Herz-Kreislauf-Prävention (WENGLE / SCHMID 1988) oder Angebote zur betrieblichen Suchtprävention (ORFELD 1993).[1]

Der entscheidende – wenn auch, wie sich zeigen sollte, nur vorübergehende – Durchbruch kam dann 1989, als mit der Einführung des § 20 SGB V im Rahmen der damaligen „Gesundheitsreform“ die GKV erstmals einen eigenen Handlungsauftrag auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung erhielt. Bedeutsam war v.a., daß die Krankenkassen über eine allgemeine präventive Aufklärungs- und Beratungspflicht hinaus nun auch „den *Ursachen* von Ge-

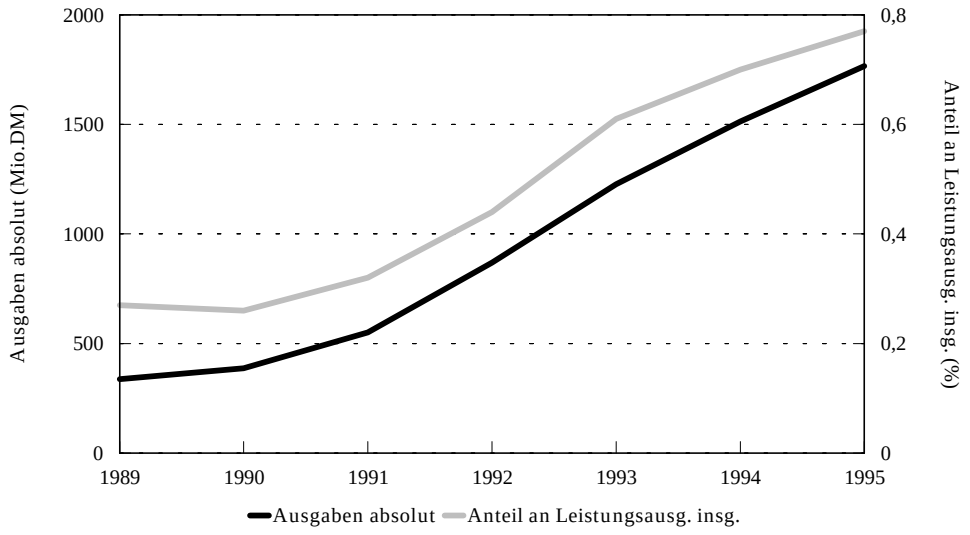
1 Die Ortskrankenkassen hingegen agierten, was die Arbeitswelt betrifft, in dieser Phase noch sehr zurückhaltend. Der erste „Schub“ an verhaltenspräventiven Beratungs- und Kursangeboten entwickelte sich hier im wesentlichen ohne betrieblichen Bezug auf *kommunaler* Ebene in Kooperation mit anderen Trägern (z.B. Volkshochschulen) oder in eigenen Einrichtungen (AOK-“Gesundheitszentren“) (EBERLE 1985).

sundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und *auf ihre Beseitigung hinwirken" sollten* (Abs. 1) und daß sie in diesem Sinne speziell „bei der Verhütung *arbeitsbedingter* Gesundheitsgefahren mitwirken" *konnten* (Abs. 2). Zur Umsetzung ihres neuen präventiven Auftrages erhielten die Kassen die Möglichkeit, in der Satzung „Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten" vorzusehen (Abs. 3).

Seither haben die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement im Bereich der Gesundheitsförderung zügig ausgeweitet. Ablesbar ist dies schon allein an der Entwicklung der entsprechenden finanziellen Aufwendungen der Kassen (siehe Abbildung 1). Für den Leistungsbereich „Soziale Dienste und Gesundheitsförderung" wurden hier im Jahre 1995 knapp 1,8 Mrd. DM ausgegeben, was annähernd eine Versechsfachung seit 1989 bedeutet. Gleichzeitig hat auch das relative Gewicht dieses Postens innerhalb der gesamten GKV-Ausgaben merklich zugenommen, sein Anteil an allen Leistungsausgaben stieg zwischen 1989 und 1995 von 0,27% auf 0,77%. Je nach Kassenart bewegt sich dieser Prozentsatz allerdings auf recht unterschiedlichem Niveau: am höchsten ist er bei den Arbeiter-Ersatzkassen (1,02%) und den Innungskrankenkassen (0,98%), noch leicht überdurchschnittlich bei den AOKen und Angestellten-Ersatzkassen (0,83% bzw. 0,81%), deutlich dahinter zurück bleiben die „kleinen" Kassenarten (See-Krankenkasse, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkassen; 0,14%, 0,16% und 0,33%) sowie interessanterweise auch die Betriebskrankenkassen (0,58%).

Bei diesen Zahlenangaben ist allerdings folgendes zu bedenken: selbst die Summe, die nach Abzug der etwas mehr als ein Zehntel des o.g. Ausgabenpostens ausmachenden Aufwendungen für „Soziale Dienste" (PRIESTER 1997) verbleibt, dürfte noch mehr oder weniger deutlich über dem liegen, was die Kassen *real* an Gesundheitsförderung finanzieren (von ihnen also nicht lediglich als solche verbucht wird). Wieviel nun hiervon für explizit *betriebsbezogene* Gesundheitsförderungsmaßnahmen ausgegeben wird, läßt sich aufgrund fehlender Abgrenzung in der Leistungsstatistik ebenfalls nicht verläßlich sagen. Schätzungen aus dem Management einer großen gesetzlichen Krankenkasse gehen dahin, daß maximal 30% der hier für Gesundheitsförderung verausgabten

Abbildung 1:
Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen
für Soziale Dienste/Gesundheitsförderung (1989-1995)



Quelle: BMA, Arbeits- und Sozialstatistik - Hauptergebnisse; eigene Berechnungen

Summe in betriebliche Maßnahmen fließen[2]; da es sich in diesem Fall um einen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung besonders aktiven Krankenversicherungsträger handelt, ist im GKV-Durchschnitt von einer deutlich niedrigeren Quote auszugehen.[3]

Die gewachsene Bedeutung der Gesundheitsförderung innerhalb des Kassenhandelns spiegelt sich jedoch nicht allein im bloßen Ausgabenvolumen wider. Festzustellen ist z.B. auch eine zunehmende Institutionalisierung dieses Aufgabenbereichs als selbständiges, hauptamtlich personell besetztes und mit eigenem Budget ausgestattetes Ressort (KIRSCHNER / RADOSCHEWSKI / KIRSCHNER 1995, S. 30 ff.). Bei einem Teil der Kassen (bzw. Kassenverbände) ist sogar der Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in dieser Weise organisatorisch ausdifferenziert. Damit verbunden ist auch ein deutlich systematischeres,

2 Interviewangabe, die der Verfasser im Rahmen eines laufenden WZB-Forschungsprojekts erhielt („Bedingungen und Verläufe krankenkasseninduzierter Gesundheitsförderung in Betrieben“, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Bearbeiter: Uwe Lenhardt/ Rolf Rosenbrock).

3 Ergebnissen einer neueren Umfrage zufolge übersteigt der Anteil der betrieblichen Gesundheitsförderung an den Gesamtaufwendungen für Gesundheitsförderung nur bei einer Minderheit der Kassen die 25%-Marke, häufig liegt er sogar nur zwischen 1 und 10% (MÜLLER / DEHNE 1996).

strategisches Vorgehen bei der Gestaltung und „Vermarktung“ des diesbezüglichen Angebots und dem Einsatz der (zumindest bis vor kurzem) nach Zehntausenden zählenden Gesundheitsförderungs-Fachkräfte. Schließlich kann auch – trotz fraglos vorhandener und in der jüngsten Gesundheits“reform“-Debatte bis zum Überdruß ausgeschlachteter Skurrilitäten – von einer konzeptionellen Weiterentwicklung und solideren Fundierung von Instrumenten gerade der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung gesprochen werden, wie sie sich beispielsweise in der modellhaften Evaluation von betrieblichen Gesundheitsberichten und Gesundheitszirkeln (SOCHERT 1996) ausdrückt. Ist man also auf bestem Wege, die ursprüngliche Idee der Gesundheitsförderung zur Wirklichkeit eines modernen, anforderungsgerechten betrieblichen Präventionshandelns werden zu lassen?

4. Die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung: nicht alle Wege führen nach Ottawa

Die gängige Bezugnahme nahezu aller Initiatoren und Träger betrieblicher Gesundheitsförderung, insbesondere auch der Krankenkassen, auf die Ottawa-Charta drängt den kritischen Beobachter natürlich zur Überprüfung: die Frage ist, in welchem Maße die weitreichenden Kriterien und Postulate der WHO sich in der bisherigen Praxis tatsächlich als handlungsleitend erwiesen haben, inwieweit also die mit dem Signum „betriebliche Gesundheitsförderung“ versehenen Aktivitäten zurecht für sich in Anspruch nehmen können, das umzusetzen, was den eigentlichen Kern dieses Begriffs ausmacht. Die (wenngleich nicht sehr zahlreich) vorliegenden empirischen Bestandsaufnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung lassen diesbezüglich einige Zweifel aufkommen, rechtfertigen jedenfalls kein allzu überschwengliches Urteil.

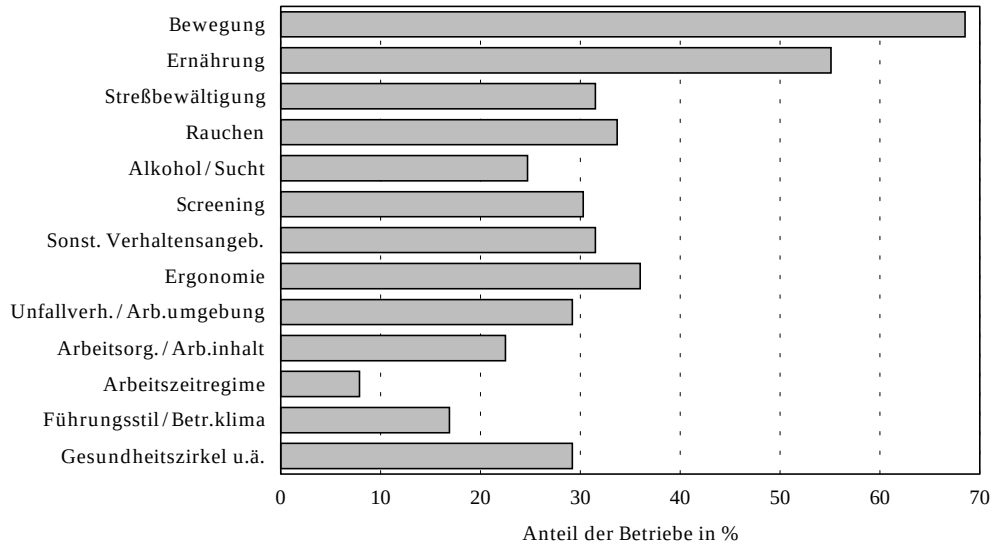
Eine eigene Auswertung von zwei Dokumentationen betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten (LENHARDT 1994) ergab ein deutliches Übergewicht von rein individuen- bzw. verhaltensbezogenen Maßnahmen in verschiedenen Bereichen wie Bewegung (v.a. Rückenschulen), Ernährung, Rauchen und Streßbewältigung; in knapp der Hälfte der Fälle werden sogar ausschließlich verhaltenspräventive Kurs- und Beratungsangebote genannt. Demgegenüber spielen verhältnispräventive, an den unmittelbaren Arbeitsbedingungen und den betrieblichen Strukturen ansetzende Maßnahmen eine deutlich geringere Rolle,

dies gilt insbesondere für die Gestaltung der Arbeitsorganisation, der Arbeitsinhalte und der Arbeitszeit sowie des Führungsstils. Am ehesten finden sich noch Verbesserungsversuche im Bereich der Arbeitsplatzergonomie, wiewohl sich diese oft genug in der Anschaffung neuer Stühle zu erschöpfen scheinen (siehe Abbildung 2).

Zu im Kern ganz ähnlichen Resultaten kommt eine neuere empirische Untersuchung über „Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld“ (HARTMANN / TRAUE 1996). Wohl ergab diese, daß in immerhin 60% der etwas mehr als 100 befragten Betriebe mit Betriebskrankenkasse entsprechende Maßnahmen laufen; es wurde jedoch auch aufgezeigt, daß sich die Aktivitäten „vorrangig auf die Verhaltensprävention“ beziehen, wohingegen „Maßnahmen aus dem Bereich der Verhältnisprävention (...) nur gering berücksichtigt (werden).“ (ebd., S. 116) Dies und weitere, in der Studie ebenfalls festgestellte Defizite – etwa hinsichtlich der Kooperation mit betrieblichen Experten oder der Angebotsqualität (mangelnde Abgestimmtheit und Integration der Maßnahmen, weitgehendes Fehlen von Evaluation) – nötigen die Autoren zu der Schlußfolgerung, daß der von ihnen „dokumentierte Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention noch erschreckend weit von den theoretischen Konzepten entfernt (ist).“ (ebd., S. 118).

Ebenfalls recht kritische Akzente setzt eine Untersuchung zur Umsetzung des § 20 SGB V durch die Krankenkassen (KIRSCHNER / RADOSCHEWSKI / KIRSCHNER 1995). Hiernach betrachtet die Mehrzahl der Kassen den Betrieb durchaus als zunehmend wichtiges Handlungsfeld; einige Kassen (v.a. im BKK-Bereich) verfolgten dabei sogar relativ entwickelte Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung (Gesundheitsberichte und Gesundheitszirkel). Insgesamt jedoch prägten rein verhaltenspräventive Angebote nach wie vor das Bild; von einer konzeptionell hinreichenden und stabilen betrieblichen Gesundheitsförderung könne auch bei den hierfür „prädestinierten“ Kassenarten nicht ausgegangen werden (ebd., S. 49). Wenn schließlich PRIOR / RENNER (1995) in ihrer empirischen „Bilanzierung belastungsorientierter Gesundheitsförderung im Betrieb“ pointiert formulieren: „Bei den in Betrieben und Firmen angebotenen Programmen zur Gesundheitsförderung finden wir keine Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsschutz mit Fragen der Arbeitsgestaltung“ (ebd., S. 15 f.), so fällen auch sie kein sonderlich günstiges Urteil über die Problemadäquanz und die präventive Reichweite solcher Aktivitäten.

Abbildung 2:
Gesundheitsförderungsaktivitäten in ausgewählten Betrieben (N=89) nach Maßnahmebereichen



Quelle: Lenhardt 1994

Für das Zutreffen dieser Befunde mag nicht zuletzt die Tatsache sprechen, daß selbst von „kassenoffizieller“ Seite eine nach wie vor deutliche „Untererfüllung“ wesentlicher Kriterien der Gesundheitsförderung konzediert wird. So berichtet H. Demmer vom BKK-Bundesverband, daß einer im Juni 1995 durchgeführten ad-hoc-Umfrage bei Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zufolge mittlerweile zwar in ca. 3000 Betrieben Gesundheitsförderungsaktivitäten mit Beteiligung von Krankenkassen stattgefunden hätten, daß aber „qualitativ (...) alle Aktivitäten mehr oder minder weit vom oben skizzierten normativen Ideal betrieblicher Gesundheitsförderung entfernt“ seien: „Eine systematische Analyse auf der Basis betrieblicher Gesundheitsberichte und eine partizipative Entwicklung präventiver Maßnahmen, z.B. im Rahmen von Gesundheitszirkeln, ist längst noch kein Standard (...).“ Häufig „beschränken sich die eingeleiteten Maßnahmen auf verhaltensseitig ansetzende Angebote. Kombinationen mit strukturellen Maßnahmen gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung und Organisation bleiben auf wenige Vorzeigebeispiele begrenzt.“ (DEMMER / BINDZIUS 1996, S. 55) Das Fazit fällt entsprechend nüchtern aus: „Die Mehrzahl betrieblicher Gesundheitsprojekte befindet sich (...) noch im Stadium punktueller Ansätze mit zum Teil mangelnder Ausgangsanalyse und Zielbestimmung sowie unzureichender Kooperation, Partizipation und fehlender Integration in

den Arbeitsalltag. Rückenschulen ohne Tätigkeitsbezug und ohne eine darauf abgestimmte Arbeitsplatzoptimierung sind, genauso wie isolierte Einzelaktionen (...), Beispiele für nicht selten anzutreffende Maßnahmen mit Alibifunktion.“ (ebd., S. 56)

Skeptische Stimmen waren allerdings auch schon frühzeitiger zu vernehmen gewesen. Bereits Mitte der achtziger Jahre attestierte ein WZB-Forschungsprojekt den (Betriebs-)Krankenkassen eine nur sehr begrenzte Fähigkeit zur präventiven Bearbeitung betrieblicher Gesundheitsprobleme. Es wurden die auf verschiedenen Ebenen – von den gesetzlichen Rahmenbedingungen bis hin zum konkreten betrieblichen Kontext – sukzessiv auftretenden Einengungen der rechtlichen und politischen Handlungsspielräume der Kassen für arbeitsweltbezogene Prävention herausgearbeitet und festgestellt, daß die „Themenkarriere“ von „Arbeit und Gesundheit“ innerhalb der Krankenkassen regelmäßig in eine durch divergierende Interessenpositionen, Zielsetzungen und Handlungsprioritäten bedingte „Konsensfalle“ steuert und dabei vielfältige Abzweigungen, Filterungen und Umdefinitionen erfährt. Dies, so das Ergebnis der Untersuchung, führe dazu, daß an sich vorhandene präventionspolitische Spielräume und Impulse weitgehend ungenutzt bleiben und es nur bei einer Minderheit der Kassen überhaupt zur Durchführung von (dann zumeist auch nur edukativen bzw. verhaltensbezogenen) Präventionsmaßnahmen im betrieblichen Bereich kommt (ROSENBROCK 1985; HAUß 1985). Das Argument, wonach die externen und internen Handlungsbedingungen der Krankenkassen fast zwangsläufig zu einer Verkürzung ihrer präventiven Aktivitäten – zumal im hochgradig interessenbesetzten betrieblichen Feld – auf wenig konfliktträchtige, „leichtgängige“ Maßnahmen der individuellen Verhaltensbeeinflussung führen, wurde auch in der Folgezeit mehrfach aufgegriffen und v.a. im Hinblick auf die Wirkungen des sich verschärfenden Wettbewerbs der Kassen(arten) unterstrichen (MEIERJÜRGEN 1994).

Andere kritische Einwände setzten weniger an der problematischen Verfaßtheit des Kassenhandelns als an der Analyse neuer betrieblicher Herrschaftsstrategien an. Hierbei mochte mancher Beobachter in dem neuen Trend der betrieblichen Gesundheitsförderung eher „Schattenwürfe sozialer Rationalisierung“ (MARSTEDT 1990) als Ansätze zu einer wirklichen Modernisierung präventiver Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt erkennen. Der forcierte Einsatz neuer Technologien und der damit verbundene Wandel von Tätigkeitsanforderungen

und -strukturen bewegt nach dieser Auffassung mehr und mehr Betriebe zu veränderten Formen der Unternehmensgestaltung, „die eine ‘selbstregulierte’, d.h. nicht an äußere Zwänge und Anreize gekoppelte Bindung an betriebliche Normen und Werte gewährleisten“ (ebd., S. 79). Als ein solches „Element normativer Integration“, als „flankierende Strategie der Einbindung zentraler Beschäftigtengruppen in das betriebliche Normen- und Wertesystem“ wird hier auch die betriebliche Gesundheitsförderung interpretiert (ebd., S. 82). Wie andere Maßnahmen zur Stärkung der „Unternehmenskultur“ diene sie dem „unmittelbaren betrieblichen Zugriff auf Lebensziele und Wertorientierungen, auf motivationale und emotionale Schichten der Persönlichkeit“ (ebd., S. 84). Hierdurch sollten „Glücks- und Wohlbefindensansprüche in alternative Bahnen gelenkt“ und Gesundheitsbewußtsein in ein „bekräftigendes Element einer neuen Arbeitsethik“ transformiert werden (ebd., S. 83). Die betrieblichen Verhältnisse steuern hiernach auf einen Zustand zu, in dem „grundsätzlich alle Dimensionen der Persönlichkeit zu exakt definierten Anforderungskomponenten geraten können“, deren mögliche „Aussetzung in physischen oder psychischen Krisen, in Phasen kreativer Stagnation und ‘burn-out’-Erschöpfungsgefühlen, bei fortschreitendem Lebensalter oder Krankheit“ für die Beschäftigten jedoch absolut ungewiß sei (ebd., S. 84). Betriebliche Gesundheitsförderung (wie das Methodenensemble des „human ressources management“ generell) drohe damit unter der Hand zu einem Mittel der Sanktionierung und Ausgliederung jener Beschäftigten zu werden, die den an sie herangetragenen umfassenden Verhaltens- und Leistungsanforderungen nicht mehr genügen können (bzw. dies nicht wollen).

Gewissermaßen als „Modellfall“ derartiger Entwicklungen kann der v.a. während der achtziger Jahre – also parallel zum systematischen Abbau des institutionalisierten Arbeitsschutzsystems durch die Reagan-Administration – stattgefundene Aufschwung von „Worksite Health Promotion“- und „Corporate Wellness“-Programmen in den USA gelten. KÜHN (1993) hat diese US-amerikanische Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung einer eingehenden kritischen Analyse unterzogen – mit dem Ergebnis, daß es sich hierbei nahezu ausnahmslos um das Gegenteil von Gesundheitsförderung im eigentlichen Sinne handelt. Die häufig gewerbsmäßig angebotenen und durchgeführten „Health Promotion“-Programme lassen sich nach Kühns Befunden in erster Linie als Versuch charakterisieren, unter konsequenter Dethematisierung der Arbeitsbedingungen die Herrschafts- und Verfügungsansprüche der Unternehmen ge-

genüber den Beschäftigten auf deren privaten Lebensstil auszudehnen. Ziel einer solchen Refeudalisierung der betrieblichen Klassenbeziehungen sei es, über eine – gegebenenfalls auch durch mehr oder minder subtile Kontroll- und Zwangstechniken beförderte – neue Gesundheits- und Leistungsethik ein höheres Maß an „innerer“ Verausgabungsbereitschaft und Loyalität v.a. bei den gutqualifizierten Mitarbeitern zu erzeugen.

5. Gute Ansätze – ist von der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr zu erwarten?

5.1 Ansätze einer zielführenden Gesundheitsförderungspraxis

Sollte es nun wirklich so sein, daß betriebliche Gesundheitsförderung auf die bloße Ergänzung herkömmlichen expertendominierten Arbeitsschutzhandelns durch präventiv wenig wirksame Kurs- und Beratungsangebote zur Beeinflussung persönlicher Lebens- und Bewältigungsstile hinausläuft? Sollte sie möglicherweise sogar als Medium einer verfeinerten und tendenziell allumfassenden Unterwerfung menschlicher Potenzen unter den Betriebszweck funktionieren? Wenn dies der Fall wäre, läge in der Tat weder aus gesundheitswissenschaftlicher noch aus politischer Sicht ein Grund vor, sie als einen sinnvollen und daher „verteidigenswerten“ Handlungsansatz zu betrachten.

Allerdings: Mag die an der betrieblichen Gesundheitsförderung geäußerte Kritik auch auf einen großen Teil der entsprechenden Aktivitäten zutreffen, so ist das Geschehen auf diesem Gebiet mittlerweile doch zu differenziert, als daß man damit ausschließlich das „Salatblatt auf der Werkbank“ oder gar pauschal eine neue subtile Herrschaftstechnik assoziieren dürfte. Seit Beginn der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zumindest bei Teilen der gesetzlichen Kassen durchaus ein gewisser Trend in Richtung auf inhaltlich und methodisch „anspruchsvollere“ Handlungskonzepte beobachtbar. Festgemacht werden kann dies etwa an der vermehrten (und mittlerweile recht professionellen) Durchführung von Projekten, die – mit Gesundheitszirkeln sowie fach- und hierarchieübergreifenden betrieblichen Steuerungsforen als Kernelementen – einem Organisationsentwicklungs-Ansatz folgen (vgl. hierzu: FRICZEWSKI 1996; zur Verbreitung von Gesundheitszirkeln: SLESINA 1996). Ebenfalls zu erwähnen sind die verstärkten Bemühungen um Evaluation und Qualitätsstandards in der

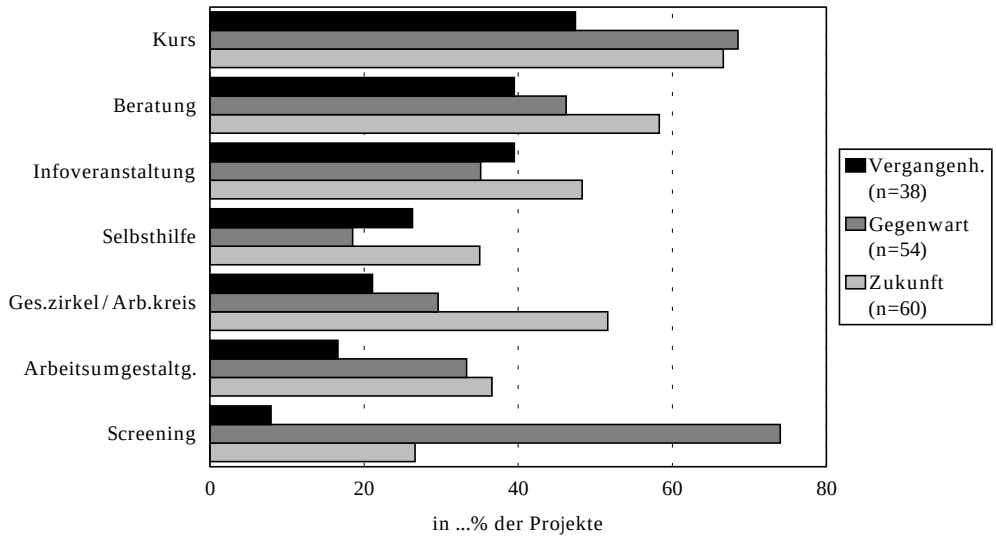
betrieblichen Gesundheitsförderung (DEMMER / STEIN 1995), die Entwicklung und Erprobung von Handlungsmodellen speziell für den bislang stark vernachlässigten Bereich der Klein- und Mittelbetriebe[4] und – damit zusammenhängend – die Mitwirkung an Kooperationsnetzwerken für „Arbeit und Gesundheit“ auf regionaler Ebene (SFS / MAGS 1995).

Was jene Befürchtungen betrifft, denen zufolge die Kassen unter dem Einfluß des GKV-internen Wettbewerbs in der betrieblichen Gesundheitsförderung stets den Weg des geringsten Widerstandes gehen und sich auf nichts weiter als auf die Diffusion allseits kompatibler, imagepflegender Angebote zur individuellen Verhaltensmodifikation verlegen würden, scheinen also (ohne daß sie indessen als völlig gegenstandslos betrachtet werden dürften) gewisse Relativierungen angebracht. Hierfür sprechen auch Ergebnisse einer neueren Erhebung, die das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen bei gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen durchgeführt hat (MÜLLER / DEHNE 1996). Demnach werden die im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten bislang stark dominierenden individuen- bzw. verhaltensbezogenen Maßnahmen (Kurse, Beratung, Infoveranstaltungen etc.) in Zukunft[5] zwar keineswegs an quantitativer Bedeutung verlieren. Zugleich gilt aber, daß mehr und mehr betriebliche Projekte auch auf Strukturprävention und Mitarbeiterbeteiligung orientierte Aktivitäten (Gesundheitszirkel, Arbeitsumgestaltung) umfassen (siehe Abbildung 3). Einen Trend weg von Gesundheitsförderungsprojekten, die *ausschließlich* durch verhaltenspräventive Angebote geprägt sind, hin zu solchen, in denen verhaltens- und verhältnisorientierte Präventionsaktivitäten kombiniert werden, ist auch aus den in Abbildung 4 dargestellten Befunden abzulesen.

4 Eine ganze Reihe von Praxisansätzen in diesem Bereich wurden z.B. auf einer im Frühjahr 1996 von der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin ausgerichteten Tagung vorgestellt.

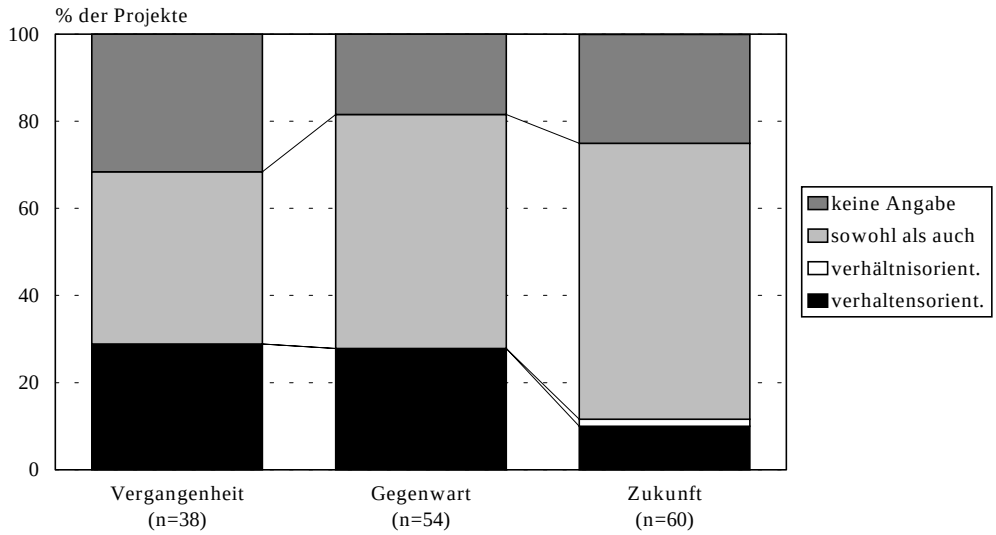
5 Zu beachten ist hier jedoch, daß die zitierte Kassenbefragung im Frühjahr 1995 stattgefunden hat, also zu einem Zeitpunkt, als die volle Tragweite der „dritten Gesundheitsreform-Stufe“, insbesondere die Demontage des § 20 SGB V, so noch nicht absehbar war. Ob die Kassen unter den nun veränderten Bedingungen an dem festhalten, was sie seinerzeit als künftig geplantes Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsförderung angegeben hatten, sei dahingestellt; unbedingt davon auszugehen ist jedoch nicht.

Abbildung 3:
Berücksichtigung verschiedener Maßnahmearten in früheren, gegenwärtigen und künftigen Projekten betrieblicher Gesundheitsförderung (Gesetzliche Krankenkassen in Niedersachsen, Stand: Frühjahr 1995)



Quelle: eigene Darstellung nach Müller / Dehne 1996

Abbildung 4:
Maßnahmenausrichtung in früheren, gegenwärtigen und künftigen Projekten betrieblicher Gesundheitsförderung (Gesetzliche Krankenkassen in Niedersachsen, Stand: Frühjahr 1995)



Quelle: eigene Darstellung nach Müller / Dehne 1996

Eigene empirische Untersuchungen[6] zeigen ebenfalls, daß es der Realität des Kassenhandelns nicht angemessen ist, eine strikte Gleichung aufzumachen, nach der die Konkurrenz zwischen den Kassen(arten) und die hohen strukturellen Eintritts- und Durchsetzungsbarrieren in den Betrieben zwangsläufig einen marketingorientierten und unter Gesichtspunkten präventiver Wirksamkeit deutlich suboptimalen Zuschnitt des Maßnahmenangebots in der betrieblichen Gesundheitsförderung zum Ergebnis haben. Aus Interviews, die wir mit Vertretern des Kassenmanagements und verantwortlichen Fachkräften für Gesundheitsförderung bei einem großen Krankenversicherungsträger geführt haben, geht deutlich hervor, daß hier durchaus ein *eigenständiger, ernstgenommener gesundheits- und präventionspolitischer Anspruch* verfolgt wird, der kaum vereinbar ist mit einer unbedingten Orientierung auf solche Maßnahmen, die von vorneherein am leichtesten am Markt zu plazieren sind. Letzterem stehen bis zu einem gewissen Grad auch spezifische Überzeugungs- und Wissensbestände innerhalb der Kassenorganisation entgegen, d.h. professionelle und z.T. politische Handlungsmaßstäbe auf seiten vieler Kassenmitarbeiter (auch in leitenden Funktionen), denen ein relevantes Eigengewicht im Hinblick auf die konzeptionelle und strategische Ausprägung der präventionsbezogenen Kassenpolitik zukommt. Man findet somit auf dieser Ebene ein doch recht klares Bewußtsein darüber vor, daß sinnvolle – d.h. realen präventiven Erfordernissen angemessene und gesundheitswissenschaftlich plausible – Gesundheitsförderung mit vorwiegend edukativen, auf das individuell-reflexive Gesundheitsverhalten zentrierten Angeboten an die Beschäftigten gar nicht zu haben ist. Entsprechend tritt man auch (wiewohl mit wechselndem Erfolg) potentiellen Kooperationsbetrieben gegenüber, wenn es um die Aushandlung von Gesundheitsförderungs-Projekten geht.

5.2 Die Krankenkassen als Maßnahmenträger: widersprüchliche Zielorientierungen und Selektivitäten

Bei aller Würdigung der zuletzt genannten Aspekte kann jedoch schwerlich übersehen werden, daß die Krankenkassen mit (betrieblicher) Gesundheitsförderung in erster Linie wohl andere als genuin präventive Ziele im Blick haben

6 Ich beziehe mich hier auf das in Anmerkung 2 genannte laufende Forschungsprojekt. Befunde, die hier bislang zusammengetragen wurden, sind (ohne daß dies immer explizit erwähnt wird) auch an anderen Stellen in den vorliegenden Aufsatz eingeflossen.

(und – unter gegeben Bedingungen – haben müssen). Die Erwartung baldiger Ausgabensenkungen im Bereich kurativer Leistungen dürfte in diesem Zusammenhang gar nicht einmal eine so wichtige Rolle spielen (diesbezüglich legen die Kassen in der Regel einen „gesunden" Realismus an den Tag). Als unmittelbares Handlungsmotiv wesentlich bedeutsamer ist hier die *„Bestandspflege", Sicherung und gegebenenfalls Ausweitung des eigenen „Marktanteils"*:

- Zum einen geht es hier ganz allgemein darum, den *Betrieben*, für die die Krankenversicherung zunächst einmal nichts weiter als ein Kostenfaktor darstellt, durch besondere Serviceleistungen (u.a. Gesundheitsförderungsprogramme) einen gewissen *kompensatorischen Nutzen* (z.B. Senkung des Krankenstandes) zu verschaffen. Im Falle der BKKen hängen solche Bestrebungen wohl nicht zuletzt mit der (unter administrativ-organisatorischen und Finanzierungsgesichtspunkten) spezifischen „Nähe" dieser Kassen zu „ihren" Betrieben zusammen. Bei AOKen mit häufig überdurchschnittlich hohem Beitragssatz stellt sich die Situation noch etwas anders dar. Hier gewinnt die Offerte eines kompensatorischen Nutzens qua Gesundheitsförderung u.U. eine existentielle Bedeutung als eines der wenigen verbleibenden Mittel, „abwanderungsgefährdete" Betriebe bei der Stange zu halten. In selteneren Fällen mag betriebliche Gesundheitsförderung auch ein Strategieelement sein bei dem Versuch, Betriebe in den eigenen Organisationsbereich „herüberzuziehen".[7]
- Gesundheitsförderung zielt jedoch auch auf die *individuellen* Wahlentscheidungen der *Versicherten*: vorhandene Mitglieder – v.a. solche, die eine günstige Relation zwischen Beitragsvolumen und kosteninduzierender Leistungsinanspruchnahme aufweisen – sollen an die Kasse gebunden bzw. neue (auch hier wiederum: vornehmlich „lukrative") Versichertenpotentiale für die Kasse erschlossen werden sollen. In der Vergangenheit

7 Vereinzelte Fälle dieser Art sind uns auch aus dem AOK-Bereich bekanntgeworden: Konkret lag dabei die Situation vor, daß sich der Beitragssatz einer BKK dem der AOK bedenklich angenähert hatte und somit für den betreffenden Betrieb eine „Rückkehr" zur AOK (sprich: Auflösung der BKK) erwägenswert geworden war. Das Angebot eines umfassenden Gesundheitsförderungsprogramms mit möglichen Senkungseffekten auf den Krankenstand für den Fall einer BKK-Auflösung diente der AOK hier als (zumindest perspektivisch wirksame) „Ausstiegshilfe" für den Betrieb. – Die umgekehrte Situation – drohendes Überwechseln eines AOK-Betriebs in den BKK- oder IKK-Bereich – kommt selbstverständlich sehr viel häufiger vor; die Kompetenz der jeweiligen Kassenart auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung hat in solchen Fällen jedoch eine denkbar geringe Entscheidungsrelevanz verglichen mit der Höhe des Beitragssatzes.

betraf dies v.a. die mit der Entscheidungsoption „RVO- oder Ersatzkasse“ ausgestatteten Angestellten. Künftig werden aufgrund der stark erweiterten Kassenwahlfreiheit aber auch andere Versichertengruppen problemlos ihre Krankenversicherung wechseln können und somit verstärkter Mitgliedschaftsanreize bedürfen. In erster Linie bedeutet dies die Gewährleistung eines unbürokratischen, „kundenorientierten“ Services. Bis vor kurzem gehörten auch die allgemeinen Gesundheitsförderungsangebote zum Instrumentarium der Mitgliederbestandspflege, nach deren faktischem Wegfall verbleibt den Kassen nun noch die Möglichkeit, durch Gesundheitsförderungsaktivitäten in Betrieben den dort tätigen Versicherten ihre Kompetenz und Attraktivität zu beweisen. Nicht auszuschließen ist allerdings, daß manche Krankenkassen, wenn sie im Betrieb mit Erfolg Gesundheitsförderungsprogramme durchführen, zuweilen auch auf die informelle Beeinflussung von Mitgliedschaftsentscheidungen neuer Beschäftigter durch das Unternehmen spekulieren („Kassenwahl per Lohnbüro“).

Die bisherigen Ausführungen dürften hinreichend deutlich gemacht haben, daß die betriebliche Gesundheitsförderung der Krankenkassen sich in einer besonderen *Widerspruchskonstellation* bewegt. Einerseits existiert bei den Kassenakteuren ein gewissermaßen *universalistischer* präventiver Anspruch: die in besonderem Maße sozial verpflichteten Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung sollen zu gesundheitlichen Verbesserungen in der Arbeitswelt als einer grundlegenden, sich prinzipiell auf alle Beschäftigten erstreckenden gesellschaftlichen Aufgabe beitragen. Andererseits stehen die Krankenkassen mehr und mehr unter dem Zwang einer *selektiven* Angebotsgestaltung, die eben hauptsächlich auf Betriebe und Beschäftigtengruppen zielt, die für die Kasse „interessant“ sind.[8] Auf widersprüchliche Aspekte des Kassenhandelns stößt man auch, wenn man die Frage nach den „Aufgreifkriterien“ betrieblicher Gesundheitsförderung stellt. Zweifellos kommt hier *hohen Krankenständen* eine zentrale Bedeutung zu, da sie sowohl ein Indikator für gesundheitlich proble-

8 So empfiehlt der AOK-Bundesverband in einem Handbuch zur betrieblichen Gesundheitsförderung aus dem Jahre 1993, sich bei der Auswahl von diesbezüglichen Kooperationsbetrieben u.a. auf solche „mit qualifizierten Beschäftigten“ zu konzentrieren – „wegen der erleichterten Kommunikation und der höheren Akzeptanz von Gesundheitsförderung“ (AOK-BUNDESVERBAND 1993, S. 12). Daß auf diese Weise die auch unter Präventionsgesichtspunkten „vergessenen“ – häufig unsicheren und hochbelastenden – Arbeitsplätze insbesondere vieler Frauen nicht gerade in Erinnerung gerufen werden, liegt auf der Hand.

matische Arbeitsbedingungen (mithin für Präventionsbedarf) als auch ein wichtiger Kooperationsanreiz für die Betriebe sind. Dem steht jedoch eine gleichzeitige Orientierung der Angebotspolitik im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung auf Betriebe bzw. Versichertenkollektive mit *günstigem „Deckungsbeitrag"* (relativ hohe Beitragseinnahmen / relativ niedrige Leistungsausgaben) gegenüber, wobei solche Betriebe oftmals gerade *nicht* diejenigen mit außergewöhnlich hohen Krankenständen sind.

Aus dem Blickwinkel der Krankenkassen läßt sich letzteres in der Frage zusammenfassen, welche Zielbetriebe bei der „Plazierung" von Maßnahmen und Projekten der Gesundheitsförderung – auch in Anbetracht der nach wie vor relativ eng begrenzten Kapazitäten in diesem Bereich – Priorität haben sollen: eher solche mit besonders ausgeprägten Gesundheitsproblemen oder doch v.a. solche, die „wettbewerbsstrategisch" wichtig und attraktiv sind? Hierbei machen es sich Krankenkassen aber durchaus nicht so einfach (jedenfalls nicht alle), wie manche Beobachter vielleicht anzunehmen geneigt sind. Immerhin gibt es – offenbar auch einigermaßen funktionierende – Versuche, durch organisationsintern festgelegte Verfahrensmodi eine vertretbare Balance zwischen den verschiedenen Zielorientierungen herzustellen („gemischte" Kriterienkataloge für die Betriebsauswahl; flexible „Quotierungen" zwischen primär „marktorientierten" Projekten und solchen, die eher aus anderen Gründen interessant sind; Richtlinien für die Kooperation zwischen Gesundheitsförderern und Arbeitgeberservice der Kasse). Freilich können solche Arrangements nicht verhindern, daß Gesundheitsförderungs-Fachkräfte zuweilen die Erfahrung machen, ein Projekt durchgeführt zu haben, dessen Aufwand unter dem Gesichtspunkt präventiven Bedarfs in einem anderen Betrieb möglicherweise angebrachter gewesen wäre.

5.3 Die betriebliche Ebene: begünstigende und hemmende Bedingungen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Die Gründe für die in der betrieblichen Gesundheitsförderung bestehenden Verallgemeinerungshindernisse und Selektivitäten liegen indes weder ausschließlich noch vorrangig bei den Krankenkassen, sondern sind eher auf seiten der Betriebe zu suchen. Hierbei stellt sich, was im konkreten Einzelfall die Stärke dieses Modells ausmachen mag, aufs ganze betrachtet als dessen Schwach-

punkt dar: die Tatsache nämlich, daß Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung – im Gegensatz zu rechtlich zwingend vorgeschriebenen Arbeitsschutzmaßnahmen – eine gänzlich „freiwillige Veranstaltung“ sind. Das heißt: das Zustandekommen, die Ausprägung und Reichweite sowie der Verlauf von Gesundheitsförderungs-Innovationen im Betrieb sind an dessen diesbezügliche „Offenheit“ geknüpft. Ob und wofür sich ein Betrieb in Sachen Gesundheitsförderung aber als „offen“ erweist, hängt von einer ganzen Reihe von betriebsstrukturellen, ökonomischen, interessenpolitischen und organisationskulturelle Faktoren ab, die durch die Kassen (oder andere externe Anbieter) nur in sehr geringem Maße zu beeinflussen sind. Ein häufig sicherlich ganz wichtiger Faktor ist die gegebene wirtschaftliche Situation eines Unternehmens. Für das Verständnis präventionsbezogener Entscheidungen (oder „Nicht-Entscheidungen“) in Betrieben sind darüber hinaus aber noch andere Aspekte der betrieblichen Konstellation von Bedeutung, wie wir sie anhand empirischer Fallstudien im Rahmen eines früheren Forschungsprojekts analysiert haben. An dieser Stelle sei nur auf zwei Punkte hingewiesen (vgl. ausführlich: LENHARDT / ELKELES / ROSENBROCK 1996):

- Was die Frage anbelangt, worin der *betriebliche Problemdruck bzw. Handlungsbedarf* besteht, der präventive bzw. gesundheitsförderliche Innovationsprozesse auslöst, so lassen die untersuchten Fälle vermuten, daß es dabei in der Regel gar nicht unmittelbar – oder nur vordergründig – um Gesundheit, deren Schutz und Förderung geht. Vielmehr scheint es so, daß präventive Gesichtspunkte um so eher – und mit um so größerer Reichweite – Eingang in das betriebliche Handeln finden, wie sie mit *anders gelagerten* (und für den Betrieb „wichtigeren“) Problemstellungen, Motiven und Strategien *verknüpft* bzw. von diesen *„transportiert“* werden können. Zu nennen wären hier etwa die Pflege des betrieblichen Außenimages, die innerbetriebliche Sozialintegration und Loyalitätsstiftung, die Senkung des Krankenstandes oder die Notwendigkeit, sich durch verbesserte Qualität und Effektivität auf gewandelte Marktbedingungen einzustellen.
- Zustandekommen und Verlauf von Innovationen auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung hängen von *sich überschneidenden bzw. kompatiblen Interessen und Zielen* verschiedener Akteure ab, die die Bildung einer hinreichend breiten (d.h. auf jeden Fall: das Management und die Beschäftigtenvertretung einschließenden) *innerbetrieblichen „Koalition“* für ein konkretes Vorhaben oder eine bestimmte Strategie der Gesundheits-

förderung erlauben. Es geht in diesem Zusammenhang nicht nur um eine „objektive“ Gleichgerichtetheit von Interessen, v.a. der Betriebsleitung und der Beschäftigten, im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheit. Es geht vielmehr auch um *gemeinsame Bestände an grundlegenden Problemsichten, Überzeugungen, Wert- und Handlungsorientierungen, „Haltungen“*.[9] Dabei entspringt die Offenheit selbst des Managements für Projekte der Gesundheitsförderung keineswegs nur einem nüchternen betriebswirtschaftlichen Kalkül („rechnen“ sich die Maßnahmen?); strategische betriebspolitische Erwägungen, ein eigenständig begründeter sozialer Kompromißwille, bestimmte „Menschenbilder“ und „moralische“ Antriebe können hier von Fall zu Fall durchaus auch eine wichtige Rolle spielen.

Unsere Fallstudien haben jedoch auch gezeigt, daß einmal in Gang gekommene und sogar recht erfolgreich verlaufende präventionsbezogene Innovationsprozesse leicht an einen *Bruch- oder Wendepunkt* geraten können,

- wenn einschneidende *Veränderungen in der betrieblichen Problemsituation* eintreten (akuter Umstrukturierungs- und Rationalisierungsdruck, Zwang zu umfangreicheren Personalabbaumaßnahmen),
- die zu einem *Prioritäten- und Strategiewechsel* des Managements führen,
- *Konfliktpotentiale* zwischen den Akteurgruppen wie auch innerhalb dieser erzeugen
- und *„Ausstiegs-Optionen“* hinsichtlich der Beteiligung an Gesundheitsförderung aktivieren, also einen oder mehrere Kernakteure zum Verlassen der „Gesundheitsförderungs-Koalition“ bewegen.

Dieser Befund verweist darauf, daß Gesundheitsförderung im Betrieb prinzipiell einen *sekundären, abgeleiteten Stellenwert* besitzt und daß ihre „strategische Anfälligkeit“ doch um einiges höher zu sein scheint als dies in den einschlä-

9 Solche ideellen und normativen „Akteurausstattungen“ werden von einigen Betriebssoziologen nicht einfach als zufällig aufeinandertreffende individuelle Eigenschaften betrachtet, sondern als Elemente eines sozio-kulturellen Systems: der sog. *„betrieblichen Sozialverfassung“*. Gemeint ist damit die Gesamtheit der tradierten, „eingespielten“ formellen und informellen Handlungsregeln, Beziehungsmuster, Kompromißstrukturen und Erfahrungsbestände im Betrieb. Mehreren Studien zufolge sind unterschiedliche Typen betrieblicher Sozialverfassung (oder „betrieblicher Arbeits- und Sozialordnung“) empirisch identifizierbar, die jeweils (auch) mit spezifischen, relativ dauerhaften Mustern betrieblichen Gesundheits- bzw. Präventionshandelns zusammenhängen (vgl. MARSTEDT/MERGNER 1995a, S. 129 ff.).

gigen Verlautbarungen und Diskussionen der Public Health-Szene häufig zum Ausdruck kommt. Der genannte Umstand wäre verstärkt zu beachten, da die Analyse der betriebspolitischen Handlungsmöglichkeiten davon weitgehend abhängt.

6. Standort gesucht: auf welcher Basis kann betriebliche Gesundheitsförderung künftig noch stattfinden?

Wenn es – wie gezeigt – bislang schon eine ganze Reihe von Gründen gab, die Reichweite des Modells „Betriebliche Gesundheitsförderung“ für insgesamt doch deutlich begrenzt zu halten, so stellt sich dessen weitere Perspektive in Anbetracht neuerer und neuester Entwicklungen in den ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen erst recht als prekär dar. Den zentralen Bezugspunkt entsprechender Einschätzungen bildet sicherlich der – mit dem inzwischen allgegenwärtigen (und jeden Widerspruch als nachgerade naturgesetzwidrig erscheinen lassenden) „Globalisierungs“-Argument begründete – *Intensivierungsschub unternehmerischer Kostensenkungsstrategien*. Dieser vollzieht sich in vielfältigsten Formen und auf verschiedensten Ebenen – von der euphemistisch so genannten „Verschlankung“ innerbetrieblicher Organisationsstrukturen und -abläufe bis hin zur rigorosen Rationalisierung zwischenbetrieblicher Arbeitsteilung, von der „Flexibilisierung“ betrieblicher Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitszeitregimes bis hin zur Deregulierung (wenn nicht vollständigen Aufkündigung) tarifvertraglicher Normen. Zum Teil werden in diesen Entwicklungen durchaus *Chancen und Anknüpfungspunkte* für die betriebliche Gesundheitsförderung (bzw. einen „erweiterten Arbeitsschutz“) gesehen: nicht nur, daß die neuen Formen der Arbeitsorganisation ein immanentes Potential zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen aufweisen würden (etwa durch die Erweiterung tätigkeitsbezogener Handlungs- und Entscheidungsspielräume), die Unternehmen hätten wegen der zunehmenden Komplexität und Störanfälligkeit „schlanker“ Produktionsorganisation auch ein verstärktes substantielles Interesse an der aktiven Gewährleistung einer langristig gesunden und leistungsfähigen Mitarbeiterschaft (BADURA 1993).[10] Indessen gibt es eine Vielzahl

10 Nach Auffassung gewerkschaftlicher Experten deuten die betrieblichen Erfahrungen der jüngsten Zeit alles in allem jedoch darauf hin, daß die strategischen Reorientierungsprozesse des Managements in Richtung partizipativer Arbeits- und Organisationsgestaltung u.ä. bereits wieder zum Stillstand gekommen bzw. rückläufig sind: „Nur für kurze Zeit, im Zuge der ‘Lean-Production-Euphorie’, waren die Ansätze des ‘Management of Chan-

ernstzunehmender Befunde, die bezüglich der neueren Rationalisierungsschübe auf massive, gesundheitlich und präventionspolitisch problematische *Gegentendenzen* verweisen wie die Zunahme insbesondere psychosozialer Belastungen oder die Polarisierung der Qualität der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitsschutzes zwischen prosperierenden und Krisenbranchen, zwischen „fokalen" und Zulieferbetrieben, zwischen Stamm- und Randbelegschaften (MARSTEDT / MERGNER 1995b, S. 112 ff.). Und was die immer wieder gerne diskutierte Reduzierung des Krankenstandes betrifft, so erwecken nicht nur die Auseinandersetzungen um die volle Lohnfortzahlung im Krankheitsfall den Anschein, daß im derzeitigen Klima viele Unternehmen doch eher auf die Wirksamkeit disziplinierender Mittel setzen als etwa auf betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme.

Selbst bei unveränderter rechtlicher Handlungsgrundlage wäre es also für die gesetzlichen Krankenkassen tendenziell komplizierter geworden, ihre Gesundheitsförderungsangebote im angestrebten Maße „an den Betrieb zu bringen" (ein Grund, weshalb man sich partiell auch schon darauf verlegt hat, mit direkten finanziellen Anreizen, etwa in Form von Beitragsabschlägen, für „gesundheitsfördernde Betriebe" und deren Beschäftigte zu experimentieren). Nun wurde aber durch die Novellierung des § 20 SGB V auch der *gesetzliche Rahmen für das präventive Engagement der Kassen deutlich enger gefaßt*. Der umfassende Auftrag, den Ursachen von Gesundheitsrisiken und Erkrankungen nachzugehen und auf deren Beseitigung hinzuwirken ist ebenso entfallen wie die generelle Möglichkeit, aus den paritätisch aufgebrachten Beiträgen finanzierte eigene Gesundheitsförderungsleistungen anzubieten. Vor diesem Hintergrund erhält auch der – im Wortlaut nur wenig veränderte – Absatz über die Rolle der Kassen in der arbeitsweltbezogenen Prävention einen restriktiveren Charakter. Wenn es dort heißt: „Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen

---

ge' und der 'lernenden Organisation' in einer Anzahl von Unternehmen populär. (...) Heute sind langfristig wirkende Organisationsveränderungen (Gruppenarbeit, Beteiligung, Selbstorganisation) wieder aus dem Focus der Top-Management-Strategien der meisten Unternehmen verschwunden. Die vorherrschende Orientierung liegt heute im Bereich der Reorganisation der Geschäftsfelder und kurzfristig wirkender Kostensenkungsmaßnahmen wie Outsourcing oder Personalabbau. Dort, wo Gruppenarbeit in relevantem Umfang bestand, sind eindeutige Trends hin zur Re-Taylorisierung insbesondere in der Montage festzustellen." (ROTH 1996, S. 264)

haben“, so erscheint dies an sich als durchaus vernünftige Regelung. Der im alten § 20 Abs. 2 vorangestellte, das *eigene* praktische Engagement der Kassen betonende Satz: „Die Krankenkassen können bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken“, taucht jedoch nicht mehr auf. Zudem ist die Durchführung von paritätisch beitragsfinanzierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch die GKV gesetzlich nicht mehr explizit abgedeckt. Es liegt daher die Interpretation nahe, daß hier die Krankenkassen zukünftig auf den Status eines bloßen Datenlieferanten für die Unfallversicherungsträger reduziert werden sollen (offenbar geht die Absicht der Regierungskoalition auch tatsächlich in diese Richtung).

Ein relevanter Teil der Krankenversicherungsträger zeigt sich einstweilen dennoch entschlossen, den neuen § 20 Abs. 1 (übrigens mit einiger juristischer Plausibilität) „kreativ“ zu interpretieren und weiterhin Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung – nun eben in engerer Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern und auf tatsächlich arbeitsbezogene Maßnahmen beschränkt – durchzuführen. So bliebe nach dem erzwungenen Kahlschlag bei den allgemeinen Kursprogrammen wenigstens ein Kern der GKV-getragenen Gesundheitsförderung – zudem der präventionspolitisch „wertvollste“ – erhalten. „Entwarnung“ kann diesbezüglich jedoch keinesfalls gegeben werden, denn weder ist völlig klar, wie das BMG und die zuständigen Aufsichtsbehörden auf die Ambitionen der Kassen reagieren werden, noch ist davon auszugehen, daß alle bislang in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiven Krankenversicherungsträger das erreichte Niveau ihrer personellen und finanziellen Kapazitäten in diesem Handlungsfeld auch künftig aufrecht erhalten werden. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach den Auswirkungen der bei Krankenkassen z.T. beobachtbaren Tendenzen zum *„outsourcing“ der betrieblichen Gesundheitsförderung*, d.h. zur (schrittweisen) Umwandlung entsprechender Kassenabteilungen zu institutionell eigenständigen, auf *kostendeckendes* Arbeiten ausgelegten Organisationseinheiten (etwa in Form einer GmbH). Nicht übersehen werden darf nämlich, daß Gesundheitsförderungsprojekte in der Vergangenheit für viele Betriebe auch deshalb eine gewisse Attraktivität besaßen, weil die hierfür von den Kassen verlangten Preise intern „subventioniert“ waren. Sollte dies nicht mehr möglich sein, sähe es mit der „Offenheit“ der Betriebe für solche Angebote wohl noch ungünstiger aus als ohnedies schon zu befürchten.

Bei aller notwendigen und berechtigten Kritik hat die Neufassung des § 20 SGB V aber möglicherweise sogar ihr gutes insofern, als sie die Tatsache etwas deutlicher in den Blick rückt, daß die erforderlichen Innovationen im Bereich betrieblicher Prävention sowieso *nicht in erster Linie* durch die Krankenkassen zu leisten sind. Damit stellt sich aber die Frage, auf welchem Wege und durch welche Akteure dies denn sonst möglich ist. Die EU-Rahmenrichtlinie von 1989 über die „Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit", deren (freilich lange genug verzögerte) Umsetzung in Gestalt des neuen Arbeitsschutzgesetzes und die Erweiterung des Präventionsauftrages der gesetzlichen Unfallversicherung auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 1 SGB VII) Mitte 1996, bieten hierfür zwar eine *verbesserte normative Basis* (KONSTANTY 1996). In diesem Zusammenhang ist jedoch zu bedenken, daß der – inhaltlich durchaus schon recht weit gefaßte – präventive Aufgabenkatalog des 1974er ASiG auch noch zwei Jahrzehnte nach dessen Inkrafttreten vielfach unerfüllt geblieben ist. Es kommt daher ganz wesentlich darauf an, wie sich die *institutionelle Praxis* des Arbeitsschutzsystems künftig entwickeln wird, ob also den zuständigen Berufsgenossenschaften und staatlichen Einrichtungen jene grundlegende Reorientierung ihrer Handlungskonzepte und -routinen gelingt, die im Hinblick auf die Anforderungen einer modernen arbeitsweltbezogenen Prävention nicht erst seit neuestem für nötig und angemessen gehalten wird (vgl. etwa: PRÖLL 1993; MARSTEDT / MERGNER 1995a). Klar scheint aber auch, daß die erforderlichen Anpassungsprozesse angesichts des hier über Jahrzehnte aufgelaufenen „Modernisierungsdefizits" eine längere Zeit in Anspruch nehmen und sich zudem je nach Träger ziemlich differenziert gestalten werden.

Man kann von daher zu dem Schluß gelangen, daß bei der Realisierung eines ganzheitlichen und beteiligungsorientierten Präventiontyps nun vor allem die *Aktivität der gewerkschaftlichen und betrieblichen Interessenvertretung* gefordert ist. Nicht ohne Plausibilität ließe sich dagegen jedoch skeptisch einwenden, daß die breite „(...) Durchsetzung eines solchen Verständnisses auf der Basis der Marktmacht der Beschäftigten angesichts der derzeitigen Krise und ihrer Folgen so gut wie unmöglich (ist). Hatte noch in den 60er und 70er Jahren die 'Revolte der Ungelernten' betriebliche Humanisierungsmaßnahmen und staatliche Reformen erzwingen können, wurden noch bis in die 80er Jahre hinein Tarifverträge mit dem Ziel einer humanisierungsorientierten Verbesserung betrieblicher Arbeitsbedingungen oder des Ausbaus des Gesundheitsschutzes im

Betrieb ausgehandelt, so sind derartige machtgestützte Veränderungen derzeit und auf Jahre hinaus absolut illusorisch bzw. bestenfalls auf Kosten von Fraktionierungen der Arbeitnehmerschaft oder von Ausgrenzungen einzelner Gruppen denkbar“ (MARSTEDT / MERGNER 1995b, S. 26). Selbst wenn man in dieser Frage vielleicht zu weniger drastischen Prognosen neigt, so bleibt doch unzweifelhaft, daß Betriebsräte und Gewerkschaften erheblich in die Defensive geraten und daher nur sehr begrenzt in der Lage sind, als Initiatoren und Träger eines quantitativen und qualitativen Ausbaus betrieblicher Prävention zu fungieren.[11]

Es kann nicht sehr verwundern, daß in einer Zeit, in der die *politischen* Durchsetzungsimpulse für erweiterte betriebliche Präventionsmaßnahmen eher schwach ausgeprägt sind (oder doch zumindest mit verstärkten Widerständen zu rechnen haben), das Bestreben mehr und mehr dahin geht, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung durch den Nachweis ihres *ökonomischen* – d.h. vor allem: betriebswirtschaftlichen – Nutzens voranzubringen. Das „Vorrechnen“ solcher Nutzeffekte ist inzwischen zum Gegenstand einer ganzen Reihe von wissenschaftlichen Modellen geworden und gewinnt auch in der Argumentation von Arbeitsschützern und Gesundheitsförderern gegenüber dem Management zunehmend an Bedeutung. Die Plausibilität der Annahme, Prävention könne sich für Unternehmen „in Mark und Pfennig“ auszahlen, soll hier gar nicht pauschal bestritten werden – ebensowenig wie deren „taktische“ Einsetzbarkeit als Überzeugungsmittel. Dennoch gibt es gewichtige Gründe, die dagegen sprechen, daß man mit Wirtschaftlichkeitsrechnungen quasi den „goldenen Schlüssel“ zur Öffnung der Betriebe für gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Hand hält (vgl. zum folgenden ausführlich: MARSTEDT / MERGNER 1995b).

11 Die diesbezüglichen Erwartungen an die Interessenvertreter der Beschäftigten dürfen auch aus einem anderen Grund nicht zu hoch angesetzt werden: Empirische Untersuchungen kommen nämlich seit mittlerweile über einem Jahrzehnt zu dem im Kern gleichen Ergebnis, daß sich auch Betriebsräte sehr weitgehend die technisch-normativistisch verengten Orientierungen des Arbeitsschutzes zu eigen machen, also alles in allem in ihren Sicht- und Handlungsweisen das Profil des gesamten Arbeitsschutzsystems (einschließlich dessen Expertenzentriertheit) reproduzieren. Thematisch-konzeptionelle Erweiterungen betrieblichen Gesundheitsschutzes und Strategien einer Aktivierung und direkten Beteiligung der Belegschaftsbasis auf diesem Feld liegen deshalb häufig außerhalb ihres unmittelbaren Handlungshorizonts (KÜHN 1982; HAUß 1983; zuletzt: FROMM / GEORG / PRÖLL 1995).

So dürften Effizienznachweise für verbesserte betriebliche Prävention häufig schon allein deshalb nicht verfangen, weil Anreize zur – einzelwirtschaftlich durchaus rationalen – Externalisierung der materiellen und sozialen Folgekosten beschädigter Gesundheit weitaus mächtiger sind. Ferner beruhen solche Rechnungen nur zum Teil auf objektiven, „harten" empirischen Grundlagen, so daß deren Akzeptanz letztlich immer noch auf den „good-will" und den „Glauben" der Gesprächspartner im betrieblichen Management angewiesen ist. Schließlich wird in gesundheitsschutzbezogenen cost-benefit-Analysen, erweiterten Wirtschaftlichkeitsrechnungen u.ä. eine strenge, stets auf nüchterner Kalkulation fußende Rationalität betrieblicher Entscheidungskriterien und -prozesse unterstellt (und zur eigentlichen Grundlage ihrer erhofften Überzeugungskraft gemacht), die so gar nicht gegeben ist: „Unternehmenspolitik und Modernisierungskonzepte beruhen oft auf expliziten 'Glaubenssätzen', noch öfter jedoch wohl auf informellen, unausgesprochenen oder gar unaussprechbaren, weil eher 'unbewußten' Verständnisweisen, Normen und Wertorientierungen, die ihre Wirkung 'hinter dem Rücken' der entscheidungsmächtigen Akteure entfalten. (...) Das bedeutet aber: auch noch so stringente Belege für Produktivitätsgewinne, Krankenstandssenkungen, Verbesserungen der Leistungsmotivation u.ä. mehr als Folge von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes werden in einer Vielzahl von Fällen in der Arena betrieblicher Willensbildung und Entscheidungsfindung nicht durchschlagen, weil es unterschwellige Stimmungen, Verständnisweisen und Einschätzungen ebenso wie explizite Wertorientierungen und unternehmensphilosophische Credos gibt, die unbewußt oder wissentlich andere Begründungen und Linien von Beharrung oder Innovation favorisieren" (ebd., S. 142 f.).[12]

Der Versuch, Prävention in der Arbeitswelt vor allem mittels wirtschaftlicher Nutzenkalkulationen schmackhaft zu machen, ist jedoch nicht nur als begrenzt realistisch, sondern auch als *politisch riskant* zu betrachten: mögen diejenigen, die solchen Versuch unternehmen, auch in aller Regel gute sozialpolitische Absichten hegen, so entgehen sie doch nicht der Gefahr, ungewollt und gleichsam unter der Hand einem Diskurs Vorschub zu leisten, in dem jedweder soziale Anspruch tendenziell zu einem den „nationalen Wettbewerbsstaat" (HIRSCH

12 Der hier formulierte Grundgedanke findet sich – mit anderen thematischen und empirischen Bezügen – auch in der neueren Policy-Forschung, die an den klassischen Ansätzen zur Analyse und Erklärung politischer Entscheidungsprozesse nicht zuletzt deren unrealistische Annahmen über die Rationalität und Planmäßigkeit der Politikentwicklung kritisiert (HÉRITIER 1993).

1995) belastenden Kostenfaktor gerät bzw. nur noch im Maße seiner nachgewiesenen Nützlichkeit in der Standortkonkurrenz als berechtigt gilt. Im Grunde ist das verstärkte „ökonomische“ Argumentieren für präventiven Gesundheitsschutz im Betrieb selbst schon Ausdruck der eingangs erwähnten gesellschaftlichen Regressionstendenz, die eine eigenständige Begründung solcher Maßnahmen als *sozial wünschenswert* kaum noch zuzulassen scheint. Wenn sich betriebliche Gesundheitsförderung künftig vornehmlich als Beitrag zur Sicherung des „Standorts Deutschland“ zu legitimieren hätte, käme dies wohl auf ein Begräbnis minderer Klasse für die ambitionierten Gestaltungsansprüche der Ottawa-Charta heraus. Sollen diese in absehbarer Zeit nicht auf den Status völliger gesellschaftspolitischer Unerheblichkeit herabsinken, muß Gesundheitsförderung vielmehr als – wie kompromißhaft auch immer zu verwirklichender – Gegenentwurf, als „gegentendenzielle Politik“ (KÜHN / ROSENBROCK 1994, S. 48) zu dem begriffen werden, was tatsächlich die Substanz der sogenannten „Standortsicherung“ ausmacht. Daran gilt es auch angesichts von Bedingungen festzuhalten, unter denen entsprechend durchsetzungsfähige Akteure rar und die Realisierungsperspektiven weitgreifender sozialer Innovationen eher ungünstig sind.

Literatur

AOK-BUNDESVERBAND (1993): AOK-Servicepaket Betriebliche Gesundheitsförderung. Bonn: AOK-BV.

BADURA, B. (1993): Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung – Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In: J.M. PELIKAN; H. DEMMER; K. HURRELMANN (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa.

DEMMER, H. (1995): Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat (unter Mitarb. v. K. Kunkel u. B. Orfeld). Kopenhagen, Essen: WHO-Euro / BKK BV.

DEMMER, H.; STEIN, M. (1995): Qualitätskriterien betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Die Betriebskrankenkasse, Jg. 83, S. 602-605.

DEMMER, H.; BINDZIUS, F. (1996): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: Prävention, Jg. 19, S. 55-57.

EBERLE, G. (1985): Prävention und AOK. Diskussionsgrundlage für eine strategische Orientierung. In: Die Ortskrankenkasse, Jg. 67, S. 581-596.

ELKELES, T.; LENHARDT, U.; ROSENBROCK, R. (1994): Betriebliche Prävention von Rückenschmerzen. In: R. ROSENBROCK; H. KÜHN; B.M. KÖHLER (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Edition Sigma.

FRICZEWSKI, F. (1996): Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter als Produkt betrieblicher Organisation. Ein systemischer Ansatz. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 96-211. Berlin: WZB.

FROMM, C.; GEORG, A.; PRÖLL, U. (1995): Reform des Arbeitsschutzes. Veränderte Handlungsbedingungen für die betriebliche Interessenvertretung. In: WSI-Mitteilungen, Jg. 48, S. 122-129.

GEORG, A.; STUPPARDT, R.; ZOIKE, E. (1981, 1982): Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen, 3 Bde. Essen: BKK BV.

HACKER, W. (1991): Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, Jg. 35 (NF 9), S. 48-58.

HARTMANN, S.; TRAUE, H.C. (1996): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld. Ulm: Universitätsverlag.

HAUß, F. (1983): Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb. Frankfurt a.M., New York: Campus.

HAUß, F. (1985): Verpaßte Gesundheit – Herausbildung und Wirkungsweisen präventiver Maßnahmen der Kassen. In: R. ROSENBROCK; F. HAUß (Hg.): Krankenkassen und Prävention. Berlin: Edtion Sigma.

HERITIER, A. (Hg.) (1993): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 24/1993. Opladen.

HIRSCH, J. (1995): Der nationale Wettbewerbsstaat. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus. Berlin: Edition ID-Archiv.

HOUSE, J.S. (1981): Work stress and social support. Reading MA: Addison Wesley.

KARASEK, R. (1992): Stress prevention through work reorganization: a summary of 19 international case studies. In: INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (Ed.): Conditions of work digest, Vol. 11, No. 2: Preventing stress at work. Geneva: ILO.

KARASEK, R.; THEORELL, T. (1990): Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.

KIRSCHNER, W.; RADOSCHEWSKI, M.; KIRSCHNER, R. (1995): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. St. Augustin: Asgard.

KONSTANTY, R. (1996): Das neue Arbeitsschutzrecht – Zukunftschance für die Gewerkschaften. In: Soziale Sicherheit, Jg. 45, S. 361-366.

KÜHN, H. (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten. Frankfurt a.M., New York: Campus.

KÜHN, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: Edition Sigma.

KÜHN, H.; ROSENBROCK, R. (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: R. ROSENBROCK; H. KÜHN; B.M. KÖHLER (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Edition Sigma.

LEITNER, K. (1993): Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Jg. 47 (NF 19), S. 98-107.

LENHARDT, U. (1994): Betriebliche Strategien zur Reduktion von Rückenschmerzen – Aspekte des Interventionswissens und der Interventionspraxis. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 94-206. Berlin: WZB.

LENHARDT, U.; ROSENBROCK, R.; ELKELES, T. (1996): Bedingungs- und Akteurkonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb – Ergebnisse aus vier Fallstudien. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 96-201. Berlin: WZB.

MARSTEDT, G. (1990): Schattenwürfe sozialer Rationalisierung. Zum Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. In: Psychosozial, Jg. 12, H. 2, S. 74-86.

MARSTEDT, G.; MERGNER, U. (1995a): Soziale Dimensionen des Arbeitsschutzes. Ein Handbuch für die staatliche Arbeitsschutzaufsicht. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

MARSTEDT, G.; MERGNER, U. (1995b): Gesundheit als produktives Potential. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen und betrieblichen Strukturwandel. Berlin: Edition Sigma.

MARTENS, H.; PETER, G.; PRÖLL, U.; SCZESNY, C. (1992): Arbeitsschutz und Betriebsalltag – Zusammenarbeit für Sicherheit und Gesundheit. Beiträge zum Workshop der sfs am 29.4.1992 in Dortmund. Sozialforschungsstelle Dortmund Landesinstitut, Beiträge aus der Forschung, Bd. 63. Dortmund: sfs.

MEIERJÜRGEN, R. (1994): Gesundheitsförderung und Krankenkassenwettbewerb. Die Auswirkungen des Gesundheitsstruktur-Gesetzes. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 48, H. 1-2, S. 58-64.

MÜLLER, R.; DEHNE, A. (1996): Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in der gesetzlichen Krankenversicherung Niedersachsens. Unveröff. Projektbericht. Bremen.

ORFELD, B. (1993): Betriebliche Gesundheitsförderung: Initiativen der Betriebskrankenkassen. In: BERATUNGSSTELLE FÜR TECHNOLOGIEFOLGEN UND QUALIFIZIERUNG IM BILDUNGSWERK DER DAG IM LANDE NIEDERSACHSEN E.V. (Hg.): Tagungsband Nr. 2: Gesundheitsförderung im Betrieb. Oldenburg: BTQ.

OSTERHOLZ, U. (1993): Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems 'Rückenschmerz'. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 93-204. Berlin: WZB.

OSTERHOLZ, U. (1995): Maßnahmen zur Prävention von Rückenschmerzen bei Krankenhausbeschäftigten – ein kritischer Literaturbericht. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 95-204. Berlin: WZB.

PRIESTER, K. (1997): Betriebliche Gesundheitsförderung: Voraussetzungen – Konzepte – Erfahrungen. Frankfurt a.M.: Mabuse (i.E.).

PRIOR, A.; RENNER, A. (1995): Bilanzierung belastungsorientierter Gesundheitsförderung im Betrieb – unter besonderer Berücksichtigung der körperlichen Belastungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschungsbericht Fb 723. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

PRÖLL, U. (1991): Arbeitsschutz und neue Technologien. Handlungsstrukturen und Modernisierungsbedarf im institutionalisierten Arbeitsschutz. Opladen: Westdeutscher Verlag.

PRÖLL, U. (1993): Von der Gewerbepolizei zum Vorsorgemanagement. Funktionswandel staatlichen Handelns in der betrieblichen Prävention. In: Jahr-

buch für Kritische Medizin 20: Die Regulierung der Gesundheit. Hamburg: Argument.

ROSENBROCK, R. (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Frankfurt a.M., New York.

ROSENBROCK, R. (1985): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung – ein Thema in einer Arena. In: F. NASCHOLD (Hg.): Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung. Frankfurt a.M., New York: Campus.

ROSENBROCK, R. (1993): Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt. Neue Botschaften – Chancen und Risiken ihrer Umsetzung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 20: Die Regulierung der Gesundheit. Hamburg: Argument.

ROTH, S. (1996): Lean Management, Arbeitsgestaltung und Gesundheit. In: U. BRANDENBURG; K. KUHN; B. MARSCHALL; C. VERKOYEN (Hg.): Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Tb 74. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

SIEGRIST, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

SLESINA, W. (1996): Betriebliche Gesundheitszirkel – eine Zwischenbilanz. In: U. BRANDENBURG; K. KUHN; B. MARSCHALL; C. VERKOYEN (Hg.): Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Tb 74. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

SOCHERT, R. (1996): Betriebliche Gesundheitsberichte und Gesundheitszirkel – von der Analyse zur Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen. In: BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSMEDIZIN (Hg.): Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen. Erfahrungen mit betrieblicher Gesundheitsförderung. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, Tagungsbericht 7. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

SOZIALFORSCHUNGSSTELLE DORTMUND LANDESINSTITUT; MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hg.) (1995): Regionale Kooperationsnetzwerke Arbeit und Gesundheit. Dokumentation der Informationstagung „Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt durch regionale Zusammenarbeit“, Dortmund, 25. Oktober 1995. Dortmund, Düsseldorf: sfs / MAGS.

WENGLE, E.; SCHMID, R. (1988): Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen durch Betriebskrankenkassen – Kurzbeschreibung des Modellprojekts und Stellungnahme zu den Projektfragestellungen. In: Die Betriebskrankenkasse, Jg. 76, S. 123-127.

WICKSTRÖM, G. (1992): Evaluation of work-related intervention studies to prevent chronification of back disorders. Veröffentlichungsreihe der For-

schungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 92-203. Berlin: WZB.