IIVG Papers

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung (IIVG)/Arbeitspolitik des Wissenschaftszentrums Berlin

IIVG/dp 85-203

Projekt BETRIEBSKRANKENKASSEN UND PRÄVENTION

Zusammenfassung des Ergebnisberichts

Berlin, Januar 1985
ISSN 0724-5084

Publication series of the International Institute for Comparative Social Research/Labor Policy
Wissenschaftszentrum Berlin
Steinplatz 2, D 1000 Berlin 12
030/313 40 81

Abstract

Die nach sozialer Schicht und Lebenslage ungleiche Verteilung von Gesundheits- und Lebens-Chancen findet in der Arbeitswelt sowohl einen wesentlichen Teil ihrer Verursachung als auch ihrer Ausdrucksformen und Folgewirkungen. Arbeitspolitisch bedeutsam ist deshalb die Suche nach Möglichkeiten gesundheitsgerechter Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Ansatzpunkten für Gesundheitssicherung im Betrieb.

Das hier in seinen Ergebnissen zusammengefaßte Projekt untersuchte die Möglichkeiten und Grenzen von Betriebskrankenkassen (BKK), arbeitsweltbezogene Prävention zu konzipieren und durchzuführen. Die BKK wird dabei als eine unter mehreren betrieblichen Arenen betrachtet, in denen das Thema "Arbeit und Gesundheit" von den Sozialparteien betrieblich bearbeitet werden kann.

Ausgehend von einer historischen Analyse wird zunächst die Position der BKK im betrieblichen Interessenzusammenhang bestimmt. Daraus lassen sich erste Schlußfolgerungen im Hinblick auf die Fähigkeit der BKK zu präventivem Handeln ableiten (Kap. 1). Diese werden durch eine Untersuchung der Verteilung und Streuung von Risiken sowie der Mittelverwendung in Abhängigkeit u. a. von Größe und Branchenzugehörigkeit der Kassen teilweise relativiert, teilweise präzisiert (Kap. 2).

Im dritten Kapitel werden stufenweise die Einengungen der rechtlichen und politischen Handlungsräume der BKK für Maßnahmen und Projekte der Prävention freigelegt. Die tatsächliche und mögliche Nutzung dieser Handlungsräume für Verläufe der Themenkarriere von "Arbeit und Gesundheit", einschließlich der dabei auftretenden Hindernisse und Filter und Abzweigungen solcher Thematisierungen in Kasse und Betrieb sind Gegenstand des 4. Kapitels.

Da arbeitsweltbezogene Prävention einen noch geringen Anteil an den Aktivitäten der Gesundheitsvorsorge durch BKK ausmacht, muß das gesamte Spektrum präventiver Kassenaktivitäten in Abhängigkeit von betrieblichen und kasseninternen Faktoren sowie hinsichtlich möglicher Übergänge zu betrieblich ansetzender Gesundheitspflege untersucht werden (Kap. 5).

Als Quersumme der vorangegangenen Ausführungen enthält das 6. Kapitel schließlich eine Zusammenstellung gesundheitspolitischer Ansatzpunkte in den Kassen, von denen aus eine Effektivierung der präventiven Praxis der BKK angegangen werden könnte.

Projekt

BETRIEBSKRANKENKASSEN UND PRÄVENTION

im Rahmen des Forschungsvorhabens "Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen"

gefördert vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Projektträger: Deutsche Forschungs- und Versuchsanstalt für Luft- und Raumfahrt e. V. (DFVLR)

Kennzeichen: 82/05/05-01

Projektleiter: Frieder Naschold

Projektbearbeiter: Gerd Göckenjan
Friedrich Hauß
Rolf Rosenbrock

Projektsekretariat: Hannelore Rees

Juristische Fachgutachten: Wolfgang Däubler, Bremen
Sabine Mirtsching, Frankfurt

Datenverarbeitung: Kurt Kersten, Berlin
Erika Zoike, Essen

Der Schlußbericht wurde im Juni 1984 abgeschlossen.

Redaktion dieser Zusammenfassung: Rolf Rosenbrock

BETRIEBSKRANKENKASSEN UND PRÄVENTION

- Zusammenfassung des Ergebnisberichts -

0. Schichtenspezifische Gesundheitsprobleme und Betriebskrankenkassen - Projektfragestellung Seite 1

1. Der Forschungsgegenstand: Die Betriebskrankenkasse als Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Betrieb Seite 7

2. Strukturelle Besonderheiten von Betriebskrankenkassen Seite 12

3. Gesetzliche Krankenversicherung im betrieblichen Spannungsfeld: Handlungsräume - Interessenkonstellationen - Politiktypen Seite 15

4. Arbeitsweltbezogene Prävention durch Betriebskrankenkassen - eine Themenkarriere Seite 26

5. Präventive Maßnahmen durch BKK - zwischen gesundheitspolitischer Wirkungslosigkeit, Kontrolle und Prävention Seite 40

6. Betriebskrankenkassen und arbeitsweltbezogene Prävention - Handlungsmöglichkeiten Seite 51

BETRIEBSKRANKENKASSEN UND PRÄVENTION

- Zusammenfassung des Ergebnisberichtes -

0. Schichtenspezifische Gesundheitsprobleme und Betriebskrankenkassen - Projektfragestellung

Gesundheitspolitische Strategien zum Abbau schichten- und lebenslagenspezifischer Ungleichheiten können sich ihren Zielen auf unterschiedlichen Wegen nähern. Ein erfolgversprechender Zugang besteht darin, der Entstehung von chronischen Volkskrankheiten, die den weitaus größten Teil der Morbidität und Mortalität in entwickelten Industriegesellschaften ausmachen, durch Maßnahmen der Prävention vorzubeugen. Dieses Herangehen kann dabei zwei Beiträge leisten:

- Angehörige unterer Sozialschichten sind von den chronischen Volkskrankheiten durchweg überproportional häufiger betroffen als Anghörige der Mittel- und Oberschichten. Sie würden infolgedessen von Erfolgen solcher Strategien überproportional profitieren, die schichtenspezifischen Ungleichheiten würden sich verringern.

- Jede bekannte Strategie zum Abbau schichtenspezifischer Ungleichheiten in bezug auf die Gesundheit beinhaltet als notwendigen ersten Schritt die Identifikation von Problemgruppen (wodurch auch immer diese als solche konstituiert sein mögen) und die Ermittlung von Faktoren, die ihre relativ schlechtere gesundheitliche oder Versorgungs-Lage bewirken. Genau dies ist aber auch notwendiger Bestandteil der Strategien zur Bekämpfung der chronischen Volkskrankheiten und damit eine Voraussetzung der notwendigen Neuorientierung des Gesundheitswesens auf den eingetretenen Wandel des Krankheitspanoramas.

Über seinen Beitrag zur Verringerung schichtenspezifischer Gesundheitsprobleme hinaus könnte dieser gesundheitspolitische Zugang deshalb auch zur Entlastung des institutionalisierten Medizinbetriebes in zweierlei Hinsicht beitragen:

- Durch die soziale und politische Bearbeitung von Problemen, die sich akut oder chronifiziert auch gesundheitlich äußern, an den Orten ihrer Entstehung kann die Fehlnutzung der Ressourcen des Gesundheitswesens spontan und rational, d. h. ohne administrative oder monetäre Zugangsbarrieren, verringert werden.

- Die chronischen Volkskrankheiten, die die Medizin durchweg nicht heilen kann und bei denen sich ihr Beitrag weithin auf Symptomlinderung und Betreuung beschränken muß, bilden eine große Last für das Gesundheitswesen. Wirksame Prävention könnte zu einer adäquateren Nutzung der professionellen und finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems beitragen.

Strategien volksgesundheitlich wirksamer Prävention müssen in den zentralen gesundheitlichen Risikobereichen ansetzen. Hier - in den Verursachungsfeldern - dürften auch die bedeutendsten Quellen schichtenspezifischer Ungleichheiten liegen. Die dort begründeten unterschiedlichen Risikolagen kumulieren mit Defiziten in der Reproduktions- und Rekreationssphäre sowie den schichtenspezifisch unterschiedlichen Zugangsbarrieren zu Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung zum Gesamtbild gesellschaftlich ungleicher Verteilung von Gesundheits- und Lebenschancen.

Einer der zentralen Verursachungsbereiche für die chronischen Volkskrankheiten ist die Arbeitswelt, in der Gesundheitsbelastungen und Kompensationsmöglichkeiten zudem besonders sichtbar ungleich verteilt sind. Präventive Strategien, die in der Arbeitswelt ansetzen, haben deshalb die Chance relativ großer Wirksamkeit,

- weil sie hier vielfach bis zu den letzten, gesundheitspolitisch noch beeinflußbaren Quellen gesundheitlicher Fehlsteuerungen vorstoßen können,
- weil sie hier auf auch quantitativ sehr wichtige Problemgruppen stoßen,
- weil die im Betrieb vorfindliche räumliche und zeitliche Konzentration von Menschen mit ähnlichen Gesundheitsbelastungen besondere Chancen für die Identifikation von Problemgruppen und für gesundheitliche Interventionen bietet.

Zu fragen ist deshalb nach Strategien, die einen gesundheitspolitichen Zugang zu dieser Sphäre und ihren gesundheitlichen Problemstellungen finden können.

Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, daß die direkt mit der Gesundheitssicherung am Arbeitsplatz befaßten Systeme (Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaften, betrieblicher Arbeitsschutz) diese Aufgaben überwiegend aus strukturellen Gründen nur unzureichend erfüllen können.
Verbesserungen arbeitsweltbezogener Prävention können deshalb auf zwei Wegen angestrebt werden: Über eine strukturgestützte Effektivierung der bestehenden Systeme und über die Einbeziehung bzw. Mobilisierung von arbeitsweltnahen Institutionen, die bislang noch nicht systematisch in diesem Bereich tätig geworden sind.

Unter dem letzteren verdienen die Betriebskrankenkassen (BKK) besondere Beachtung, die in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) bei knapp 800 privaten und öffentlichen Unternehmen fast aller Branchen bestehen und damit die Mehrzahl aller Krankenkassen stellen. Die Rechtsverhältnisse der BKK richten sich nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) und sind damit öffentliches Recht. Die inneren Strukturen (paritätische Selbstverwaltung mit Vertreterversammlung und Vorstand, Geschäftsführung) entsprechen weitgehend denen der anderen Kassenarten der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV). 1983 versicherten die BKK ca. 7,7 Millionen Personen, davon waren ca. 2,4 Millionen pflichtversicherte Mitglieder, 0,4 Millionen freiwillig versicherte Mitglieder, 1,4 Millionen Rentner und 3,5 Millionen Mitversicherte. Demnach ist knapp jeder siebte Beschäftigte in einer BKK versichert. Nach den Ortskrankenkassen sind die BKK die nach der Versichertenzahl zweitgrößte RVO-Kassenart. Vor allem in Folge des Prozesses der Unternehmenskonzentration schrumpft die Anzahl der BKK (um jährliche ca. 3%) schneller als die Anzahl der Versicherten, die z.B. im Jahre 1982 um 0,6%, im Jahre 1983 umd 1,7% zurückging.

Im Rahmen des hier berichteten Forschungsprojektes sollte deshalb systematisch folgenden drei Fragestellungen nachgegangen werden:

- In welcher Form und in welchem Ausmaß führen Betriebskrankenkassen Maßnahmen der Prävention durch, die über den normalen, durchschnittlichen Leistungskatalog hinausgehen?

- Welche fördernden und hemmenden Faktoren außerhalb und innerhalb der Kassen bestehen dabei, und zwar besonders im Hinblick auf solche Maßnahmen, die sich auf Gesundheitsrisiken der Arbeitswelt beziehen?

- Welche Schlüsse lassen sich aus den Ergebnissen ziehen, um die Praxis präventiver Maßnahmen von Betriebskrankenkassen effizienter gestalten zu können?

Als Instrument der Erhebung diente ein Fragebogen mit 42 Fragen und ca. 200 Variablen, der an alle Betriebskrankenkassen verschickt wurde. Der (anonymisierte) Rücklauf betrug - ohne Mahnaktion - ca. 60%. Zusätzlich wurden über 50 Experten aus Betriebskrankenkassen sowie Vertreter der Gewerkschaften, der Arbeitgeber und des Staates befragt. Die Fragebogen-Erhebung fand im Sommer 1983 statt, der Ergebnisbericht wurde im Juni 1984 abgeschlossen.

Die vorliegende Zusammenfassung versucht die wesentlichen Ergebnisse dieses Berichts auf ca. 10% seines Umfangs wiederzugeben. Dieser Verdichtung mußten sowohl methodologische Erörterungen als auch wesentliche Teile der Empirie als auch Begründungszusammenhänge zum Opfer fallen. Übriggeblieben ist eine sehr geraffte Darstellung der zentralen Gedankengänge mit den wichtigsten qualitativen und quantitativen Ergebnissen und thesenhaften Interpretationen.

Für den an Herleitungen und Details interessierten Leser kann die Zusammenfassung daher auch als Lesehilfe dienen.

Um diese Verwendung zu ermöglichen, wurde an der Kapitelgliederung des Gesamtberichts festgehalten. Danach enthält

<u>Kapitel 1. (Seite 7 bis Seite 11)</u>
aus einer historischen Analyse resultierende Ergebnisse zur Positionsbestimmung der BKK im betrieblichen Interessenzusammenhang sowie Schlußfolgerungen hieraus im Hinblick auf die Fähigkeit der Kassen zu präventivem Handeln;

<u>Kapitel 2. (Seite 12 bis Seite 14)</u>
Ergebnisse zur Verteilung und Streuung von Risiken sowie der Mittelverwendung in Abhängigkeit von Größe, Branchenzugehörigkeit etc. der Kasse;

<u>Kapitel 3. (Seite 15 bis Seite 25)</u>
die systemanalytisch gewonnene Bestimmung der rechtlichen und politischen Handlungsräume der BKK für Maßnahmen und Projekte der Prävention;

<u>Kapitel 4. (Seite 26 bis Seite 39)</u>
die Darstellung der Hindernisse, Filter und Abzweigungen in Kasse und Betrieb, die der Umsetzung von gesundheitspolitischen Impulsen in Maßnahmen arbeitsweltbezogener Prävention entgegenstehen;

Kapitel 5. (Seite 40 bis Seite 50)
die Darstellung aller Maßnahmetypen, die von den Kassen selbst der Gesundheitsvorsorge und Prävention zugeordnet werden;

Kapitel 6. (Seite 51 bis Seite 55)
als Quersumme der vorangegangenen Kapitel die Zusammenstellung von gesundheitspolitischen Ansatzpunkten in den Kassen, von denen aus eine Effektivierung der präventiven Praxis der BKK angegangen werden könnte.

1. Der Forschungsgegenstand: Die Betriebskrankenkassen als Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Betrieb[1)]

Insgesamt erscheint der Vorwurf, daß Betriebskrankenkassen "Arbeitgeberkassen" seien, der säkulare Prozeß der "Verstaatlichung patriarchalischer Sozialpolitik" also noch nicht sein Ende gefunden habe, zumeist ungerechtfertigt. Die Funktionsbereiche, die ehemals als einheitliche unternehmerische Sozialpolitik zusammenliefen, sind heutzutage ausdifferenziert und z. T. institutionalisiert.
Das Leistungs- und Verfahrensrecht ist soweit kodifiziert, die Leistungsfinanzierung und -erbringung soweit abgetrennt, daß der Verdacht des willkürlichen Gebrauchs sozialer Macht sich kaum noch an die Adresse des Arbeitgebers als Träger der BKK heften kann.

Allerdings gibt es immer wieder Versuche von Unternehmen, z. B. die Praxis der Arbeitsunfähigkeits-Bestätigungen der niedergelassenen Ärzte zu beeinflussen. Auch gibt es Hinweise, daß eine Reihe von Verwaltungspraktiken in den BKK die Arbeitgeberinteressen präferieren. Ebenso kann die Personaleinstellungshoheit des Arbeitgebers für das Kassenpersonal dazu führen, daß die Loyalität der Kassenbeschäftigten zum Arbeitgeber größer ist, als dies zur Abwicklung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenversicherung notwendig wäre. Gerade beim leitenden Kassenpersonal zeigt sich eine oft hohe Identifikation mit dem Trägerunternehmen - aber in der Regel auch eine ausgeprägte Vorsicht, sich offiziell und förmlich in betriebspolitische Probleme oder Auseinandersetzungen verwickeln zu lassen. Damit scheint die Balance der Interessen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern in den BKK keineswegs stärker gefährdet als in anderen Kassenarten, in denen es solche und ähnliche Probleme auch gibt. Zwischen dem Interesse

---

1) Entspricht im Ergebnisbericht dem Kapitel 1.: Die Betriebskrankenkassen - die Gesetzliche Krankenversicherung im Betrieb (Autor: Gerd Göckenjan), S. 15 - 64.

am Schutz im Erkrankungsfall, an der Übernahme von Krankheitskosten und flankierenden, gesundheitsschützenden Maßnahmen einerseits und dem Interesse an kontinuierlicher Arbeitsleistung für den Betrieb andererseits wird in den BKK in der Regel ein Ausgleich gefunden. Allerdings sind einige Trennwände zwischen den BKK und den Trägerunternehmen dünn und potentiell gefährdet.

Die historisch bedingten Unterschiede zwischen BKK und anderen GKV-Kassen haben sich also verwischt; wenn sich trotzdem Unterschiede in der Handlungsphilosophie zwischen den Kassen zeigen, so sind diese wohl weniger auf historisch gewachsene als auf jeweils aktuell verursachte Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten zurückzuführen, wobei für die BKK insbesondere ihre Nähe zum Betrieb von Bedeutung ist.

Die breit thematisierte Forderung nach Ergänzung der klassischen Kompensations- und Verwaltungspolitik durch eine präventive Orientierung traf in den 60er und 70er Jahren auf die BKK ebenso wie auf die anderen Kassenarten der GKV. Forciert wurde die Rezeption dieser gesundheitspolitischen Forderungen u.a. durch die Verabschiedung des Lohnfortzahlungsgesetzes im Jahre 1971. Auch bei den BKK schien danach der Personalbedarf deutlich geringer zu werden, und zahlreiche Geschäftsführer sahen die Gefahr, daß die Kassen zu reinen Abrechnungsstellen ohne Schalterverkehr werden könnten. Vielen erschien daher statt bloßer Leistungsverrechnung eine mitdenkende, vorbeugende, beratende und stützende Gesundheitsorientierung nicht nur leistungpolitisch erforderlich, sondern auch notwendig als Element einer Strategie der Bestandssicherung der Verwaltung selbst.

Die objektive gesundheitspolitische Notwendigkeit, präventive Maßnahmen durchzuführen, wurde zwar wissenschaftlich immer deutlicher nachgewiesen und politisch gefordert, aber von den Kassen häufig eher unter dem Aufwertungs- und Wettbewerbsgedanken verarbeitet. Die Kassenpolitik erschöpfte sich in

diesem Bereich weitgehend in der Angliederung von Sozialarbeitertätigkeiten, punktuellen, auf Verhaltensmodifikation bei den Versicherten abzielenden Programmen sowie Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung. Zu gesundheitsrelevanten Maßnahmen der Primärprävention ist es bis heute in größerem Umfang nicht gekommen. Im wesentlichen wurden entsprechende Aktivitäten als symbolische Politik betrieben.

Auch durch "rationale", meist ökonomisch argumentierende Begründungen für präventive Maßnahmen konnten diese nicht nachhaltig in der Praxis der BKK verankert werden. Denn eine präventive Gesundheitspolitik ist zunächst - im überschaubaren Zeithorizont von Kassenplanungen - tatsächlich keine Strategie zur Kostensenkung. Bestenfalls werden in einigen Bereichen Substitutionsmöglichkeiten feststellbar sein. Die zweifellos durch solche Maßnahmen steigerbare Lebensqualität ist jedoch nicht in Geldwerten ausdrückbar. Doch sind Zweifel an der ökonomischen Zweckmäßigkeit nur ein zusätzlicher Grund, der bei den Kassen die Herausbildung besonderer Präventionsphilosophien und entsprechender Strategien behindert.

Ein weiterer Grund besteht darin, daß solche Strategien nicht ohne weiteres mit den staatlichen, hoheitlichen Aufgaben, die die Kassen ebenfalls erfüllen müssen, kombinierbar sind. Eine präventive Gesundheitspolitik erscheint unter diesem Blickwinkel nach wie vor eher die Aufgabe von Gewerkschaften, Unternehmen, freien Trägern, informellen Gruppen und besonders dafür eingerichteten Institutionen. Unter den beschriebenen rechtlichen und tatsächlichen Bedingungen der GKV scheint eine präventive Gesundheitspolitik in den Kassen immer nur angelagert und eine freiwillige Aufgabe bleiben zu müssen, mit allen Mängeln (und Chancen), die das nach sich zieht.

Präventionspolitik als Bestandteil des verpflichtenden Leistungsrechtes der Kassen würde dagegen die Lösung einer Reihe von staatlichen Regulierungsproblemen voraussetzen. Zum Beispiel besteht die Schwierigkeit, positive Gesundheitsmaß-

stäbe zu normieren und zu kodifizieren, nach denen Einflußgrößen reduziert oder umgebaut werden müßten. Notwendig für eine gesundheitsschützende Orientierung der Kassen wären auch Instrumente und Sanktionen, um die Maßstäbe gegebenenfalls auch gegen den Willen de Verursacher von Gesundheitsrisiken durchzusetzen. Die Voraussetzungen dafür sind unter absehbaren Bedingungen nicht gegeben. Deshalb bleibt zunächst innerhalb der Kassen ein großes Stück konzeptionelle und praktische Präventionsarbeit zu leisten, ohne daß sie dabei auf direkte staatliche Unterstützung rechnen könnten.

Auf der Ebene der BKK kommen weiter Problem hinzu: Die Betriebsnähe, so vorteilhaft sie im Hinblick auf kontextbezogene präventive, schichten- und gruppenspezifische Gesundheitspolitik sein könnte, ist zugleich ein wichtiges Hemmnis ihrer Handlungsfreiheit: Zwar führen die Geschäftsführungen der Betriebskrankenkasse die sozialversicherungsrechtlichen Aufgaben selbständig und unabhängig durch. Aber sie sind zusätzlich zum institutionellen Konsens, der die GKV allgemein trägt, eingebunden in die spezifischen Interessen- und Machtkonstellationen des Betriebes. Dieses Geflecht von Interessen und Rücksichten ist gegenüber kasseninternen und -externen Konflikten sehr empfindlich. Anforderungen von Arbeitgeber und Betriebsrat müssen sorgfältig balanciert und befolgt werden. Besteht für große AOKen als selbständige Verwaltungen häufig eher das Problem, ihre Service-Leistungen gegenüber den Versicherten und der Arbeitgeberseite besonders herausstellen zu müssen, so sehen sich Geschäftsführer von BKK oft vor der Schwierigkeit, sich gegenüber Vereinnahmungsbemühungen, zufälligen wie gezielten, "neutral" zu halten.

Das "Neutralitätsgebot" öffentlich-rechtlicher Tätigkeit im Sinne fixierter Verfahren und Inhalte, die ihrerseits letztlich auf sozialen Interessenbalancen basieren, wirkt heutzutage in den BKK vor allem als Schutz der Versicherten. Dennoch können Arbeitgeberinteressen den Verwaltungsprozeß der BKK

viel leichter infiltrieren, als dies - trotz der Parität in der Selbstverwaltung - kontrolliert werden könnte.

Das Kassenhandeln der Betriebskrankenkassen zeichnet sich zudem durch eine hohen Anteil an informeller Politik aus. Dies ist einerseits eine Chance für Handeln, wenn Konsens möglich ist. Andererseits entstehen dabei auch Gefahren, denn informelle Prozesse sind von der Selbstverwaltung meist nicht kontrollierbar und bevorteilen regelmäßig eher die ohnehin dominanten Interessen. Zudem sind informelle Prozesse meist labil, im Falle von Konflikten brechen sie meist ab.

Die rechtlichen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen machen die BKK nach alledem nicht von vornherein zum "geborenen Präventionsanwalt". Diese Feststellung macht jedoch die Suche nach Möglichkeiten, wie die BKK auch unter gegebenen Rahmenbedingungen gesundheitspolitische Aufgaben als Präventions- und Regieinstanz im Gesundheitswesen übernehmen können, keineswegs überflüssig.

2. Strukturelle Besonderheiten von Betriebskrankenkassen[2)]

Die Besonderheiten der Positionierung der BKK im betrieblichen Interessengefüge werden ergänzt durch einige Strukturmerkmale der Verteilung von Versicherten, Risiken und Leistungen. Deutlicher als andere GKV-Kassen zeigen die BKK augenfällige Extreme in ihren leistungsauslösenden und Leistungs-Strukturen, also in der Zusammensetzung der Versicherten, beim Krankenstand, in den Ausgaben für Vorsorge und Früherkennung und den vertrauensärztlichen Dienst etc.. Diese große Varianz erklärt sich aus dem Umstand, daß sich die Vielfalt der Arbeitswelt und ihrer produziernden Einheiten für die BKK viel weniger auf einen Durchschnitt nivelliert als z. B. bei den AOKen, die jeweils viele verschiedene Betriebe versichern. Die unterschiedliche demographische Zusammensetzung der Belegschaften sowie regionale Faktoren und die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitsbelastung bilden sich in den Zahlenwerken der einzelnen BKK relativ ungebrochen ab.

Es liegt also im Charakter der Betriebsbezogenheit der BKK, daß bestimmte Merkmale des Betriebes, der Region und der Belegschaft in den Kassen zu besonderen Häufungen führen. Dies kann negativ in Form hoher Krankheitsrisiken, ungünstiger Altersstrukturen, niedriger Einkommen oder hoher Mitversichertenanteile und hoher Rentnerquoten auftreten; oder positiv in Form von sehr günstigen Risiko- und Kostenstrukturen. Kleinkassen mit den größten Vorteilen eines Betriebsbezuges, des engen, auf persönlicher Kenntnis beruhenden Kontaktes zwischen den Bedarfslagen der Versicherten einerseits und den gesundheitspflegerischen Möglichkeiten der Sozialversicherung andererseits stoßen hier am schnellsten an Handlungsgrenzen, je mehr ihre Kompetenz durch Problemkumulation gefordert ist.

---

2) Entspricht im Ergebnisbericht dem Kapitel 2.: Betriebskrankenkassen - plurale Formen und Verhältnisse (Autor: Gerd Göckenjan), S. 65 -102.

Als Ausgangshypothese über das Verhältnis zwischen erkennbaren Belastungsindikatoren und gesundheitspolitischem Verhalten der Kassen konnte angenommen werden, daß kleine Kassen bei hohem allgemeinen Kostendruck durch ungünstige Risikostrukturen dort sparen würden, wo es am leichtesten ist, also bei den Ausgaben für Gesundheitspflege, obgleich hier Ausgaben gesundheitspolitisch besonders nötig wären.

Mittlere und große Kassen, in denen sich extreme Bedarfslagen eher ausgleichen können, wie auch Kassen mit allgemein niedrigerem Kostendruck könnten - so die ursprüngliche Annahme - großzügigere, auf die Zukunft orientierte gesundheitspflegerische Ausgaben tätigen.

Diese Vermutungen zur kompensatorischen Finanzpolitik wie zur risikokompensatorischen Gesundheitspolitik durch die BKK liessen sich in dieser Weise nicht bestätigen. Es zeigten sich vielmehr im Ausgabenverhalten zwei deutlich unterscheidbare Gruppen von Kassen, und zwar relativ unabhängig von Problemdruck und Finanzkraft. So hat sich zwar klar herausgestellt, daß sich in den Kleinkassen z. T. gravierende soziale und gesundheitliche Probleme häufen. Es ist aber für keine Kassengröße feststellbar, daß kontinuierlich und adäquat auf die gesundheitspolitische Bedarfslage reagiert wird.

Die Höhe gesundheitspflegerischer Ausgaben bewegt sich offenbar unabhängig davon, ob hohe gesundheitliche Risiken bestehen oder nicht, und unabhängig davon, ob große Finanzierungsspielräume bestehen oder nicht.

Dieser Befund ist nur vor dem Hintergrund der Tatsache verständlich, daß die hier angesprochenen Ausgaben für Prävention und Gesundheitspflege am Gesamtbudget der Kassen einen im Vergleich zu den dominierenden Ausgaben für Krankenhilfe nur verschwindend geringen Anteil haben. Dieser Umstand verstärkt aber lediglich die These der relativen Marginalität

der Gesundheitspflege im Kassenhandeln: Das Ausgabenverhalten für Gesundheitspflege folgt eher der Verwaltungsphilosophie der Krankenhilfe und ist nicht in eine kontinuierliche, auf Gesundheitssicherung orientierte Kassenpolitik eingebunden.

3. Gesetzliche Krankenversicherung im betrieblichen Spannungsfeld: Handlungsräume - Interessenkonstellationen - Politiktypen[3)]

Als ein gesundheitspolitisch erfolgversprechender Zugang zum Abbau schichtenspezifischer Ungleichheiten in der gesundheitlichen Lage wurden Strategien der spezifischen und unspezifischen Prävention in der Arbeitswelt identifiziert. Die ersten beiden Kapitel der Untersuchung erbrachten überwiegend hemmende Faktoren, die einer Nutzung dieses Zugangs durch die betriebsnahen Institutionen der BKK entgegenstehen. Diese Hemmnisse liegen in der Arbeitgebernähe der Kasse, in den mehr auf Krankheitskostenverwaltung abgestellten Strukturen und Sichtweisen der Kassen und Kassenakteure sowie in der auch finanziell geringen Gewichtung von Gesundheitspflege durch die Kassen.

Gegenstand dieses Kapitels ist die Bestimmung der in diesem Rahmen verbleibenden bzw. zu entwickelnden gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten der BKK. Die zu diesem Zweck durchgeführte Systemanalyse begreift die formellen rechtlichen und organsatorischen Strukturen in gewissem Ausmaß als plastisches Material, das durch externe und interne Impulse sowie durch bestimmte Interessenlagen der Akteure geformt werden kann. Eine solche Analyse kann nicht beim unbefriedigenden, weil weithin inaktiven Status quo stehen bleiben. Sie muß vielmehr das System daraufhin untersuchen, ob unter der Annahme hoher gesundheitspolitischer Motivation und Kompetenz in Selbstverwaltung und Geschäftsführung innerhalb der Kasse gesundheitspolitsch relevante Handlungs- und Gestaltungsräume bestehen. Durch eine solche Betrachtung können operationalisierbare und erreichbare Ziele entwickelt werden, die am mobilisierbaren Interessenpotential der Selbstverwaltung und

---

3) Entspricht im Ergebnisbericht dem Kapitel 3.: Gesetzliche Krankenversicherung im betrieblichen Spannungsfeld: Handlungsräume - Interessenkonstellationen - Politiktypen (Autor: Rolf Rosenbrock), S. 103 -199.

der Geschäftsführung anknüpfen und damit die Gefahr von Resignation durch zu hoch gesteckte Ziel vermeiden. Die Untersuchung erfolgt insofern unter dem ausgewiesenen Interesse, den möglichen Beitrag der BKK zum Entwurf und zur Durchführung problembezogener, präventiver Gesundheitsstrategien zu bestimmen.

Die Analyse dieser Möglichkeiten ergibt einen sich mit jedem Analyseschritt verengenden Trichter:

1. Die erste Einengung stellen die durch Gesetzgebung und staatliche Aufsicht gesetzten Grenzen des Kassenhandelns dar. Die BKK ist eine GKV-Kasse. Struktur und Aufgaben richten sich nach der RVO. Die daraus resultierenden Eigenschaften und Abhängigkeiten sowie Einschränkungen und Möglichkeiten gesundheits- und betriebspolitischen Verhaltens (i.S.v. Handeln und Nicht-Handeln) bilden einen Rahmen, den weder eine BKK noch eine andere GKV-Kasse derzeit überschreiten kann.

   Dabei wird deutlich, daß die einzelnen Kassen von allen wesentlichen Feldern der Gesundheitspolitik (Beiträge/Mittelverwendung; Leistungsumfang und -struktur; Verhinderung von Gesundheitsschädigungen durch Einfluß auf krankmachende Faktoren) weitgehend abgeschnitten und für die Bearbeitung dieser Politikfelder auch nicht konstruiert sind. Dennoch verbleiben relevante Handlungsräume im formellen und informellen Bereich, die gegenwärtig noch keineswegs vollständig genutzt werden. Diese Räume liegen
   - in der offensiven Nutzung bestehender staatlicher Regelungen,
   - in Handlungen innerhalb bislang nicht verregelter Norm-Lücken sowie
   - in Maßnahmen, die unterhalb der Schwelle staatlicher Normierung bzw. unterhalb der "Reizschwelle" staatlicher Aufsichtsmaßnahmen liegen.

Für die Suche nach und die Nutzung von solchen, oft bescheidenen Möglichkeiten sprechen auch Erfahrungen aus vergleichbaren Politikbereichen, nach denen sich fixierte Handlungsräume als dehnbar erweisen, wenn sie innovativ und rational genutzt werden.

Dies läßt es lohnend erscheinen, die Möglichkeiten der BKK als gesundheitspolitische Regieinstanz analytisch weiter zu verfolgen. Ohne eine solche Regieinstanz ist die Etablierung eines Politikbereichs "Prävention in der Arbeitswelt" mit der erforderlichen Koordination im Hinblick auf Kuration und Rehabilitation sowie mit den notwendigen Rückkopplungen zur Erfolgskontrolle und Wissensakkumulation nur schwer vorstellbar.

2. In einem weiteren Schritt wird die politische Binnenstruktur der BKK untersucht. Die Kasse stellt sich dabei als Schnittstelle von unterschiedlichen Interessen der drei beteiligten Akteurgruppen dar: Unternehmerseite, Versicherte und Kassenmanagement. Unter den Interessen dieser Akteure ist dasjenige an Prävention bzw. dem Spezialfall Prävention in der Arbeitswelt nur eines unter vielen und bei weitem nicht das dominante. Es gibt demnach derzeit keinen geborenen Präventionsanwalt im Kassengefüge, der dieses Ziel aufgrund seiner eigenen Interessenlage dauerhaft so hoch besetzen kann, daß sich dies in einer durchschnittlichen Kasse sichtbar in Maßnahmen umsetzen würde.

3. Zudem stehen einer Bearbeitung des Problemfeldes "Arbeit und Gesundheit" durch die Kasse zwei Gründe entgegen:

a. Entwurf und Durchführung von Maßnahmen primärer Prävention berühren oftmals etablierte Interessen- und Machtpositionen und sind deshalb zumindest potentiell stets konfliktiv. Für die Austragung politischer Konflikte ist die Kasse jedoch explizit nicht konstruiert.

b. Die beiden Sozialparteien in der Selbstverwaltung der BKK können Probleme der betrieblichen Gesundheitspolitik sowohl in der BKk als auch im Betrieb austragen. Wahl und Wechsel der Arena stehen ihnen in gewissem Umfang frei. Ein Vergleich der Thematisierung- und Durchsetzungschancen in der BKK und im Betrieb legt einige Gründe dafür frei, weshalb die betriebliche Arena häufiger als Austragungsort gewählt wird. Andererseits ergibt derselbe Vergleich auch Aspekte, die auf komparative Vorteile für die Bearbeitung dieser Gesundheitsprobleme durch die BKK hinweisen.

Insgesamt ergibt sich aus dem zweiten und dritten Analyseschritt ein gegenüber dem staatlichen Rahmen weiter eingeschränkter Handlungsraum für arbeitsweltbezogene Prävention (weitere Verengungen des "Trichters"). Zu entsprechenden Maßnahmen kann es nur dann kommen, wenn mindestens einer der drei Akteure einen starken Impuls gibt und wenn Maßnahmen gefunden werden können, die im Konsensrahmen aller drei Akteurgruppen und unterhalb der Schwelle ernsthafter Konflikte mit der Umwelt der Kasse liegen.

4. Überdies zeigt sich, daß die BKK im betrieblichen Umfeld kein isoliertes Sozialsystem darstellt, sondern vielfältigen Einflüssen aus der betrieblichen Sphäre unterliegt. Diese können sowohl dazu führen, daß gesundheitspolitische Probleme gar nicht erst an die BKK herangetragen, sondern unthematisiert bleiben bzw. in der betrieblichen Arena bearbeitet werden. Sie können weiterhin dazu führen, daß die BKK als Feld für den Ausgleich von "offenen Salden" aus anderen Politikfeldern herangezogen wird. Nur selten führen betriebliche Konstellationen dazu, der Kasse gesundheitspolitische Aufgaben der Prävention "von außen" zuzuweisen.

5. Zusätzliche Einengungen des Handlungsraumes können sich aus weiteren Faktoren ergeben, die die Kasse nicht beeinflussen kann:

a) Die Betriebs- und damit die Kassengröße hat entscheidenden Einfluß auf die arbeitsteilige Organisation innerhalb der Kasse, die Beziehungen zwischen betrieblichen Instanzen und der Kasse, die Verregelung der Informationsflüsse zwischen Geschäftsführung und Selbstverwaltung sowie auf den Planungshorizont der Kasse und des Betriebes. Möglichkeiten der gesundheitspolitischen Aktivierung ergeben sich indes für jede Kassengröße. Das größte gesundheitspolitische Innovationspotential - das zeigen die Ergebnisse der schriftlichen Befragung - liegt derzeit in Kassen von Unternehmen zwischen ca. 2000 und 10000 Beschäftigten.

b) Die von der BKK nicht oder kaum zu beeinflussende Art und Weise, wie Interessengegensätze im Betrieb ausgetragen werden, hat insgesamt einen erheblichen Einfluß auf die Handlungsmöglichkeiten der Kasse. Handlungsraum für gesundheitspolitische Innovationen ergibt sich faktisch nur beim betrieblichen Politik-Typus "kooperativer Konfliktverarbeitung". Konfrontationen in der betrieblichen Sphäre können den Handlungsraum der Kasse dagegen stark verengen bzw. gänzlich blockieren, und zwar unabhängig davon, von welcher Seite und weshalb sie ausgelöst wurden. Ein stark konsensbetonter Politiktypus im Betrieb führt auf der anderen Seite in der Regel zur Ausklammerung, d.h. Nicht-Thematisierung arbeitsbezogener Gesundheitsprobleme.

c) Die Auswirkungen sowohl der gesamtwirtschaftlichen Krise wie auch einer schlechten ökonomischen Situation des Trägerunternehmens auf das Kassengeschehen sind überwiegend indirekt, in jedem Falle aber eher präventionshemmend. Sie können als regressives bis repressives sozial- und gesundheitspolitisches Klima im Betrieb beschrieben werden. In dieser Situation verringert sich der Stellenwert von Gesundheitspolitik im Betrieb. Außerdem verkleinert sich der Rahmen für von den

Akteuren einvernehmlich zu tragende Projekte. Zusätzlich ist die mobilisierbare Initiativkraft der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretung geschwächt.

6. Im gegebenen - engen - Rahmen hängt die Möglichkeit primär-präventiver Aktivitäten der BKK demnach entscheidend von der jeweiligen Ausprägung der Interessenkonstellation zwischen den drei Akteurgruppen in der Kasse (Unternehmer- und Versichertenvertreter, Kassenmanagement) ab. Die Analyse dieser Konstellationen ergibt drei Typen von Kassenverhalten:
   - Im Normalfall, d.h. bei Abwesenheit intern oder extern generierter Konflikte, aber auch ohne einen explizit gesundheitspolitischen Konsens über die Notwendigkeit von Primärprävention sind kaum Ansätze arbeitsweltbezogener Maßnahmen zu erwarten.
   - Gerät die Kasse in den Einflußbereich sozialer Konflikte, so zieht sie sich auf die Abwicklung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben zurück, Prävention ist dann kein Thema mehr. Konfliktstrategien zur Aktivierung der Kasse bewirken infolgedessen - zumindest kurzfristig - meist eine gesundheitspolitische Blockierung der Kasse (Konfliktfalle).
   - Besteht dagegen ein gesundheitspolitischer Konsens zwischen den Akteuren, so kann die Kasse die Grenzen ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben überschreiten und dabei auch in die betriebliche Sphäre hinein wirksam werden.

Diese Politikprozeßtypen sind nicht vollständig trennscharf, d.h. sie können sich innerhalb derselben Kasse teilweise zeitlich überlagern, indem z.B. Konflikte auf einzelne Interessenfelder innerhalb der BKK begrenzt bleiben, während der Konsens auf anderen Feldern erhalten bleibt. Auch sind sie nicht im strengen Sinne handlungsdeterminierend für die Kassenakteure. Vielmehr umschreiben

sie Bandbreiten und Korridore, innerhalb derer die Akteure jeweils kassen- und gesundheitspolitisch handeln können.

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

Ihre Wirksamkeit wurde vor allem in den 60er und 70er Jahren darin gesehen, daß sozialstaatliche Institutionen nur über die Medien Geld und Norm verfügen. Ihre Fähigkeit zur Bearbeitung sozialer Notlagen beschränke sich daher auf jene schmalen Problem-Segmente, die - direkt oder indirekt - durch Geldleistungen zu beheben seien (Ökonomisierung). Ihre Handlungskapazität sei weiter dadurch eingeschränkt, daß sie nur auf der Basis von positiven Rechtsvorschriften, die die Anspruchsgründe, die begünstigten Personen und die konkreten Leistungen festlegen, tätig werden dürften (Verrechtlichung). Diese Begrenzungen des Kassenhandelns sind in den vergangenen Jahren jedoch zumindest porös geworden: Die Einstellung von Sozialarbeitern zur (auch vorbeugenden und nachfolgenden) Betreuung von Problemgruppen, die Errichtung von Gesundheitszentren mit präventiver Zielsetzung, vorbeugende Programme im Alkohol- und Drogenbereich, aber auch Kampagnen zur Beeinflussung von gesundheitsriskantem Verhalten (Rauchen, Ernährung etc.) zeigen, daß die juristischen und politischen Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Kassen weithin unterschätzt worden sind. Diese Entwicklung hat die politikleitende Wirkung der Beschränkung des Kassenhandelns auf die Medien Geld und Norm - vor allem auf dem Gebiet der Krankenversorgung - keineswegs außer Kraft gesetzt, sie relativiert

aber ihre Bedeutung für das hier interessierende Problemfeld der Prävention beträchtlich.

8. Der damit gegenüber früheren Annahmen über externe Begrenzungen der Handlungsmöglichkeiten der Kassen geöffnete Handlungsraum erfährt im nächsten Analyseschritt jedoch eine erneute Einengung: Diese besteht darin, daß wegen des faktischen Konsenszwangs in der Kasse nur solche Projekte vorgeschlagen und umgesetzt werden können, die die Interessen der jeweils anderen Seite nicht ernsthaft tangieren. Gerade Maßnahmen arbeitsweltbezogener Prävention berühren aber fast immer die unternehmerische Gestaltungsautonomie und überschreiten gleichzeitig das vorherrschende gesundheitspolitische Paradigma. Damit sind zwei komplexe ökonomische und machtbesetzte Interessenpositionen angesprochen, deren Verteidigung von den jeweiligen Interessenträgern (vor allem Unternehmen und Ärzteverbänden) ein hoher Wert beigemessen wird. Ihre praktische Bearbeitung wird weiter dadurch erschwert, daß sie nicht nur von den unmittelbaren Interessenträgern vertreten werden, sondern in unterschiedlichen Abstufungen und Ausprägungen Eingang in das Alltagsdenken fast aller Kassenakteure gefunden haben. Andererseits sind die Interessenpositionen weder im Einzelfall noch im Zeitablauf starr und bleiben deshalb prinzipiell angehbar.

9. Allerdings bleiben in der Praxis die meisten Versuche der Überwindung dieser Hindernisse durch das Wirken der Konsensfalle unterhalb der Schwelle gesundheitspolitischer Effektivität. Deren Wirkungsmechanismus besteht vor allem darin, daß Kassenakteure dazu tendieren, gesundheitspolitische Vorschläge von vornherein so zuzuschneiden bzw. zu reduzieren, daß sie mit der (konsensualen) Kassenroutine verträglich bleiben. Dabei gehen die vermuteten bzw. bei früheren Versuchen erfahrenen interessenpolitischen Empfindlichkeiten der anderen Akteure schon in die Struktur und Reichweite der Forderungen ein. Dieses antizipative

Kompromißverhalten führt zwar dazu, daß das vorgeschlagene Thema (z.B. Prävention von Streß-Erkrankungen) überhaupt und zunächst ohne Konflikt in die Kasse (z.B. in die Selbstveraltung) eingebracht und dort diskutiert werden kann. Es limitiert aber in der Regel zugleich die Reichweite der diskutierten und potentiell durchsetzbaren Projekte auf solche Maßnahmen, die mit keiner (oder allenfalls mit einer) der beiden genannten Interessenpositionen kollidieren können. Dies führt in der Regel zu gesundheitspolitisch suboptimalen, häufig auch zu wirkungslosen oder sogar kontraproduktiven Ergebnissen. Solche "Problemlösungen" beziehen sich typischerweise nicht mehr auf gesundheitsriskante Arbeits- und Lebensverhältnisse, sondern nur noch auf gesundheitsriskantes Verhalten der versicherten Individuen oder weisen die Bearbeitung der Probleme dem damit letztlich überforderten Medizinbetrieb zu.

Die Praxis in einzelnen Kassen zeigt aber auch, daß die Wirksamkeit der Konsensfalle durch offene, aber sensible Thematisierung der beteiligten Interessenpositionen - bei Aufrechterhaltung des Basiskonsens - unterlaufen werden kann.

Die Handlungsfähigkeit der Kassen ist innerhalb der bis hierher analysierten Einengungen des Handlungsraumes vor allem dadurch eingeschränkt, daß die Intensität, mit der präventive Ziele innerhalb der Kassen thematisiert und verfolgt werden, in den meisten Fällen noch zu gering ist, um die praktischen Schwierigkeiten der Ingangsetzung solcher Maßnahmen auf einem für die Institution neuen Aktionsfeld zu überwinden. Prinzipielle Hindernisse wurden dagegen nicht festgestellt, wenn auch die Gesamtheit der Einengungen ('Trichter') die äußerst geringe Verbreitung wirksamer Maßnahmen der Primärprävention erklärlich macht.

10. Für eine Prognose der Entwicklungschancen kann positiv der Umstand in die Analyse einbezogen werden, daß vor allem in den letzten Jahren bei allen drei Akteurgruppen - aus teilweise unterschiedlichen Gründen und mit unterschiedlicher Intensität - eine Weiterentwicklung der Interessenpositionen in bezug auf die Prävention in der Arbeitswelt in Gang gekommen ist:

- Eine nicht mehr nur auf Verwaltung, sondern zunehmend auch auf gesundheitspolitische Sachverhalte bezogene Professionalisierung der Kassengeschäftsführungen führt zu wachsender Unzufriedenheit mit nur finanztechnischer und bürokratischer Routine im Kassengeschehen und schafft damit Voraussetzungen für gesundheitspolitische Initiativen.

- Bei den Versichertenvertretern in der Selbstverwaltung ist eine zunehmende Tendenz zur Beschäftigung mit dem Wandel des Krankheitspanoramas und seinen Gründen sowie, daraus resultierend, ein verstärktes Engagement für Kassenstrategien jenseits der kompensatorischen Krankenversorgung zu beobachten.

- Vor allem in größeren und/oder kapitalintensiven Unternehmen deutet sich ein Wandel in der Wertschätzung der menschlichen Arbeitskraft an, der über das Interesse an der aktuellen Leistungsfähigkeit und über eher patriarchalisch begründete Fürsorglichkeit hinausweist und damit - zumindest für Teile der Belegschaft - die Gesundheitspflege der Beschäftigten zum Bestandteil des betrieblichen Interesses werden lassen könnte.

Diese Entwicklungen können zu einer Vermehrung entsprechender Impulse und zu größerer Hartnäckigkeit bei der Verfolgung solcher Pläne führen. Das Ergebnis dieser relativ jungen Entwicklung könnte in einer zunehmenden Dynamisierung dieses Handlungsfeldes - auch für die BKK - bestehen.

11. Innerhalb des möglichen Konsensraumes liegt - als Ansatzpunkt für Strategien der Prävention - vor allem die - gegen Mißbrauch zu schützende - systematische Sammlung, Erhebung und Aufbereitung von Daten und Informationen über den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit. Diesbezügliche Projekte stellen eine notwendige, freilich nicht hinreichende Bedingung für wissenschaftlich fundierte und gezielte Präventionsmaßnahmen dar. Sie können unter gegebenen Bedingungen von keiner anderen Institution als der Kasse übernommen werden. Die gesundheitspolitischen Bemühungen aller drei Akteurgruppen der BKK können sich ohne Verletzung ihrer je eigenen Interessenpositionen diesem Feld zuwenden. Das gilt unabhängig davon, wer die aus den aufbereiteten Daten zu folgernden Maßnahmen tatsächlich umsetzt: Auch wo die gesundheitspolitische Durchsetzungskapazität der BKK nicht ausreicht, um präventive Maßnahmen im Betrieb einzuleiten (und diese Aufgabe infolgedessen den Sozialparteien zufällt), ist der Einsatz der Kassen für diesen Zweck sinnvoll und legitim: In jedem Falle wird damit eine notwendige Voraussetzung für "besondere und allgemeine Krankheitsverhütung" (§ 364, 1, 1 RVO) produziert. Zudem wäre mit solchen Projekten eine Aktivierung der Selbstverwaltung zu erreichen, die - weil sie erreichbare Ziele setzt - nicht schon den Keim der Resignation in sich trägt.

Gemessen an den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten der Primärprävention und des Abbaus schichtenspezifischer Ungleichheiten mag dieses Ergebnis der Analyse gering erscheinen. Bezogen auf die vorfindlichen Aktivitäten der BKK würde seine Umsetzung einen beträchtlichen Fortschritt auf dem Wege zu einer arbeitsweltbezogenen Prävention bedeuten.

4. Arbeitsweltbezogene Prävention durch Betriebskrankenkassen - eine Themenkarriere[1)]

Gegenstand dieses Kapitels der Untersuchung ist die Darstellung und Interpretation von Befunden zum Kassenhandeln aus der schriftlichen Befragung aller BKK. Dabei geht es um die tatsächliche Ausfüllung jener Handlungsräume, deren äußere und innere Grenzen im 3. Kapitel beschrieben wurden. Die Darstellung beschränkt sich dabei auf denjenigen Teil des Kassenhandelns, der mit Maßnahmen der arbeitsweltbezogenen Prävention in Zusammenhang steht. Der damit gewählte Ausschnitt ist enger als der des folgenden 5. Kapitels, in dem die Gesamtheit der von den Kassen präventiv gemeinten bzw. als präventiv bezeichneten Maßnahmen erörtert wird.

Arbeitsweltbezogene Prävention als Ansatz zum Abbau auch schichtenspezifischer Ungleichheiten in der gesundheitlichen lage stellt für die weitaus überwiegende Anzahl der BKK ein neues, prinzipiell aber begehbares Handlungsfeld dar, dessen gesundheitspolitische Bedeutung noch nicht ins allgemeine Bewußtsein der Kassenakteure gerückt ist.

Bestehende Ansätze, die zur Ausweitung diesbezüglicher Kassenaktivitäten führen bzw. als Belege für die meist noch implizite Präsenz dieses Problembereichs im Kassenalltag gelten können, werden in dieser Untersuchung entlang des Konzepts der Themenkarriere von "Arbeit und Gesundheit" dargestellt.

Mit dem Begriff der Themenkarriere ist sowohl der logische als auch - bezogen auf die je einzelne Maßnahme - der chronologische Weg betrieblich generierter Gesundheitsprobleme

---

1) Entspricht im Ergebnisbericht dem Kapitel 4.: Arbeitsweltbezogene Prävention durch Betriebskrankenkassen - eine Themenkarriere (Autor: Rolf Rosenbrock), S. 200 - 317.

gemeint. Dieser Weg führt vom Ort der Entstehung der Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz über eine Reihe betrieblicher Ebenen und Institutionen bis hin zu verschiedenen Bewältigungsinstanzen, von denen die BKK zwar nur eine unter mehreren darstellt, die aber im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht.

Zum anderen ist mit dem Begriff Themenkarriere der mit dem Ausbau dieser Wege verbundene Gesamtprozeß gemeint, der seitens der Kassen (und der anderen Bewältigungsinstanzen) zu erhöhter Aufmerksamkeit und Bearbeitungsbereitschaft gegenüber dem Problembereich "Arbeit und Gesundheit" führt. An der Bewältigung sind die Beschäftigten, die Informationsträger und -auswerter, betriebliche Instanzen (einschließlich des professionellen Arbeitsschutzsystems) und schließlich die Kassenakteure und die Träger der Durchführung entsprechender Maßnahmen beteiligt.

Eine vollständig funktionierende Themenkarriere kann (idealtypisch) wie folgt beschrieben werden: systematische Informationen über Gesundheitsprobleme (gesundheitliche Belastungskonstellationen, subjektive Befindlichkeitsäußerungen sowie Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklungen) gelangen von Versicherten, Vertrauensleuten, Betriebsräten, Versichertenvertretern, Betriebsärzten, betrieblichen Instanzen, aber auch von Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Region (z.B. niedergelassene Ärzte, Wohlfahrtseinrichtungen, kommunale Institutionen) zur BKK. Auf der Ebene der Kasse führt dies zur Identifikation gesundheitsgefährdender Konstellationen und/oder gesundheitlich gefährdeter Gruppen im Betrieb. Je nach Verursachung und Eingriffsmöglichkeiten lassen sich die weiteren Schritte, die von der BKK angestoßen oder selbst durchgeführt werden können, in drei Gruppen unterscheiden:

- Liegen die Ursachen der Gesundheitsprobleme im Bereich des betrieblichen Arbeitsschutzes, so kann die BKK auf der Basis ihres zwar informellen, aber praktisch wirksamen "gesundheitspolitischen Mandats" an die betrieblichen Instanzen

herantreten. Sie kann dabei entweder selbst eine Änderung bewirken, oder sie kann ihre Stellungnahme in den Betrieb einbringen und damit die Thematisierung in der betrieblichen Arena unterstützen. Als institutioneller Impulsgeber bzw. -verstärker auf der Basis fundierter Informationen bietet sich die BKK hierfür förmlich an (Präventionsanwalt).

- Zum Abbau von Gesundheitsgefährdungen, deren Ursachen auf den ersten Blick in gesundheitsriskantem Verhalten der Versicherten liegen, ist an die Entwicklung und koordinierte Implementation gezielter Programme mit aufeinander abgestimmten Instrumenten zu denken: Wenn solche Programme akzeptiert werden sollen (und das ist eine zwingende Voraussetzung ihrer Wirksamkeit), dann müssen die dem (Fehl-)Verhalten meist zugrundeliegenden Belastungskonstellationen in die Problem-Definition und -Bearbeitung eingezogen werden. Daneben und darüber hinaus ist an organisatorische Veränderungen im Betrieb in Kombination mit modernen Formen der Verhaltensbeeinflussung zu denken.

- Andere Verursachungskomplexe sind schwerer zu beeinflussen: Spezifische und unspezifische Streßkonstellationen, Zusammenwirken von Belastungen innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt, Probleme, die vorwiegend in betrieblichen Lohnformen, Arbeitszeitregimes und der Arbeitsgestaltung liegen. Aber auch für diese Problembereiche gibt es einen breiten Erfahrungsschatz über denkbare bzw. auch schon erprobte Programme, in denen betriebsstrukturelle, verhaltensbezogene und eventuell das Freizeitangebot einbeziehende Maßnahmekombinationen zum Einsatz kommen.

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

Ein wesentliches Erfordernis für das Funktionieren einer Themenkarriere liegt in einer für alle Beteiligten transparenten Evaluation entsprechender Projekte, die sich nicht auf den bloßen Zielerreichungsgrad der ursprünglich geplanten Maßnahme beschränkt, sondern den gesamten Prozeß von der Informationsgewinnung über die Maßnahmekonzipierung bis hin zur Implementation und handlungsorientierten Erfolgskontrolle mit einbezieht. Zum anderen ist eine dauernde Rückkopplung sowohl mit den betrieblichen Bereichen, aus denen die Probleme stammen, als auch mit den beteiligten Disziplinen der Medizin- und Sozialwissenschaften erforderlich.

Durch eine derart breite Anlage entsprechender Projekte steigen auch insgesamt das Problembewußtsein und der Kenntnisstand über Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten - dies ist der zweite Aspekt des Begriffs der Themenkarriere.

Die vorfindlichen Aktivitäten sowie typische Verläufe der Themenkarriere wurden aus der durch zusätzliche Experteninterviews validierten Auswertung unter allen BKK im Sommer 1983 rekonstruiert.

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

Dem Ausmaß dieser Differenz zwischen dem hohen allgemeinen Problembewußtsein über die Notwendigkeit von Prävention und den eher spärlichen Ansätzen konkret arbeitsweltbezogener Präventionsmaßnahmen können verschiedene Ursachen zugrundeliegen. Zunächst bietet sich die Vermutung an, daß der Umsetzung des vorhandenen Problembewußtseins in konkrete Maßnahmen derzeit besonders die durch die anhaltende Wirtschaftskrise oder eine schlechte ökonomische Situation des Trägerunternehmens gegebenen Bedingungen entgegenstehen.

1. In einem ersten Schritt wird deshalb empirisch geprüft, welchen Einfluß die gesamtwirtschaftliche Krise und die wirtschaftliche Lage der Trägerunternehmen auf die Entstehung entsprechender gesundheitspolitischer Ansätze ausübt.

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

   Aus diesen Befunden wird geschlossen, daß die Wirtschaftskrise zwar insgesamt ein regressives bis repressives gesundheitspolitisches Klima hervorruft, das auch im Betrieb und in der Kasse spürbar ist. Doch scheint die institutionelle Schwelle zwischen Trägerunternehmen und BKK

(mit ihren juristischen, ökonomischen und betriebspolitischen Aspekten) eine gewisse Unabhängigkeit der Kassen von der wirtschaftlichen Lage zu konstituieren. Die wirtschaftliche Lage bewirkt auf diese Weise zwar insgesamt eine Verengung des Handlungsraumes der BKK, jedoch verschließt sie nicht die gesundheitspolitischen Möglichkeiten der BKK, auch nicht in bezug auf Prävention. Insoweit kann von einer Kontingenz des Kassenhandelns in bezug auf das ökonomische Umfeld gesprochen werden.

2. Demnach müssen die Ursachen für die Kluft zwischen Problembewußtsein und den arbeitsweltbezogenen Aktivitäten in betriebs- bzw. kasseninternen Strukturen und Prozessen gesucht werden. Es werden deshalb die einzelnen "Stufen" der Themenkarriere in ihrer Reihenfolge analysiert.

3. Zunächst werden die Quellen und Wege untersucht, aus denen die Kasse Informationen über gesundheitliche Aspekte der Arbeitswelt erhält. Informationen werden dabei sowohl als die erste Stufe der Themenkarriere wie auch als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für gezielte Prävention in der Arbeitswelt betrachtet.

Insgesamt werden fünf Informationsquellen bzw. -wege unterschieden:

- 57% der Kassen erhalten Informationen über Kontakte der Kasse zum Betrieb sowie über Berichte von Versicherten. Diese Informationen gelangen überwiegend anläßlich anders motivierter Kontakte zwischen Versicherten und BKK bzw. Kassenpersonal in den Bereich der Kasse. Sie sind deshalb durchweg unsystematisch und keineswegs flächendeckend. Durch die Art des Informationsflusses ist auch nicht gewährleistet, daß die aus anderen Untersuchungen bekannten Defizite (z.B. schwache Artikulation besonders hoch belasteter Gruppen vor allem aus der Randbelegschaft) auf diesem Weg geringer sind. Dennoch liegt hier

ein beträchtliches und ausbaufähiges Informationspotential vor. Eine systematische organisatorische Öffnung der Kasse für diesen breiten Informationsstrom wäre im Zusammenwirken mit den anderen Informationsquellen für eine Strategie der Themenkarriere aus zwei Gründen unverzichtbar:

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

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

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

c) 40% der Kassen erhalten gelegentlich vom Betriebsarzt Informationen über arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme, in

weiteren 20% der Kassen ist der Kontakt mit dem Betriebsarzt institutionalisiert. Der Informationsfluß vom Betriebsarzt zur Kasse ist dann als präventionspolitisch besonders wertvoll einzuschätzen, wenn der Arbeitsmediziner entsprechend dem gesetzlichen Auftrag den Betrieb arbeitsepidemiologisch flächendeckend untersucht. Davon kann derzeit nicht als Regelfall ausgegangen werden.

d) In 28% der Trägerunternehmen ist es mindestens einmal zur Einladung an niedergelassene Ärzte aus der Umgebung gekommen, in 13% erfolgen solche Einladungen mit Betriebsrundgängen regelmäßig. An über 60% der Rundgänge nehmen Vertreter der BKK teil. Die Einbeziehung niedergelassener Ärzte in die Erörterung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme beinhaltet dann die Chance der Distanzverminderung zwischen den Sphären der Krankheitsentstehung und dem System der Krankenversorgung, wenn sie nicht zur Legitimierung von Forderungsabwehr bezüglich der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitswelt benutzt wird. Dem kann durch die Einbeziehung der Beschäftigten bzw. ihrer Vertreter als gleichberechtigte Partner in diese Kommunikation entgegengewirkt werden.

e) Unabhängig von Ausbau und Validität der anderen Informationsströme ist zur Identifikation gesundheitlicher Problemgruppen im Betrieb eine nach arbeitsepidemiologischen Kriterien angelegte Statistik erforderlich. In der Praxis der BKK überwiegen derzeit noch bei weitem die mehr oder weniger ausdifferenzierten AU-Statistiken, die für präventionspolitische Zwecke nicht oder nur sehr begrenzt brauchbar sind. Arbeitsepidemiologische Statistiken, in denen Krankheitsarten differenziert nach Belastungsbereichen im Betrieb erfaßt werden, finden sich derzeit in knapp 5% der befragten BKK. Die Existenz solcher Statistiken ist weder an bestimmte Betriebsgrößen noch an die Form der Datenverarbeitung gebunden.

4. Der Kenntnisstand der BKK über arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme (als Voraussetzung für gezielte Präventionsmaßnahmen) variiert in Abhängigkeit sowohl von betrieblichen Faktoren wie auch vom Ausbau der genannten fünf Informationswege sehr erheblich.

a) 8% der Kassen betrachten sich explizit als unzuständig für Fragen der Gesundheitsbelastungen in der Arbeitswelt, jedoch ist anzunehmen, daß sich unter jenen ca. 45% der Kassen, die die Existenz von besonders belastenden Arbeitsbereichen im Bereich ihrer Trägerunternehmen verneinen, ebenfalls zahlreiche Kassen mit einem derart betriebsabgewandten Aufgabenverständnis befinden. Solche Kassen nutzen auch die genannten Informationswege deutlich unterproportional.

b) Die Informiertheit über gesundheitliche Aspekte der Arbeitswelt steigt im Bereich der mittleren Trägerunternehmen (2000 bis 10.000 Beschäftigte) etwas an, in den Kassen von Großunternehmen sinkt sie dagegen wieder ab. Dafür achten die großen Kassen stärker auf Bereiche, die sie selbst (als Kassen) arbeits- und kostenmäßig besonders belasten.

c) Der direkte Kontakt zwischen Versicherten und Kassen stellt die derzeit bei weitem wichtigste Quelle für den Informationsstand und das Problembewußtsein bei den Kassen dar. Mit der Nutzung direkter Informationen aus dem Betrieb steigt z.B. die Kenntnis besonders belastender Arbeitsbereiche von 38% auf 85%.

d) Die Zusammensetzung der Selbstverwaltung übt einen statistisch nur geringen Einfluß auf den Informationsstand der Kassen aus.

e) Der Ausbau des Informationsweges vom Betriebsarzt zur Kasse weist keinen statistisch meßbaren Zusammenhang mit der

Kenntnis besonders belastender Arbeitsbereiche auf. Offenbar dienen die Informationen, die die Kasse von den Arbeitsmedizinern erhält, vor allem der Validierung von Informationen, die schon aus anderen Quellen vorliegen.

f) Während mit einer Ausdifferenzierung der Krankenstandsstatistiken lediglich kleinere Fortschritte in Richtung auf höheres Problembewußtsein zu verzeichnen sind, fällt bei den wenigen Kassen, die eine Krankheitsartenstatistik nach Betriebsbereichen führen, dies mit einem sehr viel höheren Kenntnisstand zusammen. Die Richtung des Kausalzusammenhanges bleibt dabei unbestimmt: Die statistische Grundlegung für eine Arbeitsepidemiologie kann sowohl das Ergebnis eines bereits hohen Problembewußtseins sein als auch eine niveaumäßige Anhebung des Kenntnisstandes erst bewirken.

g) Bei der Beurteilung des Einflusses der verschiedenen Informationswege auf Problembewußtsein und Kenntnisse der BKK darf nicht übersehen werden, daß für die Anlage von systematischen und gezielten Präventionsstrategien die Aktivierung aller Quellen erforderlich ist: Jede enthält Aspekte, die von den jeweils anderen nicht ersetzt werden können.

5. Im nächsten Schritt der Analyse zeigt sich, daß ein strenger Kausalzusammenhang zwischen der Informiertheit über betriebliche Gesundheitsprobleme und Aktivitäten arbeitsweltbezogener Prävention weder vorwärts noch rückwärts besteht: Weder führen Informationen über Gesundheitsprobleme regelmäßig zum Handeln (wenigstens nicht zu zielbezogenem Handeln) noch beruhen die feststellbaren Präventionsaktivitäten durchweg auf zielbezogenen Informationen.
Dies verweist auf die komplexen Beziehungen zwischen Impulsen in der Kasse und tatsächlich hervorgerufenen

Wirkungen (bewirkten Maßnahmen). Gesundheitspolitische Impulse von Akteuren in der Kasse können auf sehr unterschiedlichen Interessenpositionen und Zielsetzungen beruhen. Prävention in der Arbeitswelt steht dabei neben oder in Konkurrenz z.B. zu: Anhebung des Versorgungsniveaus der Versicherten, Reputation und Profilierung der Kassenakteure oder Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Kasse bzw. des Unternehmens. Die Bearbeitung dieser verschieden motivierten Impulse im Rahmen der kassentypischen Mechanismen von konsensfähiger Problemformulierung und Konsensfalle führt dann zu Ergebnissen, an denen Zielsetzung und Intensität des ursprünglichen Anstoßes oft nicht mehr ablesbar ist. Die Mehrzahl ursprünglich auf Primärprävention zielender Impulse, aber auch Thematisierungen anderer Problembereiche, führen dabei zu fünf Typen von Maßnahmen, die anstelle arbeitsweltbezogener Prävention durchgeführt werden (Ersatzhandlungen):

a) Problemreduktion liegt vor, wenn die komplexen Entstehungsbedingungen für Krankheiten auf das (falsche) Verhalten der Versicherten reduziert und auf dieser Ebene mit personenbezogen-individualisierender Gesundheitsaufklärung angegangen werden.

b) Sind die Grenzen der Wirksamkeit der vorwiegend kurativ orientierten Individualmedizin in bezug auf die wichtigsten Volkskrankheiten unübersehbar geworden, liegen jedoch die möglichen Ansatzpunkte echter Vorbeugung außerhalb des professionell definierten gesundheitspolitischen Grundverständnisses bzw. innerhalb hoch besetzter Interessenfelder, so kann es zu Umthematisierungen kommen. Der häufigste Typus sind vermehrte Früherkennungsuntersuchungen, aber auch die Finanzierung bzw. Bezuschussung zusätzlicher Kurmaßnahmen.

c) Eine andere Gruppe von Ersatzhandlungen anstelle eigener betrieblich orientierter Prävention durch die BKK

besteht darin, die identifizierten Gesundheitsprobleme ohne Nutzung der komparativen Vorteile der BKK an das professionelle Medizinsystem, vor allem an die Betriebsärzte und die niedergelassenen Ärzte der Umgebung, zu delegieren.

d) Vor allem Geschäftsführer und ihre Stellvertreter haben sich aufgrund des Dilemmas zwischen begrenzter institutioneller Handlungsfähigkeit und persönlich erlebten Handlungsnotwendigkeiten ein feingesponnenes System informeller Beziehungen und Maßnahmen geschaffen, mit dem sie unterhalb der Schwelle öffentlicher Sichtbarkeit und formeller Absegnung durch die Selbstverwaltung teilweise sehr wirksam gesundheitspolitische Aktivitäten entfalten.

e) Oftmals führen ursprünglich primärpräventiv gemeinte Impulse aus der Kasse letztlich zur Kontrolle der Versicherten, z.B. in bezug auf Arbeitsunfähigkeits-Zeiten und deren Gründe. Dabei kann es nicht nur zu einer Neutralisierung, sondern sogar zu einer Umkehrung der ursprünglich gemeinten Wirkungsrichtung kommen: ein ursprünglich belastungsmindernd gemeinter Anstoß kann zu einer eigenständigen Belastung der Versicherten in Form empfundener Diskriminierung, zusätzlicher Hemmungen für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie in Form von Arbeitsplatzfurcht werden.

6. Während relativ große Anteile der ursprünglich primärpräventiv gemeinten Impulse in Form dieser Ersatzhandlungen zu Brüchen in bzw. Abzweigungen von der Themenkarriere führt, findet nur der kleinste Teil seinen Weg in die Beeinflussung der Arbeitswelt: 7% der Kassen geben an, "Maßnahmen zu betrieblichen, arbeitsbedingten Risikofaktoren durchzuführen", knapp 5% der BKK führen solche Aktivitäten in Form von Programmen durch. 1% der Kassen nennt außerdem "Vorbeu-

geprogramme, die sich auf bestimmte Beschäftigtengruppen beziehen (z.B. Gymnastik für Schreibkräfte)".

Die Qualität dieser Maßnahmen konnte im Rahmen dieser Studie nicht evaluiert werden, da aus Datenschutzgründen nur die anonymisierten Fragebögen zur Verfügung standen, die einen Rückschluß auf die jeweiligen Kassen nicht mehr zuließen. Doch ist - relativ unabhängig von der tatsächlichen Qualität der Maßnahmen - die bloße Existenz solcher Bemühungen bereits ein sehr starkes Indiz für die Möglichkeit der Orientierung des Kassenhandelns auf das Problemfeld arbeitsbedingter Gesundheitsbelastungen. Die wenigen vorfindlichen Ansätze können zudem als Beginn eines Suchprozesses interpretiert werden, den es durch organisatorische und informationelle Bemühungen z.B. seitens der Verbände der BKK zu unterstützen gilt.

Für die Gangbarkeit dieses Weges spricht auch die Tatsache, daß in den letzten Jahren zahlreiche GKV-Kassen unter Beweis gestellt haben, daß sie zur Konzipierung und Implementation von Maßnahmen imstande sind, die quer zur Logik des Kassenhandelns im Rahmen von "Ökonomisierung" und "Verrechtlichung" stehen und über diese hinausreichen.

Weitere Anhaltspunkte für die gesundheitspolitische und organisatorische Anpassungsfähigkeit der BKK ergeben sich auch aus den Erfahrungen, die derzeit mit der Umsetzung des BdB-Projektes "Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen" gesammelt werden.

Werden weiterhin die bereits existierenden, vor allem informellen Aktivitäten von Kassengeschäftsführungen in Betracht gezogen, so eröffnen sich zusätzliche Perspektiven: Könnte auch nur ein Teil dieser Aktivitäten institutionalisiert und systematisiert werden, so würde die BKK im Verhältnis zum heutigen Zustand als lebendige sozialpolitische Institution im Betrieb sichtbar werden.

Eine Aktivierung der BKK für arbeitsweltbezogene Primärprävention ist demnach derzeit nur in ersten Ansätzen zu erkennen. Sie ist aber prinzipiell möglich.

Für die Kassenakteure stellt sich dabei die schwierige politische Aufgabe, den schmalen Grat einer Politisierung der Kassen zwischen blockierenden Konflikten und lähmendem Konsens zu finden. Auch wo dieser Weg nicht bis zu kassengetragener Prävention in der Arbeitswelt gangbar ist, können z.B. mit der Produktion arbeitsweltbezogener Gesundheitsdaten verbesserte Voraussetzungen betrieblicher Primärprävention geschaffen werden. Auch dies wäre ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitschancen in der Arbeitswelt und damit zum Abbau schichtenspezifischer Unterprivilegierung in bezug auf die Gesundheit.

5. Präventive Maßnahmen durch BKK - zwischen gesundheitspolitischer Wirkungslosigkeit, Kontrolle und Prävention[1]

Die empirische Untersuchung der Präventionsaktivitäten von BKK hat ergeben, daß Art und Ausmaß der durchgeführten Maßnahmen kaum durch eine erkennbare Systeamtik bestimmt sind. Diese Tatsache hat benennbare Gründe: Weder bei den Einzelkassen noch bei den Verbänden existiert eine konsistente Präventionsphilosophie oder gar eine entsprechende strategische Orientierung. Daß Prävention eine Notwendigkeit darstellt, wird zwar offiziell beteuert, jedoch bleibt unklar (und überwiegend wohl auch undiskutiert), inwieweit die Notwendigkeit der Prävention eine veränderte Gesundheitspolitik und eine darauf abgestimmt veränderte Position der Kassen innerhalb der Gesundheitspolitik zur Folge haben müßte.

Die Vielzahl der möglichen und denkbaren Maßnahmevarianten und die Vielzahl der sie jeweils bewirkenden Faktoren hat sich in der Realität infolgedessen noch nicht soweit gebündelt, daß die Entwicklung tragfähiger Typologien möglich wäre. Gleichwohl soll im folgenden ein Überblick über jene Faktoren gegeben werden, die die Entstehung und Ausprägung bestimmter Maßnahmen beeinflussen. Wenn die Bemühungen der BKK um Prävention in einem Umfang volksgesundheitlich wirksam gemacht werden sollen, wie es angesichts der Entwicklung der Volkskrankheiten und der begrenzten Möglichkeiten nur medizinischer Intervention notwendig wäre, dann bezeichnen diese Faktoren zugleich die gesundheitspolitischen Eingriffsvariablen.

Im 3. Kapitel der Untersuchung wurde gezeigt, daß die Faktoren, die die Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen erschweren, auf drei Ebenen liegen:

---

1) Entspricht im Ergebnisbericht dem Kapitel 5.: Die Maßnahmepraxis der Betriebskrankenkassen (Autor: Friedrich Hauß), S. 321-454.

- auf der rechtlichen Ebene,
- auf politischen Ebenen außerhalb der Kasse
- auf der Ebene der kasseninternen Politikprozesse.

Auf der rechtlichen Ebene ist den BKK die Entwicklung, Anregung oder Durchführung von präventiven, über den "normalen" Leistungskatalog hinausgehenden Maßnahmen nicht untersagt, wenn diese prinzipiell allen Mitgliedern zugute kommen können und in der Satzung verankert sind bzw. den Charakter von Modellversuchen haben. Daraus erwächst jedoch keine formelle Zuständigkeit der Kassen für solche Maßnahmen.

Gerade in bezug auf arbeitsplatzbezogene Präventionsmaßnahmen kann sich der Mangel an formeller Zuständigkeit als Hemmnis erweisen, wenn BKK versuchen, die gesundheitspolitisch evidenten Defizite auf diesem Problemfeld anzugehen. Gegenüber Interventionsversuchen seitens der BKK können die übrigen betrieblichen (Arbeitsschutzsystem, Betriebsrat, Management) und überbetrieblichen Akteure (Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaften) stets auf ihrer auch formellen Zuständigkeit beharren. Gegen diesen Einwand schützt die BKK auch nicht der Status einer unabhängigen Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Auch die für andere RVO-Kassen nach § 384, 1 RVO bestehende Möglichkeit, den Arbeitgeber zu zusätzlichen Beitragszahlungen heranzuziehen, wenn ihm eine durch die betrieblichen Arbeitsbedingungen verursachte erhöhte gesundheitliche Gefährdung der Beschäftigten nachgewiesen werden kann, existiert für die BKK nicht. Allerdings machen auch die anderen RVO-Kassen von dieser Möglichkeit, mit der sie in der Lage wären, betriebliche, arbeitsbedingte Ursachen von Erkrankungen zu thematisieren, keinen Gebrauch.

Wenn sich eine BKK unter diesen Bedingungen dennoch an Maßnahmen der arbeitsplatzbezogenen Prävention beteiligen oder

sie sogar durchführen will, so ist sie dabei auf die Zustimmung der anderen betrieblichen Akteure angewiesen, also auch deren Veto ausgesetzt.

Das Fehlen einer formellen Zuständigkeit auf dem Gebiet der arbeitsweltbezogenen Prävention verweist die BKk auf die labilen Bedingungen des allseitigen betriebspolitischen Konsens bzw. reduziert ihren Beitrag auf eine informelle Teilnahme an der Konzipierung und Durchführung solcher Maßnahmen. Dies macht erklärlich, weshalb in der Regel von den BKK von vornherein andere Maßnahmearten bzw. Ersatzhandlungen angezielt werden, deren gesundheitliche Wirkung jedoch als insgesamt geringfügiger eingeschätzt werden muß.

Auch auf <u>den politischen Ebenen innerhalb und außerhalb der Kassen</u> bestehen zahlreiche Faktoren, die die Kasse hauptsächlich auf eine am Verhalten der Versicherten orientierte Art der Prävention hinlenken. Hierzu zählen nicht nur die oft zwischen Unternehmen und Beschäftigten divergierenden Auffassungen über die Wünschbarkeit, Machbarkeit bzw. gesundheitliche Relevanz primärpräventiver Maßnahmen. Als besonders erschwerend hat es sich herausgestellt, daß die BKK weder für die Kassengeschäftsführung noch für die Selbstverwaltung eine politische Arena darstellt, die für die Austragung dieser Interessengegensätze sonderlich geeignet ist. Im 3. Kapitel wurde analysiert, daß die paritätische Zusammensetzung der Selbstverwaltung in der BKk mit dem ihr innewohnenden faktischen Konsenszwang nicht nur die Durchsetzung von Maßnahmen, sondern häufig auch bereits das Eindringen "brisanter" Themen in die Selbstverwaltung verhindert. Themen, bei deren Diskussion Interessengegensätze vermutet werden, gelangen deshalb oft gar nicht in die Selbstverwaltung und bleiben damit undiskutiert.

Zu den politischen Hemmnissen ist jedoch auch die vorherrschende gesundheitpsolitische Orientierung zu rechnen. Sie bezieht sich in ihrer maßgeblichen Variante immer noch auf das

einzelne, erkrankte Individuum und schenkt den krankheitsverursachenden Faktoren in Arbeits- und Lebenswelt deutlich weniger Beachtung. Auch wo Krankheitsursachen ins Blickfeld genommen werden, wird der individuelle Ansatz meist nicht überschritten, in dem der einzelne für den Umgang mit Gesundheitsrisiken (z.B. Alkohol, Nikotin, Ernährung, Bewegung) verantwortlich gemacht wird. Dieser Logik des "blaming the victim" folgen trotz aller pädagogischen Überformungen nach wie vor die meisten der über den Pflichtleistungskatalog hinausgehenden Präventions-Maßnahmen der Kassen. Die Tatsache, daß gesundheitliches Fehlverhalten seine Ursachen zu erheblichen Teilen in Arbeitsbelastungen, Rekreationsbedingungen und Umweltfaktoren findet, bleibt fast durchweg unberücksichtigt.

Angesichts des ungebrochenen Vorherrschens dieser individualisierenden Sichtweise haben einzelne Kassen oder Akteure in ihnen erhebliche Widerstände zu überwinden, wenn sie Elemente eines neuen, weiterblickenden Paradigmas für die Gesundheitspolitik einbringen wollen. Denn die individuell orientierte Gesundheitspolitik ist Ausdruck und Resultat der auf Individuen bezogenen, kurativen Medizin und entsprechend ausgestalteter medizinischer Interventionen. Diese zu finanzieren und sicherzustellen, gehört seit jeher zu den Aufgaben der Kassen, so daß sich die individuell ausgerichtete Sichtweise auch bei Problemen der Krankheitsverhütung und -vorbeugung bei den Kassen als handlungsleitend durchgesetzt und konserviert hat.

Ein weiterer politischer Faktor verstärkt die genannten Hemmnisse: Weil die Kassen eher der individualisierenden Sichtweise von Gesundheitsproblemen verpflichtet sind und weil sie keine formelle rechtliche Kompetenz z.B. zur arbeitsplatzbezogenen Prävention haben und weil die kasseninternen Meinungsbildungsprozesse so schwer für gesundheitspolitisch weiterreichende Konzepte zu öffnen sind, werden die Kassen, von Ausnahmen abgesehen, bislang auch kaum als betriebliche Bündnispartner für Maßnahmen der Primärprävention angesehen. Da sie also selten selber die Initiative ergreifen und auch

von den anderen betrieblichen gesundheitspolitischen Akteuren kaum als relevante Ansprechpartner betrachtet werden, bleiben die BKK von betrieblichen Prozessen arbeitsweltbezogener Prävention weitgehend ausgeschlossen.

Angesichts all dieser Hemmnisse wäre es verfehlt, eine Abschätzung bzw. Beurteilung des präventionspolitischen Potentials der BKK nur auf solche Kassenmaßnahmen zu stützen, die bereits heute an gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Lebensbedingungen ansetzen und die Sackgassen der Individualisierung vermeiden.

Gegen die Zugrundelegung eines derart strengen gesundheitspolitischen Maßstabes sprechen mehrere Gründe:

- Jede über den "normalen" Kassenalltag bzw. Leistungskatalog hinausgehende Maßnahme verweist auf ein Aktivitätspotential, das auch präventionspolitisch genutzt werden könnte.
- Auch vorgelagerte Aktivitäten, wie z.B. die Aufnahme von Informationen über Gesundheitsgefahren aus der Arbeitswelt, sind - entsprechend dem Konzept der Themenkarriere - als Schritte auf dem Wege zur Verhältnisprävention von Bedeutung.
- Zahlreiche kassenpolitische Impulse, die ursprünglich primärpräventiv gemeint waren, erfahren im Verlauf ihrer Bearbeitung in der Kasse eine Umlenkung in Richtung auf Ersatzhandlungen. Auch solchen Ersatzhandlungen liegt demnach häufig ursprünglich eine primärpräventive Zielsetzung zugrunde.

Eine Beschränkung der Untersuchung z.B. auf jene 7% der Kassen, die nach eigenen Angaben arbeitsweltbezogene Aktivitäten entfalten, würde infolgedessen nicht nur eine sehr schmale empirische Basis zur Folge haben, sondern auch die strukturellen Bedingungen der Entstehung solcher Maßnahmen, wie sie in den vorangegangenen Kapiteln analysiert wurden, außer acht lassen.

Die empirische Untersuchung ergibt einen weiteren Beleg für die Richtigkeit dieses Ansatzes: Die befragten BKK lassen sich grob in zwei Gruppen, nämlich in aktive und nicht-aktive BKK aufteilen. Während die aktiven Kassen gleichzeitig auf zahlreichen präventionspolitischen Gebieten tätig sind, finden sich bei den nicht-aktiven Kassen überwiegend keine oder nur sehr schwache diesbezügliche Aktivitäten. Eine Ausnahme bilden in diesem Zusammenhang lediglich solche Maßnahmen, die der Positionsverbesserung im Wettbewerb zwischen den Kassen dienen. Solche Maßnahmen werden auch häufig von sonst nicht aktiven Kassen durchgeführt.

Empirisch bleibt die Frage zu beantworten, durch welche Faktoren diese beiden unterschiedlichen Aktivitätsniveaus erklärt werden können. Dabei zeigt sich, daß die erhebbaren strukturellen Faktoren nur einen schwachen Erklärungswert für diese relativ klar unterscheidbaren Ausprägungen haben: Weder die Größe des Trägerbetriebes noch die sozial-demographische Zusammensetzung der versicherten Mitglieder noch die wirtschaftliche Lage des Trägerunternehmens üben einen bestimmenden Einfluß auf das Aktivitätsniveau der BKK aus. Ebensowenig systematisch verteilen sich die aktiven und nicht-aktiven BKK nach Wirtschaftsbereichen mit bekannt hohen Gesundheitsbelastungen der Beschäftigten oder nach dem Kenntnisstand der Kassen über betriebliche Gesundheitsprobleme oder nach der Höhe des Krankenstandes. Die einzige Ausnahme, die aber als erklärende Variable nicht ausreicht, bildet das Vorhandensein einer differenzierten Krankenstandsdokumentation bzw. einer arbeitsepidemiologisch geführten Krankheitsartenstatistik: Kassen, die dieses Instrument benutzen, führen deutlich überdurchschnittlich häufig freiwillige Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung durch. Aber auch hier muß die Frage nach der Richtung des Kausalzusammenhanges offenbleiben.

Dieser Befund läßt die Schlußfolgerung zu, die Gründe für das Aktivitätsniveau von BKK mehr im Bereich der gesundheitspolitischen Problemsicht seitens der Kassen zu sehen als in

strukturellen Faktoren. Diese Sichtweise der BKK ist ihrerseits das Produkt kasseninterner Politikprozesse, wie sie in den Kapiteln 3. und 4. analysiert wurden. Entsprechend den unterschiedlichen Aktivitätstypen können drei Sichtweisen unterschieden werden:

- wettbewerbsorientierte Sichtweise unter weitgehender Vernachlässigung gesundheitspolitischer Effektivitätsmaßstäbe,
- kontrollorientierte Sichtweise mit starkem Akzent auf individueller AU-Kontrolle,
- präventionsorientierte Sichtweise, einschließlich der derzeit noch relativ seltenen Orientierung auf arbeitsweltbezogene Prävention.

Diese drei Sichtweisen sind auch empirisch recht trennscharf zu unterscheiden, ihnen entsprechen auch bestimmte Maßnahmetypen.

Die aktiven Kassen finden sich am häufigsten in der dritten, oft jedoch auch in der zweiten Kategorie, während eine wettbewerbsorientierte Sichtweise auch mit einem insgesamt sehr niedrigen Aktivitätsniveau vereinbar zu sein scheint.

Die Abschätzung der gesundheitlichen Wirksamkeit präventiv gemeinter Maßnahmen ist wegen der Vielfalt und Komplexität der auf die Gesundheit einwirkenden Faktoren ein weithin ungelöstes Problem. Aussagen hierzu lassen sich meist nur auf Wahrscheinlichkeiten und Plausibilitäten gründen. Die nachfolgenden Ausführungen zur Wirkungsvermutung präventiv gemeinter bzw. deklarierter Kassenmaßnahmen sind unter diesem Vorbehalt zu lesen.

Wettbewerbsmaßnahmen erfüllen in aller Regel nicht die Voraussetzungen einer gesundheitlichen Wirksamkeit. Zum einen liegt ihnen meist keine nach gesundheitlichen Kriterien (der Belastung, der Lebenslage, der Morbidität, der Zugangsbarrieren zu Gesundheitseinrichtungen etc.) vorgenommene Zielgrup-

penanalyse zugrunde. Vielmehr richten sie sich meist entweder an eine nur vage definierte "Öffentlichkeit" oder an nach Marktkriterien ausgewählte Gruppen potentieller Versicherter (bei den BKK: freiwillig Versicherte). Zum anderen fehlt ihnen zumeist auch das für Gesundheits- und Risikoaufklärung erforderliche Minimum an Zeitstabilität. Dieser Mangel kann auch nicht dadurch geheilt werden, daß Wettbewerbsmaßnahmen und solche der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit sich bevorzugt jener Medien bedienen, die auch für eine sinnvolle Aufklärungsarbeit in Frage kämen. Hinzu kommt, daß Kassen mit vorwiegend wettbewerbsorientierter Sichtweise deutlich seltener solche Medien benutzen, deren Einsatz zwar etwas aufwendiger ist, die aber eher dazu geeignet sind, den Inhalt der Gesundheitsbotschaft zu vertiefen (z.B. Beratungen, Vorträge, Zusammenarbeit mit VHS etc.). Aus der Orientierung auf den Wettbewerb resultiert infolgedessen ein gesundheitspolitisch unzweckmäßiger Einsatz von Ressourcen.
Unter den Wettbewerbsmaßnahmen finden sich auch Ergebnisse von Umthematisierungen bzw. Ersatzhandlungen für ursprünglich präventiv gemeinte Aktivitäten. So wird häufig berichtet, daß Aktivitäten der Gesundheitsaufklärung von ihren jeweiligen Initiatoren gegenüber der Geschäftsführung bzw. der Selbstverwaltung "wettbewerbsgerecht verpackt" werden müssen, um sie "schmackhaft" zu machen. Im Ergebnis kommt bei solchen Aktivitäten der möglicherweise wirksame Aspekt der Gesundheitsaufklärung gegenüber dem Wettbewerbsaspekt meist zu kurz.

Maßnahmen der Kontrolle der Versicherten sind in praktisch allen BKK anzutreffen. Überwiegt jedoch die kontrollorientierte Sichtweise in der Kasse, so treten andere Maßnahmetypen dahinter zurück. Dies findet sich überproportional häufig bei sonst eher nicht-aktiven Kassen. Maßnahmen der Kontrolle können formellen und informellen Charakter haben.

Sonst eher nicht-aktive Kassen bemühen überproportional häufig die formelle Kontrolle mittels des vertrauensärztlichen Dienstes (VäD). Es besteht bei den BKK ein fast linear-negati-

ver Zusammenhang zwischen der Höhe der Ausgaben für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und den Ausgaben für den VäD. Dabei scheint die aus einschlägigen Untersuchungen stammende Erkenntnis noch keinen Eingang in die Kasse gefunden zu haben, derzufolge die unterschiedlich liberale oder restriktive Handhabung des VäD keinen nennenswerten Einfluß auf Höhe und Verteilung des Krankenstandes ausübt. Auf der informellen Ebene verfügen die BKK prinzipiell über zahlreiche Möglichkeiten, in dichter, wechselseitiger Kommunikation zwischen Kasse und Betrieb problematische Einzelfälle zu identifizieren und zu verfolgen. Kontrollmaßnahmen reichen dabei von der "vertraulichen Kontaktaufnahme" der Kasse mit dem Versicherten bis hin zur Benachrichtigung bzw. Einschaltung des betrieblichen Vorgesetzten oder der Personalabteilung. In einzelnen Fällen wird dies sogar damit begründet, daß die Personalabteilung auf diese Weise die Mitbestimmungsmöglichkeiten des Betriebsrates umgehen kann. In der Regel führt die Kasse jedoch Maßnahmen der AU-Kontrolle eigenständig und ohne Kontakte zum Betrieb durch. Die Wirkung solcher Maßnahmen auf die Versicherten wird dadurch jedoch nicht geschmälert, und die Kassen nehmen dabei durchaus Funktionen wahr, die auch im Interesse eines kurzfristig orientierten Personalmanagement liegen können.

Maßnahmen der Krankenstands- bzw. AU-Kontrolle können als direktes Gegenteil von arbeitsweltbezogener Prävention betrachtet werden. Nach allen vorliegenden Untersuchungen haben sie keinerlei gesundheitspolitisch positiv zu bewertende Wirkung. Vielmehr sind sie als Versuche zu sehen, betriebliche Probleme mit repressiven Maßnahmen durch die Kasse zu lösen.

Die meisten präventionsorientierten Maßnahmen der BKK lassen sich den Bereichen der Gesundheitsaufklärung, der medizinischen Vorsorge und Früherkennung sowie der Verhaltensbeeinflussung zuordnen. Bei aller sonstigen Unterschiedlichkeit ist ihnen durchweg eine individualisierende Sichtweise von Gesundheits-/Krankheitsproblemen gemeinsam. Lebenslagenbezo-

gene oder schichtenspezifische Zielgruppenanalysen liegen diesen Maßnahmen allermeist nicht zugrunde, moderne Techniken der Evaluation finden keine Anwendung. Eine Beurteilung der möglichen Wirkung dieser Maßnahmen ist schwierig. Sie dürfte stark davon abhängen, wie und in welcher Bündelung diese Maßnahmen durchgeführt werden und - vor allem im Falle verhaltensbeeinflussender Maßnahmen - welche Themen und Medien gewählt werden und wie der soziale Kontext des gesundheitlichen Fehlverhaltens einbezogen wird.

Die auch aus schulmedizinischer Sicht stärker werdenden Zweifel an der Effektivität von z.B. Früherkennungsuntersuchungen haben bislang keine Konsequenzen bei den Kassen gezeitigt.

Bei den Maßnahmen der Aufklärung und Verhaltensbeeinflussung fällt die weitestgehende Aussparung der Arbeitswelt auf. Der Grund hierfür kann nicht in mangelnder Kreativität der BKK gesehen werden: So veranstalten einzelne Kassen über Monate hin angelegte Kampagnen über Alkoholabusus, führen findige "Ernährungswochen" in Zusammenarbeit mit Betriebskantinen durch oder veranstalten zusammen mit Automobil-Clubs Sicherheits-Trainingskurse für Zweiradfahrer. Diese Maßnahmen zeigen, daß die Kassen über ein beträchtliches Know-how und über beträchtliche Ressourcen auf diesen Gebieten verfügen. Zu fragen bleibt, weshalb nicht mit gleicher Intensität auf die Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt eingegangen wird.

Bei solchen Aktivitäten ist die BKK auch - zumindest formell - nicht auf das Einverständnis anderer Institutionen angewiesen. Angesichts der unübersehbaren Defizite auf diesem Gebiet könnte gegen entsprechende Bemühungen der BKK vernünftigerweise auch nicht eingewendet werden, daß dabei Doppelarbeit geleistet wird. Hier liegt ein volksgesundheitlich außerordentlich wichtiges Gebiet für Aufklärung und Verhaltensbeeinflussung derzeit noch weitgehend brach. Die beschäftigten Mitglieder könnten über die Risiken und möglichen Folgen für

ihre Gesundheit aufgeklärt werden, und es könnten ihnen mit den Mitteln moderner Verhaltensbeeinflussung Möglichkeiten geboten werden, sich gegenüber diesen Risiken gesünder zu verhalten. Arbeitsepidemiologische Daten und der Ausbau der direkten Kommunikationswege zwischen Kasse und Versicherten könnten diesen Prozeß wirksam unterstützen.

Maßnahmen der arbeitsplatzbezogenen Prävention als wichtiger Spezialfall präventionsorientierter Aktivitäten bilden derzeit noch die Ausnahme bei den BKK. Eine gesundheitspolitische Evaluation solcher Maßnahmen konnte im Rahmen dieser Untersuchung aus Datenschutzgründen nicht vorgenommen werden, sie muß evtl. weiteren Fallstudien vorbehalten bleiben.

Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen finden sich fast ausschließlich in der Gruppe der aktiven Kassen, also bei solchen BKK, die auch überdurchschnittlich häufig andere Aktivitäten der Prävention, seltener jedoch Wettbewerbsmaßnahmen durchführen. Kenntnisse über konkrete Arbeitsbedingungen und -belastungen sind häufig Voraussetzung und befördern zugleich das Zustandekommen arbeitsweltbezogener Maßnahmen, sind aber offensichtlich nicht deren zwingende Voraussetzung. Solche Maßnahmen werden auch dann durchgeführt, wenn z.B. keine Kenntnis über belastende Arbeitsbereiche oder gesundheitliche Problemgruppen im Betrieb vorliegen. Es steht deshalb zu vermuten, daß auch das Zustandekommen arbeitsweltbezogener Prävention vom Verlauf jener schwer systematisierbaren Prozesse in der Kasse abhängt, die auch für andere Maßnahmearten ausschlaggebend sind. Die diesen Prozessen anhaftende Abhängigkeit vom Engagement einzelner Personen oder auch von schlichten Zufällen wird sich wahrscheinlich erst dann verringern, wenn sich bei den Kassen konkrete Vorstellungen, Strategien und Philosophien durchsetzen, die das Kassenhandeln explizit auf die drängendsten volksgesundheitlichen Probleme beziehen.

6. Betriebskrankenkassen und arbeitsweltbezogene Prävention - Handlungsmöglichkeiten

Abschließend sollen einige Ebenen und Felder angesprochen werden, auf denen BKK unter den gegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen Aktivitäten arbeitsweltbezogener Prävention einleiten bzw. ausbauen können.

Im dritten Kapitel wurde als für Präventionsmaßnahmen relativ bestgeeignete Politikform eine im Basiskonsens bleibende Politisierung des Kassengeschehens auf der Grundlage einer größeren Offenheit bei der Formulierung der jeweiligen Interessenpositionen durch die drei Kassenakteurgruppen identifiziert. Nun ist aber die Veränderung einer Poltiikform meist kein isolierbares Ziel. Vielmehr läßt sich eine Entwicklung auf dieses Ziel hin am ehesten dadurch in Gang setzen, daß ein oder mehrere Akteure konkrete präventionspolitische Projekte in die BKK einbringen und dabei die eher unfruchtbaren, weil dethematisierenden Diskussions-und Bearbeitunsformen in der Kasse schrittweise überwinden. Die relativ schwache Strukturiertheit der Aushandlungsprozesse für solche innovativen Projekte bietet dabei auch einzelnen Akteuren die Möglichkeit, bei Beachtung der betriebspolitischen Handlungsbedingungen Änderungen der politischen Bearbeitungsform zumindest anzustoßen. Die Veränderung der Politikform ist insoweit sowohl Voraussetzung wie auch ein mögliches Produkt der Bearbeitung konkreter präventionspolitischer Projekte durch die BKK. Der schmale Pfad einer transparenten Interessenaushandelung innerhalb der Kasse zwischen blockierendem Konflikt und lähmendem Konsens wird dabei um so gangbarer werden, je mehr sich die Interessenpositionen der Kassenakteure weiterentwickeln und damit zumindest kassenöffentlich diskutierbar werden.

Dieser Prozeß kann durch gezielte Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung befördert und in bestimmtem Umfang auch gesteu-

ert werden. Auch gesundheitspolitische Sichtweisen sind durch Informationen beeinflußbar. In diesem Sinne können z.B. die Lehrgangsprogramme der zentralen Schule des BdB in Rotenburg, aber auch die Bildungsveranstaltungen der Sozialparteien im Hinblick auf Probleme, Defizite und Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitspolitik bei verändertem Krankheitspanorama, über Grundbegriffe und Anwendungsmöglichkeiten von Epidemiologie und Sozialmedizin erheblich ausgeweitet und vertieft werden. Auf mangelndes Interesse werden solche Angebote gewiß nicht stoßen. Zusätzlich zur Vermittlung einer mehr präventionsbezogenen Sichtweise von Mandatsträgern der Selbstverwaltung und Kassenmitarbeitern kann auf diese Weise auch ein Beitrag zur gesundheitspolitischen Professionalisierung der Kassengeschäftsführer geleistet werden, die über die immer noch vorherrschende Verwaltungssichtweise hinausreicht.

Ein weiteres Grunderfordernis jeder Erweiterung des präventiven Handlungsfeldes besteht darin, das Spannungsverhältnis zwischen Dezentralität und Zentralität fruchtbar zu machen. Konkrete Maßnahmen und Strategien der Prävention können sinnvoll nur kontextnah, d.h. vor Ort und dezentral, auf der Basis konkreter Problemanalysen entwickelt werden. Die Aufgabe der Organisationszentralen, d.h. der Verbände der BKK und der Sozialparteien, besteht darin, diese Strategien bzw. die mit ihnen gesammelten Erfahrungen, zusammenzuführen, zu bündeln und rückzukoppeln. Damit wird zum einen ein wachsender Bestand von möglicherweise umwegsparenden Informationen für die einzelnen Kassen abrufbar. Zum anderen kann von den zentralen Stellen gegebenenfalls leichter die Aufgabe übernommen werden, sich als notwendig erweisende Veränderungen der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen in die Wege zu leiten.

Als weiterer Ansatzpunkt für die gesundheitspolitische Thematisierung und Effektivierung des präventiven Handelns bieten sich auch der Ausbau und die Verstetigung der derzeit überwiegend informellen Handlungsroutinen an. Vor allem von Geschäftsführungen einzelner BKK wird bereits heute in einer

Vielzahl von Fällen der Wiedereingliederung, Rehabilitation und Umsetzung, aber auch bei der Identifizierung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und Erkrankungen wirksame Koordination zwischen den Versicherten und den betrieblichen bzw. Kassen-Instanzen betrieben. Diese Aktivitäten funktionieren derzeit überwiegend ohne formelles Mandat und ohne Beschlußfassung bzw. Kontrolle durch die Selbstverwaltung. Angesichts der Personengebundenheit und Störanfällgikeit informeller Maßnahmen sollte nach Möglichkeiten und Wegen gesucht werden, diese z.T. seit vielen Jahren bestehenden Aktivitäten soweit wie möglich auf die Ebene offiziellen Kassenhandelns zu heben und ihnen durch Systematisierung die Zufälligkeiten des Eingreifens (und damit verbunden: die Ungleichbehandlung substantiell gleicher Fälle) zu nehmen.

Die in großem Umfang zu beobachtenden Maßnahmen der Aufklärung, Gesundheitserziehung und versuchten Verhaltensbeeinflussung der Versicherten können, wenn sie in Form kontinuierlicher, didaktisch konzipierter Programme durchgeführt werden, erheblich effektiviert werden. Dabei wären im Gegensatz zur derzeit weit überwiegenden Praxis die Gesundheitsrisiken aus der Arbeitswelt verstärkt zu thematisieren. Bloße Gesundheitspropaganda, die persönliches Fehl- oder Risikoverhalten in den Mittelpunkt stellt, ohne die Mitverursachung solchen Verhaltens durch objektive Belastungen und ihre subjektive Verarbeitung zu thematisieren, dürfte in Zukunft immer weiter an Glaubwürdigkeit und damit Wirksamkeit verlieren.

Das wichtigste Feld für den Einstieg und die Erprobung präventiver Sichtweisen und Aktivitäten stellt die Sammlung, Systematisierung und Auswertung arbeitsweltbezogener Gesundheitsdaten dar. Zur Methodik der Erhebung und Interpretation solcher Informationen sind in den vergangenen Jahren in zahlreichen Projekten Grundlagen geschaffen worden. Diese Aktivitäten können - bei gegebener Rechts- und Interessenlage - nur von den BKK unternommen werden, und von diesen auch nur

dann, wenn ihre gesundheitspolitische und informationelle Integrität unbezweifelbar ist.

Hiergegen wird manchmal eingewandt, daß auf diese Weise den Personalabteilungen der Trägerunternehmen u.U. Datenmaterial für Personalselektion nach Gesundheits- und Belastbarkeitskriterien zugänglich gemacht werden kann. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, daß die Personalabteilungen über entsprechende Informationen (Fehlzeiten, Leistungsdaten) ohnehin verfügen. Die Durchführung oder Unterlassung von Personalselektion in Unternehmen hängt außer von der Rechtslage vor allem vom Kräfteverhältnis in den betrieblichen Austausch- und Konfliktprozessen sowie hierauf bezogenen Management-Strategien ab. Zusatzinformationen aus (anonymisierten) BKK-Erhebungen können dabei, wenn überhaupt, nur eine marginale Rolle spielen.

Wenn freilich relevante Teile z.B. der Versicherten die notwendigen (Informationsfluß-)Barrieren zwischen Kasse und Betrieb nicht als ausreichend ansehen, so sollten eine verständige Selbstverwaltung und Kassengeschäftsführung keine Einwände dagegen erheben, arbeitsweltbezogene Such- und Aktionsgruppen als Modellversuch zunächst unter der Kontrolle der Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung zu etablieren.

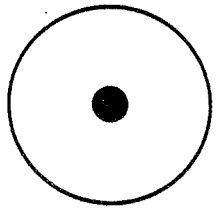
Unabhängig von der organisatorischen Form wird es dabei stets darauf ankommen, die verschiedenen Informationsquellen (subjektive Befindlichkeitsäußerungen der Versicherten, arbeitsepidemiologische Untersuchungen des Betriebsarztes, Informationen von Gesundheitsinstitutionen aus der Region, systematische Krankheitsartenstatistik nach Betriebs- und Belastungsbereichen durch die BKK) unter Nutzung ihrer jeweiligen Vorteile zusammenzuführen und auszuwerten.

Die Sammlung und Auswertung arbeitsepidemiologischer Daten und Kenntnisse wird wegen der genannten Hindernisse nicht bei

jedem Versuch bis hin zu kassengetragener Prävention in der Arbeitswelt führen. In jedem Fall aber werden mit der systematischen Produktion arbeitsweltbezogener Gesundheitsdaten verbesserte Voraussetzungen für betriebliche Primärprävention geschaffen, weil die betrieblichen Akteure diese Informationen den Aushandelungsprozessen für eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt zugrundelegen können.

Dabei kann sich ein gesundheitspolitischer Dialog zwischen den betrieblichen Akteuren und der BKK ergeben, der die Anforderungen an die Daten- und Auswertungsqualität präzisiert und damit zur Validierung betriebsepidemiologischer Ansätze beiträgt.

Es ist offensichtlich, daß die Mehrzahl der BKK derzeit von Projekten arbeitsweltbezogener Prävention noch relativ weit entfernt ist. Andererseits wächst die Anzahl der Kassen, in denen die objektiven und subjektiven Voraussetzungen für derartige Ansätze heranreifen. Die hier nur angerissenen Anregungen verstehen sich als Beitrag zur Nutzung und Ausweitung der arbeits- und gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten der BKK als wichtiger sozialpolitischer Institution, die gerade auf dem Gebiet betriebsbezogener Gesundheitspolitik eine Art Pilot-Funktion auch für andere Kassenarten übernehmen könnte. Jeder dieser Ansätze kann dabei einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitschancen in der Arbeitswelt und damit zum Abbau schichtenspezifischer Unterprivilegierung in bezug auf die Gesundheit leisten.

Wissenschaftszentrum  **Berlin**

Postanschrift: IIVG/AP Steinplatz 2 · 1000 Berlin 12 · Telefon (0 30) 313 40 81

Internationales Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung

Schwerpunkt **Globale Entwicklungen**
Direktor: Prof. Dr. Karl W. Deutsch
Schwerpunkt **Arbeitspolitik**
Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

Ihre Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unsere Zeichen	Datum

Publikationen des IIVG/Arbeitspolitik des WZB **ab Januar 1984**

IIVG/dp84-201 Ferdinando Chiaromonte:
Robotics and its Social Impacts on Italian Industry. 16 S.

IIVG/dp84-202 Rüdiger Seltz:
Neue betriebliche Machtressourcen und Wandel des Kontrollsystems durch elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien.
Eine theoretische und empirische Skizze zu 'Kontrolle im Arbeitsprozeß' und 'Arbeitspolitik'. 38 S.

IIVG/dp84-203 Lothar Fietzek/Claudia Weber-Deutschmann:
Zur Entwicklung der qualitativen Tarifpolitik der IG Druck und Papier. 121 S.

IIVG/dp84-204 Ulrich Mäurer:
Informations- und Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates auf dem Gebiete des Arbeitsstoffschutzes. 33 S.

IIVG/pre84-205 Wolfgang Däubler:
Präventiver Gesundheitsschutz durch gesetzliche Krankenkassen
- Rechtliche Rahmenbedingungen -. 57 S.

.../2

IIVG/pre84-206 Michael Burawoy:
The Contours of Production Politics. 35 S.

IIVG/pre84-207 Gerd Göckenjan:
Medizin und Ärzte als Faktoren sozialer Disziplinierung der Unterschichten.
Zur Soziologie der Gesundheit. 25 S.

IIVG/dp84-208 Tokunaga Shigeyoshi:
Some Recent Developments in Japanese Industrial Relations, with Special Reference to Large Private Enterprises. 22 S.

IIVG/dp84-209 Thomas Malsch:
Transfer of Technology and Plant Organisation. 41 S.

IIVG/dp84-210 Thore Karlsen/Hagen Kühn:
Arbeitsprozess, Informationstechnologie und Leistungsqualität in sozialstaatlichen Institutionen
- Internationales Vergleichsprojekt der Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und Norwegen - 103 S.

IIVG/dp84-211 Thore Karlsen/Hagen Kühn:
Work Process, Information Technology and Service Quality in Social Welfare Institutions
- An International Comparison of Developments in the Federal Republic of Germany, Great Britain and Norway - 103 S.

IIVG/pre84-212 Knuth Dohse/Ulrich Jürgens/Thomas Malsch:
Vom "Fordismus" zum "Toyotismus"?
Die Japan-Diskussion in der Automobilindustrie. 49 S.

IIVG/dp84-213 Barbara Maria Köhler:
Arbeitsstoffinformation als Kontrollinstrument für den Arbeitsschutz. 29 S.

IIVG/dp84-214 Barbara Maria Köhler/Rudolf Richter:
Entwicklungstrends der Betriebstechnologie und des Arbeitsstoffschutzes in der Textilindustrie. 34 S

.../3

IIVG/dp84-215 Fred Klasen/Gabriele Winter:
Der staatlich organisierte "graue Arbeitsmarkt"
Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in Großbritannien. 17 S.

IIVG/pre84-216 Dagmar Bürkardt/Maria Oppen:
Sind Frauen häufiger krank?
Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger
Frauen. 58 S.

IIVG/dp84-217 Thomas Malsch/Knuth Dohse/Ulrich Jürgens:
Industrieroboter im Automobilbau
Auf dem Sprung zum "automatisierten Fordismus"? 64 S.

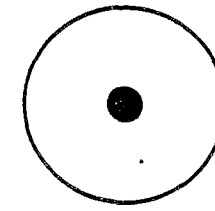
IIVG/pre84-218 Knuth Dohse/Ulrich Jürgens/Thomas Malsch:
From "Fordism" to "Toyotism"?
The Social Organization of the Labour Process
in the Japanese Automobile Industry. 42 S.

IIVG/pre84-219 Forschungsprojekt:
Politik und Kontrolle bei computergestützter
Produktionsplanung und -steuerung. 112 S.

IIVG/dp84-220 Knuth Dohse/Ulrich Jürgens/Thomas Malsch:
Reorganisation der Arbeit in der Automobil-
industrie - Konzepte, Regelungen, Veränderungs-
tendenzen in den USA, Großbritannien und der
Bundesrepublik Deutschland - Ein Materialbericht. 127 S.

IIVG/dp84-221 Rolf Rosenbrock:
Betriebliche Gesundheitspolitik in der Krise
- regressive Tendenzen und neue Aufgaben für
die Experten -. 30 S.

IIVG/dp84-222 Thomas Malsch/Knuth Dohse/Ulrich Jürgens:
Industrial Robots in the Automobile Industry
A Leap Towards "Automated Fordism"? 58 S.

Wissenschaftszentrum  **Berlin**

Postanschrift: IIVG/AP Steinplatz 2 · 1000 Berlin 12 · Telefon (0 30) 3 13 40 81

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

Schwerpunkt **Globale Entwicklu**
Direktor: Prof. Dr. Karl W. Deutsch
Schwerpunkt **Arbeitspolitik**
Direktor: Prof. Dr. Frieder Naschold

Publikationen des IIVG/Arbeitspolitik des WZB — ab Januar 1983

IIVG/dp83-201 — Gerd Göckenjan/Friedrich Hauß/Rolf Rosenbrock: Betriebskrankenkassen und Prävention
- Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen -. 48 S.

IIVG/re83-202 — Gerlinde Dörr/Frieder Naschold: Developments of Labor Policy in Industrial Work: On the Relationsship between Stress, Qualification, and Control. 41 S.

IIVG/dp83-203 — Barbara Maria Köhler: Toxikologie und Arbeitsmedizin für den Arbeitsschutz. 48 S.

IIVG/dp83-204 — Gerlinde Dörr/Eckart Hildebrandt/Rüdiger Seltz: Veränderung betrieblicher Kontrolle durch computergestützte Produktionsplanung und -steuerung. 98 S.

...

Wissenschaftszentrum Berlin
gemeinnützige GmbH
Geschäftsführer:
Prof. Dr. Meinolf Dierkes

Sitz der Gesellschaft: Berlin
AG Charlottenburg
Reg.-Nr. HR B 4303

Telegrammanschrift: SCIENCECENTER BERLIN
Bankverbindungen:
Berliner Commerzbank AG, Kto.-Nr. 507914000 (BLZ 100 400
Postscheck Berlin West 2658 34-108 (BLZ 100 100 10)

IIVG/dp83-205 Petra Wotschack/Winfried Wotschack: Before the Heart Attack: An Empiric Study of Work Stress among Metalworkers. 32 S.

IIVG/dp83-206 Frieder Naschold: Technological Politics in the Federal Republic of Germany. 15 S.

IIVG/dp83-207 Thomas Malsch: Erfahrungswissen versus Planungswissen. Facharbeiterkompetenz und informationstechnologische Kontrolle am Beispiel der betrieblichen Instandhaltung. 36 S.

IIVG/dp83-208 Georg Vobruba: Entrechtlichungstendenzen im Wohlfahrtsstaat. 32 S.

IIVG/dp83-209 Bjørn Gustavsen: Some Aspects of the Development of Social Science Work Research in Scandinavia. 22 S.

IIVG/dp83-210 Barbara Czarniawska: Exploring the Dimension of Control: A Comparative Study. 36 S.

IIVG/dp83-211 Barbara Czarniwaska: Control in Industrial Organizations: Concepts, Issues, Processes. 46 S.

IIVG/pre83-212 Rolf Rosenbrock: Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen unter Anpassungsdruck - Zwischen Untergang und Marktkonfirmität. 28 S.

IIVG/pre83-213 Rolf Rosenbrock/Heinz-Harald Abholz: Arbeitermedizin, Arbeitsschutz und Streßprävention. 42 S.

.../3

IIVG/pre83-214

Friedrich Hauß:
Warum gibt es eine Krankenstandsdiskussion?

Maria Oppen:
Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten. 24 S.

IIVG/dp83-215

Dieter Wesp:
Gesundheitsbelastungen durch Schadstoffe am Arbeitsplatz - Isocyanat-Fallstudie. 38 S.

IIVG/dp83-216

Eva Brumlop/Ulrich Jürgens:
Rationalisation and Industrial Relations in the West German Automobile Industry: A Case Study of Volkswagen. 59 S.

B E S T E L L S C H E I N

O R D E R F O R M

An das
Wissenschaftszentrum Berlin
Griegstr. 5-7
D-1000 Berlin 33

Absender/From: .....

.....

.....

.....

Bitte schicken Sie mir aus Ihrer Liste der Instituts-Veröffentlichunge
folgende Exemplare kostenlos zu:
Please send me the following papers listed in your Publication List
free of charge:

Paper No./Nr.	Autor/Author