

zugunsten der Gesamthaftung aller Arbeitgeber ablöst. Diese Funktion begründet die Übernahme präventiver Aufgaben der Unfallversicherung und die Befugnis, im Interesse nicht nur der Versicherten, sondern auch der Beitragszahler Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, ihre Einhaltung zu überwachen und bei Zuwiderhandlungen Sanktionen gegen die eigenen Mitglieder zu verhängen. In den Unfallverhütungsvorschriften produziert die Unfallversicherung normative, mit Sanktionsmacht bewehrte 'Erwartungen' an ihre Mitglieder, die – neben den Beiträgen als direkte Kosten – zusätzliche indirekte Kosten verursachen, etwa für die vorschriftenkonforme Maschinenausstattung oder die Bestellung von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten.

Diese Regulative sind zwar mit rechtlicher Sanktionsmacht bewehrt, können also bei Nicht-Befolgung ihrerseits 'Folgekosten' nach sich ziehen. Dennoch kann die Einhaltung von Unfallverhütungsvorschriften nicht als selbstverständlich angesehen werden, denn die Wirksamkeit der Sanktionsmittel – Kontrolle und Bußgelder – ist begrenzt. Die Bußgelder sind im Vergleich zu den Investitionen eher bescheiden und eine flächendeckende Kontrolle kann schon aufgrund der Vielzahl der Betriebe und der dafür erforderlichen personellen Kapazitäten nicht stattfinden.⁷³ Außerdem befinden sich die betrieblichen Gegebenheiten in ständigem Wandel. Das heißt, der Arbeitsschutz ist zu seiner Wirksamkeit immer auch auf die Bereitschaft der Unternehmer angewiesen, unabhängig von Kontrollen bzw. Strafen die Vorschriften anzuwenden. Die Mitglieder der Unfallversicherung werden dann zu Adressaten, die zur Mitarbeit gewonnen werden müssen.

Diese charakteristische Eigenschaft präventiver Maßnahmen gilt auch für die in der Unfallversicherung Versicherten. In vielen Fällen sind sie die 'Letzadressaten', etwa bei der Anwendung von Sicherheitsvorkehrungen an Maschinen oder der Benutzung von Körperschutzmitteln. Obwohl die Vorschriften ein im eigenen Interesse der Arbeitnehmer liegendes Ziel anstreben, ist damit noch nicht deren Befolgung gesichert. Häufig werden sie mißachtet, weil sie den Routinen des Arbeitsvollzugs zuwiderlaufen, zusätzliche Zeit kosten oder mit Unbequemlichkeiten verbunden sind (z.B. Sicherheitshelme und -schuhe oder Gehörschutz). Für die Durchsetzung dieser Regeln ist der Arbeitgeber verantwortlich, ist dabei aber in hohem Maße auf die Mitarbeit der Beschäftigten angewiesen. Für sie haben Verstöße nur in Ausnahmefällen

⁷³ Den 4,3 Mio. Mitgliedsunternehmen stehen ca. 2300 Technische Aufsichtsbeamte gegenüber; vgl. Coenen, Wilfried; Meffert, Karlheinz (1996): Präventionsinstrumente der gesetzlichen Unfallversicherung und ihre Wirksamkeit, in: Die BG, H. 2, S. 2-8

rechtliche Konsequenzen (wenn ein Arbeitsunfall absichtlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde). Auch die Versicherten müssen demnach für die Mitarbeit gewonnen werden.

In der Krankenversicherung ergeben sich in Gesundheitsvorsorge und -förderung, wie oben beschrieben, ganz ähnliche Problemstellungen. Was die gesundheitsfördernden Dienstleistungen in der Krankenversicherung, sind in der Unfallversicherung die Unfallverhütungsvorschriften. Beide unterscheiden sich zwar im Hinblick auf die Verbindlichkeit der damit gesetzten Erwartungshaltung: den Unfallversicherungsträgern stehen hoheitliche Mittel zur Durchsetzung zu Gebote, auf die die Krankenversicherung nicht zurückgreifen kann. Dennoch ist auch die Unfallversicherung in erheblichem Maße auf die Freiwilligkeit der Regelbefolgung angewiesen, da die Wirksamkeit der rechtlichen Mittel begrenzt ist und schon immer von 'erzieherischen' Maßnahmen flankiert werden mußte.⁷⁴

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, daß das Mitgliedschaftsverhältnis im Hinblick auf gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen in besonderer Weise bedeutsam ist. In Bezug auf kurative Leistungen sind die Versicherten Patienten, denen Leistungen gewährt werden. Ihre Inanspruchnahme wird i.d.R. durch einen individuellen, akuten Leidensdruck ausgelöst, Leistungsanspruch und -bedarf stellt der Arzt fest. Bei präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sind die Versicherten und Mitglieder jedoch Adressaten, die zur Mitwirkung angeregt werden müssen. Ob das Betriebe, also Unternehmer, oder versicherte Arbeitnehmer sind, ist hierfür unerheblich. Ein individueller und aktueller Leidensdruck ist meistens noch nicht gegeben, ebensowenig eine Nachfrage oder Notwendigkeit auf seiten der Betriebe. Präventive Maßnahmen müssen daher unterhalb der Schwelle aktuellen Leidensdrucks auf der Ebene von Befindlichkeitsstörungen bzw. unternehmerischem Problembewußtsein ansetzen und erfordern die Mitwirkung der Adressaten in höherem Maße als die Inanspruchnahme kurativer Leistungen.

74 Chossy, Albert v. (1961): Unfallverhütung als Aufgabe der Berufsgenossenschaften, in: Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung. Festschrift für Dr. Herbert Lauterbach zum 60. Geburtstag, Berlin, S. 253-270, S. 254

2 Modernisierung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes als Handlungsanforderung für die Träger der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung

Das System der betrieblichen Prävention befindet sich in einer Phase grundlegender und weitreichender Veränderungen. Entwicklungen in Wirtschaft, Technik und Gesellschaft führen auch im betrieblichen Gesundheitsschutz zu neuen Problemstellungen und veränderten Handlungs- und Wirkungsvoraussetzungen. Durch die Arbeitsschutzpolitik der Europäischen Union sowie Gesundheitsreform- und Gesundheitsstrukturgesetz erhält dieser Modernisierungsdruck politische und rechtliche Verbindlichkeit.

Dies stellt die präventionsbedeutsamen Zweige der Sozialversicherung und die darin tätigen Organe der Sozialen Selbstverwaltung vor erhebliche Herausforderungen. Durch die jüngsten Reformen haben ihre, die europäischen und nationalen Gesetze ausfüllenden Gestaltungsaufgaben deutlich zugenommen. Diese machen sich insbesondere als Anforderung an die Weiterentwicklung der jeweiligen Leistungsprofile in der Prävention geltend.

Gleichzeitig sind die Träger selbst und ihr institutionelles Gefüge organisatorischen, ökonomischen und politischen Veränderungen unterworfen. Diese müssen als Handlungsvoraussetzungen auch der Selbstverwaltungen bei der Bewältigung des Modernisierungsdrucks berücksichtigt werden.

Im folgenden werden die wichtigsten Entwicklungen skizziert und ihre Auswirkungen auf die Träger von Unfall- und Krankenversicherung dargestellt (2.1). Anschließend sind die institutionellen, trägerpolitischen Ausgangsbedingungen und ihre Bedeutung für die Leistungserbringung zu berücksichtigen. Ob und wie die Modernisierungsanforderungen in den Trägern und Selbstverwaltungen aufgenommen und diskutiert werden, hängt außerdem auch von der allgemeinen wirtschaftlichen Situation und den Diskussionen um die Entwicklungen des Systems der Sozialen Sicherung ab, auf die abschließend kurz eingegangen wird (2.2).

Die Darstellung stützt sich neben aktueller Fachliteratur auf eigene Vorarbeiten der Sozialforschungsstelle.⁷⁵ Außerdem sind aktuelle Informationen aus Gesprächen mit Experten eingeflossen, die im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführt wurden.

2.1 Wandel der Problemstellungen für die Träger von Gesundheitsleistungen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen

Krankheitsartenspektrum

Der Auftrag der Unfallversicherung – bislang i. w. geregelt im dritten Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO) – umfaßte bisher die Verhütung und Entschädigung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Die Entschädigung erstreckt sich dabei nicht allein auf finanzielle (Renten-)Leistungen, sondern schließt auch eine Vielzahl rehabilitativer Maßnahmen, wie die medizinische Heilbehandlung selbst und berufsfördernde Maßnahmen zur Wiedereingliederung des Verletzten ein. Für Unfallverhütung und Erste Hilfe haben die Träger "mit allen geeigneten Mitteln" (§ 546 Abs. 1 RVO) Sorge zu tragen.

Während im Grundsatz alle bei der Arbeit oder auf dem Weg zu und von der Arbeit erlittenen Unfälle als Arbeitsunfälle anerkannt und entschädigt werden, ist der Kreis der als Berufskrankheit geltenden Erkrankungen eng umrissen. Welche Krankheiten entschädigungsrechtlich als Berufskrankheiten, also als durch Einwirkungen bei der Arbeit verursacht, gelten, wird von der Bundesregierung per Rechtsverordnung (Berufskrankheiten-Verordnung) bestimmt und in einer Berufskrankheiten-Liste festgelegt. Diese Liste wurde zuletzt zum 1.1.1993 erweitert und umfaßt jetzt 64 Krankheitsarten bzw. nach Art der schädigenden Einwirkung gegliederte Krankheitsursachen. Dabei wird von einer monokausalen beruflichen Verursachung als Voraussetzung für die Entschädigung ausgegangen, d.h. es muß ein isolierter Faktor der Arbeitsbedingungen als spezifische Ursache für ein genau festgelegtes Krankheitsbild

⁷⁵ Dabei werden insbesondere folgende Arbeiten von Ulrich Pröll herangezogen: Perspektivstudie Arbeitsschutz 2000 – Funktionswandel staatlichen Handelns in der betrieblichen Prävention, Beiträge aus der Forschung der sfs, Bd. 70, Dortmund (1993); Anforderungssituation betrieblicher Interessenvertretung im modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz, Teilstudie im Projekt der Hans-Böckler-Stiftung 'Betriebsratshandeln im präventiven Arbeitsschutz', Dortmund (1993) (unveröffentl. Manuskript)

identifiziert werden. Diese Einwirkung muß vom Versicherten nachgewiesen werden, d.h. er trägt die Beweislast.

Neben diesen sog. Listen-Berufskrankheiten können als Einzelfälle auch andere Krankheiten wie Berufskrankheiten entschädigt werden, wenn nach neuen medizinischen Erkenntnissen bestimmte Bedingungen erfüllt sind, namentlich die, daß sie "durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind",⁷⁶ wobei auch hier der Versicherte die Beweislast trägt. Diese 'Öffnungsklausel' für weitere dem Arbeitsplatz zurechenbare Erkrankungen als 'werdende' oder potentielle Berufskrankheiten hat allerdings kaum praktische Wirkung erlangt.⁷⁷

Die Beschränkung der Eintrittspflicht auf Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ergibt sich aus dem Grundgedanken der Ablösung der Unternehmerhaftpflicht und dem ihr korrespondierenden Kausalitätsprinzip bezüglich der Leistungsvoraussetzungen. Entsprechend dieser versicherungsrechtlichen *Engführung des Auftrages der gesetzlichen Unfallversicherung* konzentrieren sich auch deren Präventionsanstrengungen weitgehend auf Unfälle und Berufskrankheiten. In Bezug auf Krankheiten bleiben damit die Aktivitäten auf einen – gemessen am allgemeinen Krankheitsartenspektrum – vergleichsweise kleinen Ausschnitt beschränkt. Die Mittel der Intervention – i.w. Unfallverhütungsvorschriften – richten sich in erster Linie auf die technisch-stofflichen Gegebenheiten von Anlagen, Maschinen und Arbeitsgeräten. Darüber hinaus beinhalten sie u.a. an die Arbeitnehmer adressierte Vorschriften über die sicherheitsgerechte Handhabung von Maschinen und Arbeitsgeräten sowie die Benutzung geeigneter Körperschutzmittel.

Dabei waren auf diesem Gebiet die berufsgenossenschaftlichen Anstrengungen in der Vergangenheit durchaus erfolgreich:

- Die Zahl der Arbeitsunfälle ist bis Mitte der siebziger Jahre im Trend kontinuierlich gesunken, v.a. aufgrund technischer Mittel der Anlagen- und Maschinensicherheit, stagniert jetzt aber auf einem Mitte der achtziger Jahre erreichten Niveau.⁷⁸

⁷⁶ So der zentrale Passus in der Berufskrankheitendefinition in § 551 Abs. 1 RVO.

⁷⁷ Ferber, Christian v. (1992): Arbeitswissenschaft – psychosozialer Streß – gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung, in: Arbeit, H. 2, S. 124

⁷⁸ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (1995): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 1994, St. Augustin, S. 16

- Auch bei der Zahl der anerkannten Berufskrankheiten zeigt sich bis 1985 eine rückläufige Tendenz. Seither ist jedoch ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen, der seine Ursachen allerdings auch in der mehrfachen Erweiterung der Berufskrankheitenliste hat.

Dennoch ist weithin unbestritten, daß sich mit den traditionellen Instrumenten der betrieblichen Prävention keine wesentlichen Verbesserungen mehr erzielen lassen. In den Unfallstatistiken großer Unternehmen machen als 'verhaltensbedingt' erfaßte Unfälle bereits den weit überwiegenden Anteil an den Unfallursachen aus. Die weitere Perfektionierung technischer Mittel läßt demnach keine großen Erfolge mehr erwarten.

Gut drei Viertel der anerkannten Berufskrankheiten entfallen auf fünf Krankheitsarten: Lärmschwerhörigkeit, Hauterkrankungen, Silikose, Asbestose und allergische Atemwegserkrankungen.⁷⁹ Ein deutlicher Schwerpunkt zeigt sich also bei den durch Stoffe ausgelösten Berufskrankheiten. Betrachtet man jedoch das *Krankheitsartenspektrum* allgemein, relativiert sich das Gewicht der Unfälle und Berufskrankheiten an der volksgesundheitlichen Gesamtbilanz. 1994 entfielen über drei Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage auf folgende fünf Krankheitsgruppen:⁸⁰

	Westdeutschland	Ostdeutschland
Muskel- und Skeletterkrankungen	33,0 %	20,8 %
Atemwegserkrankungen	16,2 %	19,3 %
Verletzungen und Vergiftungen	11,5 %	13,9 %
Krankheiten der Verdauungsorgane	8,7 %	9,9 %
Herz- und Kreislaufkrankungen	7,6 %	9,9 %

In der volksgesundheitlichen Gesamtbilanz erlangen also insbesondere chronisch-degenerative, d.h. fortschreitend sich verschlimmernde und medizinisch nicht heilbare Gesundheitsschäden eine immer größere Bedeutung. Sie lösen in weit höherem Maße betriebliche Krankenstände, Frühverrentungen und Rehabilitationsmaßnahmen aus als Unfälle und Berufskrankheiten und belasten somit insbesondere die Kranken- und Rentenversicherung in erheblichem Ausmaß. Der o.g. Schwerpunkt bei den durch Stoffe ausgelösten Berufskrankheiten spiegelt daher nur bedingt die allgemeinen gesundheitlichen Risiken

⁷⁹ A.a.O., S. 37

⁸⁰ BKK Bundesverband (Hrsg.) (1996): Krankheitsartenstatistik 1994, Essen, S. 14

wieder und dürfte vielmehr auch darauf zurückzuführen sein, daß sich in diesen Fällen leichter ein monokausaler Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung ausmachen läßt als bei den unspezifischeren Krankheitsbildern.

Altersstruktur der Bevölkerung

In diesem Zusammenhang könnte auch die prognostizierte *demographische Entwicklung* zu einer weiteren Zunahme chronischer Krankheitsbilder führen. Obwohl die einschlägigen Berechnungen hinsichtlich des Zeitpunktes des Umschlagens der Alterspyramide voneinander abweichen, und obwohl eine Abmilderung der Entwicklung durch die anhaltende Zuwanderung Jüngerer und eine erhöhte Frauenerwerbsquote erwartet wird, so herrscht doch Einigkeit darüber, daß das durchschnittliche Alter der deutschen Erwerbsbevölkerung ansteigen wird. Der Anteil der über 50-jährigen am Erwerbspersonenpotential wird den der unter 30-jährigen weit übertreffen. Volkswirtschaftlich gesehen läßt sich daraus auf eine relative Verknappung des Arbeitsmarktangebotes an jüngeren Arbeitskräften schließen, was die Frage nach der betrieblichen Integration der älteren Arbeitnehmer aufwirft.⁸¹ Die derzeit verbreiteten betrieblichen Strategien der Ausgliederung Älterer zu Lasten der Sozialversicherung werden dann immer prekärer, wenn der Altersdurchschnitt der gesamten Belegschaft steigt.⁸² Im Hinblick auf die Struktur gesundheitlicher Risiken läßt der demographische Wandel einen Anstieg an Erkrankungen allgemein, die Zunahme von Frühverrentungen aufgrund von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, den Anstieg von Multimorbidität und von chronifizierten Krankheitsbildern erwarten. Gerade bei diesen muß eine auf Kuration und Rehabilitation ausgerichtete Gesundheitspolitik nicht nur immer teurer, sondern auch immer erfolgloser werden.⁸³ Die immense Kostenbelastung, die der Volkswirtschaft und dem gesamten Sozialversicherungssystem aus diesen Krankheiten erwächst, unterstreicht nachdrücklich die *Grenzen kurativer Strategien*. Ohne präventive Intervention sind diese Krankheiten und die durch sie ausgelösten Kosten kaum zu verringern.

81 Vgl. Volkholz, Volker (1992): Erwerbsarbeit der Zukunft. Vorschlag für eine Diskussion nicht nur in den Sozialwissenschaften, in: Arbeit, H. 1, S. 5-24

82 Vgl. Rosenow, Joachim (1992): Personalanpassung durch Verrentung – Zur Regulierungslogik der altersselektiven Externalisierungsstrategie in bundesdeutschen Unternehmen, in: Arbeit, H. 2, S. 144-165

83 Vgl. Braun, Bernard (i.E.): Bewußtseinsformen und gesundheitspolitische Einstellungen gewerkschaftlicher Interessenvertreter in der Selbstverwaltung der GKV, Bremerhaven, S. 16

Arbeitsbedingte Erkrankungen

Es besteht heute politisch und medizinisch Einvernehmen darüber, daß am Entstehen dieser Erkrankungen unzutragliche Arbeitsbedingungen maßgeblich beteiligt sind, allerdings in unspezifischer, dem Monokausalitätsmodell des Berufskrankheitenrechts nicht subsumierbarer Art und Weise. Mit dem *Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen* wird versucht die Verengungen des versicherungsrechtlichen Berufskrankheiten-Modells zu überschreiten und sich einem 'realistischeren' Modell der Krankheitsgenese anzunähern. Die präventive Intervention gegen arbeitsbedingte Erkrankungen stellt zweifellos die bedeutendste und langfristig aktuelle Anforderung an beide Zweige der Sozialversicherung dar. Dabei handelt es sich um eine komplexe, aus gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und politischen Entwicklungen resultierende Problematik, die gleich in mehrfacher Hinsicht innovative Lösungen bzw. die Abkehr von tradierten Handlungsweisen, Verfahrensroutinen und Instrumenten erfordert.

Der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen fand 1974 erstmals Eingang in eine Rechtsvorschrift, das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), das den Unternehmer verpflichtet, Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte zu beschäftigen. Den Betriebsärzten wurde darin u.a. die Aufgabe übertragen, "die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beobachten und im Zusammenhang damit [...] Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen." (§ 3 Abs. 1 (3) ASiG). Der Gesetzgeber trug damit dem Konzept der arbeitsbedingten Erkrankungen insofern Rechnung, als der angenommene Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Krankheitsgeschehen es rechtfertigte, *betriebliche* Präventionsanstrengungen zu seiner Erforschung gesetzlich zu verankern.

Allerdings wirft der Begriff erhebliche Definitions- und Umsetzungsprobleme auf. Er geht von einer multifaktoriellen Krankheitsgenese aus, d.h. er impliziert, daß die Arbeitsbedingungen immer nur eine Teilursache darstellen.⁸⁴ Gleichwohl muß sich für bestimmte Personengruppen, die spezifischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, eine signifikante Häufung bestimmter Krankheiten gegenüber der übrigen Bevölkerung nachweisen lassen.⁸⁵ Außer-

⁸⁴ Ferber, Liselotte v. (1988): Arbeitsbedingte Erkrankungen – eine juristische Fiktion?, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 42 (14 NF), S. 52

⁸⁵ A.a.O., S. 53

dem wird ein umfassender Begriff der Gesundheitsgefährdung zugrunde gelegt, der neben den physikalisch-chemischen, 'materiellen' Gegebenheiten am Arbeitsplatz auch die sozialen Regelungen und normativen (Leistungs-)Anforderungen einschließt.⁸⁶

Damit stellt das Konzept der arbeitsbedingten Erkrankungen für den tradierten Arbeitsschutz eine erhebliche Herausforderung dar. Mit den vorhandenen Methoden und Instrumenten ist es nur unzureichend bearbeitbar. Nicht zuletzt deshalb hat der mit dem Arbeitssicherheitsgesetz erfolgte Impuls nur begrenzt praktische Wirkung erlangt. Die mit ihm verbundenen Hoffnungen auf Entwicklung und Institutionalisierung einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung haben sich nicht erfüllt.

Gesundheitsbegriff

Der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen geht also mit einem anderen als dem versicherungsrechtlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit einher. Von großem Einfluß in der Diskussion war der in der *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* von 1986 geprägte Gesundheitsbegriff. Dort heißt es:

"Gesundheitsförderung zielt auf einen *Prozeß*, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel."⁸⁷

Der hier für präventive Absichten, also nicht für Zwecke des Sozial- und Entschädigungsrechts, zugrunde gelegte Gesundheitsbegriff überwindet die Vorstellung, wonach Gesundheit lediglich negativ als Abwesenheit von Krankheit verstanden wird und setzt Gesundheit in ein enges Verhältnis zu Selbstbestimmtheit. Allerdings erscheint das Ziel der Gesundheitsförderung als statischer und utopischer Zustand des umfassenden Wohlbefindens. In dieser

86 Ferber, Liselotte v.; Slesina, Wolfgang (1981): Integriertes Verfahren zur Analyse arbeitsbedingter Krankheiten, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 35 (7 NF), S. 112 u. 116

87 Ottawa-Charta, zitiert nach Trojan, Alf; Stumm, Brigitte (1992): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen, Frankfurt/M., S. 84

weitgefaßten Formulierung bleibt er für die konkrete, staatliche und betriebliche Handhabung wenig praktikabel. Er enthält aber Anhaltspunkte für die präventive Intervention: Über den 'defensiven' Schutz vor Risiken und Belastungen hinaus wird die *Förderung der Gesundheit* im Sinne der Ermöglichung einer Auseinandersetzung und Einflußnahme auf die Lebensbedingungen angezielt. Für die betriebliche Sphäre kann daraus nur auf größere Mitbestimmung der Beschäftigten bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen geschlossen werden.

Zunehmenden Einfluß in der Diskussion gewinnt in diesem Zusammenhang das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky.⁸⁸ Es kehrt die traditionelle Fragerichtung der Medizin um, indem es nicht nach krankmachenden Faktoren sucht, sondern nach gesunderhaltenden, individuellen und sozialen Potentialen ('Ressourcen') und den Möglichkeiten ihrer Stärkung. Die Dichotomisierung von Krankheit und Gesundheit wird ersetzt durch die Vorstellung relativer Zustände auf einem Kontinuum zwischen ernster Lebensgefahr und höchster Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden. Sie bestimmen sich in Abhängigkeit von äußeren Anforderungen, also z.B. der betrieblich erwarteten Arbeitsleistung.⁸⁹ Gesundheit und Krankheit sind demnach relationale Begriffe. Damit wird das Verhältnis zwischen dem arbeitenden Individuum und seiner betrieblichen Umgebung zum zentralen Ansatzpunkt präventiver Intervention.

Beteiligung der Beschäftigten

Dies hat Konsequenzen für die Stellung der Arbeitnehmer im Arbeitsschutz. Im deutschen Arbeitsschutzrecht erscheinen sie als Objekte der unternehmerischen Fürsorgepflicht. In Fortsetzung der Direktionsbefugnisse des Arbeitgebers werden sie i. w. als Adressaten von Verhaltensregeln behandelt, die sie – zwar im eigenen Interesse, aber aufgrund fremder Verfügung über ihre Arbeitskraft – zu befolgen haben. Auch in den Hauptströmungen der naturwissenschaftlich geprägten Arbeitswissenschaft werden die Arbeitnehmer als 'Risikoträger' kategorisiert. 'Arbeitsperson' und Arbeitssituation reduzieren sich auf einen Katalog 'objektiv' meßbarer Merkmalsausprägungen.

Vor dem Hintergrund des relationalen Gesundheitsbegriffs dagegen wird die Ermöglichung einer aktiven Rolle der Beschäftigten bei der Gestaltung der betrieblichen Verhältnisse notwendig. Chr. v. Ferber u.a. haben diesbezüglich

88 Aaron Antonovsky (1979): *Health, Stress and Coping*, San Francisco

89 Vgl. Chr. v. Ferber 1992, S. 130

das Argument in den Vordergrund gestellt, daß eine wissenschaftliche Begründung und praktische Umsetzung eines Präventionskonzepts für arbeitsbedingte Erkrankungen ohne Berücksichtigung der *Problematik des psychosozialen Streß*' nicht möglich ist. Für die Streßentstehung sind jedoch subjektive Wahrnehmungs- und Bewältigungsakte von grundlegender Bedeutung. Aus 'objektiven', arbeitsphysiologisch meßbaren Belastungen werden erst durch die subjektive Wahrnehmung der Beschäftigten individuelle Beanspruchungen. Die in Ergonomie und Medizin üblichen Analysen der Arbeitsbeanspruchungen können Faktoren wie Leistungsdruck, Entscheidungsprobleme, Monotonie usw. nicht angemessen erfassen.⁹⁰ Daher ist die methodische Bezugnahme auf solche subjektiven Erfahrungen und damit die *Beteiligung der Arbeitnehmer* an der Prävention unverzichtbar.⁹¹

In der Problematik arbeitsbedingter Erkrankungen kulminieren also eine Reihe von Entwicklungen, die die betriebliche Prävention zu Innovationen herausfordern:

- Sie erfordern die *Erweiterung des Blickwinkels* bei der Erkennung und Bearbeitung von Sicherheits- und Gesundheitsproblemen. Das Aufspüren und Ausschalten der einen, materiellen Ursache, die eine Berufskrankheit 'auslöst', reicht nicht aus. Einseitiges Ansetzen entweder an den technisch-stofflichen Gegebenheiten oder an den Verhaltensweisen der Beschäftigten ist wenig aussichtsreich. Es gilt vielmehr, die Arbeitssituation als Ganze in den Blick zu nehmen, als soziales Arrangement.
- Damit vergrößert sich der Kreis der zu berücksichtigenden und in eine gesundheitsverträgliche Gestaltung *einzubeziehenden Faktoren und Bedingungen* am Arbeitsplatz drastisch, v.a. um solche, die nicht oder nur schwer normierbar sind und somit nicht in 'vollziehbare' Vorschriften gegossen werden können, z.B. Fragen der Arbeitsorganisation, des Arbeitsinhalts, der Motivation und des Betriebsklimas etc. Die technisch-ingenieurialen Mittel zur Beherrschung von Risiken und Gefährdungen und die ihnen korrespondierenden Methoden der Überwachung bzw. Kontrolle müssen hier zwangsläufig zu kurz greifen.
- Die *Rolle der Arbeitnehmer* bedarf der sorgfältigen Überprüfung. Von der Beibehaltung ihrer Stellung als Schutzobjekte sind keine Fortschritte in der Prävention zu erwarten. Es müssen also Möglichkeiten und Verfahren

90 L. v. Ferber; W. Slesina 1981, S. 119

91 Vgl. Slesina, Wolfgang; Schröer, Alfons; Ferber, Christian v. (1988): Soziologie und menschengerechte Arbeitsgestaltung, in: Soziale Welt, H. 2, S. 205-223

geschaffen werden, die sie in die Feststellung von Problemen sowie in die Planung und Gestaltung abhelfender Maßnahmen einbeziehen. Allerdings kann nicht umstandslos von entsprechender Bereitschaft und Interesse der Beschäftigten an Mitwirkung ausgegangen werden. In der dem Direktionsrecht des Arbeitgebers unterliegenden betrieblichen Sphäre steht auch die Thematisierung von Gesundheitsproblemen unter den widersprüchlichen Vorzeichen von integrativen und emanzipativen Ansprüchen. Auf der einen Seite bietet sich die Chance größerer Selbstbestimmung über die Arbeitsbedingungen und deren gesundheitlichen Folgen. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, den Verfügungsanspruch des Arbeitgebers in die Sphäre der 'privaten' Gesundheit der Arbeitnehmer auszudehnen. Es müssen also Arrangements gefunden werden, in denen beide Ansprüche gleichberechtigt zur Geltung kommen können.

Erweiterung des Präventionsauftrages der Unfallversicherung

Es war daher gesundheitspolitisch nur konsequent, daß die jüngsten Reformschritte das Konzept arbeitsbedingter Erkrankungen erneut aufgriffen: Im Zuge der Umsetzung der europäischen Rahmenrichtlinien wurde die *Erweiterung des Präventionsauftrages der Unfallversicherung* über Unfälle und Berufskrankheiten hinaus auf 'arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren' angezielt. Diese von den Gewerkschaften schon lange geforderte Erweiterung wurde in dem, als VII. Buch in das Sozialgesetzbuch aufgenommenen, Unfallversicherungseinordnungsgesetz (UVEG) verbindlich gemacht und im August 1996 in Kraft gesetzt. Es löst die bisherige Rechtsgrundlage der Unfallversicherung, die Reichsversicherungsordnung, weitgehend ab. Diese Anpassung der Kompetenzen der Unfallversicherung (Überwachungsauftrag und Rechtsetzungsbefugnis in Form von Unfallverhütungsvorschriften) war durch die Arbeitsschutzpolitik der EU politisch zwingend. Nach *Artikel 118a des EWG-Vertrages* ist von den Einzelstaaten eine Harmonisierung der betrieblichen Prävention auf insgesamt höherem Niveau gefordert. So wird in der Präambel der Rahmenrichtlinie über die "Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit" von 1989 als Ziel betrieblicher Prävention nicht mehr allein die Arbeitssicherheit, sondern auch der Gesundheitsschutz festgeschrieben. Dieses Ziel darf "keinen rein wirtschaftlichen Interessen untergeordnet" sein, d.h. ist den ökonomischen Zielen gleichgestellt. Damit wird die bisher im deutschen

Recht geltende Einschränkung betrieblicher Prävention, "soweit es die Natur des Betriebes erlaubt" (§ 120a der Gewerbeordnung von 1869), aufgehoben. Die allgemeinen Pflichten der Arbeitgeber werden stark ausgeweitet, u.a. darauf, dem Prinzip der *Primärprävention* durch Gefahrenbekämpfung an der Quelle Vorrang zu verschaffen vor nachbessernden und personenbezogenen Schutzmaßnahmen. Darüber hinaus wird die *Zusammenschau* der technischen, organisatorischen und sozialen Aspekte der Arbeitssituation verbindlich gemacht. Dazu gehört auch die Vermeidung kurzzyklischer Taktbindung und Monotonie, also von Belastungen aus der Arbeitsorganisation.

Die Umsetzung dieser Vorgaben in einzelstaatliche Regelungen hätte bis Ende 1992 erfolgen müssen. Entsprechende Entwürfe der Bundesregierung für ein Arbeitsschutzrahmengesetz und die Novellierung des SGB VII konnten jedoch lange Zeit nicht verabschiedet werden,⁹² so daß Deutschland als letztes Land der EU die Harmonisierung erst im Juli 1996 vollzogen hat.

Gleichwohl richteten sich die Unfallversicherungsträger bereits auf diese Politik ein. So hat der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften Anfang 1995 ein *berufsgenossenschaftliches Präventionskonzept* vorgelegt, in dem ausdrücklich die Notwendigkeit eines "umfassenden Ansatzes" hervorgehoben wird. Dabei wird diese Neuorientierung im Arbeitsschutz nicht allein auf die europäische Arbeitsschutzpolitik zurückgeführt:

"Die wesentliche Ursache für eine Neubestimmung im Arbeitsschutz liegt vielmehr darin, daß sich Arbeitsverfahren, Arbeitsmittel und -stoffe, d.h. die Arbeitsbedingungen, in einem Maße geändert haben, das die klassischen Methoden des Arbeitsschutzes an ihre Grenzen stoßen läßt."⁹³

Als Zielbestimmung enthält das Konzept die Erfassung multifaktorieller Krankheits- und Unfallursachen sowie die Entwicklung darauf gerichteter Gefährdungsanalysen. Es schließt die "Beteiligung der Versicherten bei der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen"⁹⁴ ein und die Anpassung der Aufsichtsformen der Betriebe durch den Technischen Aufsichtsdienst. Die Ausbildung der Technischen Aufsichtsbeamten und der betrieblichen Sicherheitsfachkräfte, die von den Berufsgenossenschaften geschult werden, soll konzeptionell eben-

⁹² Zur Chronologie der Arbeitsschutzreform vgl. Konstanty, Reinhold; Zwingmann, Bruno (1995): Perspektiven der Arbeitsschutzreform nach dem Scheitern des Arbeitsschutzrahmengesetzes, in: WSI-Mitteilungen, H. 2, S. 61-76

⁹³ Coenen, Wilfried; Waldeck, Dieter; Ziegenfuß, Bernd (1995): Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit – Berufsgenossenschaftliches Präventionskonzept, in: Die BG, H. 2, S. 62-68

⁹⁴ A.a.O., S. 64

falls darauf ausgerichtet werden. Die Berufsgenossenschaften haben also eine umfassende Selbstverpflichtung zur Bekämpfung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren vorgelegt, deren methodische Umsetzung sich bisher allerdings noch im Anfangsstadium befindet.

Beteiligung der Krankenversicherung am betrieblichen Gesundheitsschutz

Schon vor der Erweiterung der Aufgabenstellung der Unfallversicherung war durch die Novellierung des SGB V das Tätigkeitsfeld der Krankenversicherung ausgeweitet worden. Durch das *Gesundheitsreformgesetz von 1989* erhielten die Träger einen umfassenden, auch auf Betrieb und Arbeitsplatz sich erstreckenden Gesundheitsförderungsauftrag. In *Paragraph 20 Abs. 2 SGB V* wurden sie ermächtigt, bei der Verhütung "arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren" mitzuwirken. Sie sollen dabei mit geeigneten Stellen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zusammenarbeiten, namentlich den Unfallversicherungsträgern.

Die Krankenversicherung erhielt damit die Kompetenz, möglichen Ursachen von Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken. Auf dieser Grundlage können sie Leistungen definieren und erbringen, die die Erhaltung und Förderung der Gesundheit bezwecken. Den Kassen bzw. ihren Selbstverwaltungen wächst dadurch breiter Raum zur Feststellung und Definition des Bedarfs an gesundheitsförderlichen Leistungen zu.

Auch hier hat die Entwicklung entsprechender Praxismodelle der betrieblichen Gesundheitsförderung vor der gesetzlichen Kodifizierung begonnen. Modellcharakter hatte insbesondere das betriebsepidemiologische Verfahren zur Analyse arbeitsbedingter Erkrankungen, das in der Forschungsgruppe um Christian v. Ferber in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen entwickelt wurde. Dieses Verfahren ermöglicht, durch die Analyse von Routinedaten der Krankenkasse (Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen, Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit) berufs- und tätigkeitsbereichsspezifische Gesundheitsrisiken innerbetrieblich zu lokalisieren. Diese 'objektive', als sog. *Gesundheitsberichte* aufbereitete, Datenbasis wird durch Daten der subjektiven Belastungswahrnehmung der Mitarbeiter ergänzt, die in Befragungen ermittelt werden. Die Umsetzung der so gewonnenen Befunde in präventive Maßnahmen soll ebenfalls partizipativ erfolgen. Hierzu wurde das Instrument der *Gesundheitszirkel* vorgeschlagen, in denen neben betrieblichen Experten des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin auch Vorgesetzte und

Mitarbeiter der betreffenden Abteilung, einschließlich des Betriebsrates, zusammenarbeiten. Durch diese Zusammenarbeit von Experten unterschiedlicher Fachrichtungen und 'Laien' soll das Verfahren einerseits die Entwicklung 'betriebstauglicher', sich im Arbeitsalltag bewährender Verbesserungsmaßnahmen ermöglichen, andererseits soll die umfassende, sich nicht auf einzelne Aspekte beschränkende Thematisierung der Arbeitsbedingungen realisiert werden. Ihr Wirkungsanspruch schließt demzufolge sowohl die materiellen wie die sozialen, organisatorischen Verhältnisse ein. Das Verfahren beinhaltet also das Potential einer integrativen, interdisziplinären, Verhältnisse und Verhalten einschließenden Problemlösung und hat damit anerkannte Standards gesetzt, an denen Gesundheitsförderung gemessen wird.

Dieses inzwischen in etlichen Variationen vorliegende Verfahren wurde vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen für die praktische Anwendung in ein pragmatisiertes Instrumentarium überführt. Der Verband hält heute eine zentrale 'Einsatzgruppe' vor, die als bezahlte Dienstleistung für die Mitglieds-kassen Gesundheitsberichte erstellt und Gesundheitszirkel durchführt. Andere Krankenkassenarten haben eigene, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Konzepte entwickelt und erprobt.

Die Realisierung eines solchen Projekts in der betrieblichen Praxis ist allerdings voraussetzungsvoll. Zu seiner Wirksamkeit setzt es voraus, daß die in den Gesundheitszirkeln erarbeiteten Vorschläge vom Management ernst genommen und in nennenswertem Umfang auch umgesetzt werden. Sie können also nicht als isoliertes Instrument eingesetzt werden, sondern bedürfen der Einbettung in eine betriebliche Gesundheitspolitik.

Es ist daher kein Zufall, daß dieses Modell im Bereich der Betriebskrankenkassen entwickelt wurde und dort auch die größte Verbreitung gefunden hat. Durch die organisatorische Nähe der Kasse zum Betrieb läßt sich die Kooperation mit Unternehmensleitung und Versicherten vergleichsweise leicht realisieren. Außerdem sind durch die homogene Versichertenstruktur Erfolge im betrieblichen Gesundheitsschutz auch ökonomisch direkt zurechenbar.

Demgegenüber stehen andere Kassenarten vor dem Problem der Verteilung der Betriebsbelegschaften auf unterschiedliche Krankenkassen. Wenn dann das Projekt Gesundheitsförderung angegangen werden soll, sind schwierige Kooperations- und Koordinationsprobleme zwischen den Kassen zu lösen, z.B. bei der Zusammenführung von Daten oder der Finanzierung von Maßnahmen.

Wieder anders stellt sich die Situation für die Innungskrankenkassen dar. Die im Handwerk vornehmlich kleinbetrieblichen Verhältnisse stellen dabei nicht nur ökonomisch eine Restriktion für Gesundheitsförderung dar. Instrumente wie Gesundheitsberichte oder -zirkel sind auf einzelbetrieblicher Ebene nicht oder nur modifiziert anwendbar. Es haben sich dennoch inzwischen einige handwerksbezogene Gesundheitsförderungsprojekte entwickelt, die auf einer überbetrieblichen Kooperation unter Einschluß weiterer Institutionen (Berufsgenossenschaft, Gewerbeaufsicht, Sozialpartner) basieren. Als unverzichtbar hat sich dabei jeweils die Unterstützung der betreffenden Innung erwiesen.

Beispiel für ein Gesundheitsförderungsprojekt:

Die 'Zukunftswerkstatt' der IKK Stuttgart

In den hauptsächlich kleinbetrieblichen Verhältnissen im Handwerk kann sich die Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten nicht auf eine betriebliche Infrastruktur stützen, wie sie in Großbetrieben vorhanden ist, und dabei Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte, Betriebsräte, Arbeitsschutzausschüsse, Personal- und Sozialabteilungen usw. in Anspruch nehmen. Für Klein- und Kleinstbetriebe ohne eigene Arbeitsschutzexperten, oft auch ohne Arbeitnehmer-Interessenvertretung und mit geringem finanziellen Spielraum sind sie deshalb in der Regel nicht geeignet.

Aufgrund dessen haben insbesondere die Innungskrankenkassen, als Träger der Krankenversicherung für das Handwerk, federführend einige Modellvorhaben in Betrieben einzelner Innungen durchgeführt. Dabei wurden immer *mehrere* Betriebe eines Handwerks einbezogen und an der Umsetzung beteiligt (z.B. Friseure oder Stukkateure). So soll sichergestellt werden, daß die typischen Belastungen, Gefährdungen und Risiken der einzelnen Gewerke erfaßt und der zeitliche und finanzielle Aufwand für den einzelnen Betrieb verringert werden.

In der Regel wird dazu als fester Bestandteil ein überbetrieblicher Kooperationskreis eingerichtet, in dem neben Vertretern der Selbstverwaltung des Handwerks (Innungsobermeister, Gesellenausschuß) medizinische, technische und psychologische Fachleute zusammenkommen. Die Aufgabe dieser Kreise ist es

- Betriebe für das Projekt zu gewinnen und den Ablauf zu steuern;
- Zugang zu Expertenwissen sicherzustellen, Informationen zu beschaffen und zu bündeln;
- Umsetzungsmöglichkeiten von Vorschlägen zu prüfen und zu veranlassen.

Die 'Zukunftswerkstatt' der IKK Stuttgart wurde erstmals 1991/92 in einem Pilotprojekt mit der Metallbau-Innung durchgeführt. Daran nahmen zwölf

Betriebe mit insgesamt rd. 150 Mitarbeitern teil. Sieben Betriebe hatten sogar weniger als neun Mitarbeiter.

Das Konzept geht davon aus, daß die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität der Mitarbeiter die Attraktivität der handwerklichen Arbeitsplätze erhöht und so einen Beitrag zur Zukunftssicherung der Betriebe leisten kann. Entsprechend setzt die 'Zukunftswerkstatt' am konkreten Arbeitsalltag in den Handwerksbetrieben an und nicht in erster Linie an Krankheitsdaten und persönlichen Verhaltensweisen der Mitarbeiter. Vor Ort wird den Reibungsverlusten in Arbeitsabläufen und Arbeitsorganisation, den Schwierigkeiten der Kommunikation und Kooperation mit Vorgesetzten, Kollegen und Kunden, und auch den körperlichen und psychischen Belastungen nachgegangen. Dabei soll gleichzeitig über Möglichkeiten der Abhilfe nachgedacht und konkrete Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden. Konsequenterweise werden die Beschäftigten dabei nicht nur 'einbezogen', sondern spielen eine Hauptrolle.

Das Vorgehen im Pilotprojekt war folgendermaßen:

- Zur *Vorbereitung* des Projektes wurde durch gezielte Beiträge auf Innungsverksammlungen und in der handwerklichen Presse das Anliegen der 'Zukunftswerkstatt' verdeutlicht. Nach zusätzlichen Gesprächen mit den Geschäftsführern aller Mitgliedsinnungen signalisierte die Metallinnung als erste ihr Interesse und die Zusammenarbeit wurde vereinbart.
- Zu Beginn des Projektes erstellte die IKK auf der Grundlage ihrer Routinedaten einen *Gesundheitsbericht* für die gesamte Innung. Die erste Auswertung nach gesundheitlichen Belastungsschwerpunkten wurde im weiteren Verlauf des Projekts durch zusätzliche Befunde aus Gesprächen, Betriebsrundgängen und Fragebögen verbreitert.
- Nach der Auswahl von zwölf Betrieben wurde in einer sog. *Chefrunde* mit Inhabern der fünf größten Betriebe Einvernehmen über das Vorhaben hergestellt. Die Runde traf sich alle vier Wochen insgesamt sechsmal. Dort wurde fortlaufend über Inhalt und Verlauf der 'Zukunftswerkstatt' berichtet. Moderiert wurden die Sitzungen von zwei Projektleiterinnen der IKK.
- Die konkrete Arbeit in den Betrieben begann mit einer *Befragung der Mitarbeiter*. Dazu wurde ein Fragebogen ausgearbeitet, in dem die Beschäftigten nach ihren Arbeitsbedingungen, den körperlichen und seelischen Belastungen, dem Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten, ihrer Zufriedenheit u.a.m. gefragt wurden. Die Auswertung ergab, daß für die Handwerker die Hauptprobleme in den persönlichen Beziehungen zu Kollegen, Vorgesetzten und Kunden bestanden.

- Die Befunde aus Gesundheitsbericht und Arbeitnehmerbefragung bildeten den Einstieg in die *Werkstattzirkel*. Darin diskutierten je nach Betriebsgröße fünf bis zehn Mitarbeiter eines Betriebes unter Moderation der Projektleiterinnen ihre Arbeitsprobleme. Als die wichtigsten Themen stellten sich Führungs- und Organisationsmängel heraus, die zu Störungen im Betriebsklima führten und auf Motivation und gesundheitliche Befindlichkeit der Beschäftigten durchschlugen. In den sieben vierzehntäglichen Treffen – für die die Arbeitnehmer von der Arbeit freigestellt wurden – wurde nach und nach von der Problemsammlung zu Vorschlägen der Abhilfe übergegangen. Am siebten Treffen, auf dem Umsetzungsmöglichkeiten diskutiert wurden, nahmen dann auch die Betriebsinhaber teil. Ein großer Teil der Vorschläge konnte realisiert werden. In manchen Fällen waren es sehr einfache Veränderungen, die spürbare Erleichterungen brachten, z.B. eine regelmäßige Besprechung zu den wichtigsten Aufträgen der nächsten Woche oder das Anschlagen des Arbeitsplanes der nächsten Woche schon am Freitag.
- Parallel zu den betrieblichen Gesprächsrunden wurde ein *Fachzirkel* aus Gesundheitsexperten verschiedener Disziplinen eingerichtet. Durch dessen Beratung und Unterstützung konnten Verbesserungen angeregt werden, auf die der einzelne Kleinbetrieb normalerweise keinen Einfluß hat, z.B. die Entwicklung verbesserter Wetterschutzkleidung, Brillen und Ohrschutz.
- Um auch die kleinsten Betriebe einzubeziehen, wurden sog. *Innungszirkel* veranstaltet, d.h. Gesprächsrunden von Betriebsinhabern und deren mitarbeitenden Ehefrauen. Sie diskutierten über Fragen der Mitarbeiterführung, des Zeitmanagements oder auch der Streßbewältigung durch Entspannungstechniken.

Aufbauend auf den Erfahrungen des Modellprojekts hat die IKK Stuttgart einen *Service-Katalog* entwickelt, den sie ihren Mitgliedsbetrieben anbietet. Dieses Angebot umfaßt alle Bausteine der 'Zukunftswerkstatt', aber auch Führungskräftebildungen, Mitarbeiterseminare, die Vermittlung externer Experten u.a.m.

Dieses Modell, das als exemplarisch für eine Reihe ähnlicher Projekte gelten kann, zeichnet sich durch drei *Besonderheiten* aus, die für das Gelingen wesentlich sind:

- Das Konzept ist so angelegt, daß die Betriebe in einem offenen Prozeß ihre Probleme selbst beschreiben können und sie nicht von außen an sie herangetragen werden. Entsprechend stehen auch die Ziele, die Prioritäten und Lösungen nicht von vornherein fest. Den interessierten Betrieben werden keine fertigen Rezepte nach 'Schema F' verkauft, so daß betriebsnahe,

maßgeschneiderte und finanziell zumutbare Lösungsansätze möglich werden.

- Die Anbindung an einen überbetrieblichen Kooperationskreis von Experten und Beratern bündelt Kräfte, über die ein Einzelbetrieb normalerweise nicht verfügt. Gleichzeitig ist dieser Kreis so angelegt, daß das ansonsten auf Großbetriebe zugeschnittene Instrumentarium des Arbeitsschutzes von den kleinen Betrieben ihren Bedürfnissen entsprechend in Anspruch genommen werden kann.
- Darüber hinaus werden bei der Vorbereitung und Einrichtung dieser Pilotprojekte die handwerklichen Selbstverwaltungs- und Interessenvertretungsorgane frühzeitig einbezogen.

Nach Schätzungen des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen sind bislang in rd. 3000 Betrieben Gesundheitsförderungsaktivitäten mit Beteiligung der Krankenkassen initiiert worden,⁹⁵ allerdings entspricht davon nur der kleinste Teil den oben skizzierten Kriterien. Darunter gibt es aber eine Reihe von erfolgreichen 'Paradefällen'. Der quantitativ größte Teil besteht allerdings aus verhaltens- und lebensweisebezogenen Programmen und Kursen, z.B. über Streßbewältigung, Rückenschule, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung etc.⁹⁶ Die Schwäche dieser Instrumente liegt darin, daß sie einseitig an Arbeits- und Lebensweise der Versicherten ansetzen, die gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen aber unangetastet lassen. Es werden lediglich gesundheitspädagogische Maßnahmen in den Betrieb verlegt. Ihre Wirksamkeit ist deshalb beschränkt, wenn sie nicht als Baustein in ein umfassenderes Gesundheitsförderungsprojekt eingebettet sind. Darüber hinaus ist ihre mangelnde Bedarfs- und Zielgruppenbestimmung kritisiert worden,⁹⁷ d.h. die Angebote seien weniger am gesundheitlichen und sozialen Bedarf ausgerichtet als vielmehr an der Nachfrage, so daß sie nicht die den größten Gefährdungen ausgesetzten Arbeitnehmer ansprechen, sondern 'Junge' und 'Gesunde' mit temporären Befindlichkeitsstörungen, daß sie also selektive Inanspruchnahme auslösen. Insofern sind sie auch als ineffizientes Werbeinstrument im Dienste des Kassenwettbewerbs bezeichnet worden (vgl. dazu auch Kap. 2.2.1). Diese Kritik ist um

95 Demmer, Hildegard; Bindzius, Fritz (1996): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, in: Prävention, H. 2 (Schwerpunktheft: "10 Jahre Ottawa-Charta"), S. 55

96 Müller, Rainer; Dehne, Angelika (1996): Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in der gesetzlichen Krankenversicherung Niedersachsens, Bremen

97 Zuerst von Kirschner, W.; Radoschewski, M.; Kirschner, R. (1995): Untersuchung zur Umsetzung des § 20 SGB V durch die Krankenkassen, Berlin. Das Gutachten wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt.

so gravierender, als es die Selbstverwaltungen an einem Punkt angreift, der als ihre wichtigste Funktion geltend gemacht wird: der Gewährleistung von Bedarfs- und Adressatengerechtigkeit.

Beispiel für ein verhaltenspräventives Programm:

Rückenschule

Bei diesem Typ von Maßnahmen steht die *Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten des Einzelnen* im Mittelpunkt: Rückenschule bzw. Wirbelsäulengymnastik, Streßbewältigung bzw. Entspannungstechniken, Ernährungsberatung, Pausengymnastik, Hebe- und Tragetraining, Raucherentwöhnungskurs etc.

Die meisten Krankenkassen bieten inzwischen den Unternehmen, in denen ihre Versicherten arbeiten, verschiedene Formen von Wirbelsäulengymnastik, Rückengymnastik oder Rückenschule an. Darin spiegelt sich die große Bedeutung der chronisch-degenerativen Muskel- und Skeletterkrankungen wider, die heute den größten Teil der krankheitsbedingten Ausfalltage verursachen und die häufigste Ursache von Frühverrentungen sind.

Der Inhalt solcher Kursangebote besteht im wesentlichen aus der Vermittlung von Kenntnissen über Aufbau und Funktionsweise der Wirbelsäule, Übungen zur Kräftigung und Dehnung der Stütz Muskulatur kombiniert mit Hinweisen zum rückschonenden Stehen und Sitzen und zum richtigen Heben und Tragen von Lasten. Da Wirbelsäulenerkrankungen hauptsächlich durch langjährige, einseitige Beanspruchungen des Rückens entstehen, zielen die Rückenschulen sowohl auf die Vorbeugung der Verschleißerkrankungen der Wirbelsäule als auch auf deren Abmilderung bzw. Verlangsamung, so sie denn schon eingetreten sind. Entscheidend für den Erfolg ist, daß die rückschonenden Arbeitsweisen nicht nur in den Kursen gelernt, sondern auch im betrieblichen Alltag angewendet und zur Routine werden.

Die meisten dieser Angebote sind zeitlich begrenzte Maßnahmen. Ein durchschnittlicher Kurs ist etwa auf acht bis zwölf Wochen angelegt und umfaßt wöchentlich eine Einheit von bis zu einundeinhalb Stunden. Mit der Durchführung werden in der Regel Sportlehrer, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten u. a. beauftragt.

Solche Kurse werden größtenteils der gesamten Belegschaft eines Betriebes angeboten, auch wenn nicht alle Arbeitnehmer (sondern nur ein großer Teil) bei der betreffenden Kasse versichert sind. Die Finanzierung kann je nach Kasse, Kassenart und Betrieb verschieden sein. Viele Kassen erstatten den Teilnehmern bei regelmäßigem Kursbesuch die Kosten oder teilen sie sich mit dem Unternehmen.

Zentraler Punkt für Durchführung und Erfolg der Maßnahmen ist, ob die Kurse *innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit* stattfinden. In den meisten Betrieben, die solche Kurse eingerichtet haben, werden sie im Anschluß oder – bei Schichtarbeit – vor der Arbeitszeit durchgeführt. In manchen Betrieben wird die Kurszeit bei regelmäßiger Teilnahme im nachhinein zur Hälfte als Arbeitszeit verrechnet. In Betrieben, in denen die Rückenschule Teil eines umfassenden Gesundheitsförderungsprogramms (etwa wie im oben geschilderten Konzept) und speziell auf die betrieblichen Bedingungen und Belastungen zugeschnitten ist, werden Rückenschulen auch während der Arbeitszeit durchgeführt.

Der Erfolg der Rückenschulen hängt wesentlich von der zahlreichen und regelmäßigen Teilnahme der Beschäftigten – also letztlich von deren Motivation – ab. Darüber hinaus ist entscheidend, daß die gelernten Bewegungsweisen und Techniken (z.B. beim Heben und Tragen) auch im täglichen Arbeitsablauf umgesetzt und zur Routine werden. Beides hat bestimmte Voraussetzungen:

- Das Interesse der Mitarbeiter dürfte dort am größten sein, wo der Bezug zu ihren arbeitsplatzspezifischen Problemen deutlich ist. Die Erfahrungen zeigen, daß die Inanspruchnahme und damit auch der Wirkungsgrad solcher Maßnahmen steigt, je arbeitsplatznäher und zielgruppenspezifischer sie angelegt sind. Die meisten Kurse werden jedoch in der gleichen Form für die ganze Belegschaft durchgeführt. Ein so offenes und ungezieltes Angebot hat den Nachteil, nicht spezifisch genug auf die konkreten Arbeitsbedingungen einzelner Arbeitnehmergruppen mit besonderen Belastungen eingehen zu können. D.h. auch hier, bei den belastungsbezogenen und verhaltensorientierten Maßnahmen, ist die Abstimmung auf die speziellen Anforderungen und Belastungen an bestimmten Arbeitsplätzen und damit die Einbeziehung der Beschäftigten schon im Vorfeld entscheidend. Z.B. kommt es beim richtigen Heben und Tragen nicht nur auf das Gewicht der Last an, sondern auch auf deren Form und Größe.
- Die anbietende Krankenkasse müßte sich also zunächst Kenntnisse über die Arbeitsbedingungen und Belastungen verschaffen und darauf aufbauend ein zielgruppenspezifisches Angebot ausarbeiten. Dies ist am ehesten im Rahmen eines umfassenden Programms zur betrieblichen Gesundheitsförderung möglich, z.B. auf der Grundlage eines Gesundheitsberichtes und der Erfahrungen der Mitarbeiter, wie sie in einem Gesundheitszirkel gesammelt werden. In einem solchen Rahmen wäre dann eine Rückenschule eine ergänzende Maßnahme neben anderen. Ein konkreter Bezug auf die Arbeitssituation erhöht die Akzeptanz, Inanspruchnahme und Effektivität der Rückenschule. Je deutlicher der Bezug zum Arbeitsplatz und den dort auftretenden Problemen ist, also je mehr ein Kurs als Maßnahme der

- betrieblichen Gesundheitsförderung verstanden wird (im Gegensatz zu einer Freizeitbeschäftigung), desto eher werden auch Unternehmensleitungen dafür gewonnen werden können, die Kurse während der Arbeitszeit abzuhalten, was seinerseits wieder die Inanspruchnahme fördert.
- Eine Rückenschule alleine kann letztlich das Problem hoher und einseitiger Belastungen des Rückens nicht lösen, wenn nicht gleichzeitig über Möglichkeiten einer verbesserten ergonomischen Arbeitsgestaltung, z.B. in Form von Hebehilfen, oder die organisatorische Verteilung der schweren Arbeiten nachgedacht wird. Ein Kurs zur Streßbewältigung kann immer nur die Symptome behandeln, nicht aber das Streßproblem selbst lösen. Für eine nachhaltige Verbesserung kommt es also darauf an, an beiden Seiten anzusetzen.
 - Es dürfte deutlich geworden sein, daß die Vorbereitung, Planung, Konzeption und Durchführung einer Rückenschule nicht isoliert erfolgen sollten. D.h. es erfordert sowohl in Bezug auf die Beschäftigten als auch auf die Geschäftsleitungen eine breite Thematisierung der Probleme und die Einbettung in eine betriebliche Gesundheitspolitik.

Kooperation von Unfall- und Krankenversicherung

Die parallele Beauftragung von Unfall- und Krankenversicherung mit der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren legt ein koordiniertes Vorgehen nahe. Die Unfallversicherungsträger verfügen zwar über eine spezifisch arbeitsweltbezogene Kompetenz, ihre Methoden und Instrumente sind aber hauptsächlich auf Unfälle und Berufskrankheiten und die technisch-stofflichen Gegebenheiten des Arbeitsprozesses ausgerichtet. Auf der anderen Seite haben die Krankenversicherungsträger keinen direkten Gestaltungseinfluß auf die Arbeitsbedingungen und neigen daher zu personenbezogenen Ansätzen am 'Verhalten' der Versicherten. Sobald aber Gesundheitsförderung mehr sein soll als Verhaltensprävention und Gesundheitserziehung und die Arbeitsbedingungen selbst mit Gestaltungsanspruch thematisiert, ist sie zum einen auf die Innovationsbereitschaft der Unternehmen angewiesen, zum anderen aber auch auf das Interventionspotential des Arbeitsschutzes, allen voran der Unfallversicherungsträger. Diese müssen vor dem Hintergrund der weitgefaßten Zielsetzungen des modernen Präventionsverständnisses die technisch-normativistischen Verkürzungen des traditionellen Arbeitsschutzes überwinden. Darüber hinaus ist in jedem Fall die Bereitschaft der Beschäftigten, freiwillig an den entsprechenden Angeboten teilzunehmen und mitzuarbeiten,

unerlässlich. Methodisch und konzeptionell bedarf es also der Verzahnung und *Integration beider Zugriffsweisen* und Handlungsmöglichkeiten und der breiteren Entwicklung von *Kooperationsstrukturen* zwischen Unfall- und Krankenversicherungsträgern.

Die Spitzenverbände beider Zweige haben sich dieser Problematik gestellt und in diesem Sinne schon 1989 eine *Empfehlungsvereinbarung* getroffen. Dort heißt es:

„Die Gesundheitsförderung und damit auch die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren erfordert zielgruppenspezifische und bedarfsgerechte Ansätze. [...] Prinzipiell ist anzustreben, auf der Grundlage der breit gefächerten Erfahrungen der Vereinbarungspartner, die Aktivitäten des Arbeitsschutzes bzw. der Unfallverhütung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Sinne einer ganzheitlichen Zielvorstellung zu integrieren.“⁹⁸

Konkret soll durch die Entwicklung geeigneter epidemiologischer Datenbasen ein umfassender Informationsaustausch dauerhaft realisiert werden. Mit diesen, insbesondere von den Betriebskrankenkassen vorangetriebenen, Entwicklungen werden Instrumente geschaffen, die von wissenschaftlicher und gewerkschaftlicher Seite schon lange gefordert wurden.⁹⁹ Inzwischen gehört differenzierte Gesundheitsberichterstattung auf einzelbetrieblicher Ebene zum Repertoire der meisten Krankenkassen, es werden aber auch branchen- und sektorenübergreifende Instrumente entwickelt.

Hervorzuheben sind dabei v.a. zwei längerfristig angelegte Modellvorhaben, die der Bundesverband der Betriebskrankenkassen in Kooperation mit der Unfallversicherung durchführt:

- Das 1992 angelaufene Projekt *Neue Wege der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen* in Zusammenarbeit mit der Hütten- und Walzwerksberufsgenossenschaft strebt über eine Integration von Informationen und Daten aus Krankenkassen, Berufsgenossenschaft, Unternehmen und betriebsärztlichen Diensten die betriebliche und überbetriebliche Verknüpfung präventiver Handlungsmöglichkeiten von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft an.¹⁰⁰

⁹⁸ Abgedruckt in: Die Betriebskrankenkasse, 1992, S. 3-4

⁹⁹ Vgl. z.B. Chr. v. Ferber 1976; L. v. Ferber; Chr. v. Ferber; W. Slesina 1983; Standfest, Erich (1983): Zur Anwendung von Forschungsergebnissen in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung, in: Soziale Sicherheit, H. 5, S. 152-155

¹⁰⁰ Vorläufige Ergebnisse des bis Ende 1996 laufenden Projekts sind dokumentiert in: Zoike, Erika; Chruscz, Detlef; Schumann, Jutta (Hrsg.) (1996): Branchenbezogene Gesundheitsberichterstattung und Präventionsansätze in der Metallindustrie, Dokumentation der Konferenz vom 21. März 1996 in Essen, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

- Im *Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit* (KOPAG) des BKK Bundesverbandes und dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie mehrerer Einzel-Berufsgenossenschaften sollen in die Datenvernetzung auch subjektive Belastungsdaten eingeführt und daraus arbeitsplatzspezifische Belastungsprofile abgeleitet werden. Ziel ist, für ausgewählte Branchen Modellarbeitsplätze zu entwickeln.

Obwohl also konkrete Vorhaben in Gang gesetzt wurden, handelt es sich dabei noch um Modellprojekte. Daneben gibt es eine Reihe einzelner Kooperationen zwischen Unfall- und Krankenversicherungsträgern, insbesondere im Zusammenhang regionaler Vernetzungsprojekte und 'Runder Tische', in denen auch andere Einrichtungen, z.B. die staatlichen Arbeitsschutzämter und die Tarifpartner, vertreten sind.

Beschränkung der Krankenkassenbeteiligung am betrieblichen Gesundheitsschutz

Der Ausbau und die Überführung solcher Ansätze in eine routinisierte Zusammenarbeit ist durch die jüngsten Gesetzesänderungen allerdings stark in Frage gestellt. Im Rahmen des *Krankenversicherungs-Beitragsentlastungsgesetzes*, das im November 1996 verabschiedet wurde, hat der bisherige § 20 SGB V wesentliche Kürzungen erfahren. In seiner neuen Formulierung wird die Beteiligung der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung weitgehend zurückgenommen und auf eine Informationspflicht gegenüber den Unfallversicherungsträgern beschränkt. Sie haben diese über Erkenntnisse, die sie über "Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen" gewonnen haben, zu unterrichten. Besteht der Verdacht auf berufsbedingte gesundheitliche Gefährdungen oder Berufskrankheiten müssen sie dies den für Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger unverzüglich mitteilen.

Die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen in der Prävention werden damit, nach einer nur 8-jährigen Episode, wieder deutlich eingeschränkt. Bislang bestehen allerdings noch Unsicherheiten über die Auslegung der neuen Regelungen. Unklar ist v.a., welche Mittel und Instrumente zur Gewinnung von "Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen" erforderlich sind. Eine enge Interpretation sieht die Krankenkassen auf die Rolle von 'Datenlieferanten' der Unfallversicherungsträger reduziert. Auf der anderen Seite wird geltend gemacht, daß sowohl betriebliche Gesund-

heitsberichte als auch Gesundheitszirkel zur Analyse gesundheitlicher Belastungen und Problemschwerpunkte im Betrieb beitragen. In jedem Fall wird sich aber die Kostenträgerschaft betrieblicher Gesundheitsförderung ändern. Wenn sie nicht mehr vollständig oder teilweise von den Krankenkassen übernommen werden kann, sondern von den Unternehmen selbst finanziert werden muß, erhöht sich der Druck auf die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen bzw. den Nachweis ihrer Effektivität und Effizienz. Die eher werbestrategisch motivierten, kurzfristig und einseitig verhaltenspräventiv angelegten Service-Angebote dürften diesen Qualitätsanforderungen nicht standhalten.¹⁰¹

Für die überwiegende Mehrheit der Betriebe schränkt der neue § 20 damit das verfügbare Spektrum an betrieblichen Präventionsmaßnahmen deutlich ein, zumal die meisten Krankenkassen das im Rahmen der Gesundheitsförderung beschäftigte Personal abbauen bzw. umsetzen. In einigen Branchen gibt es allerdings Überlegungen, eine entsprechende tarifliche Handlungsmöglichkeit zu schaffen, und vereinzelt wird in Großunternehmen an bereits installierten Programmen auf der Grundlage von Betriebsvereinbarungen festgehalten.

Angesichts der noch bestehenden Unsicherheiten und der erschwerten Bedingungen ist fraglich, ob die Krankenkassen an betrieblicher Gesundheitsförderung als träger- und gesundheitspolitischem Ziel festhalten können und dies angesichts enger werdender finanzieller Spielräume auch wollen. Falls ja, wäre eine konzeptionelle und strategische Neubestimmung der Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung und der Ausbau des evaluativen Instrumentariums notwendig.

Sollten die Krankenkassen als Akteure betrieblicher Prävention ausfallen, stellt sich die Frage, ob die Unfallversicherungsträger auf der Grundlage ihres erweiterten Präventionsauftrags den Verlust ausgleichen können und wollen. Immerhin könnten sie dabei auf eine Reihe von zur Routinefähigkeit gereiften Instrumenten zurückgreifen. Allerdings scheinen sich bisher keine entsprechenden Initiativen zu entwickeln, was auch insofern wenig überrascht, als daß dann die angezielten Einsparungen bzw. die Beitragsentlastung in der Krankenversicherung lediglich als Kosten in die Unfallversicherung verschoben würden.

Die Spitzenverbände aller gesetzlichen Krankenkassen sind sich einig, daß damit "die entscheidende gesundheitspolitische Reformoption des letzten

¹⁰¹ Vgl. Meierjürgen, Rüdiger; Knorn, Hans-Jürgen (1997): Perspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund gesetzlicher Neuregelungen, in: Soziale Sicherheit, H. 2, S. 43-48

Jahrzehnts" verspielt und kostenintensive Leistungsausweitungen bei chronisch-degenerativen Krankheiten die Folge sein werden (Gemeinsame Eckpunkte der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zur Erhaltung des § 20 SGB V, April 1996). Die Einspareffekte dagegen schätzen sie als gering und allenfalls kurzfristig wirksam ein, machen doch die Ausgaben für Gesundheitsförderung weniger als ein Prozent der Leistungsausgaben insgesamt aus.

Dennoch wird die Einschränkung der Gesundheitsförderung nicht in erster Linie gesundheitspolitisch begründet, sondern mit notwendigen Einsparungen. Das belegt schon der Name des Gesetzes, in dessen Rahmen dies geschieht: Beitrags-Entlastungsgesetz. Bundesgesundheitsminister Seehofer hat in den diesbezüglichen Bundestagsdebatten das "Wohlbefinden der Gesunden" gegenüber der Versorgung der Kranken ausdrücklich von der Zuständigkeit der Krankenkassen ausgenommen.

Ausdehnung präventionsfachlicher Betreuung auf Kleinbetriebe

Die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren fällt damit ganz überwiegend wieder in die alleinige Verantwortung der Unfallversicherungsträger. Gleichzeitig haben diese eine weitere, anspruchsvolle Problematik zu bewältigen: die vervollständigende Einlösung des schon 1974 im Arbeitssicherheitsgesetz aufgestellten Anspruchs auf *präventionsfachliche Betreuung aller Betriebe*. Die dieses Gesetz ausfüllenden Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften enthielten bislang suspendierende Regelungen, die kleine Betriebe und damit rund die Hälfte aller Arbeitnehmer aus der Versorgung ausklammerten. Die Arbeitsschutzpolitik der EU, insbes. die europäische Rahmenrichtlinie nach Art. 118a EWG-Vertrag, läßt keine Differenzierungen des Schutzniveaus nach Wirtschaftssektoren und Betriebsgrößen mehr zu und macht damit die Ausdehnung des Anspruchs auf präventionsfachliche Versorgung auf alle Betriebe ab einem Arbeitnehmer rechtlich verbindlich. Für den in vielen Branchen bis zu 90 Prozent der Mitglieder stellenden Anteil an Kleinbetrieben mit teilweise sehr heterogenen Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsbildern müssen – durch die Unfallversicherungsträger und ihre Selbstverwaltungen – präventionsfachliche Betreuungs- und Beaufsichtigungsmodelle konzipiert werden, und das unter Beachtung der o.g. Anforderungen an einen 'ganzheitlichen' Gesundheitsschutz.

Den Unfallversicherungsträgern fällt dabei – im Zusammenspiel mit politischen Entscheidungsträgern – die Aufgabe zu, jeweils branchenweit verbind-

liche Standards des Umgangs mit Belastungen und Gefährdungen am Arbeitsplatz zu definieren. Dabei lassen die ökonomischen und sozialen Besonderheiten der Kleinbetriebe – dünnere Finanzdecke, kürzere Planungshorizonte, andere (produktions-)technische Voraussetzungen, keine betriebliche Interessenvertretungen, wenig formalisierte Betriebsabläufe, informelle Sozialbeziehungen etc. – eine einfache Übertragung der großbetrieblichen Betreuungs- und Beaufsichtigungsformen nicht zu. Die finanziellen Belastungen müssen gegenüber den für Großbetriebe zumutbaren Aufwänden minimiert, aber gleichzeitig die (auch vom Gesetzgeber geforderten) Qualitätsstandards gesichert werden. D.h. die den Kleinbetrieben zumutbaren Eigenleistungen müssen neu definiert und im Verhältnis zu den von Unfallversicherungsträgern erbrachten Fremdleistungen konzeptionell bestimmt werden. Die Frage der präventionspolitischen Bedarfsgerechtigkeit stellt sich hier in doppelter Hinsicht ganz besonders: der Mannigfaltigkeit der betrieblichen Bedingungen muß unter der Voraussetzung geringerer finanzieller Spielräume der Kleinbetriebe Rechnung getragen werden. Die Unfallversicherungsträger haben inzwischen verschiedene Betreuungsmodelle für Kleinbetriebe eingerichtet und ihre Unfallverhütungsvorschriften – z.T. mit noch laufenden Übergangsfristen für die aller kleinsten Betriebe – entsprechend angepaßt. In Kapitel 4 wird am Beispiel einer gewerblichen Berufsgenossenschaft der Verlauf von Planung und Konzeption des entsprechenden Modells rekonstruiert.

Hinsichtlich der sicherheitstechnischen Versorgung haben sich einige Berufsgenossenschaften für das sog. *Unternehmermodell* entschieden. Es besteht im Kern aus einer Grundlagen-Schulung des Betriebsinhabers in Fragen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes durch die zuständige Berufsgenossenschaft. Dadurch soll die flankierende Betreuung durch überbetriebliche Sicherheitsdienste verringert und gleichzeitig bedarfsgerecht und effizienter gestaltet werden. Der Unternehmer soll befähigt werden, seinen Beratungsbedarf selbst zu ermitteln und mit Hilfe der überbetrieblichen Dienste Maßnahmen zu ergreifen. Andere Träger haben sich für die sog. *Regelbetreuung* – der ausschließlichen Betreuung durch externe Dienste, sowohl sicherheitstechnisch als auch arbeitsmedizinisch – entschieden oder für Kombinationen beider Modelle. In jedem Fall ergibt sich für die Träger ein enormer Organisationsaufwand. Die Kleinbetriebsinhaber müssen informiert, beraten und entweder für die Teilnahme am Unternehmermodell oder für die Inanspruchnahme externer Dienste gewonnen und motiviert werden. Die dadurch entstehenden Kosten müssen ihnen plausibel gemacht werden.

Für die arbeitsmedizinische Betreuung sind überbetriebliche Formen der Beauftragung von Diensten oder einzelnen Anbietern zu entwickeln. Die Berufsgenossenschaften haben auch diesbezüglich unterschiedliche Modelle konzipiert, mit jeweils verschieden umfangreichen Unterstützungsangeboten für die Mitgliedsbetriebe.

**Beispiel für ein arbeitsmedizinisches Betreuungsmodell:
Der Arbeitsmedizinische Dienst der Berufsgenossenschaften der
Bauwirtschaft**

In der Bauwirtschaft gehören über 98 Prozent der Betriebe und zwei Drittel aller Arbeitnehmer zu den Kleinbetrieben. In der Diskussion um das ASiG haben sich die Bau-Berufsgenossenschaften aus diesem Grund schon 1973 – einer Zeit der Hochkonjunktur und des Baubooms – für die Entwicklung einer Konzeption entschieden, die auch die kleinsten Betriebe einbezieht und darüber hinaus den besonderen Arbeitsbedingungen in der Bauwirtschaft Rechnung trägt: nicht-stationäre Arbeitsweise, große Zahl an Baustellen, Veränderung der Arbeitsumgebung mit dem Baufortschritt. Damit erfüllten sie von Anfang an die Anforderungen des ASiG und jetzt der EU.

Die Arbeitsmedizinischen Dienste der Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft (AMD) sind berufsgenossenschaftseigene, branchenbezogene Anbieter der nach dem ASiG vorgeschriebenen betriebsärztlichen Leistungen, also der 'Betriebsarzt der Bauwirtschaft'. Sie bieten flächendeckende Betreuung aller Betriebe und deren Mitarbeiter an. Jede der acht regionalen Bau-Berufsgenossenschaften (einschließlich der bundesweit zuständigen Tiefbau-BG) unterhält einen AMD mit jeweils mehreren selbständigen, aber bundeseinheitlich organisierten und miteinander kooperierender Zentren. Derzeit verfügen die Bau-Berufsgenossenschaften (einschließlich der Tiefbau-BG) über 83 stationäre Zentren und 46 mobile Untersuchungseinheiten (Stand: Juni 1995). Die Zentren sind mit durchschnittlich vier Arbeitsmedizinern ausgestattet und verfügen über eine moderne technische Ausstattung. Die Untersuchungsräume sind so angelegt, daß parallel mehrere Arbeitnehmer untersucht und so die Wartezeiten verkürzt werden können.

Dem AMD sind alle Mitgliedsbetriebe der Bau-Berufsgenossenschaften per Satzung angeschlossen. Damit sind ihre Verpflichtungen nach dem ASiG abgegolten. Von diesem Anschlußzwang kann sich der Unternehmer befreien lassen, wenn er durch eine Bescheinigung der zuständigen Behörde nachweist, daß er diesen Pflichten anderweitig nachkommt. Faktisch sind die allermeisten Betriebe dem AMD angeschlossen. Die Finanzierung des AMD erfolgt über ein

jährliches, vom allgemeinen Beitrag gesondertes Umlageverfahren nach der Gesamtlohnsumme der Mitgliedsunternehmen. Mit einer Beitragshöhe von ca. ein Promille der Lohnsumme (1 DM pro 1000 DM Lohnsumme), mit der alle Leistungen des AMD abgegolten sind, wird das Modell von den Bau-Berufsgenossenschaften als kostengünstig eingestuft.

Die Ärzte der AMD-Zentren führen alle allgemeinen betriebsärztlichen Aufgaben nach dem ASiG durch: Untersuchungen, Beratungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, Betriebsstättenbegehungen. Neben den allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen werden auch eine Reihe spezieller Vorsorgeuntersuchungen nach den sog. Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen und nach staatlichen Verordnungen durchgeführt. So bietet der AMD seit kurzem den Auszubildenden der Bauwirtschaft Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz an. Dabei handelt es sich um Untersuchungen der Wirbelsäule, um etwaige Vorschädigungen festzustellen und so den Betrieben und den Auszubildenden hohe Ausfallzeiten oder ein vorzeitiges Abbrechen der Ausbildung zu ersparen.

Durch eine Kooperationsvereinbarung zwischen allen Bau-Berufsgenossenschaften ist die sog. Standby-Funktion gesichert, d.h. daß auch bei einem durch die Mobilität in der Bauwirtschaft bedingten Aufenthalt in einem anderen regionalen Zuständigkeitsbereich, in dringenden Fällen die arbeitsmedizinische Betreuung vor Ort gewährleistet ist.

Über die gesetzlichen Aufgaben hinaus betreibt der AMD multidisziplinäre, epidemiologische Forschung. Die bei den Vorsorgeuntersuchungen anfallenden Daten werden betriebs- und zentrumsübergreifend zusammengefaßt und nach Berufs- bzw. Tätigkeitsgruppen ausgewertet. Mit diesem kontinuierlichen Verfahren sollen Hinweise auf noch unentdeckte arbeitsbedingte Erkrankungen gewonnen werden, es soll also als Frühwarnsystem insbesondere im Hinblick auf Kleinbetriebe dienen, da der Umfang der bundesweit einheitlich gewonnenen Daten auch epidemiologische Aussagen über seltene Berufe und Tätigkeiten in Kleinbetrieben erlaubt.

Der Aufbau dieses Systems erfolgte im Rahmen eines Projekts, das auch mit Mitteln des Bundesforschungsministeriums gefördert wurde. Zukünftig sollen die medizinischen Daten mit standardisiert erfaßten (und zu Gefährdungsprofilen aller wesentlichen Berufe und Tätigkeiten verarbeiteten) Informationen aus Betriebsstätten- bzw. Arbeitsplatzbegehungen verbunden werden.

Parallel zu dieser zentrumsübergreifenden Vernetzung wird die Bearbeitung von besonderen Risikogruppen vorgenommen. Unter Einbeziehung einer Vielzahl von Daten- und Informationsquellen (Sozialversicherungsdaten, arbeitsmedizinische Literatur, eigene Erkenntnisse aus dem Frühwarnsystem) wird

nach besonders gefährdeten Gruppen gesucht, die Risiken analysiert und darauf bezogene Präventionsvorschläge entwickelt. Die bislang acht beforschten Risikogruppen werden arbeitsteilig von den AMD-Zentren bearbeitet. Sieben davon sind berufs- bzw. tätigkeitsspezifisch (Maler, Maurer, Fliesenleger etc.). Darüber hinaus gibt es eine Querschnittsgruppe 'Ältere Arbeitnehmer'. Bezüglich der Maurer konnten bspw. unter multidisziplinärer Beteiligung und in Kooperation mit Verbänden und Herstellern Gewichtsgrenzen für Mauersteine eingeführt, die ergonomische Gestaltung der Griffmulden der Mauersteine verbessert und die Weiterentwicklung maschineller Steinversetzhilfen initiiert werden.

Das AMD-Modell der Bauwirtschaft wurde also lange bevor es eine gesetzliche Pflicht gab initiiert und etabliert. Es stellt die flächendeckende arbeitsmedizinische Betreuung durch regionale Präsenz sicher. Entlegene, ländliche Betriebsstätten, die für 'freie' Anbieter aufgrund der langen Anfahrtswege wenig lukrativ sind, können durch die mobilen Untersuchungseinheiten erreicht werden. Auch in der stationären Betreuung wird durch effiziente Nutzung der Untersuchungsräume versucht, die finanziellen Aufwände der Betriebe, die durch die Freistellung von Arbeitnehmern für Untersuchungen entstehen, möglichst gering zu halten.

Die Arbeitsmedizinischen Dienste verfügen über eine breite Datengrundlage der branchenspezifischen Bedingungen und Besonderheiten, die andere Anbieter nicht in dem Maße aufweisen können. Sie verbinden die präventivmedizinischen Aufgaben mit epidemiologischen Fragestellungen. Die bundesweit einheitliche Organisationsform ermöglicht die branchenübergreifende Bündelung und Nutzbarmachung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse. Die betriebs- und zentrumsübergreifende Auswertung routinemäßig anfallender Daten und weiterer Informationsquellen ermöglicht die Einbeziehung der Kleinunternehmen in die epidemiologische Forschung. Die institutionelle Anlage des Konzepts gewährleistet die Qualitätssicherungsmöglichkeiten der BG bzw. der Selbstverwaltung.

**Beispiel für ein präventionsfachliches Betreuungsmodell:
Der Arbeitsmedizinische und Sicherheitstechnische Dienst des
Gemeindeunfallversicherungsverbandes (GUVV) Westfalen-Lippe**

Der GUVV Westfalen-Lippe (mit ca. 170.000 Versicherten, ohne Schüler) hat eine Koordinierungsstelle nach dem Prinzip eines Maklers als Serviceeinrichtung für die Mitgliedsbetriebe aufgebaut, den Arbeitsmedizinischen und Sicherheitstechnischen Dienst, AStD. Hierzu wurden Verträge mit vier überbetrieblichen Anbietern präventionsfachlicher Leistungen abgeschlossen, die aufgrund einer Ausschreibung ausgewählt wurden. Dabei wurde zum einen darauf

geachtet, daß die ländlichen Gebiete in die Betreuung einbezogen wurden, und zum anderen bestimmte Qualitätsanforderungen hinsichtlich Qualifikation, Ausstattung etc. festgelegt. Außerdem müssen sich die Anbieter verpflichten, einmal jährlich zu einem Erfahrungsaustausch zusammenzukommen. Durch diese hohen Qualitätsanforderungen verteuert sich das Angebot zwar, aber die Inanspruchnahme durch die Mitgliedsbetriebe ist freiwillig, d.h. es gibt keinen Anschlußzwang (wie ihn einige andere Berufsgenossenschaften beschlossen haben), so daß gewährleistet bleibt, daß die Betriebe unabhängig vom AStD externe Dienste beauftragen können. Nach Angaben des GUVV ist die Reaktion der Mitglieder aber positiv.

Zwischenresümée

Die geschilderten Entwicklungen konvergieren im Hinblick auf Anforderungen an die Träger zusammen in folgenden Punkten:

Die Strukturveränderungen im System der betrieblichen Prävention erfordern eine tendenzielle Abkehr von der tradierten Logik des Arbeitsschutzes. Deren Bornierungen lassen sich mit Stichworten wie Kurations- und Entschädigungslastigkeit, Bürokratisierung und Monetarisierung, Unfall- und Technikfixierung, Expertendominanz, Normen- und Kontrollorientierung charakterisieren.¹⁰² Zukünftig wird dagegen die Bedarfs- und Adressatengerechtigkeit, die Versichertennähe von Maßnahmen an Bedeutung gewinnen.

Die präventiven Maßnahmen sind mit unterschiedlicher rechtlicher Verbindlichkeit ausgestattet. Im Gegensatz zu Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen, deren Inanspruchnahme grundsätzlich freiwillig ist, haben die in Unfallverhütungsvorschriften festgelegten Anforderungen der präventionsfachlichen Betreuung Gesetzeskraft. Zwar verfügt die Unfallversicherung über polizeiliche Mittel der Vollzugskontrolle, aber allein damit ist Gesetzeskonformität nicht durchzusetzen, selbst wenn die entsprechenden Kapazitäten ausgedehnt würden. Die Krankenversicherung verfügt erst gar nicht über solche Mittel, sondern muß von vorneherein die strukturelle Eigenverantwortung der Versicherten respektieren. D.h. die 'Umsetzung' der regulativen Maßnahmen und die eingesetzten Instrumente müssen zukünftig weit mehr auf Motivation, Kooperation, Beratung ausgerichtet sein. Der Erfolg von Maßnahmen – im Sinne einer präventiven Wirksamkeit – wird nicht nur von der 'Güte' der

¹⁰² Vgl. z.B. Pröll, Ulrich (1991): Arbeitsschutz und neue Technologien. Handlungsstrukturen und Modernisierungsbedarf im institutionalisierten Arbeitsschutz, Opladen

Angebote abhängen, sondern ganz wesentlich davon, inwieweit sich dafür Interesse und Akzeptanz bei Betrieben und Arbeitnehmern, eben eine breite Inanspruchnahme, herstellen läßt.

2.2 Wandel der gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen arbeitsweltbezogener Prävention

Bei der Bewältigung dieser Problemstellungen müssen sich die Träger mit einer Reihe ökonomischer, organisatorisch-bürokratischer und sozialpolitischer Anforderungen auseinandersetzen.

2.2.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Insbesondere die Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung ist derzeit durch mindestens *zwei tiefgreifende Kontinuitätsbrüche* gekennzeichnet: das zum 1. Januar 1996 wirksam gewordene Kassenwahlrecht für Arbeiter und die damit verstärkte Kassenkonkurrenz sowie die verschiedenen Maßnahmen der Organisationsreform. Beide Prozesse konfrontieren die Geschäftspolitik der Träger mit neuen, an die Grundsätze des Systems rührenden Anforderungen.

Beide Reformschritte gehen auf das *Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)* von 1993 zurück. Mit diesen, wie auch weiteren im GSG geschaffenen bzw. geplanten Instrumenten der Leistungssteuerung durch die Krankenkassen (Budgetierung, Stärkung des Hausarztes, Reform der Vergütungsstrukturen in ambulanter und stationärer Versorgung etc.) ist eine wirksame Kostenbegrenzung bei Sicherung der Leistungsqualität und Stabilität der Beiträge beabsichtigt. Mit der Ausweitung der Kassenwahlrechte und der Reform der Selbstverwaltungsstruktur sollen Anreize zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Voraussetzungen für ein effizienteres Kassenmanagement geschaffen werden. D.h. diese Maßnahmen wurden in erster Linie von der Finanzierungsfrage im Gesundheitswesen ausgelöst.

Wettbewerb

Für die Krankenkassen bedeutet dies zum einen eine Intensivierung des *Wettbewerbs um Mitglieder* mit dem Ziel einer günstigeren Risikostruktur. In der Konkurrenz um 'gute Risiken', die die aktive Finanzierung tragen, geraten ökonomische und sozialpolitische Zielsetzungen verschärft in Widerspruch.

Die sozialpolitischen und humanitären Ziele stoßen auf die ökonomisch möglicherweise notwendige Begrenzung 'schlechter Risiken' in der Mitgliederstruktur.

Die bisher erkennbaren, von Selbstverwaltungen verantworteten Wettbewerbsstrategien reichen von ausgedehnter Werbung und auf junge, gut verdienende Alleinstehende ausgerichteter Imagepflege über Angebote zur Gesundheitsförderung und Modellversuche zur Beitragsrückerstattung bis hin zu mehr oder minder offenen Überlegungen, den Zulauf 'schlechter Risiken' zu verringern bzw. durch besondere Anreize für Kassenmitarbeiter die Mitgliederwerbung zu intensivieren. Was für den einzelnen Träger u.U. eine ökonomische Überlebensfrage sein mag, ist sozialpolitisch gesehen allerdings äußerst problematisch, weil es genau diejenigen mit Selektion bedroht, die am stärksten auf die Leistungen angewiesen sind: Einkommensschwache, Alte und chronisch Kranke.

Der Wettbewerb verstärkt demnach den Druck auf die Grundprinzipien der sozialen Sicherung. Der zur Gewährleistung gleicher Ausgangsbedingungen im Wettbewerb geschaffene, kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich mindert den Konkurrenzdruck nicht: Er bewirkt zwar die Angleichung der Beiträge unter den Kassen, eliminiert damit aber lediglich den Beitrag als Wettbewerbsparameter. Außerdem ist kritisiert worden, daß er nicht alle Risikofaktoren berücksichtigt (Härfälle, Morbidität) und so die Risikoselektion als Wettbewerbsstrategie nicht unattraktiv macht.¹⁰³

Die Konkurrenz hat also zunächst bei den Kassen *unternehmens- und trägerpolitische Fragen* in den Vordergrund gerückt. Dies hat zwar eine gesteigerte Suche nach Profilierungsmöglichkeiten bewirkt und insofern innovative Potentiale freigesetzt. Allerdings waren die Strategien im Wettbewerb bisher v.a. kurzfristig auf die Gewinnung von Mitgliedern hin angelegt, während Maßnahmen mit dem Ziel einer langfristigen Verminderung von Risiken und der Verbesserung der Gesundheitssituation durch Intensivierung der Prävention im Hintergrund blieben. Dabei haben einige Kassen auch gesundheitspolitisch umstrittene oder kaum mehr zu begründende Leistungen angeboten, von Koch- und Backkursen über Aqua-Jogging und Bauchtanzkursen bis zum Bewerbungstraining für Schulabgänger und vergünstigten Flugrei-

¹⁰³Vgl. Mickley, Birgit; Standfest, Erich (1995): Szenarien für die nächste Reformstufe im Gesundheitswesen, in: WSI-Mitteilungen, H. 6, S. 377; sowie die Vorschläge des DGB zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, abgedruckt in: Soziale Sicherheit, H. 12/1996, S. 447-451, hier: S. 451

sen zu den olympischen Spielen. Andere Kassen haben mit Hinweis auf solche 'Entgleisungen' die bei ihren eigenen Angeboten schon immer geltenden Qualitätsmaßstäbe betont.¹⁰⁴

Im Zusammenhang mit den fragwürdigen Aktivitäten einzelner Kassen hat Bundesgesundheitsminister Seehofer die Gesundheitsförderungspraxis der Krankenkassen allgemein scharf kritisiert. Die Träger bzw. ihre Verbände haben inzwischen selbst die Konsequenzen gezogen und solche Angebote eingestellt. Darüber hinaus bemühen sie sich verstärkt um die Entwicklung von Qualitätskriterien und evaluativer Instrumente. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen hatte schon 1992 ein dreijähriges Projekt zur Evaluation von Gesundheitsberichten und Gesundheitszirkeln begonnen. Dennoch konnte nicht verhindert werden, daß mit der Novellierung des § 20 SGB V wesentliche Einschränkungen der Gesundheitsförderung durch den Gesetzgeber vorgenommen wurden.

Diese finanzpolitische Schlagseite der gesundheitspolitischen Diskussionen ist nicht neu, hat sich aber vor dem Hintergrund der Debatte um den 'Wirtschaftsstandort Deutschland' verschärft. Die Kosten sozialstaatlicher Sicherung, insbes. die Lohnnebenkosten, werden immer wieder als zusätzliche Gefährdung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft in einer ohnehin verschärften Weltmarktkonkurrenz kritisiert (und in allen politischen Lagern einhellig als zu hoch eingeschätzt). Unter dem Druck einer hohen Steuer- und Abgabenbelastung bei anhaltender Finanzierungskrise sind die Systeme sozialer Sicherung in die Defensive geraten. Die Rufe nach Umbau des Sozialstaates argumentieren dann auch mit der Ineffizienz, Produktivitätsschädlichkeit, Wettbewerbsbehinderung und Unbezahlbarkeit des Sozialstaats.¹⁰⁵ Die geforderte 'Durchforstung' des Leistungskatalogs wird allein mit Kostenargumenten begründet, nicht etwa mit dessen kontinuierlicher Anpassung an veränderte Problemlagen und seiner bedarfsgerechten Gestaltung. Obwohl dabei eine dekrementale Strategie der Kürzung und Abschaffung einzelner, 'überflüssiger' Leistungen verfolgt wird, sind unversehens die Grundprinzipien der sozialen Sicherungssysteme insgesamt in die Diskussion geraten:

104 Vgl. z.B. die Artikel in den Mitgliederzeitschriften von Barmer und Techniker Krankenkasse von Juni 1996

105 Vgl. dazu kritisch: Scholz, Wolfgang: Bedeutung der Sozialpolitik für die Wettbewerbsfähigkeit und die Beschäftigung, in: Themen und Thesen aus der Sozialakademie Dortmund, 1996, S. 13 ff; Bäcker, Gerhard (1995): Der Sozialstaat – ein Auslaufmodell?, in: WSI-Mitteilungen, H. 6, S. 345 ff

Vergesellschaftung der grundlegenden Existenzrisiken, solidarischer Ausgleich zugunsten der Bedürftigen, Generationenvertrag, paritätische Beitragsfinanzierung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern.

In den Krisendiskussionen wird überwiegend die Leistungs- und Ausgabenseite der Sozialversicherung thematisiert. Ein Kardinalproblem stellt jedoch die *Einnahmeseite* dar bzw. die Finanzierung der Sozialversicherung in Abhängigkeit von den Einkommen aus unselbständiger Arbeit. Diese Finanzierungsgrundlage gerät in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit, Krankenständen und Frühverrentungen aus dem Gleichgewicht, also gerade dann, wenn Leistungen am dringendsten benötigt werden. Mit steigenden Beiträgen zur Sozialversicherung erhöhen sich auch die Lohnnebenkosten und verteuern sich Arbeitsplätze, was wiederum deren Schaffung und Erhaltung erschwert.

Der Abbau von Beitrags- und Steuerbelastungen wird denn auch mit der Entlastung der Unternehmen begründet, die wiederum in die Schaffung neuer Arbeitsplätze münden soll. Dieses Ziel verfolgt auch der Vorschlag, die Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung auf ihrem jetzigen Niveau einzufrieren und zukünftige Beitragssteigerungen allein den Arbeitnehmern aufzubürden. Abgesehen davon, daß offen ist, ob und in welchem Umfang dies die gewünschten Beschäftigungseffekte hätte, würde dies einen Bruch mit den ordnungspolitischen Grundlagen des Krankenversicherungssystems mit ihrer hälftigen Finanzierungsverpflichtung bedeuten.

Die Vorschläge zur Erschließung neuer Finanzierungsgrundlagen, z.B. die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung (etwa der freiwillig versicherten Rentner oder der geringfügig Beschäftigten), können allenfalls als punktuelle Lösungen gelten. Aussichtsreicher wäre dagegen die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Beamte. Aber auch dies würde nichts Grundsätzliches am Problem der Finanzierung aus einkommensabhängigen Beiträgen ändern.

Angesichts des Anteils des von der Sozialversicherung erfaßten Personenkreises von über 90 Prozent der Bevölkerung und der Ausdehnung der Leistungskataloge auf versicherungsfremde Leistungen (z.B. wurde der Aufbau Ost mit über 100 Milliarden DM aus Beiträgen zur Sozialversicherung finanziert) mehren sich daher die Forderungen nach steuerfinanzierten Modellen, bisher v.a. für die Rentenversicherung. Zur Zeit scheint dies aber nur bei gleichzeitiger Senkung des sozialen Sicherungsniveaus und dessen Ergänzung durch private Vorsorge durchsetzbar zu sein.

Auch die in der Diskussion befindlichen Modelle der Reduzierung des gesetzlichen Leistungskatalogs, z.B. auf Grund- oder Kernleistungen, sowie die (inzwischen eingeführte) Erhöhung von Zuzahlungen implizieren eine partielle Re-Privatisierung gesundheitlicher Risiken. Diese, unter dem Stichwort 'Stärkung der Eigenverantwortung' diskutierten, Vorschläge belasten vorrangig Kranke und Einkommensschwache. Ersteres würde zwar den Gesetzlichen Kassen größere Spielräume im Wettbewerb gegenüber der Privaten Krankenversicherung eröffnen, indem sie die Schaffung zusätzlicher Leistungsangebote für die finanzstarke Klientel erlaubten. Gleichzeitig beinhalten diese Vorschläge aber Einschränkungen des Solidar- und Sachleistungsprinzips und rühren damit an die Grundlagen der sozialen Krankenversicherung.

In den Diskussionen um den Sozialstaat dominieren also bei anhaltenden und durch steigende Arbeitslosigkeit sich verschärfenden Finanzierungsproblemen die Umverteilungswirkungen des sozialen Sicherungssystems. Dies läßt auch die Träger und die Organe der Selbstverwaltung nicht unberührt. Die Verringerung der Verteilungsspielräume läßt träger- und unternehmenspolitische Fragen gegenüber den leistungs- und präventionsbezogenen Aufgaben in den Vordergrund treten. Der Schwerpunkt der Diskussionen verlagert sich auf die Spitzenebene der Verbände von Versicherungsträgern und Tarifparteien. 'Weiche', auf der Grundlage der Satzungen erbrachte, Leistungen und Angebote dürften dann am ehesten dem 'Rotstift' zum Opfer fallen.

Organisationsreform

Zu den mit dem Wettbewerb verbundenen trägerpolitischen Anforderungen kommt die inzwischen durchgeführte *Organisationsreform in der GKV* hinzu. Durch die Ablösung des zweistufigen Modells von ehrenamtlicher Vertreterversammlung und Vorstand durch nunmehr nur noch ein ehrenamtliches Organ – den Verwaltungsrat – entfallen bei jedem Träger mehr als die Hälfte der Mandate. Außerdem wird eine andere Verteilung der Erstzuständigkeiten zwischen Selbstverwaltung und hauptamtlichem Vorstand etabliert. Der Verwaltungsrat übernimmt i.w. die Aufgaben der bisherigen Vertreterversammlung, während der Vorstand i.e.S. die Geschäfte der Kasse führt und dabei auch – im Rahmen der Vorgaben des Verwaltungsrates – bisherige Aufgaben des Vorstandes, z.B. die Personalpolitik, wahrnimmt. Die genaue Abgrenzung der jeweiligen Zuständigkeiten und die Regeln der Zusammenarbeit sind durchaus

umstritten¹⁰⁶ und werden sich in der Praxis konkret einspielen müssen. In der Tendenz zeichnet sich ein Rückzug der Selbstverwaltung aus dem 'Tagesgeschäft' ab, der – als 'Entlastung' von operativen Verwaltungsaufgaben interpretiert – die Konzentration auf trägerpolitische Aufgaben ermöglichen und auf der anderen Seite dem Vorstand mehr Raum für unternehmerische Flexibilität geben soll. Beabsichtigt ist, die Kassen als Wirtschaftsunternehmen durch ein professionelles Management zu stärken.

Zu diesen innerorganisatorischen kommen trägerübergreifende Restrukturierungen. Das Gesundheitsstrukturgesetz erleichtert den *Zusammenschluß der Kassen* und hat so zahlreiche Fusionen einzelner Träger zu größeren Einheiten befördert. Hintergrund ist der Finanzausgleich und die Nivellierung der Beiträge innerhalb einer Kassenart. Diese Zentralisierungsprozesse sind ebenfalls mit einer drastischen Reduktion von Selbstverwaltungen verbunden: bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen z.B. verringerte sich die Zahl der Einzelträger mit Selbstverwaltung von 269 auf nunmehr 17. Parallel erfolgte auf der Grundlage der Satzungen die Einrichtung sog. *Regionalbeiräte*, die bei ehemaligen Einzelträgern (heutige Regionaldirektionen) angesiedelt und i.w. mit Mitgliedern der ehemaligen Organe besetzt sind. Dadurch können zwar die meisten Mandate erhalten werden, alle entscheidenden Kompetenzen sind aber i.d.R. bei den Verwaltungsräten konzentriert, denen auch die hauptamtlichen Regionaldirektoren verantwortlich sind. Die Voraussetzungen für eine Einflußnahme dieser regionalen Gliederungen sind daher ungünstig.

Grundsätzlich jedoch würde der Bezug in die als Sozialraum verstandene Region ein tragfähiges Potential beinhalten. Auch der DGB mißt den Regionalbeiräten eine wichtige Funktion bei der Formierung und Artikulation von Interessen auf kommunaler und örtlicher Ebene bei.¹⁰⁷ Der dort zum Ausdruck gebrachte Optimismus, daß sich die Regionalbeiräte als wichtiges Bindeglied zwischen zentralem Verwaltungsrat und der Betroffenen- bzw. Problemebene etablieren können, anstatt lediglich ein 'Sozialplan' für die aufgelösten Selbstverwaltungen zu bleiben, scheint inzwischen allerdings einer gewissen Ernüch-

¹⁰⁶ Vgl. die Kontroverse zwischen Harry Fuchs und Franz Josef Oldiges in: Soziale Sicherheit, H. 7/94 und H. 8-9/1994. Fuchs leitet aus der gestiegenen trägerpolitischen Verantwortung der Selbstverwaltung weitgehende Kontrollbefugnisse des Verwaltungsrates gegenüber dem Vorstand ab. Demgegenüber reklamiert Oldiges im Hinblick auf die umfassenden Verwaltungsaufgaben größere dispositive Spielräume des Vorstandes im Sinne moderner und als Wettbewerbsparameter verstandener Führungs- und Organisationsgrundsätze.

¹⁰⁷ Vgl. DGB Bundesvorstand (Hrsg.) (1994): Neue Wege der Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Selbsthilfe. Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung in Kooperation, Düsseldorf, S. 91 ff.

terung gewichen zu sein. Den Regionalbeiräten sind zwar inhaltlich praktisch keine Grenzen der Thematisierung gesetzt, aber durch den Wegfall der 'klassischen' Selbstverwaltungsbefugnisse sind die Hürden der Einflußnahme deutlich höher als zuvor. Für die Bereitschaft zum Engagement bei Betroffenen und Bürgern dürfte die jetzige Konstellation nicht gerade einen Anreiz darstellen.

Mit den zwei Reduktionsschritten – Organisationsreform und Kassenfusionen – dürfte eine Verstärkung von Tendenzen einhergehen, die in der Literatur schon lange als wesentliche Hemmnisse der Entfaltung des Prinzips der Sozialen Selbstverwaltung benannt wurden:¹⁰⁸ Zentralisierung und verbandliche Mediatisierung der Willensbildung, 'Verberuflichung' der Mandatsträger, Distanzierung von der Betroffenen- bzw. Problemebene, Verringerung der Repräsentationschancen von Versichertengruppen, 'partizipatorisches Defizit' und ein Bedeutungszuwachs der hauptamtlichen Verwaltungsspitzen, insgesamt also ein Zurückdrängen des 'Laien-Elements'.

Im Spannungsfeld zwischen *sozial- und gesundheitspolitischen* Problemlagen einerseits und *ökonomisch-unternehmerischen* und *organisatorisch-verwaltungstechnischen* Anforderungen andererseits gerät die Weiterentwicklung im gesundheitlichen Aufgabenbereich zunehmend unter pragmatische, von ökonomischen Imperativen bestimmte Zwänge. Die volksgesundheitlichen Strukturprobleme, die die Finanzierungsbedarfe auslösen, treten in den Hintergrund. Die GKV muß sich zusätzlich in den neuen Strukturen einrichten, d.h. die administrativ-bürokratischen Entscheidungen bezüglich Haushalt, Verwaltung, Organisation, Personal usw. lassen sich in der derzeitigen Situation nur begrenzt routinemäßig bewältigen, und beanspruchen insofern zusätzliche Aufmerksamkeit. Die Selbstverwaltung der GKV sieht sich auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig mit einer Reihe von Problemen konfrontiert, die in der Hierarchie der Unternehmensziele einen Platz vor den präventionspolitischen Anforderungen beanspruchen.

Die Frage ist allerdings, was vor diesem Hintergrund die Rolle der (verbliebenen) Selbstverwaltungen sein muß und kann. Muß sie sich dem Primat der Wirtschaftlichkeit gleichsinnig mit der Professionalisierung des Managements anschließen (also sich z.B. eine ähnliche Marketingorientierung zu eigen zu machen), oder käme es jetzt, im Konkurrenzkampf zwischen den Kassen, nicht erst recht darauf an, am Blick auf die material-sachlichen Problemstellungen

¹⁰⁸Vgl. auch Kap. 1

und Bedarfe aus der Sicht von Versicherten festzuhalten und die Werbestrategien diesem Blick zu unterziehen?

2.2.2 *Gesetzliche Unfallversicherung*

In der ökonomischen Debatte um Wirtschaftsstandort und Lohnnebenkosten spielen die *unmittelbaren* Kosten der gesetzlichen Unfallversicherung im Verhältnis zu denen der vier anderen Zweige der Sozialversicherung z.Z. keine Rolle, obwohl auch hier die Finanzierung an die Erwerbseinkommen der Arbeitnehmer gekoppelt ist und damit tendenziell schwieriger wird. Dies dürfte zum einen mit dem im Vergleich zur GKV relativ bescheidenen Haushaltsvolumen der Unfallversicherung zusammenhängen. Die Gesamtausgaben der Krankenkassen beliefen sich in 1992 auf rd. 176,9 Mrd. DM, während sie bei den Unfallkassen unter 22,5 Mrd. DM lagen.¹⁰⁹ Hinzu kommt, daß die über Versicherungsbeiträge der Arbeitgeber branchensolidarisch aufgebrachten Finanzmittel zu über 90% in Entschädigungsleistungen für versicherte Arbeitnehmer zurückfließen, also in Erfüllung der Haftpflicht des einzelnen Unternehmers verausgabt werden. Und schließlich ist über ein Bonus/Malus-System zusätzlich eine differenzierte Behandlung einzelbetrieblichen Präventionsverhaltens und -erfolgs möglich – und damit größere Beitrags- und Leistungsgerechtigkeit. Im Einzelfall kann der Zuschlag oder Nachlaß bis zu 50 Prozent des Beitrags ausmachen. So überrascht es kaum, daß Höhe und Verwendung des Beitragsaufkommens der Unfallversicherung als Arbeits- und Sozialkosten öffentlich kaum thematisiert werden.

In weit höherem Maße politisiert werden dagegen die, statistisch allerdings nicht erfaßten, sog. Durchführungskosten, die den Mitgliedsbetrieben als Folge regulativer Eingriffe (z.B. der Unfallverhütungsvorschriften) entstehen. Diese indirekten Kosten, sei es in Form von Personal- oder Organisationskosten für das betriebliche Arbeitsschutzsystem oder von 'Mehr'-Aufwänden bei Investitionen, Material- und Personaleinsatz, dürften um ein Vielfaches über den direkten Kosten liegen. Da es sich hierbei zumeist um die Umsetzung staatlicher Rahmenvorschriften handelt, spielt sich zwar ein Großteil der Kontroversen im parlamentarisch-politischen Raum ab (Bsp. Arbeitsschutzgesetz).

¹⁰⁹Quellen: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1994): Die gesetzliche Unfallversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1992. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, T 146/147; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1993): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1992. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, S. 14

Dennoch verbleibt für die Selbstverwaltung oft genügend Konfliktstoff, wenn es um die konkrete Ausgestaltung und an das 'Kleingedruckte' geht (Übergangs- und Ausnahmeregelungen etc., s. a. Kap. 4).

Ein kritischer Punkt ist auch das Verhältnis von Präventions- zu Entschädigungsleistungen. Im Jahre 1994 gaben die gewerblichen Berufsgenossenschaften für Entschädigungsleistungen (Bar- und Sachleistungen an Verletzte und Erkrankte sowie Hinterbliebene) über 13,4 Mrd. DM aus. Dagegen betrugen die sog. Steuerungskosten der Unfallverhütung, in denen Überwachung und Beratung der Betriebe, Ausbildung von Sicherheitsfachkräften, Arbeitsmedizinische Dienste und Erste Hilfe enthalten sind, 1,024 Mrd. DM, also weniger als ein Zehntel der Entschädigungsleistungen.

Im Zuge der Vorbereitung des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes (UVEG), das im August 1996 verabschiedet wurde, flammte der ordnungspolitische Streit um die Kompetenzverteilung mit den Ländern neu auf. Die Unfallversicherungsträger waren darin schon früh in die Offensive gegangen und reklamierten einen umfassenden präventiven Handlungsauftrag für sich, der die Verhütung 'arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren' einschließt. Auch die subsidiäre, die EG-Richtlinien ausfüllende Regelsetzungskompetenz zur Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes, dessen Aufgaben gleichzeitig im neuen Arbeitsschutzgesetz (ASG) ausgedehnt wurden, sollte beibehalten werden. Konsequenterweise – aus dem Blickwinkel eines 'integrierten Arbeitsschutzansatzes' – sollte die Überwachungsbefugnis auf staatliche Vorschriften (sozialer Arbeitsschutz, Gefahrstoffrecht usw.) ausgeweitet werden. Der durch die i.w. identische Zuständigkeit mit den Arbeitsschutzbehörden der Länder entstehende Koordinationsbedarf sollte durch eigens eingerichtete Koordinationsstellen unter Federführung der Unfallversicherungsträger eingelöst werden.

Die Einwände der Länder konnten sich – wohl angesichts der ohnehin schon gravierenden Finanzierungsprobleme und des fortdauernden Vollzugsdefizits – nicht durchsetzen. Im UVEG wurde der Präventionsauftrag der Unfallversicherung auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren ("mit allen geeigneten Mitteln") erweitert, die Überwachungsbefugnis bezüglich staatlicher Vorschriften aber unverändert gelassen. Das gleichzeitig verabschiedete Arbeitsschutzgesetz behält es aber den Trägern vor, mit den obersten Landesbehörden Vereinbarungen über die Wahrnehmung staatlicher Arbeitsschutzaufgaben abzuschließen. Bezüglich der Koordination mit den Arbeitsschutzbehörden der Länder sieht das UVEG in § 20 das "enge Zusammenwirken" und den

”Erfahrungsaustausch” vor. Dies schließt die gegenseitige Unterrichtung über durchgeführte Betriebsbesichtigungen ein. Zu diesem Zweck sollen die Berufsgenossenschaften landesbezogene Stellen einrichten. Näheres behält das Gesetz allgemeinen Verwaltungsvorschriften vor, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen. Der für das deutsche System typische Dualismus von staatlichem und selbstverwalteten Arbeitsschutz wurde also beibehalten, die Verteilung von Rechtsetzungs- und Überwachungsbefugnis bleibt weiterhin strittig.

In diesem Dualismusstreit im Vorfeld der Gesetzesberatungen wurde von Seiten der Unfallversicherung die Soziale Selbstverwaltung als ihre essentielle Stärke herausgestellt: als Garant für Praxisnähe, Bedarfsgerechtigkeit und hohe Akzeptanz von Entscheidungen bei Mitgliedern und Betroffenen. Hierin besteht breites Einvernehmen zwischen Sozialpartnern und Verwaltungen auf allen Ebenen der verbandlichen Gliederung der Unfallversicherung. Die Berufsgenossenschaften haben ihre Position in diversen Verlautbarungen dargestellt. In einem von den Spitzen des DGB und der BDA unterzeichneten Schreiben an die Ministerpräsidenten der Länder heißt es z.B.:

”Sie [die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Deutsche Gewerkschaftsbund; C.F.] befürchten, daß die Bundesländer das Angebot der Sozialpartner und die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Prävention verkennen, einen wesentlichen Beitrag zu einem wirksamen Arbeits- und Gesundheitsschutz leisten zu können. [...] Die Selbstverwaltung aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern könnte auch in diesem Bereich [der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren; C.F.] ihr bewährtes und betriebsnahes Präventionsinstrumentarium mit dem Ziel einsetzen, den Gesundheitsschutz zu fördern und gleichzeitig betriebliche Ausfallzeiten zu verringern und damit einen Beitrag für eine erhöhte Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft über die Grenzen hinaus zu leisten.”¹¹⁰

Die Unfallversicherungsträger können also in einem weniger turbulenten Umfeld agieren als die Krankenkassen. Sie konnten ihre Stellung gegenüber dem staatlichen Arbeitsschutz behaupten, ihre Selbstverwaltung wurde implizit bestätigt. Allerdings stehen auch sie vor großen Aufgaben: die Umsetzung

¹¹⁰Aus dem persönlichen Schreiben an die Ministerpräsidenten der Bundesländer, unterzeichnet von Dr. Fritz-Heinz Himmelreich (Hauptgeschäftsführer und Mitglied des Präsidiums der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände) und Dr. Ursula Engelen-Kefer (stv. Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes); abgedruckt in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin (1996), H. 31, S. 77

des Auftrags der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die Ausdehnung der präventionsfachlichen Betreuung auf Kleinbetriebe.

2.3 Zusammenfassung: Rückblick und Ausblick

Die Träger gesundheitlicher Leistungen und ihre Selbstverwaltungen müssen die anstehenden Aufgaben in einem derzeit v. a. durch Sparpaket- und Standortdiskussion geprägten politischen Klima bewältigen. Dabei sind sie mit den strukturell und konjunkturell bedingten Schwierigkeiten ihrer Finanzierungsgrundlagen konfrontiert. Auf der organisatorischen Seite sind Zentralisierungs- und Vereinheitlichungsprozesse zu bewältigen, bei gleichzeitig wachsenden Anforderungen an Betriebs- und Versichertennähe auf der Seite der präventiven Leistungen und Angebote.

Die Gestaltungsspielräume der Krankenversicherung im betrieblichen Gesundheitsschutz sind, nach einer relativ kurzen 'Probephase', wieder eingeschränkt worden. Die Verwaltungsräte der Krankenkassen müssen in der augenblicklichen Situation grundsätzlich darüber befinden, ob sie an der betrieblichen Gesundheitsförderung festhalten wollen und wie dies bei geänderter Gesetzeslage zu realisieren ist. Denkbar wäre z.B., entsprechende Angebote als Satzungsleistungen anzubieten, die dann allerdings allein von den Versicherten zu tragen wären. Sollten die Maßnahmen der Gesundheitsförderung fortgeführt werden, dürften sich die Ansprüche an die Qualität der Instrumente erhöhen, d.h. auch Nachweise ihrer Bedarfs- und Adressatengerechtigkeit und ihrer Wirksamkeit zu erbringen sein. Dabei ist offen, ob und wie die Regionaldirektionen und Regionalbeiräte einen Beitrag bei der Einlösung dieser Anforderungen leisten können.

Die Unfallversicherung hat dagegen einen enormen Aufgabenzuwachs zu verarbeiten, sowohl quantitativ durch die präventionsfachliche Betreuung von Kleinbetrieben als auch qualitativ durch das Konzept der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Mit beiden Aufgaben geht die Relativierung ihrer traditionellen Instrumente der Normierung und Kontrolle einher und steigen die Anforderungen an Betriebs- und Versichertennähe.

Auf den vom Gesetzgeber gesteckten, rechtlichen Rahmen hat die Selbstverwaltung nur begrenzt Einfluß, obwohl sie auf Spitzenverbandsebene in die Gesetzgebungsverfahren einbezogen ist. Dennoch verbleiben ihr auf der Ebene der Einzelträger eine Vielzahl von Entscheidungsalternativen bei dessen Aus-

fällung, von der Initiierung von Gesundheitsförderungsprogrammen bis zur Festlegung der Mitgliedschaftsbedingungen in den präventionsfachlichen Betreuungsmodellen. Bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und den 'Feinheiten' der Angebotsgestaltung ist die Selbstverwaltung mehr als nur das Exekutivorgan des Gesetzgebers. Solche Entscheidungen mögen gesundheitspolitisch von nachrangiger Bedeutung sein. Im Hinblick auf die Sicherung von Praxisgerechtigkeit der Maßnahmen sind sie allerdings eminent.

Voraussetzung für die Gewährleistung dieser Funktion wäre, daß die praktische Erfahrung von Versicherten – als Betroffene und Adressaten der zu beschließenden Maßnahmen – möglichst unverstellt zur Geltung kommt. Ob und wie diese Funktion von der Selbstverwaltung wahrgenommen wird, ist eine empirische Frage, der in den beiden folgenden Kapiteln nachgegangen wird. In Kapitel 4, in dem exemplarisch der Entscheidungsverlauf zu einem präventionsfachlichen Betreuungsmodell einer einzelnen Berufsgenossenschaft rekonstruiert wird, steht dabei das Zusammenspiel von Staat, Selbstverwaltung und Verwaltung im Vordergrund. Zuvor werden jedoch, ebenfalls auf der Grundlage empirischer Erhebungen, die allgemeinen Grundstrukturen und -abläufe der Selbstverwaltung beschrieben, die die typischen Rahmenbedingungen für die Thematisierung, Bearbeitung und Bewältigung ihrer Aufgaben abgeben. Die die Untersuchung leitende Frage lautet, welche Chancen dabei der 'praktische Blick' von Versicherten bzw. der Adressaten (also auch der Arbeitgeber) hat bzw. gegen welche Restriktionen er sich behaupten muß.

3 Aspekte der Praxis Sozialer Selbstverwaltung Mitte der Neunziger Jahre

In diesem Kapitel stehen nicht mehr die organisatorischen Rahmenbedingungen der Selbstverwaltung im Vordergrund, sondern der praktische Umgang mit und in ihnen. Es geht also um die institutionellen Voraussetzungen und Handlungsbedingungen der Bearbeitung der je aktuellen Problemlagen. Auf der Grundlage empirischer Erhebungen werden zentrale Aspekte des Agierens in der Selbstverwaltung typisierend herausgefiltert und auf ihre institutionellen Prägungen hin befragt. Aufgrund des Untersuchungszeitraums kann hier nur die Situation vor dem Wirksamwerden der Organisationsreform in der GKV berücksichtigt werden.

3.1 Methodische Anlage der Untersuchung

Durch die trägerübergreifende Thematik ist das *Untersuchungsfeld* des Vorhabens sehr vielgestaltig und komplex. Schon zwischen den beiden Trägerarten gibt es erhebliche Unterschiede (vgl. Kap. 1). Aber auch innerhalb der einzelnen Versicherungszweige sind eine Reihe weiterer Differenzierungen zu berücksichtigen: In der sektoral und teilweise auch regional gegliederten Unfallversicherung variieren die Ausgangsbedingungen und Problemlagen nach branchenspezifischen Merkmalen. In der Krankenversicherung dagegen stellen sich Präventionsfragen auch trägerartspezifisch, je nach Versichertenstruktur, verschieden dar, so daß z.B. eine AOK einen anderen Bezug zum Thema hat als eine Betriebskrankenkasse oder eine Innungskrankenkasse. Für die hier zentralen, gemeinsamen Handlungsaspekte der Rekrutierung, Zusammensetzung und Zusammenarbeit der Organe usw. spielen die thematisch bedingten Unterschiede aber nur eine untergeordnete Rolle und werden wo nötig in die Darstellung einbezogen.

Das *Untersuchungsprogramm* trug der Trägervielfalt insofern Rechnung, als vier Unfallversicherungsträger und drei Krankenversicherungsträger in die Erhebungen einbezogen wurden. Bei der Auswahl war die Repräsentanz unterschiedlicher Branchenbedingungen in der Unfallversicherung und der verschiedenen Trägerarten in der Krankenversicherung wesentlich. Im Einzelnen waren in die Untersuchung einbezogen

in der Unfallversicherung:

- eine regional zuständige Metall-Berufsgenossenschaft,
- eine ebenfalls regionale Bau-Berufsgenossenschaft,
- eine bundesweit zuständige Berufsgenossenschaft für soziale und gesundheitliche Einrichtungen in privater und gemeinnütziger Trägerschaft
- sowie ein Gemeindeunfallversicherungsverband;

in der Krankenversicherung:

- eine Allgemeine Ortskrankenkasse,
- eine Innungskrankenkasse
- und eine Betriebskrankenkasse

Innerhalb der beiden Versicherungszweige konzentrierten sich die Erhebungen auf die *einzelträgerschaftliche Ebene* der Sozialen Selbstverwaltung als den Bereich, wo der Anschluß zwischen Betriebs- und Lebenspraxis einerseits und Sozialversicherung andererseits am unmittelbarsten gegeben ist, und wo die letzten Entscheidungen getroffen werden, unbeschadet der Vorarbeiten auf den darüber liegenden Ebenen der Landes- und Bundesverbände.

Das *Erhebungsdesign* sah vier bis sechs Gespräche pro Träger vor. Im Zentrum standen dabei Interviews mit zwei bis drei Vertretern der Versicherten, darunter je ein Verbandsbeauftragter (bis auf einen Fall). Die Gespräche wurden möglichst offen entlang eines Leitfadens geführt (s. Anhang), mit einer Ausnahme auf Tonband aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Nach dem gleichen Verfahren und leicht modifiziertem Leitfaden (s. Anhang) wurde pro Träger mit einem Vertreter der Arbeitgeberseite gesprochen.

Darüber hinaus wurden mit je einem Vertreter von Geschäftsführung und – im Falle der Unfallversicherungen – des Technischen Aufsichtsdienstes Experteninterviews geführt. Diese Gespräche wurden nur zum Teil auf Tonband aufgenommen und verschriftet, ansonsten in Gedächtnisprotokollen festgehalten. Insgesamt kamen so 36 Gespräche zustande, wobei eine Person zweimal befragt wurde und ein Gespräch mit zwei Personen gleichzeitig geführt wurde.

In zwei Fällen konnten wir außerdem an Vorbesprechungen der Versichertenenseite teilnehmen, einer Vertreterversammlung und eines Vorstandes. Über diese passiv-teilnehmenden Beobachtungen wurden ausführliche Gedächtnisprotokolle angefertigt.

Bei der Erhebung der organisatorischen und institutionellen Bedingungen der Träger griffen wir in erheblichem Umfang auf freundlicherweise überlassene Dokumente zurück sowie auf öffentliche Mitteilungen und Publikationen.

Die Erhebungen waren zunächst als Fallstudien angelegt, zielten also auf ein möglichst umfassendes Bild jedes einzelnen Trägers, der Organisation, Mitgliederstruktur, präventionspolitischen Problemschwerpunkte, sowie der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane, ihrer Arbeitsweisen usw. Die *Auswertung des Materials* als Fallmonographien hätte jedoch zu vielen Überschneidungen und Redundanzen geführt. Bei einer exemplarischen Aufbereitung von einem oder zwei Fällen hätte dagegen die Unterschiedlichkeit der Träger nicht genügend berücksichtigt werden können.

Für die zentrale Fragestellung erwies sich auch die sequentielle Auswertung einzelner Interviews nicht als geeignetes Verfahren, weil in diesen der Gegenstand nur teilweise und indirekt greifbar ist. Es ging nicht in erster Linie um die Rekonstruktion der subjektiven Bedeutung der Selbstverwaltungsarbeit für die Interviewten. Auch steht nicht die Frage nach dem gesellschaftspolitischen Bewußtsein von Mandatsträgern der Selbstverwaltung im Vordergrund. Es soll vielmehr anhand des Materials der Frage nachgegangen werden, wie der formale 'blueprint' des Systems typischerweise, bei den durchschnittlich verfügbaren, 'subjektiven' Ressourcen der Selbstverwalter im praktischen Handeln konkretisiert wird. Der 'Fall' sind daher nicht die Individuen, sondern die Selbstverwaltungs-Praxis.

Daß diese Fragestellung spezifische Erhebungs- und Auswertungsschwierigkeiten mit sich bringt, ist offensichtlich. Wie kann hauptsächlich aus Gesprächen auf irgendeine Form der Praxis geschlossen werden? Andererseits fragt sich, mit welchen methodischen Instrumenten überhaupt ein so umfangreiches, in vielen Gremien und an vielen Orten sich zutragendes, sich über lange Zeiträume erstreckendes praktisches Tun einer Vielzahl von Beteiligten erfaßt werden kann. Wir haben versucht das Problem dahingehend zu entschärfen, daß wir Gespräche mit allen beteiligten Seiten – Versicherte, Arbeitgeber und Verwaltungen – sowie mit Vertretern der Listenträger der Versichertenseite, also der Gewerkschaften, geführt haben. Ein Arbeitgebervertreter war gleichzeitig Beauftragter und Angestellter des Arbeitgeberverbandes und dort für die Koordination der Selbstverwaltung zuständig. Aus den teilweise gegensätzlichen Aussagen wird versucht, die ihnen zugrundeliegenden Handlungsprobleme herauszufiltern und auf ihre Typik hin zu verdichten. Eingangs jedes

Kapitels wird die Problematik im Hinblick auf die Funktion der Selbstverwaltung expliziert, bevor dann die typischen empirischen Tendenzen geschildert werden.

3.2 Aspekte der Praxis von Selbstverwaltung

3.2.1 *Zur Rekrutierung von Kandidaten für die Selbstverwaltungsorgane*

Die Rekrutierung von Kandidaten für die Selbstverwaltung ist von eminenter Bedeutung für die Arbeit der Organe. Sie entscheidet mit darüber, welche beruflichen Bereiche und Qualifikationen, welche betrieblichen Erfahrungen und politischen Interessen in der Selbstverwaltung überhaupt zum Tragen kommen können. Die Auswahl von Personen enthält implizit auch eine Antwort auf die Frage, welche Funktion ihnen zugeschrieben wird, für wen und was sie dort stehen und damit letztlich auf die Frage nach dem gesellschaftspolitischen Sinn von Selbstverwaltung.

Das Recht, Vorschlagslisten einzureichen, hat der Gesetzgeber Vereinigungen und Verbänden von Arbeitgebern und Arbeitnehmern übertragen, letzteren, soweit sie die Gewerkschaftseigenschaft erfüllen oder sozial- oder berufspolitische Zwecksetzungen verfolgen (§ 48 und 48a SGB IV). Außer bei den Ersatzkassen sind dies in der Praxis v.a. die großen DGB-Gewerkschaften, die DAG und christliche Gewerkschaften. Die Versichertenvertretung ist also eingelagert in die übergreifende, organisierte Interessenvertretung. Mit der Bindung der Listenträgerschaft an sozial- oder berufspolitische Zwecksetzungen soll die Verpflichtung der Organisationen auf das Gemeinwohl sichergestellt werden: die Selbstverwaltung darf nicht die Begünstigung einzelner Klientele bewirken bzw. zur Benachteiligung anderer führen.

Die Vorschlagslisten werden in sechsjährigen Abständen in den sog. Sozialwahlen den wahlberechtigten Mitgliedern bzw. Arbeitgebern zur Wahl gestellt, jeweils getrennt für beide Seiten. In den meisten Fällen und bei den meisten Trägern erfolgen die Wahlen jedoch als sog. Friedenswahl bzw. Wahl ohne Wahlhandlung. Das Gesetz sieht diese Regelung vor für den Fall, daß für jede Gruppe nur eine Vorschlagsliste eingereicht wird oder die für eine Gruppe eingereichten Listen nicht mehr Kandidaten enthalten, als Mandate zu vergeben

sind (SBG IV § 46 (3)). Die Nominierten gelten dann automatisch als gewählt. In der Praxis müssen sich bei diesem Verfahren die auf einer Seite vertretenen Gruppierungen über eine gemeinsame Listenzusammensetzung einigen.

Obwohl verfassungsrechtlich vertretbar,¹¹¹ sind die Friedenswahlen unter Gesichtspunkten demokratischer Legitimation kritisiert worden,¹¹² da bei diesem Verfahren die Träger der Selbstverwaltungsmandate von den Verbänden nicht nur aufgestellt, sondern de facto ernannt werden. Auf der anderen Seite lassen sich pragmatische Gründe geltend machen, auf eine Urwahl zu verzichten: die Durchführung eines Wahlkampfes ist aufwendig, die Profilierung von Kandidaten schwierig, und die Wahlbeteiligung bleibt in der Regel gering (ca. 30 Prozent).

In jedem Fall enthalten die Listen in den meisten Fällen nur wenig neue Kandidaten, im allgemeinen als Nachfolger für einzelne, in den Ruhestand getretene oder aus anderen Gründen aus dem Amt ausgeschiedene, Mitglieder. D.h. es wird in den seltensten Fällen die Mehrheit eines Organs oder gar das ganze Organ neu besetzt. Die Auswahl, Ansprache und Nominierung von Kandidaten kann sich daher in der Regel auf einzelne Personen beschränken. Für die Vorstände werden außerdem typischerweise Personen vorgeschlagen, die bereits in den Vertreterversammlungen Mandatsträger waren.¹¹³

Die konkrete Auswahl erfolgt i.d.R. in Abstimmung zwischen den im jeweiligen Träger bereits tätigen Organisationsvertretern, den Kreis- bzw. Bezirksverwaltungen und den zuständigen Abteilungen der Bundes- oder Hauptvorstände. Diese haben mehr oder weniger detailliert festgelegte Grundsätze und Kriterien, nach denen die Auswahl erfolgen soll. Dabei ist Mitgliedschaft in der Gewerkschaft ein obligates Auswahlkriterium. Zudem wird insbesondere auf gewerkschaftliches Engagement und sozialpolitische Grundkenntnisse Wert gelegt. Daneben werden regionale, berufliche und soziale Repräsentanzkriterien genannt. Die IG Metall rekrutiert z.B. die meisten Kandidaten für die Vertreterversammlungen aus ihren örtlichen Arbeitskreisen für Arbeitssicherheit.

111 Z.B. nach H. Bogs 1976, S. 25 ff

112 Z.B. von Hufen, Friedhelm (1991): Soziale Selbstverwaltung im demokratischen Rechtsstaat, in: Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV), Bd. 34, S. 63

113 Für die bei den Krankenkassen neu installierten Verwaltungsräte dürfte sich eine ähnliche Praxis über die Regionalbeiräte einspielen.

In der Praxis beinhaltet dies eine Tendenz zur Auswahl von Personen, die schon andere Ämter oder Funktionen innehaben und von denen eine enge Bindung an die Gewerkschaft, erhöhte Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben und Erfahrung in der verbandlichen Arbeit angenommen werden kann. Die Auswahl durch die Verbände setzt ja gerade voraus, daß diesen bestimmte Personen durch ihr schon vorhandenes Engagement 'auffallen'. Rein ehrenamtliche, unorganisierte Arbeitnehmer sind dementsprechend die Ausnahme, während viele Selbstverwalter Betriebs- oder Personalräte sind (oder waren) und weitere Funktionen in der Gewerkschaft oder auch in der Lokalpolitik innehaben. Die Bereitschaft, sich zusätzlich in der Selbstverwaltung zu betätigen, ist dann aber nicht von einem ursprünglich schon vorhandenen, thematischen Interesse gespeist, sondern von einer übersachlichen Loyalität gegenüber der Interessenvertretungsorganisation.

Entsprechend wenige der von uns befragten Selbstverwalter hatten von ihren beruflichen oder persönlichen Hintergründen her einen inhaltlichen Bezug zum Thema Gesundheit oder betriebliche Prävention. Obwohl sie betrieblich und teilweise auch gewerkschaftlich engagiert waren, war ihnen die Sozialversicherung als Betätigungsfeld nicht unmittelbar in den Blick gekommen, die Organe der Selbstverwaltung nur ein vager Begriff. Dementsprechend hatten sie vor ihrem Eintritt auch keine oder nur äußerst unklare Vorstellungen von den sie erwartenden Aufgaben und Funktionen in den jeweiligen Organen, v.a. was die Unfallversicherung betrifft. Teilweise mußten sie geradezu mit der Verharmlosung der zeitlichen Belastung zu einer Kandidatur überredet werden. Unter den von uns Befragten waren keine, die das Amt deswegen wieder abgegeben hatten oder es abgeben wollten, sei es, weil ihr Interesse geweckt worden war, sei es, weil sie ihr persönliches Zeitbudget auf ein für sie zumutbares Maß beschränken.

Auch in den Betriebskrankenkassen haben die zuständigen Gewerkschaften die Federführung bei der Kandidatenauswahl. Vor der Öffnung der Krankenkassen deckte sich in den Betriebskrankenkassen der Kreis der Versicherten – bis auf die mitversicherten Familienangehörigen – mit den Belegschaften der Trägerunternehmen und war insofern wesentlich überschaubarer als bei anderen Kassenarten. Dennoch wird in den Betrieben mit Betriebskrankenkasse das Amt in der Selbstverwaltung als zu den von den Betriebsratsmitgliedern oder Vertrauensleuten mit zu übernehmenden Funktionen gehörig betrachtet und fügt sich so in die allgemeine betriebliche Interessenvertretungsarbeit ein. Dabei wird darauf geachtet, daß die verschiedenen Bereiche oder Werksstand-

orte entsprechend ihrer Größe beteiligt werden. Auch hier konzentriert sich die Vorschlagspraxis also mehr oder weniger explizit auf den Personenkreis, der sich im Betrieb schon engagiert. Für viele ist dann das Selbstverwaltungsmandat zumindest anfangs eine *zusätzliche*, zunächst eher ungeliebte Funktion, die im ohnehin knappen Zeitbudget schwer unterzubringen ist. Dabei kommt noch hinzu, daß auch in der Selbstverwaltung eine Reihe von Ausschüssen, Beiräten etc. zu besetzen sind und die Mitarbeit darin in bestimmtem Umfang nicht nur erwartet wird, sondern sich auch unter sachlichen Gesichtspunkten empfiehlt.

Diese Häufung von Funktionen hat ambivalente Effekte. Grundsätzlich ließe sich die Doppelfunktion als Betriebsrat gut mit dem Selbstverwaltungsmandat verbinden, z.B. beim Anstoßen von Gesundheitsförderungsprojekten. Außerdem wird dadurch die Herstellung von Querverbindungen und Rückkopplungen zu anderen Politikfeldern ermöglicht. Auf der anderen Seite ist jedoch nicht zu übersehen, daß viele solcher 'Multifunktionäre' in Gremienarbeit zu versinken drohen, viele Aufgaben nur noch oberflächlich und 'nebenher' behandeln können und dadurch in Gefahr geraten, die 'Bodenhaftung' zu verlieren.

Die von den Verbandsvorständen oder Hauptverwaltungen aufgestellten Auswahlkriterien versuchen diesem Problem teilweise Rechnung zu tragen, indem sie ausdrücklich darauf hinweisen, möglichst keine Multifunktionäre aufzustellen. Allerdings werden diese Anforderungen auf der Bezirks- oder Kreisebene, in deren Händen die konkrete Auswahl liegt, unzureichend realisiert. Teilweise wird dies mit Schwierigkeiten begründet, überhaupt Kandidaten zu finden, die bereit sind, sich – meistens zusätzlich – zu engagieren. Allerdings dürfte dies schon mit dem eingeschränkten Rekrutierungsfeld zu tun haben. Außerdem spielen in die Aufstellung vor Ort die typischen, verbandsmäßigen Kriterien hinein, wie Loyalität, Honorierung verdienter Mitglieder mit einem hochbewerteten Posten, Personalpolitik usw., mit der Folge der Selektion eines bestimmten Typus' von verdientem, in der repräsentativen Interessenvertretung sozialisiertem Kandidaten. Auf diese Weise findet sich in der Selbstverwaltung zwar eine in Verbandsarbeit und mglw. auch Sozialpolitik beschlagene 'Funktionärselite', deren Motivation jedoch, zumindest anfänglich, nicht in erster Linie der Sache bzw. den Inhalten entspringt.

Auf Arbeitgeberseite ist die Situation durchaus vergleichbar. Mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen, wo von den Führungskräften im Personalwesen des Trägerunternehmens erwartet wird, sich für dieses Amt zur Verfügung zu