ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Rosenbrock, Rolf

Book Part

Re-Politisierung der Selbstverwaltung als Voraussetzung und Folge wirksamer Prävention durch Institutionen der GVK: einige Ergebnisse aus dem Projekt BKK und Prävention

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1985) : Re-Politisierung der Selbstverwaltung als Voraussetzung und Folge wirksamer Prävention durch Institutionen der GVK: einige Ergebnisse aus dem Projekt BKK und Prävention, In: Rolf Rosenbrock, Friedrich Hauß (Ed.): Krankenkassen und Prävention, ISBN 3-924859-14-0, Edition Sigma, Berlin, pp. 153-163

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/122593

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).
Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.
The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:
Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000 verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.
More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000.

Rolf Rosenbrock

Re-Politisierung der Selbstverwaltung als Voraussetzung und Folge wirksamer Prävention durch Institutionen der GKV - Einige Ergebnisse aus dem Projekt: BKK und Prävention -

In einigen kurzen groben Zügen möchte ich jene Argumentationslinien hervortreten lassen, die - dies ist ein Teil der Projektergebnisse - auf mögliche Ansatzpunkte im Sinne der Umsetzung hinauslaufen. Es wird also nicht nur über Restriktionen, sondern auch von Möglichkeiten die Rede sein, von Ansatzpunkten, deren Nutzung nicht von vornherein zu nur symbolischer Politik führt.

Wir haben die inneren und äußeren Strukturen der BKK untersucht sowie die Prozesse, die sich im Inneren dieser Strukturen und in weitgehender Abhängigkeit von ihnen vollziehen.

Ich will mit der Struktur anfangen.
Strukturen determinieren Räume, in diesem Fall determinieren rechtliche, ökonomische und politische Strukturen Handlungsräume. Wir haben diese, die Handlungsräume begrenzenden Strukturen schrittweise freigelegt, und zwar von außen nach innen. Da mit jedem Schritt neue Eingrenzungen zutage treten, kann man von einer trichterförmigen Struktur des Handlungsraumes sprechen, den man in Anlehnung an ein politikwissenschaftliches Konzept auch als "Arena" bezeichnen kann. Es handelt sich um sieben Verengungen:

- Die erste Einengung stellen die durch Gesetzgebung und staatliche Aufsicht gesetzten Grenzen des Kassenhandelns dar. Nach Zahl der Leistungen, nach Umsatz und nach dem zu ihrer Abwicklung erforderlichen Zeitaufwand binden sie mehr als 90% der Kapazität der Kasse. Die Ausgaben für Prävention betragen unter 2%, insgesamt liegen sie niedriger als die für den vertrauensärztlichen Dienst. Trotzdem bestehen am Ende dieser ersten Verengung des Trichters noch wesentliche, auch für unser Problem relevante Handlungsräume. Diese werden durch die eine relative Autonomie vom Betrieb stiftende Zugehörigkeit der BKK zum Rechtskreis des Öffentlichen Rechts abgesichert.

- Eine weitere Verengung ergibt sich, wenn die BKK als Schnittstelle von Interessen der unterschiedlichen Akteurgruppen im Inneren der Kasse (Unternehmerseite, Versichertenvertreter, Kassenmanagement) analysiert werden. Unter den fallweise auch im Widerstreit untereinander liegenden Interessen der Akteure ist dasjenige an Prävention bzw. dem Spezialfall Prävention in der Arbeitswelt nur eines unter vielen und bei weitem nicht das dominante. Es gibt demnach unter den Akteurgruppen derzeit keinen geborenen Präventionsanwalt im Kassengefüge, der dieses Ziel aufgrund seiner eigenen Interessenlage dauerhaft so hoch besetzt oder besetzen kann, daß daraus ein für das Kassengeschehen dominanter (und deshalb prioritäre Bearbeitung erfordernder) Problemdruck entsteht. Andererseits ist die Arena der BKK für die Thematisierung des Problems Arbeit und Gesundheit prinzipiell offen. Jeder Akteur hat dabei ungefähr die gleichen Chancen, das Thema einzubringen.

- Allerdings sehen sich solche interessengeleiteten Bemühungen zunächst einer weiteren Eingrenzung gegenüber: Entwurf und Durchführung von Maßnahmen primärer Prävention berühren oftmals etablierte Interessen und Machtpositionen, vor allem in den Feldern ihrer Intervention und sind deshalb zumindest potentiell stets konfliktiv. Für die Akteure stellt sich deshalb die Frage, ob sie Probleme aus dem Bereich Arbeit und Gesundheit in der BKK oder in anderen Arenen austragen wollen. Im Rahmen des als Sozialsystem verstandenen Betriebes bieten sich als alternative Arenen mindestens die folgenden an: Personalwesen, Technik- und Arbeitsgestaltung, Entlohnung sowie das Arbeitsschutzsystem. Den beiden Sozialparteien in der Selbstverwaltung stehen Wahl und Wechsel der Arena zur Bearbeitung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme in gewissem Umfang frei. Daraus ergeben sich wichtige Weichenstellungen und Verweisungsmöglichkeiten.

- Die innere Struktur der BKK enthält ebenfalls mehr verengende als erweiternde Aspekte:
  - Es gibt keinen organisierten und halbwegs flächendeckenden Transfer von Problemkenntnissen bzw. -wahrnehmungen von den Versicherten in die Kasse.
  - Eine Besonderheit der Struktur der Selbstverwaltung der BKK gegenüber anderen GKV-Kassenarten liegt darin, daß die Unternehmerseite stets die gleiche Anzahl der Stimmen hat wie die Versichertenseite, und zwar unabhängig davon, wieviele Vertreter beider Bänke präsent sind. Dies führt unter Umständen dazu, daß ein Unternehmervertreter einer größeren Anzahl von Versichertenver-

tretern gegenübersitzen kann, ohne daß die Unternehmerseite dadurch ihre Durchsetzungs- und vor allem Blockierungsmacht einbüßt. Bankübergreifende Koalitionen sind ausgeschlossen.
- In die gleiche Richtung kann auch der Einfluß wirken, den die Unternehmerseite auf Management und Arbeitsweise der Kassenverwaltung ausübt, indem sie Geschäftsführer und Stellvertreter bestellt und Verwaltungs- und Personalkosten zahlt bzw. bewilligt.

- Überwiegend restriktive Einflüsse auf den Umfang des präventionspolitischen Handlungsraumes ergeben sich aus dem Umstand, daß die Kasse im betrieblichen Umfeld - trotz ihrer relativen rechtlichen Autonomie - kein isoliertes Sozialsystem darstellt, sondern vielfältigen **Einflüssen aus der betrieblichen Sphäre** unterliegt. Auf dieser Stufe werden die Auswirkungen der gesamtwirtschaftlichen Krise wie auch einer schlechten ökonomischen Situation des Trägerunternehmens spürbar. Ein häufig damit zusammenhängender Einfluß ergibt sich aus der Art und Weise, wie Interessengegensätze im Betrieb ausgetragen werden. Die **Größe der Kasse** hat zwar einen erheblichen Einfluß auf die Arbeitsteiligkeit der Organisation und die Verregelung der Beziehungen zwischen Betrieb und Kasse, doch zeigt sich, daß präventionspolitische Ansatzpunkte für jede Betriebs- und Kassengröße bestehen. Empirisch ist festzustellen, daß im Bereich größerer Mittel- und kleinerer Großunternehmen (2.000 bis 10.000 Beschäftigte) ein Schwerpunkt der Aktivitäten zu verzeichnen ist.

- Sogar die Existenz eines gesundheitspolitischen Basiskonsens zwischen den Akteuren über die Notwendigkeit auch arbeitsweltbezogener Prävention würde freilich kaum praktische Konsequenzen haben, wenn die in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion üblicherweise mit den Begriffen **Ökonomisierung und Verrechtlichung** bezeichneten Einengungen tatsächlich einen das Kassenhandeln limitierenden Charakter hätten. Diese Begrenzungen des Kassenhandelns sind in den vergangenen Jahren jedoch auch empirisch zumindest - man denke an die Einstellung von Sozialarbeitern, Errichtung von sozialen Diensten und Gesundheitszentren sowie vorbeugende Programme im Alkohol- und Drogenbereich - porös geworden. Der Handlungsraum ist hier größer, als vielfach angenommen.

- Die letzte und siebte Verengung des präventionspolitischen Handlungsraums besteht darin, daß wegen des faktischen Konsenszwangs in der Kasse nur solche Projekte erfolgversprechend vorgeschlagen oder gar umgesetzt werden können, die die Interessen der jeweils anderen Seite

nicht ernsthaft tangieren. Gerade Maßnahmen arbeitsweltbezogener Prävention berühren aber fast immer die unternehmerische Gestaltungsautonomie und überschreiten gleichzeitig das vorherrschende gesundheitspolitische Paradigma. Damit sind zwei komplexe ökonomische und machtbesetzte Interessenpositionen angesprochen, deren Verteidigung von den jeweiligen Interessenträgern ein hoher Wert beigemessen wird.

Die hier nur angerissenen sieben Faktorenbündel engen den Handlungsraum und damit die Bearbeitungskapazität der Kasse Schritt für Schritt ein. Auf der anderen Seite enthält keines dieser Faktorenbündel Elemente, die die Bearbeitung des Themas "Arbeit und Gesundheit" durch die BKK zwingend ausschließt oder verbietet. Jedoch ist deutlich geworden, wie komplex und sensibel Vorschläge und Projekte arbeitsweltbezogener Prävention konzipiert, eingebracht, verhandelt und gesteuert werden müssen, wenn es trotz dieser Summe von Verengungen zu einem präventionspolitischen Output "am Ende des Trichters" kommen soll.

Wenden wir uns nun kurz den Prozessen zu, die sich innerhalb dieser Strukturen abspielen und dabei natürlich in gewissem Umfang auch auf diese Strukturen zurückwirken können.

Jene Prozesse in der Kasse, die mit arbeitsweltbezogener Prävention im Zusammenhang stehen oder zumindest im Zusammenhang stehen können, stellen wir uns als Themenkarriere vor. Damit meine ich den logischen und chronologischen Weg betrieblich generierter Gesundheitsprobleme durch die einzelnen Stufen ihrer Bearbeitung. Dieser Weg führt vom Ort der Entstehung der Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz über eine Reihe betrieblicher Ebenen und Institutionen bis hin zu verschiedenen Bewältigungsinstanzen, von denen die BKK zwar nur eine unter mehreren ist, die aber im Mittelpunkt unseres Forschungsprojektes stand. Stellt man sich einmal modellhaft die Möglichkeiten der Bearbeitung von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen in einem politischen Raum vor, in dem das Interesse überwiegt, so lassen sich zahlreiche erfolgversprechende Interventionen vorstellen bzw. erfolgreich erprobte Modelle aus anderen Bereichen übertragen. Bei der Gestaltung solcher Prozesse könnte die Kasse, immer noch "idealistisch" gesprochen, bei der informellen Fundierung sowie bei der Konzipierung solcher Maßnahmen und bei ihrer Koordination mit dem Medizinsystem eine wichtige Rolle spielen:

Sie könnte die notwendige Regieinstanz sein.

Da sich Gesundheitspolitik aber nicht im interessen- und störungsfreien Raum abspielt, sieht die Realität anders aus als die Idealvorstellungen: 85% der befragten Kassen führen nach eigener Einschätzung Maßnahmen des vorbeugenden Gesundheitsschutz durch, ca. 60% erhalten Informationen über gesundheitsrelevante Aspekte der betrieblichen Realität durch direkte Kontakte zum Betrieb bzw. aus Berichten von Versicherten. 46% kennen Arbeitsbereiche im Betrieb mit besonderen Gesundheitsbelastungen, noch 23% können betrieblich-gesundheitliche Problemgruppen mit zumindest ansatzweise epidemiologisch orientierten Kriterien definieren. Dagegen führen nur 7% der Kassen Maßnahmen zu betrieblich arbeitsbedingten Risikofaktoren durch, nur in knapp 5% der Kassen haben solche Aktivitäten die auf Kontinuität hindeutende Form von Programmen angenommen.

Durch welche Faktoren, sei es aus dem Bereich der vorhin erwähnten Strukturen oder sei es aus der Gestaltung der Prozesse in der Kasse selbst, wird diese dramatische Differenz zwischen hohem Programmkonsens und arbeitsweltbezogener Umsetzung in nur einem Siebzehntel der Fälle erklärt?

Die wirtschaftliche Lage spielt einen zwar wesentlichen, aber insgesamt geringeren Einfluß als vermutet werden kann: Es gibt auf dieser Stufe offensichtlich Elemente einer relativen Autonomie und damit Freiheitsgrade für die Gesundheitspolitik der BKK.

Auch an den Informationsmöglichkeiten kann es nicht liegen: es gibt Informationsflüsse zwischen der BKK einerseits und den Versicherten, den Versichertenvertretern, dem Betriebsarzt, den niedergelassenen Ärzten sowie ausgebaute Statistiksysteme andererseits. Das Problem besteht darin, daß diese Quellen nicht systematisch ausgebaut und genutzt und schon gar nicht miteinander verknüpft werden. Aber erst aus ihrer systematischen Nutzung und Verknüpfung könnten sich die Grundlagen für ein betriebliches Berichtssystem Arbeit und Gesundheit ergeben.

Der weitere Verlauf der Analyse erbringt Erstaunliches: Der Grad der Informiertheit über betriebliche Gesundheitsprobleme führt keineswegs zwangsläufig zu einem entsprechenden Kenntnisstand, mit anderen Worten: der Informationsinput erfährt keine adäquate Verarbeitung.

Ein hoher Kenntnisstand führt keineswegs auch zu höheren Aktivitäten, mit anderen Worten: es erfolgt keine adäquate Umsetzung vorhandener Kenntnisse.

Die relativ wenigen Fälle von arbeitsweltbezogener Prävention von BKK gründen sich nicht durchweg auf einem entsprechenden Informations- und Kenntnisniveau. Mit anderen Worten: ein großer Anteil der vorfindlichen Aktivitäten erfolgt ohne adäquate informationelle Fundierung.

Für diese Brüche, Verdünnungen und - wie ich gleich zeigen werde - Umleitungen der Themenkarriere ist die Gesamtheit der oben erwähnten strukturellen Faktoren mehr oder weniger stark verantwortlich. Die Wirkung dieser Faktoren sowie des Prozeßablaufs in der Kasse fasse ich mit dem Begriff der Konsensfalle zusammen.

Der Wirkungsmechanismus der Konsensfalle besteht vor allem darin, daß Kassenakteure, und zwar alle Kassenakteure, dazu tendieren, gesundheitspolitische Vorschläge von vornherein so zuzuschneiden bzw. zu reduzieren, daß sie mit der konsensualen Kassenroutine verträglich bleiben. Dabei gehen die vermuteten bzw. bei früheren Versuchen erfahrenen interessenpolitischen Empfindlichkeiten der anderen Akteure schon in die Struktur und Reichweite der Vorschläge, Projekte und Forderungen ein. Dieses antizipative Kompromißverhalten führt zwar dazu, daß das vorgeschlagene Thema (z.B. Prävention von Streßerkrankungen) überhaupt und zunächst ohne Konflikt in die Kasse (z.B. in die Selbstverwaltung) eingebracht und dort diskutiert werden kann. Es limitiert aber in der Regel zugleich die Reichweite schon der vorgeschlagenen und erst recht der potentiell durchsetzbaren Projekte auf solche Maßnahmen, die mit keiner der letztendlich tangierten Interessenpositionen ernsthaft kollidieren. Wichtig daran ist, daß die Konsensfalle den Verlauf der Themenkarriere bereits auch auf jenen Stufen beeinflußt, auf denen sich die durch mögliche Konfliktivität blockierende Wirkung "eigentlich" noch gar nicht entfalten müßte.

Das wesentliche Ergebnis des Wirkens der Konfliktfalle besteht darin, daß die große Mehrzahl der ursprünglich primärpräventiv gemeinten Impulse in der Kasse, aber auch Thematisierungen anderer gesundheitspolitischer Problembereiche zu fünf Typen von Maßnahmen führt, die anstelle arbeitsweltbezogener Prävention durchgeführt werden und als Ersatzhandlungen bezeichnet werden können.

Da der Mechanismus der Konsensfalle nicht nur in den einzelnen Kassen, sondern auf praktisch allen Ebenen der Gesundheitspolitik anzutreffen ist, treten diese fünf Typen von Ersatzhandlungen als Ergebnis des Wirkens dieser Falle nicht nur im Kassenhandeln auf. Vielmehr stellen sie in ihrer

Gesamtheit das dominante Muster zeitgenössischer Gesundheitspolitik dar. Auf der Ebene der Einzelkassen handelt es sich dabei im einzelnen um folgende Ersatzhandlungen als Politikergebnisse:

- **Problemreduktion** liegt vor, wenn die komplexen Entstehungsbedingungen von Krankheiten auf das (falsche) Verhalten der Versicherten zurückgeführt und auf dieser Ebene mit personenbezogen-individualisierender Gesundheitsaufklärung bzw. -Erziehung angegangen werden.
- Liegen die möglichen Ansatzpunkte echter Vorbeugung außerhalb des medizinisch definierten gesundheitspolitischen Grundverständnisses bzw. innerhalb hochbesetzter Interessenfelder, so kann es zu **Umthematisierungen** kommen. Der häufigste Typus sind vermehrte Früherkennungsuntersuchungen, aber auch Finanzierungen bzw. Bezuschussung zusätzlicher Kurmaßnahmen.

- Eine andere Gruppe von Ersatzhandlungen besteht darin, die identifizierten Gesundheitsprobleme an das professionelle Medizinsystem zu **delegieren.** Die Effektivität des Medizinsystems wird dabei meist systematisch überschätzt, die besonderen gesundheitspolitischen Möglichkeiten der Kasse bleiben dagegen ungenutzt.

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

- Oftmals führen auch ursprünglich primärpräventiv gemeinte Impulse aus der Kasse letztlich zur **Kontrolle der Versicherten,** vor allem in bezug auf Arbeitsunfähigkeits-Zeiten und deren Gründe bzw. Berechtigung. Ein ursprünglich belastungsmindernd gemeinter Impuls kann auf diese Weise zu einer eigenständigen Belastung der Versicherten in Form empfundener Diskriminierung, zusätzlicher Hemmungen für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie in Form von Arbeitsplatzfurcht werden (Wirkungsumkehrung).

Unter dem Gesichtspunkt gesundheitspolitischer Umsetzung ist von besonderer Bedeutung, daß das Wirken der Konsensfalle zumindestens auf den unteren Stufen der Themenkarriere, d.h. vor allem im Bereich der - gegen Mißbrauch zu schützenden - Erhebung und Auswertung betriebsepi-

demiologischer Daten und ihrer systematischen Zusammenführung mit den authentischen Wahrnehmungen der Betroffenen sowie mit Informationen vom Betriebsarzt und aus dem Medizinsystem der politisch-programmatischen Bearbeitung im Sinne einer Erweiterung des Handlungsraums in gewissen Grenzen offensteht.

Für eine solche Entwicklungshypothese spricht auch der Umstand, daß sich in den letzten Jahren zumindest in Teilgruppen aller drei Akteursysteme - aus teilweise unterschiedlichen Gründen und mit unterschiedlicher Intensität sowie Zielrichtung - eine **Weiterentwicklung der Interessenpositionen** in bezug auf Prävention in der Arbeitswelt abzeichnet bzw. bereits in Gang gekommen ist:

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

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

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

Die systematische Sammlung, Erhebung und Aufbereitung von Informationen über den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit in Form eines **betrieblichen Informationssystems "Arbeit und Gesundheit"** liegt deshalb im potentiellen Konsensraum für Strategien der Prävention. Solche Projekte stellen eine notwendige, freilich noch keine hinreichende Bedingung für wissenschaftlich fundierte und gezielte Präventionsmaßnahmen dar. Es handelt sich um Projekte, die sowohl so zugeschnitten sind, daß ihr Problembezug zur Arbeitswelt nicht den Mechanismen der De- und Umthematisierung zum Opfer fällt, und die auch die Eigenschaft

haben, mit den Interessenpositionen aller drei Akteurgruppen in der Kasse kompatibel zu sein, und die zugleich die Konfrontation mit dem Umfeld der Kasse und der unternehmerischen Gestaltungsautonomie vermeiden.

Für die Aussagekraft und Entwicklungsperspektive eines solchen Informationssystems dürfte entscheidend sein, daß alle Informationsquellen gleichmäßig und gleichwertig aktiviert werden: jede enthält Aspekte, die von den jeweils anderen nicht ersetzt werden können.

Die gesundheitspolitischen Bemühungen aller drei Akteurgruppen in der BKK können sich ohne Verletzung ihrer je eigenen Interessenpositionen in diesem Feld zuwenden. Das gilt unabhängig davon, wer die aus den aufbereiteten Daten zu folgernden Maßnahmen tatsächlich umsetzt: Auch wo die gesundheitspolitische Bearbeitungskapazität der BKK nicht ausreicht, um z.B. präventive Maßnahmen im Betrieb einzuleiten (und diese Aufgabe infolgedessen den Sozialparteien zufällt), ist der Einsatz der Kassen für diesen Zweck sinnvoll und legitim: In jedem Falle wird damit eine notwendige Voraussetzung für "besondere und allgemeine Krankheitsverhütung" (§ 364, I, 1 RVO) produziert.

Die Analyse der Handlungsbedingungen und Interessenlagen ergibt, daß solche Projekte bei den einzelnen Kassen, also dezentral angelagert sein müßten. Die Initiative dürfte regelmäßig von der Versichertenbank der Selbstverwaltung (also in der Regel von Belegschaftsvertretern) ausgehen, denen, weil es um die Gesundheit der von ihnen Vertretenen geht, auch ein bestimmter Einfluß auf die Auswahl der beizuziehenden Experten zusteht.

Von der gezielten sowie fachlich und organisatorisch gestützten Umsetzung solcher Projekte sind beträchtliche Fortschritte sowohl in der Form (**Politikstil**) als auch in den **Ergebnissen** der Problembearbeitung zu erwarten.

In der Form folgt aus solchen Projekten zunächst vor allem eine Veränderung des **Stils der Interessenaushandlung** in der Kasse selbst. Die offene, d.h. nicht durch antizipierte Wirkungen der Konsensfalle reduzierte Thematisierung von arbeitsweltbezogenen Gesundheitsproblemen erfordert die explizite Identifikation der jeweils eigenen und der Interessen der anderen Akteure. Dazu ist es notwendig (und dann auch gestattet), hinter den Worten und Taten der jeweils gegenübersitzenden Akteure ökonomische und politische Interessen nicht nur zu vermuten, sondern auch offen anzusprechen. Es geht also um die Herstellung von

gegenseitiger Transparenz der Interessenlagen unter Berücksichtigung der jeweils rollenspezifischen Möglichkeiten und Zwänge der Sozialparteien als Verhandlungs-Partner. In anderen betrieblichen Arenen wird, z.T. sogar über die gleichen Probleme, vielfach bereits in sehr viel größerer Offenheit verhandelt. Ein solches Mehr an Offenheit ist aber Voraussetzung für das Aufspüren von tatsächlich gegebenen Sattelpunkten gemeinsamen Interesses bzw. zur Identifikation von Interessen-Koinzidenzen.

Im Ergebnis tragen sowohl Einzelinitiativen als auch die Schaffung von Informationssystemen zu einem höheren Niveau der Aufmerksamkeit und der Kenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen bei allen Akteuren, auch den Betroffenen bei. Dieser allgemeine Aspekt der Themenkarriere trifft auf auch heute noch weitverbreitete Defizite in der Artikulation und Thematisierung der Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit und kann somit einen wichtigen Beitrag zu ihrer Behebung leisten. Auch die Arbeits- und Sozialepidemiologie, die in den letzten Jahren wieder den Anschluß an ihren weltweit führenden Stand, den sie in den zwanziger Jahren innehatte, wiederzufinden versucht, könnte sowohl von den Erfahrungen der Ingangsetzung solcher Informationssysteme als auch von den mit ihnen zu gewinnenden Befunden ganz erheblich profitieren.

Gemessen an den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten der Primärprävention, gemessen auch an den Hoffnungen, die sich auf eine breite Mobilisierung der GKV und der Selbstverwaltung im Anschluß an die WSI-Studie von 1977 ergeben hatten, mag dieser Vorschlag und mögen diese Perspektiven als Ergebnis der Analyse gering erscheinen. Bezogen auf die vorfindlichen Aktivitäten der BKK würde seine Umsetzung einen beträchtlichen Fortschritt auf dem Wege zu einer arbeitsweltbezogenen Prävention bedenken. Ein Erfolg solcher Bemühungen könnte auch darin bestehen, die BKK als sozialpolitische Institution zur Bewältigung auch von Krankheitsursachen sichtbar zu machen. Dies könnte insgesamt einen - wenn auch bescheidenen - Beitrag dazu leisten, die Beziehungen zwischen Versicherten und Kassen - und damit letztlich zwischen Bürger und Sozialstaat - im Sinne einer Re-Politisierung zu beleben.

Ausführlichere Fassungen dieser Gedanken mit Literatur finden sich in:

Rolf Rosenbrock: Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Gesetzliche Krankenversicherung - ein Thema in einer Arena, in: Frieder Naschold (Hg.) Arbeit und Politik - Gesellschaftliche Regulierung der

Arbeit und der sozialen Sicherung, Frankfurt/New York, 1985 S. 367-404

Rolf Rosenbrock: Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch Betriebskrankenkassen - Möglichkeiten und Grenzen einer strategischen Neuorientierung, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 8 (1985)

Projekt Betriebskrankenkassen und Prävention, Zusammenfassung des Ergebnisbericht (Redaktion: Rolf Rosenbrock), IVIG/dp 85-203, Berlin 1985