



**Der Beitrag von Trägern
der gesetzlichen Unfallversicherung
und der gesetzlichen Krankenversicherung
zur Entwicklung einer zeitgemäßen
betrieblichen Gesundheitspolitik
– Probleme und Entwicklungspotenziale**

Bericht für die Expertenkommission
„Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“
im Auftrag der
Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
und der
Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Erstellt von
Uwe Lenhardt
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Januar 2003



Inhalt

1. Problembezug und Zielstellung des Berichts	2
2. Anforderungsprofil präventiver betrieblicher Gesundheitspolitik	8
3. Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung	14
3.1 Rechtlich-institutionelle Rahmenbedingungen	14
3.2 Strategisch-konzeptionelle Verarbeitung des erweiterten Präventionsauftrags und dessen Umsetzung in der Praxis	23
4. Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung	34
4.1 Rechtlich-institutionelle Rahmenbedingungen	34
4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen – Aspekte der Praxis	38
5. Präventionsbezogene Kooperation zwischen Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen	48
6. Literatur	55

1. Problembezug und Zielstellung des Berichts

Im System arbeitsweltbezogener Prävention¹ ist während der vergangenen Jahre zweifellos einiges in Bewegung geraten: mit der Reform des Arbeitsschutzrechts wurde eine neue, umfassendere und systematischere Präventionsphilosophie zur Richtschnur betrieblichen Handelns gemacht; staatliche Arbeitsschutzbehörden orientieren sich mehr und mehr am Leitbild eines die Betriebe problembezogen unterstützenden und „aktivierenden“ öffentlichen Dienstleisters; eine wachsende Zahl von Unternehmen wendet sich über das gesetzlich vorgeschriebene „Pflichtprogramm“ hinaus Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung zu; eine Vielfalt regionaler, bundes- und europaweiter sowie branchen- und themenspezifischer Kooperationsnetzwerke zeugen von einem verstärkten Willen zu akteurübergreifender Zusammenarbeit.

Trotz solcher positiven Entwicklungen geht die von der Bertelsmann- und der Hans-Böckler-Stiftung gemeinsam ins Leben gerufene Expertenkommission „Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ mit einiger Plausibilität davon aus, dass die Anforderungen, die der Prävention aus den veränderten Problemkonstellationen der Arbeitswelt erwachsen, im betrieblichen Handeln bislang nur höchst unzureichenden Niederschlag finden, dass zwischen dem als notwendig und prinzipiell möglich Erkannten und der realen Praxis nach wie vor eine Lücke beträchtlichen Ausmaßes klafft (BERTELMANN-STIFTUNG/HANS-BÖCKLER-STIFTUNG 2002: 3). Unter anderem an der vielfach mangelnden Systematik und Nachhaltigkeit betrieblichen Gesundheitsschutzes, der häufigen Nicht-Berücksichtigung psycho-sozialer Gesundheitsrisiken und -ressourcen sowie der alles in allem eher schwach ausgeprägten Partizipation der Beschäftigten lässt sich nach Auffassung der Expertenkommission festmachen, dass in den Betrieben – wie im gesamten Präventionssystem – die Voraussetzungen für eine „Kultur der vorausschauenden Problemvermeidung und der Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Chancen“ (ebd.: 9) weitenteils nicht gegeben bzw. erst noch zu entwickeln sind – obwohl doch so vieles für sie zu sprechen scheint: die enormen Kosten krankheitsbedingter Produktionsausfälle, die Herausforderung perspektivisch „alternder“ Belegschaften, die wachsenden Ansprüche an

1 Unter diesen Begriff wird hier die Gesamtheit aller Regelungen, Verfahren, Institutionen, Akteure und Kooperationen gefasst, die auf die Beeinflussung der in der Arbeit liegenden Bedingungen für Gesundheit ausgerichtet sind. Zum System arbeitsweltbezogener Prävention gehört nach diesem Verständnis sowohl der Bereich des klassischen Arbeitsschutzes als auch die betriebliche Gesundheitsförderung; überbetriebliche Institutionen fallen ebenso hierunter wie betriebliche Akteure; Gewerbeaufsichtsämter und Berufsgenossenschaften ebenso wie z.B. Krankenkassen, Interessen- und Berufsverbände oder private Dienstleister (soweit sie sich präventionsbezogenen Aufgaben widmen).

die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Privatleben, die Bedeutung hoher Leistungsfähigkeit und -motivation der Beschäftigten für den betriebswirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen u.a.m. (ebd.: 4 ff.).

Dass eine aus solchen Problemanforderungen herleitbare Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis, die umfassend auf alle technischen, organisatorischen und sozialen Aspekte der Arbeit bezogen und konsequent in die betrieblichen Führungsstrukturen und Entscheidungsprozesse integriert ist, dennoch ein eher selten anzutreffendes Phänomen darstellt, liegt auch, aber wohl nicht vorrangig an fehlendem guten Willen, mangelnder Informiertheit oder unzureichender Qualifizierung auf Seiten der Unternehmen (LEMINSKY 2002: 2). Das entscheidende Problem ist vielmehr darin zu sehen, dass zwischen den Kriterien und Zielen nachhaltiger gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung einerseits und Unternehmenszweck bzw. betrieblichem Interesse andererseits keineswegs eine unmittelbare Kongruenz besteht. Anders ausgedrückt: Der wirtschaftliche Erfolg eines Unternehmens (bzw. die Erfüllung dessen, was es zum Maßstab seines Erfolges erhebt) hängt *nicht unbedingt* davon ab, ob es eine systematische, auf alle Dimensionen des betrieblichen Zusammenhangs und der Arbeitsbedingungen sich erstreckende Gesundheitsförderungsstrategie praktiziert; um (krankenstandsbedingte) Kosten zu reduzieren, Flexibilität, Leistungsbereitschaft und Produktivität der Beschäftigten zu erhöhen und für betriebswirtschaftliche Effizienz sowie eine gute Stellung am Markt zu sorgen, kann ein Betrieb auch auf völlig andere Handlungsmöglichkeiten zurückgreifen.² Überdies verfügen viele Betriebe gar nicht über die Gestaltungsspielräume und längerfristigen Zeithorizonte, die nötig wären, um ein integriertes Gesundheitsmanagement zu implementieren und dessen potenzielle Nutzeffekte zur Entfaltung kommen zu lassen: der rigide strategische „Durchgriff“ von Konzernzentralen, durch beherrschende Unternehmen an der Spitze von Zulieferpyramiden diktierte Preis-, Qualitäts- und Terminkonditionen sowie stark schwankende Absatzbedingungen auf bestimmten Marktsegmenten drängen Betriebe häufig genug zur Priorisierung solcher Maßnahmen, die relativ *kurzfristig* dafür sorgen, dass „die Zahlen stimmen“ – und hierzu zählen Prävention und Gesundheitsförderung nun einmal eher nicht.

2 Ausgesprochen erhellend sind in diesem Zusammenhang Befunde einer empirischen Studie über Reorganisationsstrategien in saarländischen Betrieben (KOTTHOFF/REINDL 1999). Darin wird u.a. der Fall eines Unternehmens der metallverarbeitenden Industrie analysiert, das hochprofitabel arbeitet und über eine exzellente Marktposition verfügt, ohne auch nur Ansätze von partizipativem Management, Aufgabenintegration auf Werkerebene, Gruppenarbeit o.ä. aufzuweisen. Solche Organisationskonzepte werden sogar explizit als welt- und betriebsfremde Kopfgeburten abgelehnt (eine Haltung, die sich im übrigen auch auf betriebliche Gesundheitsförderung erstreckt). Arbeitspolitisch ist das Unternehmen nachgerade „begeistert konservativ“ (ebd.: 71), hier herrscht sozusagen „Taylorismus pur“ (ebd.: 74) – und augenscheinlich fahren die Eigentümer recht gut damit. Der Versuch, einem solchen Unternehmen argumentativ nahezubringen, dass es um der Sicherung des eigenen wirtschaftlichen Erfolges willen gut beraten sei, eine Politik gesundheitsförderlicher Arbeits- und Organisationsgestaltung einzuschlagen, dürfte ein einigermaßen aussichtsloses Unterfangen sein.

Es stellt sich die Frage, wie angesichts der vielfältigen Hindernisse, die einer modernen präventiven Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt offenbar entgegenstehen, den erweiterten Anforderungen betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung mehr praktische Geltung verschafft werden kann. Die Kommission der Bertelsmann- und der Hans-Böckler-Stiftung lässt keinen Zweifel daran aufkommen, dass sie Verrechtlichung, bürokratische Kontrolle und expertenzentrierte Problemlösung diesbezüglich für wenig zielführend hält. Zwar bedürfe es im Arbeits- und Gesundheitsschutz auch weiterhin rechtlich fixierter Rahmenvorgaben und Mindeststandards, mehr als bisher gelte künftig jedoch, dass die Organisationsformen, Handlungskonzepte und Gestaltungsmaßnahmen zur Realisierung des Ziels gesundheitsgerechter Arbeit konkret auf betrieblicher Ebene entwickelt werden müssten (BERTELMANN-STIFTUNG/HANS-BÖCKLER-STIFTUNG 2002: 13 ff., 17). Diese Auffassung erscheint nicht nur deshalb plausibel, weil der Anspruch flächendeckender hoheitlicher Kontrolle der Vorschriftenbefolgung schon an den hierfür völlig unzureichenden Personalkapazitäten scheitern muss; für sie spricht vor allem aber auch die Tatsache, dass sich präventionsstrategisch zentrale Aspekte der Gestaltung von Arbeit – dies betrifft insbesondere den weiten Bereich der arbeitsbezogenen psychosozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit – einer detaillierten, eindeutigen Normierbarkeit weitgehend entziehen und damit für ein an der Einhaltung von Rechtsvorschriften orientiertes Aufsichtshandeln kaum operationalisierbar sind.

Daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, Überwachung und ggf. auch Sanktion durch (para-)staatliche Instanzen hätten als Mittel zur Gewährleistung eines präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes schlicht „ausgedient“, wäre sicherlich verfehlt. Bei zahlreichen präventionsrelevanten Sachverhalten sind eindeutige rechtsverbindliche Regelungen durchaus möglich und auch sinnvoll. Dies betrifft z.B. physikalische und chemische Expositionen, technische und räumliche Arbeitsplatzmerkmale oder bestimmte arbeitsschutzorganisatorische Gewährleistungspflichten des Arbeitgebers (etwa die Bestellung von Betriebsärzten oder Sicherheitsfachkräften). Da die Einhaltung auch solcher Vorschriften aus vielerlei Gründen nicht generell vorausgesetzt werden kann, bleibt deren periodische Überprüfung nach wie vor unverzichtbar.

Dennoch gilt – erst recht in Gestaltungsbereichen, die einer präzisen Detailregulierung mit allgemeinem Geltungsanspruch nur schwer zugänglich sind –, dass ein anforderungsgerechtes betriebliches Präventionshandeln nicht vorrangig (und schon gar nicht ausschließlich) auf dem Wege bürokratischer Kontrolle und hoheitlicher Durchsetzung von Vorschriftenkonformität erreicht werden kann. Zugleich gilt aber auch, dass viele – die meisten? – Betriebe nicht aus eigener Kraft und eigenem Antrieb zu jener erweiterten, integralen Präventionspraxis gelangen, wie sie der Expertenkommission (aus guten Gründen) vorschwebt – hierzu bedarf es offensichtlich doch starker Impulse „von außen“. Den *überbetrieblichen Präventionsinstanzen* kommt daher auch künftig eine bedeutende Rolle zu. Allerdings stehen sie vor der Aufgabe, ihre Strategien und Instrumente zur Beförderung betrieblicher Prävention

weiterzuentwickeln und flexibler auf die differenzierten Problem-, Interessen- und Motivlagen der Betriebe zu beziehen.

Die Frage nach entsprechenden Veränderungsbedarfen und Innovationsansätzen bildet einen wichtigen Bezugspunkt der Arbeit der Expertenkommission. So heißt es in ihrem Zwischenbericht: „Die Schwerpunktverlagerung betrieblicher Gesundheitspolitik in Richtung Unternehmen und Dienstleistungsorganisation im Sinne von Dezentralisierung und stärkerer Eigenverantwortung stellt die einzelnen Betriebe vor neue Herausforderungen. Das gleiche gilt auch für die *überbetrieblichen Akteure*: die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, die Rentenversicherungsträger, die Verbände und den Staat. Aufgabenstellungen, Selbstverständnisse und Handlungsmuster müssen überdacht und neu orientiert werden – was ohne eine valide Analyse der Ist-Situation (Stärken, Schwächen, Entwicklungsbedarf) kaum möglich erscheint. Zugleich gilt es, die kundenorientierte, d.h. betriebsbezogene Zusammenarbeit dieser Akteure deutlich zu verbessern, bei klarer Abgrenzung ihrer jeweiligen Zuständigkeiten.“ (BERTELMANN-STIFTUNG/HANS-BÖCKLER-STIFTUNG 2002: 13) Die Voraussetzungen für den hier angesprochenen Neuorientierungsprozess zu klären und leitbildartige Vorstellungen über dessen Ausgestaltung zu entwickeln, sind erklärte Ziele der Expertenkommission.

Zu diesem Zweck hat die Kommission u.a. auch den vorliegenden Bericht in Auftrag gegeben. Dieser soll Hinweise darauf geben, über welche (neuen) Handlungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der arbeitsweltbezogenen Prävention die gesetzlichen *Unfallversicherungsträger* (UVT) und die *Krankenkassen* verfügen, welcher Konzepte und Strategien zur Umsetzung sie sich bedienen und welchen institutionellen sowie handlungsfeldspezifischen Beschränkungen und Hindernissen sie dabei zugleich unterliegen. Vor diesem Hintergrund sollen sowohl bestehende konzeptionelle und Praxisdefizite als auch vorhandene Entwicklungspotenziale und ausbaufähige Innovationsansätze identifiziert werden. Es geht also darum – speziell auf UVT und Krankenkassen bezogen –, die von der Expertenkommission geforderte Bestandsaufnahme der Ist-Situation mit der Herausarbeitung möglicher Modernisierungsperspektiven zu verbinden.

Wie aus dem zuletzt angeführten Kommissionszitat hervorgeht, ist der Kreis der institutionellen Akteure, die in eine Betrachtung des überbetrieblichen Präventionssystems eigentlich einzubeziehen sind, sehr weit gefasst – zu weit, als dass er im Rahmen der vorliegenden Kurzstudie umfassend und zugleich mit der notwendigen „Tiefenschärfe“ abgehandelt werden könnte. Insofern ist die Beschränkung auf zwei Institutionen ganz einfach zeitökonomischen Erwägungen geschuldet. Dass dabei die Wahl auf UVT und Krankenkassen fiel, ist allerdings keineswegs Ausdruck von Beliebigkeit, sondern durchaus mit inhaltlichen Kriterien zu begründen:

- UVT und Kassen gegenüber zu stellen, erscheint zum einen deshalb interessant, weil sie, was das Handlungsfeld betrieblicher Prävention betrifft, durch höchst unterschiedliche institutionelle Arrangements, Problembezüge und Funktionslogiken gekennzeichnet sind: Während erstere sich im Bereich des rechtlich regulierten, auf Gefahrenabwehr orientierten Arbeitsschutzes bewegen und dabei die Aufgabe übernehmen, „mit allen geeigneten Mitteln“ – auch (aber nicht nur) solchen der (quasi-)hoheitlichen Überwachung – für die betriebliche Erfüllung verpflichtender Schutzstandards zu sorgen, agieren letztere ausschließlich im Rahmen von freiwillig mit den Betrieben vereinbarten Projekten, die stark auf die organisationalen, führungs-, kommunikations- und partizipationsbezogenen Voraussetzungen von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb (sowohl unter Belastungs- als auch unter Ressourcenaspekten) abheben. UVT und Krankenkassen stehen insofern für sehr verschiedenartige organisatorische und inhaltlich-konzeptionelle Zugänge zur Thematik „Arbeit und Gesundheit“.
- Besondere Aufmerksamkeit verdienen UVT und Krankenkassen aber auch deshalb, weil sich in den letzten Jahren zwischen ihnen eine breiter und intensiver werdende Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren herausgebildet hat. Die Tatsache, dass sich hier zwei Institutionensysteme von recht weit entfernten Ausgangspunkten her aufeinander zu bewegen und neue Formen der Kooperation zu entwickeln versuchen, in denen bislang getrennte Organisationsressourcen, Fachkompetenzen und Handlungsperspektiven zusammengeführt werden können, dürfte für das Projekt der Modernisierung arbeitsweltbezogener Prävention einigermaßen lehrreich sein – und zwar sowohl im Hinblick auf die oft beschworenen „Synergieeffekte“ als auch hinsichtlich der strukturellen Hemmnisse und Grenzen problemorientierter institutionenübergreifender Kooperation.

Die Konzentration auf zwei überbetriebliche Systemakteure verschafft sicherlich einigen Spielraum, um einen genaueren Blick auf die jeweiligen Handlungsbedingungen, Strategie- und Praxisansätze sowie Veränderungsbedarfe zu werfen. Eine die Präventionspolitik der betreffenden Institutionen wirklich umfassend und detailliert charakterisierende Analyse liegt dennoch außerhalb der Reichweite der hier vorgelegten Studie. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, bedürfte es einer systematischen empirischen Bestandsaufnahme der institutionellen Strukturen und Praktiken von UVT und Krankenkassen im Bereich der Prävention, die hier nachvollziehbarerweise nicht zu leisten war und die es u.W. auch von anderer Seite so nicht gibt. Die UVT waren zwar schon einmal Gegenstand einer außerordentlich breit und differenziert angelegten Untersuchung (BAU 1980); diese liegt inzwischen allerdings fast ein Vierteljahrhundert zurück, so dass deren Ergebnisse nur schwerlich auf die heutige Situation zu übertragen sein dürften. In der Folgezeit durchgeführte Forschungsarbeiten widmen sich den UVT bzw. den Berufsgenossenschaften (BG) nur unter partiellen Gesichtspunkten und bewegen sich zudem auf einer deutlich schmaleren empirischen Basis (vgl. etwa die – dennoch hochinteressante – Studie von PRÖLL 1991 o-

der auch WATTENDORFF 1999). Was die Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis der Krankenkassen betrifft, ist die Befundlage zumeist auf die Ebene der „Maßnahmen“ beschränkt (z.B. HARTMANN/TRAUE 1996); Studien, die demgegenüber versuchen, den institutionellen Gesamtzusammenhang präventionsbezogenen Kas-senhandelns empirisch in den Blick zu nehmen, sind entweder aktualisierungsbedürftig (ROSENBROCK 1985) oder tragen exemplarischen Charakter und wären daher noch weiter auf ihre Generalisierbarkeit zu überprüfen (LENHARDT 1999).

Die vorliegenden empirischen Forschungsarbeiten zur Rolle von UVT und Krankenkassen im Handlungsfeld arbeitsweltbezogener Prävention hinterlassen somit – trotz aller wichtigen Befunde, die sie geliefert haben – eine ganze Reihe von Wissenslücken, die durch diesen Bericht bestenfalls partiell geschlossen werden können. Ein zentrales Problem, mit dem man bei der Bearbeitung des gestellten Themas konfrontiert ist, liegt darin, dass sich die Strukturen, Konzepte und Aktivitäten im Untersuchungsfeld nach wie vor stark im Fluss befinden, die entsprechenden Entwicklungen von Organisation zu Organisation deutlich variieren und neue Handlungsansätze in zum Teil unübersichtlicher Weise „verstreut“ sind. Man hat es hier also mit einer Fülle von Einzelphänomenen zu tun, über die oftmals auch nur rudimentäre Informationen in relativ mühsam zu recherchierenden Quellen (Organisationsmitteilungen, gering verbreitete Tagungsdokumentationen, Unterverzeichnisse von Webseiten o.ä.) zu erhalten sind.

Daraus ein einigermaßen konsistentes Bild von den maßgeblichen Entwicklungslinien berufsgenossenschaftlicher und kassentragender Prävention zusammenzufügen, ist ein recht schwieriges Unterfangen. Immerhin muss der vorliegende Bericht hierbei nicht bei Null anfangen, sondern kann auf die Ergebnisse eines kürzlich abgeschlossenen eigenen Forschungsprojekts zurückgreifen, das der Identifizierung übergreifender Anpassungs- und Modernisierungsprozesse im System arbeitsweltbezogener Präventionsakteure – einschließlich der Unfall- und Krankenversicherungsträger – gewidmet war (ROSENBROCK/LENHARDT 2002).³

3 Einen weiteren wichtigen Bezugspunkt des vorliegenden Berichts – zumindest was die UVT betrifft – bildet wegen ihres synthetisierenden Zugriffs die Studie von GERLINGER (2000).

2. Anforderungs panorama präventiver betrieblicher Gesundheitspolitik

Die im Zentrum dieses Berichts stehende Frage lautet: Welchen Beitrag zur Weiterentwicklung betrieblicher Gesundheitspolitik können (und müssen) die Träger der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung leisten, welche Bedingungen wären zu erfüllen und welche Schritte geeignet, um das betriebliche Präventionsgeschehen im Sinne eines umfassenderen Problembezugs und einer größeren Wirksamkeit zu beeinflussen? Die Beantwortung dieser Frage setzt voraus, dass man sich überhaupt erst einmal klarmacht, mit welchen Handlungsbedingungen und Aufgaben betriebliche Prävention künftig konfrontiert sein wird – anders gesagt: worin eigentlich die Anforderungen bestehen, zu deren (besseren) Bewältigung UVT und Krankenkassen – soweit möglich – einen Beitrag zu leisten haben. Nachfolgend sollen deshalb einige zentrale Elemente des Anforderungsgefüges arbeitsweltbezogener Prävention in acht Punkten skizziert werden. Der Komplexität des Handlungsfeldes kann damit natürlich nur beschränkt Rechnung getragen werden, zumal dieses einem tiefgehenden und zum Teil hochdynamischen Wandel unterliegt, der sowohl die belastungs- und gefährdungsbezogenen Problemstellungen – also gleichsam den konkreten „Interventionsgegenstand“ – betrieblicher Prävention als auch deren institutionelle, organisatorische und sozio-kulturelle Wirkungsbedingungen betrifft.

Erstens: Am unmittelbarsten zeigen sich die veränderten Anforderungen betrieblicher Gesundheitspolitik im Spektrum der mit der Arbeit verbundenen *gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen*. Zwar scheint ein Abbau körperlicher Belastungen – sofern hiervon überhaupt gesprochen werden kann – durchaus nicht in dem Umfang stattgefunden zu haben wie häufig angenommen⁴; jedoch deuten zahlreiche Studien darauf hin, dass Stress und Zeitdruck inzwischen bei einem Großteil der Beschäftigten die dominante Belastungserfahrung bilden: Den Ergebnissen der BiBB/IAB-Erhebung 1998/99 zufolge gaben 50% der befragten Erwerbstätigen an, „praktisch immer“ oder „häufig“ unter Termin- und Leistungsdruck zu arbeiten, 20% berichteten, dabei oft bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gehen zu müssen (JANSEN 2000).⁵ Auch für andere psychische Belastungsfaktoren (wie Störungen/Unterbre-

4 So verweisen die von JANSEN (2000) berichteten Daten auf einen im längerfristigen Vergleich erstaunlich stabilen Belastungssockel etwa in den Bereichen „schweres Heben und Tragen“ sowie „Zwangshaltungen“ (bei 27% bzw. 19% der befragten Erwerbstätigen „praktisch immer“ oder „häufig“ vorkommend). Deutliche Verbesserungen seit Mitte der achtziger Jahre scheint es demnach fast nur im Bereich „Lärm“ gegeben zu haben.

5 In eine ähnliche Richtung weisen Surveydaten der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen aus dem Jahr 2000: Hiernach gaben 56% der Befragten an,

chungen, widersprüchliche Anforderungen, Verantwortungsdruck oder auch – nach wie vor! – Monotonie) kann ein hoher und teilweise zunehmender Verbreitungsgrad festgestellt werden. Zugleich spricht die Befundlage für gewisse Tendenzen zur inhaltlichen Aufwertung und Autonomisierung der Arbeit (interessantere, anspruchsvollere und abwechslungsreichere Tätigkeiten; mehr Gestaltungsfreiheit im unmittelbaren Arbeitsvollzug), von denen allerdings die verschiedenen Erwerbstätigengruppen in höchst ungleichem Maße profitieren und für die viele Beschäftigte wie gesagt einen hohen Preis in Form von Arbeitsintensivierung oder auch labiler werdendem beruflichen Status zu zahlen haben (LENHARDT 2001b: 61 f.; REUSCH 2001: 73 f.).

Zweitens: In den Befunden der Belastungsforschung deuten sich tiefgreifende Wandlungsprozesse der Erwerbsarbeit an, die die „Geschäftsgrundlagen“ präventionsbezogenen Handelns einschneidend verändern. Traditionell vorherrschende Formen, in denen Erwerbsarbeit organisiert ist und ausgeführt wird, stehen mehr und mehr zur Disposition; entsprechend bilden sich neue Strukturen heraus, die eine Erweiterung der funktionalen, zeitlichen und leistungsmäßigen Verfügbarkeit der Arbeitenden gewährleisten und deren Anpassbarkeit an rasch wechselnde Markterfordernisse erhöhen sollen. Damit verbunden ist ein tendenzieller „Rückbau“ einheitlicher, festgefügtter Regelungsarrangements und hierarchischer Steuerungsformen in der Arbeitswelt zugunsten von Formen dezentraler (bis hin zu individueller) Selbstorganisation und Selbststeuerung. Diese Entwicklung kann *als Entstandardisierung und Flexibilisierung von Arbeitsformen und Leistungsbedingungen* charakterisiert werden. Auch wenn die Vielgestaltigkeit, Widersprüchlichkeit und schwer prognostizierbare Dynamik dieses Prozesses zur Skepsis gegenüber generalisierenden Trendaussagen veranlassen, scheint am Vordringen verschiedener, z.T. ineinandergreifender Formen flexibler Arbeit – „Neue Selbständigkeit“, befristete Beschäftigung, Formen temporärer auftragsbezogener Arbeitskooperation (Projektarbeit), Formen selbstregulierter Arbeitskooperation (Gruppenarbeit), flexible Arbeitszeitregimes, ergebnisorientierte variable Entlohnungssysteme – doch kaum Zweifel zu bestehen. Zumindest für einen Teil der Erwerbstätigen sind solche flexiblen Arbeitsformen durchaus mit Gewinnen verbunden (z.B. Abbau körperlicher Belastungen, Autonomiezuwachs, erhöhte Zeitsouveränität, abwechslungsreichere Tätigkeit). Zugleich ist aber auch davon auszugehen, dass den flexibel Arbeitenden teilweise beträchtliche „Kosten“ auferlegt werden (zunehmender Termin- und Leistungsdruck, Zwang zur Ausweitung der Arbeitszeit und zur Selbstausbeutung, wachsende berufliche Statusunsicherheit, Erosion sozialer Bindungen und Unterstützungspotentiale im Betrieb, Anpassungsdruck aus ständig wechselnden Anforderungsszenarien, Beeinträchtigungen des Privatlebens). Die flexiblen Arbeitsformen bergen somit das nicht zu unterschätzende Risiko einer Steigerung psychischer Belastungen und einer gleichzeitigen Untergrabung gesundheitlich protektiver sozialer und personaler Ressourcen. Hieraus könnten sich

dass mindestens ein Viertel der eigenen Arbeitszeit durch eine sehr hohes Arbeitstempo bestimmt sei, bei 24% war dies sogar die ganze oder fast die ganze Zeit der Fall. Für „Termindruck“ lagen die entsprechenden Werte bei 60 bzw. 29% (MERLLIÉ/PAOLI 2002: 16).

verstärkt Tendenzen in Richtung einer Überforderung der Fähigkeit zur psychophysischen Selbstregulation und Selbststabilisierung ergeben (vgl. PICKSHAUS/SCHMITTHENNER/URBAN 2001; PRÖLL/GUDE/ERTEL 2001).

Drittens: Der erwähnte Flexibilisierungsschub dürfte von einem weiteren Vordringen diverser Formen prekärer Beschäftigung begleitet sein, die erheblicenteils mit Arbeitsbedingungen minderer Qualität und entsprechend hohen Belastungen (auch ganz „klassischer“ Art) verbunden sind (zu Arbeitsbelastungen in prekären Beschäftigungsverhältnissen vgl. GOUDSWAARD/ANDRIES 2002). Dabei ist nicht nur an sog. „bad jobs“ zu denken, die von gering Qualifizierten mit befristeter Anstellung (und verminderten Schutz- und Sicherheitsansprüchen) in der Produktion oder im Dienstleistungsgewerbe ausgeführt werden. Vielmehr bildet sich – v.a. im Bereich informationeller und „kultureller“ Dienstleistungen – auch eine Schicht von z.T. hochqualifizierten „neuen Selbständigen“ heraus, für die die Freiberuflichkeit kaum noch Privilegiencharakter besitzt, sondern mit niedrigem Einkommen, hoher Existenzunsicherheit und enormem (in überlangen Arbeitszeiten sich niederschlagendem) Arbeitsdruck einhergeht (vgl. ERTEL/HAAKE 2001). Damit droht eine Ausweitung von Beschäftigungsbereichen, in denen ein außerordentlich hoher präventiver Handlungsbedarf existiert, auf die der Arbeits- und Gesundheitsschutz in seiner bisherigen Struktur aber kaum einen effektiven „Zugriff“ hat – im Falle der „Freelancer“ noch nicht einmal rechtlich, da sie aufgrund ihres Selbständigenstatus den Arbeitsschutzbestimmungen gar nicht unterliegen).

Viertens: Eine ganz zentrale Herausforderung für das betriebliche (Präventions-) Handeln liegt fernerhin in der *Perspektive einer demografischen „Alterung“ der Belegschaften* begründet. Zwar konnten bislang viele Unternehmen dieses „Problem“ mithilfe des sozialen Sicherungssystems sowie kollektivvertraglicher Regelungen externalisieren, jedoch bestehen kaum Zweifel daran, dass deutliche Verschiebungen in der Altersstruktur der Beschäftigten auf diese Weise höchstens verzögert, mittel- und langfristig jedoch nicht aufgehalten werden können (MORSCHHÄUSER 2001). Künftig wird man deshalb kaum darum herum kommen, sich intensiver der Frage zu widmen, wie Beschäftigte bis in höhere Altersphasen hinein unter Wahrung ihrer gesundheitlichen Integrität und ihres spezifischen Leistungspotentials in das Arbeitsleben zu integrieren sind. Dabei ist neben der betrieblichen Arbeitszeit-, Qualifizierungs- und Personalentwicklungspolitik insbesondere auch der präventive Gesundheitsschutz gefordert, der das Ziel einer alternsgerechten Arbeitsgestaltung stärker in den Mittelpunkt seiner Bemühungen rücken muss. An wissenschaftlich begründeten und modellhaft erprobten Konzepten hierfür mangelt es durchaus nicht. In der betrieblichen Praxis jedoch – dies konnte in einem jüngst abgeschlossenen Forschungsprojekt des Bremer Zentrums für Sozialpolitik am Beispiel des Öffentlichen Dienstes gezeigt werden – bilden Maßnahmen zur Erwerbsintegration Älterer – erst recht solche, die nicht nur den Charakter von Einzelfalllösungen tragen, sondern in

systematische präventive Handlungsstrategien eingebettet sind – nach wie vor eher die Ausnahme (ALBERTS et al. 2001).

Fünftens: Arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung wird ihre Problemadäquanz und Wirksamkeit vor allem dort unter Beweis stellen müssen, wo bekanntlich die Mehrheit der Beschäftigten ihrer Arbeit nachgeht: in den rund 2,1 Millionen *Kleinst- und Kleinbetrieben* mit weniger als 100 Mitarbeitern. Das in diesem Bereich vorhandene präventive Potenzial dürfte beträchtlich sein, zugleich kann aber auch davon ausgegangen werden, dass sich hier die wirtschaftlichen, betriebsorganisatorischen und organisationskulturellen Bedingungen für ein systematisches Präventionshandeln vielfach als relativ schwierig darstellen. Dies bedeutet zunächst einmal, dass die Verankerung einer solchen Praxis im Kleinbetriebssektor in besonderem Maße der externen Begleitung und Unterstützung bedarf. Hierbei haben die für diese Aufgabe in Frage kommenden überbetrieblichen Instanzen allerdings nicht nur ein – aus der schieren Zahl kleiner Betriebe erwachsendes – quantitatives Kapazitätsproblem zu bewältigen. Die Kleinbetriebsrealität birgt darüber hinaus auch besondere qualitative Herausforderungen in bezug auf die Organisationsstruktur, die konzeptionelle Ausgestaltung und die Implementationsstrategien von Prävention, welche sich von denen des großbetrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes deutlich unterscheiden. Inzwischen existiert zwar eine ganze Reihe von Praxismodellen, die auf die spezifischen Problemstellungen und Handlungsbedingungen kleiner Betriebe zugeschnitten sind (vgl. als Überblick: PRÖLL 1998, 2000), von einer substantiellen Integration des Kleinbetriebssektors in das System arbeitsweltbezogener Prävention ist man aber nach wie vor weit entfernt.

Sechstens: Der gestaltende Einfluss und die präventive Wirksamkeit des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung sind nicht zuletzt deshalb begrenzt, weil diese – sofern sie nicht als etwas ohnehin nur sporadisch „von außen“ an den Betrieb Herangetragenem erscheinen – häufig den Charakter eines bloßen „Anhängsels“ der betrieblichen Organisation haben. Angesichts dessen wird die stärkere *Integration des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung* in die Organisations- und Führungsstrukturen sowie die Entscheidungsabläufe des Betriebs zunehmend als eine entscheidende Entwicklungsaufgabe betrachtet. Diese ist in den letzten Jahren vor allem unter dem Rubrum „Arbeitsschutzmanagementsysteme“ (AMS) diskutiert und zum Gegenstand diverser konzeptioneller Überlegungen gemacht worden. Obgleich in der Literatur mittlerweile eine ganze Reihe von Beispielen „guter Praxis“ bei der Anwendung von AMS dokumentiert ist (auch im Bereich der KMU, vgl. RITTER/REIM/SCHULTE 2000), muss doch davon ausgegangen werden, dass eine systematische und kontinuierliche Einbindung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (AGS) in den Betriebsablauf weitenteils noch nicht erfolgt. Für diese Annahme spricht die quantitativ wie qualitativ nach wie vor lückenhafte Umsetzung der – vom Prinzip her als ein Instrument des AGS-Managements zu verstehenden – Gefährdungsbeurteilung gem. §§ 5-6 ArbSchG: Nach Ergebnissen einer im März 2001 ab-

geschlossenen Schwerpunktaktion der hessischen Arbeitsschutzverwaltung hatten zwei Drittel der rd. 1200 untersuchten Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten ihre diesbezüglichen Verpflichtungen entweder überhaupt nicht oder nur ansatzweise erfüllt (STAATLICHE ARBEITSSCHUTZVERWALTUNG DES LANDES HESSEN o.J.).

Siebtens: Dass sich eine zeitgemäße betriebliche Präventionspraxis im Sinne *direkter Partizipation der Beschäftigten* auf deren subjektive Belastungswahrnehmungen sowie deren Ideen- und Handlungspotenzial zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen stützen muss (und auch kann), wird inzwischen kaum noch bestritten. Letzteres ist keineswegs als bloßes (verbales) Zugeständnis an den Zeitgeist zu betrachten, sondern dürfte durchaus einer verbreiteten Einsicht in die Tatsache geschuldet sein, dass die Behandlung der Beschäftigten als passive Schutzobjekte deutliche Limitierungen der Akzeptanz, des Problemhorizonts und der Gestaltungsmöglichkeiten betrieblicher Prävention zur Folge hat. Daraus erklärt sich auch die große Aufmerksamkeit, die dem Konzept der Gesundheitszirkel innerhalb der „Präventionsgemeinde“ seit Anfang der neunziger Jahre zuteil geworden ist. Allerdings: Die reale Verbreitung solcher Gesundheitszirkel in der betrieblichen Praxis steht nach wie vor in deutlichem Kontrast hierzu; neuere empirische Studien deuten darauf hin, dass bestenfalls 10% der untersuchten Betriebe und Dienststellen mit mehr als 50 Beschäftigten über Erfahrungen mit Gesundheitszirkeln verfügen (GRÖBEN/BÖS 1999; GRÖBEN 2000). Einen weiteren Beleg für das immer noch beträchtliche Partizipationsdefizit in der arbeitsweltbezogenen Prävention liefert wiederum die Praxis der Gefährdungsbeurteilung: So ergab eine bis Mitte 2000 durchgeführte Untersuchung der nordrhein-westfälischen Arbeitsschutzverwaltung, dass die Beschäftigten in vier Fünfteln der Fälle überhaupt nicht oder bestenfalls partiell in die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung einbezogen worden waren (MASQT NRW 2001).

Das hier skizzierte Problem- und Anforderungsspektrum künftiger arbeitsweltbezogener Präventionspolitik ist außerordentlich weit gespannt. Es umfasst Dimensionen der Gestaltung und Regulierung von Erwerbsarbeit, in denen grundlegende sozial-ökonomische Entwicklungsdynamiken und darauf bezogene Interessenkonstellationen und -politiken wirksam werden, und die nur zum geringeren Teil dem Einfluss und der „Zuständigkeit“ des institutionalisierten Arbeitsschutzsystems unterliegen. Auch wenn dessen Praxis nicht losgelöst von den beschriebenen Anforderungsfeldern betrachtet werden darf, wäre es u.E. völlig unrealistisch, Institutionen wie die Berufsgenossenschaften oder gar die Krankenkassen als die alleinigen (oder auch nur die Haupt-) Adressaten zu betrachten, an die die Erwartung einer Bewältigung der genannten Probleme zu richten wäre. Um es knapp zu formulieren: die entscheidenden Weichenstellungen werden größtenteils in anderen Handlungsarenen von anderen Akteuren vorgenommen (über die sich die Expertenkommission daher mit gutem Grund ebenfalls Gedanken machen soll). Dies bedeutet durchaus nicht, dass Unfall- und Krankenversicherungsträger ihre diesbezüglichen Handlungs- und Einflussmöglichkeiten bereits ausgeschöpft hätten und keine nennenswerten Impulse

zur Lösung der zentralen Zukunftsprobleme der Gestaltung von Arbeit geben könnten. Es sollten aber stets auch die Grenzen dessen in Blick behalten werden, was sie vor dem Hintergrund ihrer institutionellen Konstruktionsprinzipien, Handlungskompetenzen und Ressourcenausstattungen zu beeinflussen in der Lage sind.

3. Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung

3.1 Rechtlich-institutionelle Rahmenbedingungen

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UVT) bilden hierzulande die zweite „Säule“ des institutionalisierten überbetrieblichen Arbeitsschutzes. Anders als die Arbeitsschutzbehörden der Länder sind sie aber nicht Teil der staatlichen Verwaltung, sondern nehmen ihre Aufgaben als Körperschaften öffentlichen Rechts im Rahmen der sozialen Selbstverwaltung wahr, deren Organe seit 1951 paritätisch aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern zusammengesetzt sind. Bei den UVT dominiert das sektorale Organisationsprinzip, d.h. die Gliederung nach Branchen bzw. Wirtschaftsbereichen, welche teilweise durch regionale Zuständigkeitsabgrenzungen ergänzt wird (BGen der Bau- und der Metallwirtschaft, landwirtschaftliche BGen, UVT der öffentlichen Hand).⁶

Von der Aufgabe, ursächlich mit der beruflichen Tätigkeit in Zusammenhang stehende gesundheitliche Schädigungsfolgen finanziell durch Gewährung von Lohnersatzleistungen und Rentenzahlungen zu kompensieren (sowie entstehende Behandlungs- und Rehabilitationskosten zu übernehmen), leitet sich der Auftrag der UVT her, solche Schädigungen auch „mit allen geeigneten Mitteln“ zu verhüten. Um diesen *Präventionsauftrag* zu erfüllen, sind die UVT *per Gesetz* mit einer ganzen Reihe von Befugnissen und Handlungsmöglichkeiten ausgestattet:

- Sie verfügen über die Kompetenz, als autonomes Recht *Arbeitsschutzvorschriften* zu erlassen, die für die Mitgliedsunternehmen verbindlich (und dementsprechend sanktionsbewehrt) sind.
- Zugleich obliegt den UVT die Aufgabe, die Einhaltung der von ihnen erlassenen Vorschriften in den Betrieben durch eigenes Aufsichtspersonal zu *überwachen* und ggf. auf dem Wege der Anordnung zu erzwingen.
- Im Unterschied zu den staatlichen Arbeitsschutzbehörden haben die UVT mit ihren Aufsichtsdiensten jedoch auch einen expliziten gesetzlichen Auftrag zur *Beratung* der Unternehmen und Versicherten.

6 Derzeit ist im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften ein Fusionsprozess im Gang, der in absehbarer Zukunft wohl zu einer deutlich veränderten Gliederungsstruktur führen wird. Dies könnte durchaus auch Auswirkungen auf die Präventionspraxis der BGen haben, über die zum gegenwärtigen Zeitpunkt allerdings (zumindest aus der Aussenperspektive) kaum etwas Konkretes gesagt werden kann.

- Ferner gehört es zu den gesetzlich verankerten Aufgaben der UVT, für die *Aus- und Fortbildung* der in den Unternehmen mit der Durchführung des Arbeitsschutzes betrauten Personen zu sorgen. Damit haben die UVT über die Kontakte im Rahmen der Aufsichtstätigkeit hinaus einen weiteren wichtigen Zugang zu einer Vielzahl von betrieblichen Arbeitsschutzakteuren (Führungskräfte, Betriebsräte, Sicherheitsfachkräfte, Sicherheitsbeauftragte).
- Schließlich sieht das Unfallversicherungsrecht auch *finanzielle Anreizmechanismen* vor (Beitragszuschläge und -nachlässe, Prämien-gewährung), mittels derer die UVT auf die Durchführung des Arbeitsschutzes in den Unternehmen Einfluss nehmen können – ebenfalls ein Instrumentarium, welches den staatlichen Aufsichtsinstanzen so nicht zur Verfügung steht.⁷

Auch organisatorisch scheinen v.a. bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften insofern relativ günstige Voraussetzungen für die Erfüllung der Präventionsaufgaben gegeben zu sein, als diese sich schon seit längerem auf eine ausgebaute Infrastruktur mit zahlreichen Fachinstituten⁸ und -ausschüssen stützen können, die sich der Strategie- und Konzeptentwicklung, der Arbeit am Vorschriftenwerk, der Forschung und der Qualifizierung widmen und von denen aus es vielfältige stabile Zugänge und Querverbindungen zu anderen arbeitsschutzrelevanten Institutionen und Gremien gibt. Diese „Vernetztheit“ der UVT bildet neben ihrer Selbstverwaltungsstruktur und ihrer Branchengliederung die Basis für die von ihnen häufig reklamierte besondere „Praxisnähe“.

Wenn man davon ausgeht, dass Praxisnähe sich auch in der Fähigkeit zur Abdeckung von präventiven Handlungsbedarfen beweist, erscheint der öffentlich-rechtliche Arbeitsschutz bis in die jüngste Zeit allerdings in einem etwas anderen Licht – und zwar mindestens unter zwei Aspekten:

Der erste betrifft die für Aufsicht und Beratung bereitstehenden *personellen Kapazitäten*. Langfristig betrachtet stellt sich hier die Entwicklung bei den UVT sicherlich günstiger dar als im Bereich des staatlichen Arbeitsschutzes: Während die Zahl der Aufsichtspersonen der UVT im Jahre 1980 lediglich 54% des Personalstandes der Gewerbeaufsichtsämter betrug, lag sie 20 Jahre später bei 83% der letztgenannten Größe. Bis Mitte der 90-er Jahre wurden die Aufsichtsdienste der UVT personell kontinuierlich ausgebaut; seither ist hier allerdings eine gewisse Stagnationstendenz zu verzeichnen, was um so bemerkenswerter ist, als die Reform des Arbeitsschutz-

7 Über das Wirkungspotenzial solcher Anreizmöglichkeiten und den Grad seiner Ausschöpfung durch die UVT ist damit allerdings noch nichts ausgesagt.

8 In diesem Zusammenhang sind v.a. folgende, auf der Ebene des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) angesiedelte Institutionen zu erwähnen: die (strategisch besonders bedeutsame) Berufsgenossenschaftliche Zentrale für Sicherheit und Gesundheit (BGZ), das Berufsgenossenschaftliche Institut für Arbeitssicherheit (BIA), das Berufsgenossenschaftliche Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin (BGFA) und das Berufsgenossenschaftliche Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG).

rechts im Jahre 1996 eher eine Fortsetzung oder gar Forcierung des Kapazitätsausbaus nahegelegt hätte.⁹ Entscheidend ist jedoch, dass die quantitative Entwicklung des Aufsichtspersonals und seiner Besichtigungstätigkeit mit der Zunahme der zu betreuenden Unternehmen überhaupt nicht Schritt hielt mit der Folge, dass Überwachung und Beratung durch UVT-Aufsichtsdienste tatsächlich in einem immer geringer werden Anteil der Unternehmen stattfindet: Wurden 1980 von 1000 Unternehmen im Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften immerhin noch 192 besichtigt, so waren es 1990 nur noch 136; im Jahre 2000 war dieser Wert schließlich auf 125 abgesunken. Besonders schwer wiegt der Rückgang der Aufsichtsdichte im Bereich der Kleinbetriebe mit weniger als 20 Beschäftigten, die auch früher schon ganz überwiegend aus der Besichtigungstätigkeit herausfielen (1980: 16,2% besichtigt) und von denen inzwischen gerade einmal jeder zehnte im Laufe eines Jahres aufgesucht wird. Zwar gab es auch in den anderen Größenklassen eine rückläufige Entwicklung, die aber zumindest in Betrieben mit 200-999 sowie solchen mit mehr als 1000 Beschäftigten immer noch relativ hohe Besichtigungsquoten „übrig ließ“ (76,3% bzw. 79,5% in 2000) (GERLINGER 2000: 354 f.; BMA 2001: 130 ff.; eigene Berechnungen).

Die Bewältigbarkeit der aus den Strukturen der Arbeitswelt erwachsenden präventiven Handlungsanforderungen durch die UVT musste in der Vergangenheit jedoch nicht nur im Hinblick auf die quantitativ unzureichenden Personalkapazitäten der Aufsichts- und Beratungsdienste fraglich erscheinen. Als zunehmend gravierend erwies sich darüber hinaus ein Problem qualitativer Art, welches unmittelbar mit der traditionellen gesetzlichen Definition dessen zu tun hatte, was *Gegenstand der Präventionsaufgabe* der UVT war. Diese betraf laut RVO bis 1996 ausschließlich die *Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten*. Wiesen die UVT gegenüber den Arbeitsschutzbehörden der Länder in bezug auf das rechtlich verankerte Instrumentarium und die organisatorische Infrastruktur präventiven Handelns auch einige Vorteile auf, so war doch ihr gesetzlicher Präventionsauftrag *inhaltlich* deutlich *enger* als beim staatlichen Arbeitsschutz gefasst.

9 Auch gemessen an den finanziellen Aufwendungen zeigt sich eine seit Mitte der neunziger Jahre nachlassende Ressourcendynamik im Bereich der Prävention: Waren die Präventionsausgaben der UVT zwischen 1992 und 1996 noch um 30,8% gestiegen, belief sich der Ausgabenzuwachs im Zeitraum 1996-2000 nurmehr auf 14,0%. Besonders deutlich ausgeprägt war diese Entwicklung im übrigen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften (1992-1996: +29,5%; 1996-2000: +11,9%), während etwa die UVT der öffentlichen Hand auch in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre eine zwar ebenfalls verminderte, aber immer noch weit überdurchschnittliche Steigerungsrate ihrer Präventionsausgaben zu verzeichnen hatten (1992-1996: +60,7%; 1996-2000: +39,8%). Dessen ungeachtet gilt, dass das relative Gewicht der Präventionsausgaben im Rahmen der gesamten finanziellen Aufwendungen der UVT seit Anfang der neunziger Jahre zugenommen hat: ihr Anteil stieg von 4,8% in 1992 auf immerhin 6,3% in 2000 (Berechnungen nach: UNFALLVERHÜTUNGSBERICHT 1993: 82 f.; 1995: 48 f.; BMA 1998: 106 f.; BMA 1999: 94 f.; BMA 2001: 138 f.).

Dies hatte selbstverständlich auch Folgen für die Aufsichts- und Beratungspraxis der UVT. Auf Basis des im o.g. Sinne beschränkten präventiven Handlungsauftrages bildete sich im Laufe der Jahrzehnte ein autonomes Vorschriften- und Regelwerk heraus, das ganz überwiegend auf die *Gewährleistung technischer Sicherheit* und die *Kontrolle spezifischer physikalisch-stofflicher Einwirkungen am Arbeitsplatz* abstellte und entsprechend auch die Problempereptionen sowie das Handlungsprofil der Aufsichtspersonen vor Ort prägte. Hierbei ist natürlich auch der Umstand von Belang, dass sich die Aufsichtspersonen der BGen bis heute in sehr starkem Maße – mehr noch als die staatlichen Gewerbeaufsichtsbeamten – aus dem Bereich der Ingenieurberufe rekrutieren: Nach einer neueren Erhebung bei acht ausgewählten BGen traf dies auf 78% der dort tätigen Aufsichtspersonen zu, ein nennenswertes Gewicht hatten daneben lediglich noch die Chemiker (mit einem allerdings deutlich geringeren Anteil von 14%) (HAHN/LÖSTER 2001: 439 f.).

In den *thematischen Tätigkeitsbezügen der UVT-Aufsichtspersonen* spiegelt sich daher das Spektrum der mit der Arbeit assoziierten Gefahrenbereiche und Belastungsdimensionen traditionell nur sehr *ausschnitthaft* wider. Wie stark die betriebsbezogenen Aktivitäten der Aufsichtspersonen auf das Gebiet „Maschinen, Geräte und technische Anlagen“ konzentriert sind, wurde erstmals Ende der siebziger Jahre in einer groß angelegten Arbeitsschutzsystemstudie empirisch belegt: Hiernach entfielen allein auf diesen Bereich gut 50% der für Aufgaben mit spezieller gesetzlicher Verpflichtung verwandten Arbeitszeit der Aufsichtspersonen, mit weitem Abstand gefolgt von – die staatlichen Gewerbeaufsichtsbeamten deutlich intensiver beschäftigenden – arbeitshygienischen Fragen (Arbeitsstätten, Gefahrstoffe; 14%) (BAU 1980: 559; eigene Berechnungen). Dieses Ergebnis konnte ein Jahrzehnt später in einer anderen Arbeitsschutzstudie auf Basis qualitativer empirischer Befunde im wesentlichen bestätigt werden (mit einer leichten Akzentveränderung, die den festgestellten Bedeutungszuwachs der Gefahrstoffproblematik betrifft) (PRÖLL 1991: 140 ff.).

Scheinen somit die Aktivitäten der UVT-Aufsichtspersonen sich inhaltlich in einem eher noch engeren Rahmen zu bewegen als die der Gewerbeaufsichtsbeamten, so kann doch andererseits davon ausgegangen werden, dass ihre Tätigkeit – v.a. wegen des geringeren Umfangs „innendienstträchtiger“ Aufgaben – schon seit jeher durch eine stärkere Vor-Ort-Präsenz in den Betrieben gekennzeichnet ist (vgl. BAU 1980: 552). Dies dürfte dem (durchaus auch von den staatlichen Aufsichtspersonen favorisierten) Handlungsstil der „beratenden Überzeugung“ einen etwas größeren Spielraum verschaffen: Dieser Handlungsstil ist letztlich zwar auch an Vorschriften und deren Umsetzung orientiert, aber „beschränkt sich nicht auf lediglich rechtsformal belegte Forderungen und Auflagen“, sondern „bedient sich ... problem- und situationsbezogener Argumentationen“ und ist von dem Bemühen geprägt, „technisch-fachliche Hinweise auf konkrete Realisierungsmöglichkeiten“ zu geben (PRÖLL 1991: 141). Die in diesem Sinne auf Überzeugung und Unterstützung ausgerichtete Praxis realisiert sich im Rahmen von Akteurbeziehungen, die – zumindest außerhalb des Kleinbetriebssektors – ein typisches, auch für das Verständnis der tradierten

Kleinbetriebssektors – ein typisches, auch für das Verständnis der tradierten inhaltlichen Schwerpunktsetzungen von Aufsicht und Beratung wichtiges Grundmuster aufweisen: Obwohl das Gesetz als deren Hauptadressaten den Unternehmer nennt, steht für die UVT-Aufsichtspersonen zumeist die Sicherheitsfachkraft als Kontaktperson und Kooperationspartner auf Seiten des Betriebs im Vordergrund. Wegen der häufig im Techniker- und Ingenieurwesen zu verortenden beruflichen Herkunft der SiFas (aber auch wegen ihrer Erfahrungen mit berufsgenossenschaftlichen Aus- und Fortbildungsmaßnahmen) weisen deren professionellen Deutungsmuster und Handlungsorientierungen eine große Nähe zu denen der UVT-Aufsichtspersonen auf, so dass sich in der engen Zusammenarbeit dieser beiden Gruppen ein auf technisch erfass- und gestaltbare Sachverhalte zentriertes Arbeitsschutzverständnis relativ bruchlos zu reproduzieren vermag.¹⁰

Im klassischen gesetzlichen Präventionsauftrag der UVT ist also ein Arbeitsschutzverständnis angelegt, welches weitgehend auf Unfall- und BK-relevante Problemaspekte fokussiert und damit einen großen Bereich gesundheitsrelevanter Dimensionen ausblendet. Psychische Faktoren beispielsweise finden dabei bestenfalls unter dem Gesichtspunkt des Einflusses auf Unfallrisiken Beachtung (vgl. etwa: WENNINGER/NOLD 1995). Diese Grundorientierung spiegelte sich auch im autonomen Vorschriftenwerk der UVT wider und dominierte die strategischen Entscheidungen und Alltagspraktiken auf allen Organisationsebenen – von der Selbstverwaltung über den hauptamtlichen Führungsapparat bis hin zur operativen Ebene der Aufsichtspersonen. Zwar existierten durchaus Gestaltungsspielräume bei der Ausfüllung des gesetzlichen Präventionsauftrages, die sich auch in gewissen trägerspezifischen Differenzierungen, etwa hinsichtlich der Betonung von Beratungsaufgaben und der Ausformung diesbezüglicher Handlungskonzepte, niederschlugen. Solche Profilunterschiede bewegten sich jedoch größtenteils innerhalb des durch Unfallverhütung und Arbeitssicherheit markierten inhaltlichen Bezugsrahmens (PRÖLL 1991: 142 f.).

Dass eine solchermaßen verengte Präventionsorientierung dem realen Problemspektrum arbeitsbedingter Belastungen und Gefahren nicht – und angesichts des fortschreitenden Strukturwandels der Arbeitsbedingungen immer weniger – gerecht wird, konnte – wie im vorangegangenen Abschnitt angedeutet – schon seit längerem aus der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Befundlage geschlussfolgert werden.

10 Praktisch kann die SiFa die Funktion als de facto wichtigster betrieblicher Ansprechpartner der UVT-Aufsichtsperson in aller Regel natürlich nur in solchen Betrieben gewinnen, die aufgrund ihrer Größe zu einer vom Umfang her mehr als nur marginalen sicherheitstechnischen Betreuung verpflichtet sind. In einem Großteil der Kleinbetriebe (welche zugleich – rein zahlenmäßig betrachtet – das Hauptfeld der Besichtigungstätigkeit der Aufsichtsdienste bilden) ist dies aber nicht der Fall, so dass die Aufsichtspersonen hier tatsächlich ganz auf den direkten Kontakt mit dem Betriebseigner verwiesen sind. Gleichwohl darf vermutet werden, dass die in arbeitsschutzorganisatorisch entwickelteren Betrieben gemachten Kooperationserfahrungen mit SiFas das Praxisverständnis der Aufsichtspersonen in einem über das quantitative Gewicht solcher Erfahrungen weit hinausgehenden Maße prägt.

Unabweisbar wurde der strategisch-konzeptionelle Modernisierungsbedarf für die UVT allerdings erst, als Ende der 80-er/Anfang der 90-er Jahre v.a. von der europäischen Ebene ausgehende Veränderungen in den *rechtlichen und politisch-institutionellen Rahmenbedingungen* des deutschen Arbeitsschutzsystems eintraten bzw. absehbar bevorstanden, die die bisherigen Organisations- und Handlungsstrukturen der UVT zunehmend als problematisch erscheinen ließen:

- Dies betraf zum einen die Verlagerung sicherheitstechnischer Normungskompetenzen auf europäische Institutionen im Zuge der – dem Abbau EU-interner Handelsbarrieren dienenden – vollständigen Harmonisierung von Produkthanforderungen, durch die den UVT ein klassischer Bereich ihrer Regelungs- (und damit auch Überwachungs-)befugnisse, nämlich die technischen Beschaffenheitsmerkmale von Arbeitsmitteln, tendenziell verloren ging.
- Auch durch die 1989/90 verabschiedeten EU-Arbeitsschutzrichtlinien sahen sich die UVT mit einer neuen Situation konfrontiert: Die Perspektive einer Umsetzung der Richtlinien in Form staatlichen Rechts warf die Frage auf, ob die hiermit verbundene Zuständigkeitserweiterung der Landesarbeitsschutzbehörden als Vollzugsorgane nicht zugleich die Gefahr eines Bedeutungsverlusts der UVT bei der Überwachung des betrieblichen Arbeitsschutzes beinhalten könnte. Aber selbst wenn dies nicht der Fall sein sollte, war doch zumindest klar, dass das bisherige Instrumentarium der UVT nicht ausreichte, um die Unternehmen bei der Erfüllung der veränderten rechtlichen Anforderungen an den betrieblichen Arbeitsschutz wirksam zu unterstützen.
- Ferner machte sich angesichts des europäischen Integrationsschubs – trotz des expliziten Verzichts auf eine Harmonisierung der nationalstaatlichen Sozialsysteme – eine gewisse Verunsicherung bemerkbar in bezug darauf, ob das Institutionenmodell einer öffentlich-rechtlich verfassten, selbstverwalteten Unfallversicherung im Rahmen einer zusammenwachsenden EU längerfristig Bestand haben kann.¹¹

11 So konnte es für einige Zeit keineswegs als ausgeschlossen gelten, dass die EU-Behörden den UVT die Eigenschaft von Unternehmen zusprechen würden, deren gesetzlich verankerte Monopolstellung eine unzulässige Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der EU darstelle. Entsprechende Befürchtungen dürften allerdings seit dem EuGH-Urteil vom Januar 2002, demzufolge eine gesetzliche Unfallversicherung wie die italienische INAIL (auf die sich der Richterspruch konkret bezieht) nicht unter den Unternehmensbegriff im Sinne des EG-Vertrages fällt, gegenstandslos geworden sein, denn damit ist klagestellt, dass das „Monopol“ solcher öffentlichen Versicherungseinrichtungen nicht gegen das EU-Wettbewerbsrecht verstößt (vollständiger Abdruck des Urteils in: Die BG 6/2002: 313 ff.). – Die Klarstellung des EuGH scheint allerdings nicht verhindern zu können, dass die Forderung nach einer Privatisierung der Arbeitgeber-Unfallversicherung v.a. von Seiten der mittelständischen Wirtschaft mit einiger Hartnäckigkeit erhoben und neuerdings sogar vom BMWA für zumindest erwägenswert gehalten wird (vgl. den kürzlich bekannt gewordenen Deregulierungs-„Masterplan“ aus dem Hause Clement, dokumentiert in: <http://www.oekobriefe.de/archiv/material/masterplan.pdf>; zur Kritik: REUSCH 2003).

All dies nötigte die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung schließlich dazu, sich ernsthaft und mit größerem Nachdruck der Frage nach ihrem künftigen Rollenprofil und diesbezüglich notwendigen Innovationsschritten zuzuwenden. Programmatischen Ausdruck fand das Bemühen um eine veränderte Positionsbestimmung in dem 1993 vom Vorstand des HVBG beschlossenen Dokument „Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit: Berufsgenossenschaftliches Präventionskonzept“ (HVBG 1993), welches in Grundzügen die Strategien und Maßnahmen skizzierte, mit denen die BGen in den folgenden Jahren eine Anpassung an die gewandelten Rahmenbedingungen und Handlungserfordernisse des Arbeitsschutzes zu erreichen versuchten. Bemerkenswert an diesem Dokument sind insbesondere die deutlich verstärkte Akzentuierung der Beratungs- und Unterstützungsfunktion der BGen, das Hervorheben der Bedeutung von Gefährdungsanalysen sowohl für den betrieblichen Arbeitsschutz als auch für dessen Überwachung und Beratung sowie die Erweiterung des Blickwinkels über Unfallrisiken hinaus auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und deren kombiniertes Wirken.

Die Ausdehnung des Präventionsauftrags der UVT auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch das 1996 in Kraft gesetzte SGB VII wurde denn auch von den BGen und den anderen UVT „verbandsoffiziell“ begrüßt und sogar als Einlösung eigener, bereits vorher formulierter Forderungen bezeichnet. Es kann allerdings nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, ob man es hier *durchgängig* mit einer auf kritischer Reflexion der bisherigen Praxis fußenden und von entschiedener Überzeugung getragenen präventionsstrategischen Neuorientierung zu tun hatte (und hat). Dagegen spricht jedenfalls die Tatsache, dass Stellungnahmen von BG-Vertretern zum Thema „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und erweiterter Präventionsauftrag“ vielfach – teilweise bis in jüngste Zeit – eine eher zögerlich-defensive Grundhaltung erkennen ließen und von diversen expliziten oder angedeuteten Vorbehalten und Relativierungen durchzogen waren.

So deutete die anfangs zu vernehmende Warnung, die Unbestimmtheit des Begriffs „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ berge die Gefahr, dass überzogene, zu unvertretbaren Mehrbelastungen der Betriebe führende Aktivitäten entwickelt werden und Prävention als Einfallstor für die Entschädigung arbeitsbedingter Erkrankungen diene (SOKOLL/COENEN 1995: 461 f.), durchaus auf ein gewisses Unbehagen angesichts der unbestreitbaren Ausweitung des präventiven Handlungsfeldes hin. Überdies zeigte sich, dass gerade auch das *qualitativ Neue* am erweiterten Präventionsauftrag nicht (oder wenigstens noch nicht) immer hinreichend erfasst wurde: Ausdruck dessen ist etwa ein häufiger artikuliertes Verständnis von der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, in dem letztere hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt der Abwehr *potentiell entschädigungsrelevanter* Gefahren betrachtet wird, d.h. primär als *Verhütung möglicher künftiger Versicherungs-, v.a. Berufskrankheiten-Fälle* erscheint (vgl. u.a. MEHRHOFF 1998: 280). Dies bedeutet aber, dass die Aufgabe, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, inhaltlich nach wie vor

stark auf das traditionell bearbeitete Gefahrenspektrum bezogen bleibt, nur das von nun an bereits unterhalb der bislang geltenden „Interventionsschwellen“ angesetzt werden soll (vgl. auch: COENEN 1997¹²). Zuweilen fällt die Neigung zur engen Interpretation des erweiterten Präventionsauftrages noch prononcierter aus – etwa wenn gesagt wird, es gehe bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausschließlich um die Abwehr von „Schädigungen durch *medizinisch feststellbare* Verletzungen, Erkrankungen oder Beeinträchtigungen“ (KÖHLER 2001: 528; Hervorh. d. Verf.).¹³

Als Indiz für eine zunächst eher zurückhaltende Sichtweise, was die Reichweite der Veränderungen im gesetzlichen Aufgabenzuschnitt sowie der daraus zu ziehenden Konsequenzen betrifft, kann schließlich auch das auffällige Bestreben gelten, die arbeitsschutzrechtlichen Reformschritte in eine Kontinuitätslinie mit dem bisherigen berufsgenossenschaftlichen Vorgehen zu stellen. So wurde des öfteren behauptet, wesentliche Aspekte der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren fänden in der Regelsetzungs-, Überwachungs- und Beratungspraxis der BGen schon seit geraumer Zeit breite Berücksichtigung (vgl. etwa COENEN 2000: 12; ähnlich bereits: COENEN/WALDECK/ZIEGENFUß 1995: 3 f.; RADEK 1997: 351), so dass der „erweiterte Präventionsauftrag der Unfallversicherung ... nicht als eine neue Dimension im Arbeitsschutz angesehen werden“ könne, „sondern vielmehr als volle Bestätigung eines bereits eingeschlagenen Weges und insoweit als Arrondierung ihres Handlungsrahmens“ erscheine (COENEN 1997: 230).

Wenn dem tatsächlich so wäre, müsste die Entwicklung allerdings an einem beträchtlichen Teil der Selbstverwaltungsmitglieder – die doch stets als wichtige Basis der berufsgenossenschaftlichen Präventionsarbeit bezeichnet werden – vorbeigegangen sein. Ergebnisse einer 1997/98 bei 165 Selbstverwaltern aus 16 UVT durchgeführten schriftlichen Befragung (WATTENDORFF 1999) sprechen jedenfalls eher da-

-
- 12 Der zitierte Aufsatz bemüht sich allerdings, das berufsgenossenschaftliche Verständnis des erweiterten Präventionsauftrags so zu formulieren, dass es nicht eindeutig als restriktiv ausgelegt werden kann – etwa wenn er davon spricht, dass durch die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren „auch solche Erkrankungen verhütet werden können, die nicht zum Leistungsauftrag der Unfallversicherung zählen“ (ebd.: 225). Obwohl damit einiges offen gehalten wird, zeigt sich in der aufgeführten Systematik zu berücksichtigender Gefährdungsarten dann doch wieder eine starke Orientierung auf „klassische“ Problemfelder des Arbeitsschutzes: psychische Faktoren – soweit sie nicht den informatorischen Belastungen zuzuordnen sind – tauchen hier (zumindest zum damaligen Zeitpunkt) lediglich innerhalb der Residualkategorie „sonstige Gefährdungen“ auf – verbunden mit dem Hinweis, dass man sich ihnen „nur mit großer Behutsamkeit“ widmen dürfe (ebd.: 230).
 - 13 Der letztgenannte Autor vertritt auch die Auffassung, dass sich die Relevanz des Begriffs „menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ für den Arbeitsschutz *nicht* auf den – vom psychologischen „Zweig“ der Arbeitswissenschaften fundiert herausgearbeiteten – Aspekt der Persönlichkeitsförderlichkeit erstreckt (ebd.: 528). Damit nimmt er eine Position ein, die einige konzeptionelle Köpfe des HVBG inzwischen hinter sich gelassen zu haben scheinen, wenn sie betonen, es gehe „auch darum, im Zuge der Maßnahmen des Arbeitsschutzes einen Beitrag für eine auch die Persönlichkeit fördernde Arbeitsgestaltung zu leisten“ (COENEN/BINDZIUS 2000: 505).

gegen, dass eine über die Unfall- und BK-Verhütung hinausgehende Präventionsorientierung hier schon seit langem fest verankert ist. Dies kommt v.a. in den (anhand bestimmter Antwortmuster identifizierten) Ausprägungen des Verständnisses von arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken zum Ausdruck: Demnach wiesen die SV-Mitglieder mehrheitlich entweder ein ausschließlich auf die Unfallproblematik reduziertes („eingeschränktes“) oder ein weitgehend auf Unfall- und BK-Risiken bezogenes („traditionelles“) Verständnis auf (erste Kategorie: 16% der Arbeitgeber- und 11% der Versichertenvertreter, zweite Kategorie: 32% bzw. 40%); von einem „erweiterten“ Verständnis, das auch andere Belastungsdimensionen und Erkrankungsrisiken einschließt, kann dagegen nur bei einer Minderheit (16% der Arbeitgeber-, 31% der Versichertenvertreter) gesprochen werden (ebd.: 83). In dieses Bild passt auch der Befund, dass während der laufenden Legislaturperiode immerhin 73% der Selbstverwalter ein UVT-eigenes oder externes Fortbildungsangebot zum Thema Unfallverhütung in Anspruch genommen hatten, zum neuen SGB VII jedoch nur etwas mehr als die Hälfte und zu den Einzelthemen „arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken“ sowie „psychische Belastungen“ sogar noch weniger (38% bzw. 18%) (ebd.: 77). Dies bedeutet keineswegs, dass im Zusammenhang mit dem erweiterten Präventionsauftrag stehende Fragen (Ressourcenausstattung und Personalplanung, Aus- und Weiterbildungsprogramm, Beratungskonzepte, Instrumente und Maßnahmen zur Gefährdungsermittlung/-beurteilung, Handlungshilfen für Betriebe, Schwerpunktaktionen, Kooperation mit Krankenkassen) nicht Gegenstand von Diskussions- und Entscheidungsprozessen innerhalb der SV gewesen sind – bei den meisten der erwähnten Punkte gab mehr als die Hälfte der Befragten an, dass dies durchaus der Fall sei (ebd.: 85, 92). Andererseits gilt damit aber auch: Ein durchaus nicht zu vernachlässigender Teil der SV-Mitglieder – je nach abgefragtem Themenaspekt zwischen 25 und 50% – wusste auch eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des SGB VII und vier Jahre nach Verabschiedung des „Berufsgenossenschaftlichen Präventionskonzepts“ nichts von Maßnahmen zur Umsetzung des erweiterten Präventionsauftrags oder diesbezüglichen Erörterungen in den SV-Gremien zu berichten.

In gewissem Sinne hat LEICHSENRING (1998) also durchaus Recht, wenn er hinsichtlich der neuen Aufgabe, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, von einem „Start mit Schwierigkeiten“ spricht. Zu deren Erklärung lassen sich eine Reihe von *institutionenspezifischen Bedingungen* anführen, denen in bezug auf den Prozess präventionsstrategischer Neuorientierung eine *hemmende bzw. verzögernde Wirkung* zugesprochen werden kann:

- Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist hierbei die *Beharrungs- und Prägekraft langfristig gewachsener, an den Leitaspekten „Unfall“, „Technik“ und „Norm“ orientierter Aufgabenverständnisse und Problembezüge*, die den institutionellen Handlungshorizont auch unter deutlich veränderten Rahmenbedingungen und Praxisanforderungen weithin bestimmen – nicht zuletzt deshalb, weil sie ein Terrain markieren, auf dem die Akteure über eine vergleichsweise hohe,

durch „eingespielte“ Kooperationsformen und Organisationsroutinen gestützte Handlungssicherheit verfügen, die bei einem Umsteuern in Richtung neuer Praxisfelder u.U. gefährdet erscheint.

- Darüber hinaus stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der *Stärke des organisatorischen Eigeninteresses der UVT* an einer erweiterten Präventionspraxis. Hierbei ist zu bedenken, dass sich seit 1996 die traditionell bestehende *Kongruenz zwischen Präventions- und Entschädigungsauftrag* insofern *aufgelöst* hat, als die UVT nun auch für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zuständig sind, deren Folgen sie jedoch (anders als bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten) finanziell zum ganz überwiegenden Teil nicht zu tragen haben. Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet erscheint der Anreiz zur Entfaltung intensiver Präventionsaktivitäten im erweiterten Aufgabenfeld also zunächst einmal schwächer als im traditionellen (womit nicht gesagt ist, dass nicht auch andere Interessenlagen und Handlungsanreize existieren, die dies gewissermaßen „kompensieren“ können).
- Schließlich muss bei der Beurteilung der Innovationsdynamik der UVT auch in Rechnung gestellt werden, dass die Ausgestaltung der Präventionsarbeit nicht im luftleeren Raum stattfindet, sondern vor dem Hintergrund konkreter *Anforderungen und Grenzsetzungen seitens der Arbeitgeber*, die sowohl die Aktivitäten der UVT selbst als auch die betrieblichen Maßnahmen zur Umsetzung von UVT-Vorschriften zu finanzieren haben und ihre diesbezüglichen Interessen selbstverständlich auch in den Selbstverwaltungsgremien zur Geltung bringen. Der Spielraum der UVT bei der Ausweitung des präventiven Handlungsfeldes ist somit nicht zuletzt durch das Maß der bei den Arbeitgebern vorhandenen Akzeptanz bestimmt, die sicherlich von Fall zu Fall variiert und zudem auch aktiv beeinflussbar ist, aber in tatsächlichen oder vermuteten Kostenbelastungen doch stets ihre Grenzen findet.

3.2 Strategisch-konzeptionelle Verarbeitung des erweiterten Präventionsauftrags und dessen Umsetzung in der Praxis

Über die zuvor angesprochene Frage nach dem institutionellen Eigeninteresse eröffnet sich u.E. allerdings auch ein Verständnis dafür, weshalb die UVT die Erweiterung des Präventionsauftrags nicht nur deklaratorisch aufgegriffen, sondern im Laufe der 90-er Jahre auch zum Anlass genommen haben, ihre Organisationsstrukturen und Handlungskonzepte zumindest partiell und schrittweise neu auszurichten (die nachfolgend angeführten Gründe finden sich bereits – wenn auch z.T. weniger zugespielt – formuliert in: SOKOLL/COENEN 1995):

- Angetrieben wurden die UVT dabei u.a. von dem Anspruch, sich bei der Umsetzung der EU-Arbeitsschutzrichtlinien und des entsprechend reformierten deut-

schen Arbeitsschutzrechts eine aktive Rolle zu sichern und von den staatlichen Instanzen nicht völlig in den Hintergrund drängen zu lassen. Um diese Entwicklung durch konkretisierende Regelsetzung mitgestalten und die Unternehmen bei der Erfüllung ihrer neuen Verpflichtungen im Arbeitsschutz wirksam überwachen, beraten und unterstützen zu können, mussten die UVT auf Grundlage eines umfassenderen Präventionsauftrags dringend ihre Handlungskompetenzen, Strategien und Instrumente weiterentwickeln.

- Auch unabhängig von der veränderten Rechtslage sahen sich die UVT inzwischen – nicht zuletzt seitens der Betriebe – mit einer Vielzahl unabgedeckter präventionsbezogener Problemlösungsbedarfe konfrontiert, auf die sie mit der Entwicklung geeigneter Handlungskonzepte zu reagieren hatten, wenn sie nicht einen fortschreitenden Legitimationsverlust riskieren wollten. Auf dem Gebiet der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren konturlos zu bleiben, wäre damit – mittel- und langfristig betrachtet – einer institutionellen Selbstbeschädigung gleichgekommen.
- Konzeptionell in Zugzwang geraten waren die UVT auch durch die von den Krankenkassen getragene betriebliche Gesundheitsförderung, die sich einer wachsenden Resonanz erfreute und die Präventionsarbeit der UVT zeitweise als einigermaßen antiquiert erscheinen lassen mochte. Ein solches Bild war aus Sicht der UVT zwar unberechtigt, eine gewisse Verbreitung gefunden hatte es aber gleichwohl. Um dem entgegenzuwirken und zu demonstrieren, dass dieser relativ junge Handlungsansatz keineswegs im Widerspruch zur eigenen Präventionspraxis steht, schien es sinnvoll, die verstärkte Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu suchen. Auch hierbei konnte der durch den erweiterten Präventionsauftrag des SGB VII legitimierte Ausbau des Handlungsinstrumentariums auf dem Gebiet der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eine wichtige Funktion erfüllen, insofern er die „Anschlussfähigkeit“ an das Gesundheitsförderungskonzept zu erhöhen versprach.¹⁴
- Schließlich war an die Wahrnehmung des erweiterten Präventionsauftrags und den Nachweis erfolgreicher Strategien zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auch die Erwartung geknüpft, dass hierdurch der politische Druck auf – für die UVT außerordentlich kostenträchtige – Erweiterungen der Berufskrankheitenliste tendenziell nachlassen würde.

14 Dies bedeutet durchaus nicht, dass die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die betriebliche Gesundheitsförderung von den UVT als identische Handlungsfelder bzw. -konzepte angesehen werden – im Gegenteil: sie waren stets auf eine möglichst klare begriffliche Unterscheidung bedacht, um zu verdeutlichen, dass die Zuständigkeit für den „Pflichtbereich“ der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren alleine bei ihnen liegt. Dessen ungeachtet sollte in der Kooperation mit den Krankenkassen gezeigt werden, dass zentrale Elemente des Instrumentariums betrieblicher Gesundheitsförderung (AU-Datenanalysen, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitszirkel) mit den Aktivitäten der UVT im Bereich des erweiterten Präventionsauftrags „zusammenpassen“ und für diese nutzbar sind (vgl. hierzu: COENEN/BINDZIUS 2000).

Die aufgeführten hemmenden und fördernden Faktoren (die sich sicherlich noch ergänzen ließen¹⁵) weisen sowohl im Zeitverlauf als auch im Vergleich der verschiedenen Einzelträger und Institutionenebenen der GUV eine variierende Ausprägung und Wirksamkeit auf. Aus dem konkreten Zusammenspiel dieser Faktoren erklärt sich, warum die Modernisierung berufsgenossenschaftlicher Präventionspraxis z.T. zögerlich verläuft und – was das Spektrum der anzugehenden Aufgaben und Problemstellungen betrifft – diverse Selektivitäten aufweist, warum sich in bestimmten UVT das Handlungsrepertoire zur Erfüllung des erweiterten Präventionsauftrages dynamischer und breiter entwickelt als in anderen¹⁶, aber auch, warum Prozesse der Neuorientierung im Aufgabenfeld Prävention überhaupt in Gang gekommen sind.

Als der in diesem Zusammenhang vielleicht wichtigste Innovationsaspekt kann die *Erweiterung, Ausdifferenzierung und Systematisierung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen für die Betriebe* gelten. Zunehmend relevant geworden ist hier v.a. das Feld der Arbeitsschutzplanung und -organisation und deren Integration in die betrieblichen Entscheidungs- und Handlungsstrukturen. Insbesondere bei der Gefährdungsbeurteilung haben sich die UVT in den letzten Jahren stark um Unterstützung ihrer Mitgliedsunternehmen bemüht, was in der Entwicklung und Bereitstellung zahlreicher branchen- und tätigkeitsspezifischer Leitfäden, Checklisten und anderer Handlungshilfen zum Ausdruck kommt (vgl. etwa. GRUBER/MIERDEL 1997; als Überblick: HVBG 2000b). Diese sind – gerade unter dem Gesichtspunkt, dass psychische und organisationsbedingte Belastungsmerkmale nicht durchgängig (und wenn, dann häufig in stark reduzierter Weise) aufgenommen werden (RICHTER 2001: 159) – z.T. sicherlich verbesserungswürdig; angesichts ihrer inzwischen doch recht breiten betrieblichen Anwendung dürften sie aber gleichwohl den Einstieg in die Umsetzung des ArbSchG – und damit in eine solider fundierte und wirksamere Arbeitsschutzpraxis – in vielen Fällen erleichtert haben.

-
- 15 Zu berücksichtigen wären in diesem Zusammenhang etwa auch die trägerspezifisch differenzierten Organisationskulturen sowie Unterschiede im Zuständigkeits- und Anforderungsprofil der einzelnen UVT. Wie sehr letzteres den Handlungsspielraum im erweiterten Präventionsbereich bestimmt, wurde am Beispiel eines in die empirischen Erhebungen des Projekts einbezogenen UVT der öffentlichen Hand deutlich: In den dort durchgeführten Interviews wurde darauf hingewiesen, dass Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände – anders als die gewerblichen Berufsgenossenschaften – einen weit über die Beschäftigten hinausgehenden Personenkreis versichern, so z.B. Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studenten und ehrenamtlich Tätige. Da insbesondere die Unfallverhütung in Schulen erhebliche Anstrengungen erfordere, seien die Kapazitäten, die für den eigentlichen Arbeitsschutz – und damit auch für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – zur Verfügung stünden, relativ stark begrenzt; erst recht gelte dies für solche Aktivitäten wie Kooperationsprojekte mit Krankenkassen (um die man sich im Rahmen der Möglichkeiten gleichwohl bemühe).
- 16 Auf das Vorhandensein unterschiedlicher „Modernisierungsdynamiken“ zwischen den verschiedenen UVT wird in der Literatur mehrfach hingewiesen (z.B. GERLINGER 2000: 353; HAHN/LÖSTER 2001: 442; WATTENDORFF 2002: 12 sowie bereits für die „Vor-SGB VII-Ära“: PRÖLL 1991: 142 f.). Eine profunde komparativ-empirische Analyse hierzu (die in ähnlicher Weise auch für den Bereich der staatlichen Arbeitsschutzverwaltungen angezeigt wäre) existiert u.W. bislang aber nicht und konnte leider auch im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht geleistet werden.

Die Anstrengungen der UVT beschränkten sich jedoch keineswegs auf die Ausarbeitung und Diffusion betriebsunterstützender Materialien, sondern zielten – deutlich darüber hinausgehend – auf die Etablierung neuer Strategien des Zugehens auf und des Hineinwirkens in die Betriebe sowie entsprechender, auch auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren bezogener Organisationskonzepte und Handlungsinstrumente (vgl. als Überblick: HVBG 2000a). Zu diesem Zweck haben eine ganze Reihe von BGen ihre Präventionsdienste neu strukturiert und teilweise – BINDZIUS (2001: 459) spricht unter Bezugnahme auf eine HVBG-interne Umfrage von 40 bzw. 50% der BGen – auch personell ausgebaut sowie in ihrer fachlich-disziplinären Zusammensetzung erweitert. Auch in der Arbeitsweise der Präventionsdienste sind diverse Veränderungen erkennbar: so bemühen sich einige BGen um eine verstärkte Datenbasierung des Beratungsgeschehens; ferner bedient man sich zur Verbesserung der betrieblichen Arbeitsschutzsituation vermehrt projektförmiger, von gemeinsam erarbeiteten Problemanalysen ausgehender Vorgehensweisen; schliesslich zeigen sich auch Bestrebungen, institutionelle Kooperationen stärker für die Beratungstätigkeit heranzuziehen und ein breiteres Spektrum thematischer Ansatzpunkte zur Erzeugung betrieblicher Handlungsbereitschaft zu nutzen.

Eine gewisse Vorreiterrolle bei der Entwicklung neuer, auf ein erweitertes Gefährdungsspektrum bezogener Handlungsstrategien nahm die Maschinenbau- und Metall-BG ein, etwa mit der bereits im April 1995 gestarteten und auf vier Jahre angelegten Schwerpunktaktion „Arbeitsmedizinische Betreuung in Kleinbetrieben“ (AMIK) (MASCHINENBAU- UND METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT o.J.). Im Rahmen dieser Aktion wurden bis 1999 ca. 36.000 Mitgliedsbetriebe mit weniger als 31 Beschäftigten von Präventionsteams der BG (Aufsichtsperson plus Arbeitsmediziner) aufgesucht (MASCHINENBAU- UND METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT 2002), um durch Beobachtungen und Befragungen vorhandenen arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in den Bereichen Gefahrstoffe, Arbeitsumgebungsbedingungen, Arbeitsorganisation (einschließlich psychischer Belastungsfaktoren) und Arbeitsschwere zu ermitteln. Die betriebsspezifischen Ergebnisse der Datenerhebungen wurden den einzelnen Unternehmen in Berichtsform übergeben und zur Grundlage einer gezielten Beratung gemacht. Auf diesem Wege sollten den Unternehmen Entscheidungshilfen für präventive Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und generell für die Verbesserung des betrieblichen Arbeitsschutzes vermittelt werden. Darüber hinaus wurden auf Basis der erhobenen Daten gewerkespezifische Gefahrenprofile erstellt, die der Berufsgenossenschaft Hinweise auf künftig zu setzende Schwerpunkte in ihrer Aufsichts- und Beratungstätigkeit geben sollen.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt inzwischen auch die Norddeutsche Metall-BG mit einem „Fachinformationssystem zur Identifikation und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ (FIPAG), das Daten zu 30 Gefährdungskategorien bei über 130 verschiedenen Tätigkeiten aus zwölf Branchen der Metallverarbeitung und -erzeugung enthält und ebenfalls für die Betriebsberatung – insbesondere im Bereich psy-

chischer Belastungen durch mangelhafte Arbeitsorganisation, Kommunikation und Führung – eingesetzt wird (NORDDEUTSCHE METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT 2002). Über veränderte Formen der Beratung, die zugleich erweiterte inhaltliche Problembezüge aufweisen, berichtet auch die Süddeutsche Metall-BG. Beispielhaft wird ein Beratungsfall angeführt, dessen Anlass ein deutlich angestiegenes AU-Niveau in einer Montageabteilung bildete. Ein multidisziplinär zusammengesetztes Team der BG (Dipl.-Ing. und Dipl.-Psych.) suchte den Betrieb auf, erörterte mit den Betriebsverantwortlichen die Arbeitssituation und führte gemeinsam mit diesen eine Begehung der Arbeitsplätze (einschließlich Gesprächen mit den Mitarbeitern) durch. Die anschließende Bewertung der gesammelten Informationen und Beobachtungen ergab neben der Identifizierung diverser ergonomischer Mängel Hinweise darauf, dass der Hauptgrund der erhöhten AU in einer unzureichenden Beteiligung und Schulung der Mitarbeiter bei der Einführung von Gruppenarbeit lag. Ausgehend von dieser Problemanalyse wurden Maßnahmen abgeleitet und mit dem Unternehmen vereinbart, die u.a. auch die vorläufige Aussetzung der Gruppenarbeit und die Erstellung eines Qualifizierungsplans zur Vorbereitung der Mitarbeiter auf die neue Arbeitsorganisation umfassten (SÜDDEUTSCHE METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT 2001). Damit bewegten sich die BG-Fachleute in einem Themenfeld, das als Beratungsgegenstand für die klassische berufsgenossenschaftliche Aufsichts- und Beratungstätigkeit völlig untypisch war.

Ein weiteres Beispiel innovativer berufsgenossenschaftlicher Beratungsarbeit wurde uns von einer im Rahmen eines Forschungsprojekts interviewten BG-Aufsichtsperson berichtet. Es handelt sich dabei um eine Schwerpunktaktion einer BG der Metallwirtschaft (Projekt „VAGIB“), die seit Anfang 2000 bis Ende 2002 in über 4000 Betrieben mit 30-250 Beschäftigten durchgeführt wird und dazu dienen soll, speziell das Handlungsfeld arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren für die berufsgenossenschaftliche und betriebliche Präventionspraxis flächendeckend zu erschließen. Dabei konzentriert man sich nach Angabe der interviewten Aufsichtsperson (die zugleich verantwortlicher Projektleiter der genannten Aktion ist) bewusst auf physikalisch-stoffliche Belastungen unterhalb geltender Grenzwerte sowie v.a. auch auf psychische und organisatorische Faktoren. Zwar sei man sich bewusst, dass die Identifizierung von Problemen insbesondere im letztgenannten Bereich kaum mit ein oder zwei Betriebsbesuchen durch eine externe Kontrollinstanz geleistet werden könne und dass hierfür solche Instrumente wie Gesundheitszirkel eigentlich am besten geeignet seien. Da jedoch ein BG-Aufsichtsdienst keinesfalls über die Kapazitäten verfüge, um in der Breite solche Zirkel zu initiieren, habe man sich zu einem pragmatischen Vorgehen entschlossen, mit dem man zunächst einmal „an der Oberfläche kratze“. Verfahren wird in zwei Schritten: Zunächst stattet ein BG-Präventionsteam – bestehend aus der zuständigen Aufsichtsperson, einem Arbeitsmediziner und ggf. weiteren Spezialisten – dem Betrieb einen Erstbesuch ab. Dieser dient dazu, Gespräche mit der Geschäftsleitung, dem Betriebsrat, der Sicherheitsfachkraft und dem bestellten Betriebsarzt zu führen, in denen typische betriebliche Probleme, die auf mögliche Ges-

taltungsdefizite und entsprechende Fehlbelastungen und -beanspruchungen verweisen, im Sinne eines „Grobbildes“ ermittelt werden sollten. Hierbei – so der Interviewpartner – könne es sich um unterschiedlichste Dinge handeln wie z.B. überdurchschnittliche Unfallzahlen, überhöhter Krankenstand, schlechtes Betriebsklima, Qualitätsprobleme oder permanente Terminschwierigkeiten. In einem weiteren Besuch werden dann, ausgehend von den festgestellten Problemen und „Unregelmäßigkeiten“, die betreffenden Arbeitsbereiche einer genaueren Schwachstellenanalyse unterzogen mit dem Ziel, vorhandene arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu identifizieren und Gestaltungsvorschläge zu deren Verminderung auszuarbeiten. Auf diesem Wege hofft man, die Präventionsberatung der Betriebe – v.a. im Hinblick auf die bislang unterbelichteten Gefährdungsbereiche – gezielter und wirksamer machen zu können. Auch soll aus der Vielzahl von Betriebsanalysen eine Art „best-practice-Katalog“ entstehen, der den von der BG betreuten Unternehmen zur Orientierung bei der Verbesserung des eigenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes dienen kann. Betont wird allerdings, dass die geschilderte Beratungsstrategie ausschließlich auf freiwilliger Mitwirkung der Betriebe beruhe, diesen also nicht aufgezwungen werden könne oder solle (eine knappe Zwischenbilanz der beschriebenen Aktion findet sich bei: MEIXNER 2002).¹⁷

Eine der zentralen Herausforderungen für die UVT besteht zweifellos darin, den *Arbeits- und Gesundheitsschutz im Kleinbetriebssektor* zu verankern und hierfür geeignete Zugänge zu schaffen. Auch diesbezüglich haben viele BGen im Laufe der letzten Jahre neue Wege beschritten, insbesondere durch die Etablierung sog. „*Unternehmermodelle*“ (zusammenfassend hierzu: LÖSTER 2001; STROTHOTTE 1999). Diese sehen vor, dass Unternehmen unterhalb einer definierten Größe (die Grenze liegt zumeist bei 30 oder 50 Beschäftigten) von der Pflicht zur Bestellung von Sicherheitsfachkräften (der sog. „Regelbetreuung“) befreit werden können, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Hierzu zählt zum einen die Absolvierung eines speziellen Qualifizierungsprogramms der BG, das den Arbeitgeber in die Lage versetzen soll, ohne regelmäßige fachliche Betreuung von außen selbst für ein ausreichendes Sicherheitsniveau zu sorgen. Darüber hinaus muss der Arbeitgeber aber dennoch nachweisen, dass er qualifizierte sicherheitstechnische Beratung bedarfsgemäß in Anspruch nimmt. Ferner schließt das Unternehmermodell auch die Verpflichtung des Arbeitgebers zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungslehrgängen zum Arbeitsschutz ein.

17 Mit den vorgenannten Projektbeispielen kann sicherlich nicht mehr als ein Schlaglicht auf die im Bereich der UVT laufenden Aktivitäten zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren geworfen werden. Eine im vergangenen Jahr von der BGZ vorgelegte Dokumentation von 147 Einzelaktivitäten auf diesem Gebiet (HVBG 2002) vermittelt einen breiteren Überblick, wenngleich einschränkend festgestellt werden muss, dass die knappen Beschreibungen eine genauere Beurteilung des konkreten Gehalts und der Reichweite der Aktivitäten nicht erlauben.

Die konkrete Ausgestaltung der Unternehmermodelle variiert von BG zu BG allerdings beträchtlich. Große Unterschiede gibt es etwa hinsichtlich der Struktur und des Umfangs der vorgeschriebenen Motivations- und Schulungslehrgänge. Auch was die darüber hinaus nachzuweisende sicherheitstechnische Fachberatung betrifft, weichen die Bestimmungen der einzelnen BGen deutlich voneinander ab: Während manche sich auf die allgemeine Forderung beschränken, die Beratung habe „bedarfsgerecht“ zu erfolgen, legen andere konkret fest, in welchen Fällen ein solcher Bedarf als zwingend gegeben zu betrachten ist, oder schreiben sogar einen Mindestumfang externer sicherheitstechnischer Beratung vor (bis zu 50% der Regeleinsatzzeit). Die angesprochenen Niveauunterschiede der an die Arbeitgeber gestellten Anforderungen gaben in der Vergangenheit schon häufiger Anlass zur Kritik: Insbesondere die Gewerkschaften (aber auch Vertreter des staatlichen Arbeitsschutzes) äußerten die Befürchtung, Unternehmermodelle könnten den Arbeitgebern die Möglichkeit eröffnen, sich durch „Schnellbeschlungen“ aus der Verantwortung für einen qualitativ hochstehenden, fachlich fundierten Arbeitsschutz zu stellen. Dem wird von berufsgenossenschaftlicher Seite entgegengehalten, dass durch das Unternehmermodell die Arbeitgeber keineswegs aus ihren Arbeitsschutzpflichten entlassen werden, sondern vielfach erstmals genötigt werden, sich überhaupt mit dem Thema Arbeitsschutz auseinander zu setzen. Auch wenn die Qualifizierungsmaßnahmen nur bei einem Teil der angesprochenen Kleinunternehmer zu nachhaltigen positiven Veränderungen ihrer Einstellungen zum Arbeitsschutz und ihres diesbezüglichen Handelns führe, bedeute dies gegenüber der Situation, die vor dem Unternehmermodell im kleinbetrieblichen Bereich bestanden habe, bereits einen merklichen Fortschritt. Diese Einschätzung wird mit verschiedenen Beobachtungen aus der Praxis begründet, etwa dergestalt, dass viele Arbeitgeber nach Absolvierung des Motivations- und Qualifizierungsprogramms sich häufiger mit gezielten Anfragen an die BG wenden, vermehrt Mitarbeiter zu Sicherheitsbeauftragtenschulungen schicken oder verstärkt auf die Durchführung von Sicherheitsunterweisungen achten. Ob es sich hierbei lediglich um selektive Zufallsbefunde handelt oder ob tatsächlich eine systematisch nachweisbare Wirksamkeit des Unternehmermodells im genannten Sinne besteht, ließe sich allerdings nur durch eine sorgfältige Evaluation ermitteln, die bislang noch aussteht.¹⁸

Das *Handlungsfeld der Qualifizierung* bot den UVT auch schon vor Etablierung des Unternehmermodells die Möglichkeit, Arbeitgeber, Führungskräfte und andere für den Arbeitsschutz wichtige Zielgruppen (Betriebsräte, Sicherheitsbeauftragte, Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte u.a.m.) zu erreichen und darüber indirekt auf die

18 Die bislang vorliegenden Evaluationen aus den Bereichen der Steinbruchs-BG (EHNES 1999), der Süddeutschen Metall-BG (BAETZ 2000) erfüllen die an eine solche Evaluation zu stellenden Anforderungen u.E. jedoch höchstens ansatzweise. Schon etwas aufschlussreicher erscheint demgegenüber eine neuere Evaluation aus dem Bereich der BG Chemie (KUTSCHER 2002). Diese deutet auf ein im Zeitverlauf stark ansteigendes und im Ergebnis von den „regelbetreuten“ Betrieben kaum abweichendes Arbeitsschutzniveau in den am U-Modell teilnehmenden Betrieben hin.

Art und Weise, wie Arbeitsschutz in den Betrieben praktiziert wird, Einfluss zu nehmen. Alleine die gewerblichen Berufsgenossenschaften führten im Jahre 2000 fast 19.000 Schulungskurse mit insgesamt rund 356.000 Teilnehmern durch (BMA 2001: 136), was eine deutliche Intensivierung der Aus- und Fortbildungsaktivitäten seit Ende der 80-er Jahre – speziell bei den Unternehmern/Führungskräften, den Sicherheitsfachkräften und den Sicherheitsbeauftragten – bedeutet (vgl. die Zahlen für 1987 bei PRÖLL 1991: 138 f.). Um den veränderten Anforderungen an das betriebliche Arbeitsschutzhandeln Rechnung zu tragen und die betrieblichen Akteure besser in die Lage versetzen zu können, diese Anforderungen zu bewältigen, bedurfte es jedoch auch neuer inhaltlicher Akzentsetzungen. Ein in diesem Zusammenhang zentraler Schritt war die Neuordnung der Ausbildung von Sicherheitsfachkräften, die darauf ausgerichtet ist, deren (traditionell auf Unfallverhütung und Arbeitssicherheit verengte) fachliche Kompetenzen auf die Problematik arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auszudehnen und darüber hinaus um wichtige kommunikative und organisatorische Kompetenzen (Verhandeln, Überzeugen, Moderieren, Integrieren, Planen, Steuern) zu erweitern (STROTHOTTE 2001). Auch das Gesamtbild des berufsgenossenschaftlichen Qualifizierungsangebots zeugt von einer deutlichen Verbreiterung des behandelten Themenspektrums: Während noch zu Beginn der neunziger Jahre galt, dass sich dieses „im wesentlichen auf Sicherheitstechnik, Unfallverhütung und einige Kernbereiche der Arbeitshygiene (erstreckt)“ (PRÖLL 1991: 145), findet man in den Seminarprogrammen nun auch solche Themen wie Führungsverhalten, psychische Belastungen und Stress, Gesundheitsförderung oder Arbeitsschutzmanagement (vgl. unter: <http://www.bgag-seminare.de>).

Der Wandel des rechtlichen und problembezogenen Anforderungsgefüges im Arbeitsschutz brachte natürlich auch die Notwendigkeit mit sich, das *Qualifikations- und Kompetenzprofil der berufsgenossenschaftlichen Akteure selbst anzupassen*. Dies betraf insbesondere die vor Ort tätigen Aufsichtspersonen, deren traditionelles „Rüstzeug“ für ein systematisches Aufsichts- und Beratungshandeln im Kontext veränderter Problem- und Aufgabenstrukturen immer weniger ausreichte. Deshalb wurde 1995 im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit der Neukonzeption ihrer Aus- und Fortbildung begonnen, die inzwischen abgeschlossen und seit Anfang 2000 auch formell in Kraft ist. Zwar kann das neue Curriculum in vielerlei Hinsicht tatsächlich als „zeitgemäßer“ betrachtet werden¹⁹, dennoch fällt z.B. auf, dass für das Pflichtseminar „Arbeitswissenschaftliche und psychologische Aspekte“ im Rahmen der Grundausbildung lediglich eine halbe Woche vorgesehen ist und überdies kein bewerteter Leistungsnachweis gefordert wird (HAHN/LÖSTER 2001: 441). Um so mehr kommt es darauf an, die berufsbegleitende Fortbildung intensiv und unter Anwendung modernster Methoden zur Vermittlung von Inhalten zu nutzen, die sich aus dem erweiterten Präventionsauftrag ergeben (DIDIER 2001). Dies gilt auch deshalb, weil sich die Präventionsabteilungen der BGen noch eine ganze Zeit auch auf

19 Ablesbar z.B. an dem der neuen Ausbildungskonzeption zugrunde gelegten „Berufsbild des Technischen Aufsichtsbeamten“ (IAT/HVBG 1996).

weil sich die Präventionsabteilungen der BGen noch eine ganze Zeit auch auf solche Aufsichtspersonen werden stützen müssen, die die alte Ausbildung durchlaufen haben. Zur Unterstützung der Aufsichtspersonen bei der Bewältigung eines zentralen neuen Aufgabenbereichs soll auch ein Handlungsleitfaden „Psychische Belastungen“ dienen, der von der Berufsgenossenschaftlichen Zentrale für Sicherheit und Gesundheit (BGZ) entwickelt wird (BINDZIUS 2001: 459).

Bei alledem ist zu berücksichtigen, dass die professionellen Kompetenzen und Handlungsorientierungen der Aufsichtspersonen nicht allein durch die berufsgenossenschaftliche Aus- und Fortbildung, sondern in starkem Maße bereits durch die berufliche Erstqualifikation bestimmt werden. Dass die allermeisten Aufsichtspersonen „von Hause aus“ Ingenieure sind, konnte solange als völlig unproblematisch gelten, wie der Präventionsauftrag der UVT eine nahezu exklusive „maschinen- und fertigungstechnische Perspektive der Besichtigungstätigkeit“ (PRÖLL 1991: 141) nahe legte; in dem Maße aber, wie eine Neudimensionierung des präventiven Aufgabenfeldes absehbar wurde, schien auch diesbezüglich ein gewisser Korrekturbedarf zu entstehen. Schon im „Berufsgenossenschaftlichen Präventionskonzept“ von 1993 wurde deshalb das Ziel formuliert, das Spektrum der im Präventionsbereich vertretenen Fachdisziplinen – etwa um Arbeitsmediziner, Psychologen, Arbeitswissenschaftler oder Chemiker – zu erweitern (HVBG 1993). Nach BINDZIUS (2001: 459) ist dies inzwischen bei ca. der Hälfte der BGen auch passiert, wenngleich nicht gesagt werden kann, in welchem Ausmaß. Recherchen von HAHN/LÖSTER (2001: 439 f.) deuten jedenfalls darauf hin, dass die zahlenmäßige Dominanz der Ingenieure in den BG-Aufsichtsdiensten nach wie vor ungebrochen ist; allerdings wird von einigen BGen für die Zukunft ein Bedeutungszuwachs anderer Disziplinen (v.a. Chemiker, Arbeitswissenschaftler und Sozialwissenschaftler/Pädagogen) zu Lasten der Ingenieure erwartet.

Bei der Erörterung institutioneller Adaptions- und Modernisierungsprozesse bei den UVT kann die *Neuordnung des autonomen Vorschriften- und Regelwerks* nicht unberücksichtigt bleiben (vgl. hierzu: FISCHER/RENTROP 1997; RENTROP 1999). Die Inangriffnahme dieser Aufgabe wurde im Bereich der gewerblichen BGen 1996 beschlossen, und zwar mit dem Ziel, das Vorschriften- und Regelwerk inhaltlich und von der Systematik her an die veränderte Aufgabenstruktur des Arbeitsschutzes anzupassen, es quantitativ zu reduzieren und zu vereinfachen und es dadurch für die betrieblichen Anwender übersichtlicher und flexibler handhabbar zu machen. Den Kern des künftigen Regelungsbestandes bilden die berufsgenossenschaftlichen Vorschriften (BGV), die an die Stelle der UVVen treten. Sie benennen – im Sinne von „so konkret wie möglich, aber so abstrakt wie nötig“ (RENTROP 1999: 210) formulierten Schutzziele – grundlegende Anforderungen an die Arbeitsumgebung, an Arbeitsverfahren und Arbeitsmittel (im nicht harmonisierten Bereich) sowie an das Verhalten der Versicherten und an die Arbeitsschutzorganisation. Detaillierte Durchführungsanweisungen enthalten sie – im Gegensatz zu den UVVen – nicht mehr. Nur die BGVen haben den Rang

verbindlichen autonomen Satzungsrechts. Unterlegt werden sie von BG-Regeln (BGR), die konkretisierende Gestaltungs- und Durchführungshinweise geben und Bezüge zu anderen einschlägigen Arbeitsschutzregelungen, -normen und -erkenntnissen enthalten, aber keine über die BGV hinausgehenden Anforderungen begründen sollen und im Unterschied zu diesen auch keine unmittelbare Rechtsverbindlichkeit besitzen. Die BG-Informationen schließlich haben, wie die Bezeichnung schon aussagt, den Charakter reiner Informationsmaterialien, in denen Merkblätter, Leitfäden, Handlungsempfehlungen und Veröffentlichungen zu einzelnen Branchen, Arbeitsplatztypen und Tätigkeiten sowie spezifischen Themen zusammengestellt sind.

Das mit der Neuordnung verfolgte Grundkonzept, nach dem in das autonome Satzungsrecht der BGVen nurmehr relativ allgemein formulierte Schutzanforderungen aufgenommen, Aussagen zu ihrer konkreten Umsetzung hingegen in den – nicht rechtsverbindlichen – BGR getroffen werden, blieb nicht unkritisiert. Obwohl kaum zu bestreiten ist, dass zahlreiche Problemstellungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und die Art, wie sie zu bearbeiten sind, sich einer detaillierten Regelung durch sanktionsbewehrte Rechtsnormen weitgehend entziehen, wurden doch Befürchtungen laut, der materielle Regelungsgehalt der BGVen werde zu dürftig ausfallen, als dass damit das bestehende Schutzniveau zu sichern und der Erweiterung des Arbeitsschutzes im Sinne der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren praktisch Geltung zu verschaffen wäre (vgl. etwa: GERLINGER 2000: 371 f.). Inwieweit sich diese Befürchtungen letztlich bewahrheiten werden, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt, da die Neuordnung noch nicht einmal abgeschlossen ist, natürlich nicht sicher prognostizierbar. Gänzlich aus der Luft gegriffen erscheinen sie allerdings nicht angesichts von Aussagen, wie sie etwa in der Projektbeschreibung für die Erarbeitung der BGV „Grundsätze der Prävention“ vom 25.9.1998 getroffen werden: „Die Überarbeitung der VBG 1 konzentriert sich auf eine neue Ordnung bisheriger Festlegungen, so dass sich *keine Veränderungen der bisherigen Rechtslage* ergeben und *keine neuen Verpflichtungen* für Unternehmer und Versicherte begründet werden.“ (zit. nach: WATTENDORFF 2002: 47; Hervorh. d. Verf.)

Die angesprochene BGV A 1 „Grundsätze der Prävention“ ist im Hinblick auf die Tragfähigkeit der neuen Regelungsphilosophie auch insofern von zentraler Bedeutung, als sie gewissermaßen den „Testfall“ für die beabsichtigte Verzahnung des berufsgenossenschaftlichen Vorschriftenwerks mit dem staatlichen Arbeitsschutzrecht darstellt. Die UVT standen ja vor dem Problem, dass die Umsetzung der EU-Arbeitsschutzbestimmungen in nationales Recht durch staatliche Gesetze und Verordnungen erfolgte, deren Vollzug entsprechend in die Zuständigkeit der staatlichen Behörden fiel. Die UVT besaßen hier – worauf die staatlichen Akteure auch sehr deutlich beharrten – keine unmittelbare Überwachungs- und Anordnungsbefugnis, da sich diese ausschließlich auf autonomes Satzungsrecht bezieht. Die lange Zeit höchst umstrittene Frage nach der künftigen Kompetenzverteilung zwischen staatlichem und selbstverwaltetem Arbeitsschutz scheint inzwischen aber ausdiskutiert,

und zwar mit dem einvernehmlichen Ergebnis, dass die Überwachungs- und Anordnungsbefugnisse der UVT über eine sog. „Inbezugnahme“ staatlichen Arbeitsschutzrechts im Rahmen der BGVen gewährleistet werden sollen. Konkret heißt dies, dass in die BG-Vorschrift die Verpflichtung des Unternehmers aufgenommen wird, bei Maßnahmen zur Erfüllung des autonomen Satzungsrechts auch diejenigen Maßnahmen einzubeziehen, die nach staatlichen Rechtsvorschriften durchzuführen sind; die in diesem Zusammenhang bedeutsamen staatlichen Arbeitsschutzbestimmungen werden dann im Anhang der BG-Vorschrift gesondert aufgeführt. Eine Verletzung oder unzureichende Beachtung staatlicher Vorschriften durch den Arbeitgeber bedeutet somit auch eine Nicht- bzw. Untererfüllung autonomen Satzungsrechts, woraus sich zugleich ein legitimer Kontrollanspruch der BGen ergibt. Mit dieser Lösung scheint nun ein institutioneller Kompromiss gefunden worden zu sein, der sowohl die staatlichen Instanzen als auch die BGen (bzw. die UVT) zufrieden zu stellen vermag: Während erstere ihre uneingeschränkte Zuständigkeit für den Vollzug des Arbeitsschutzgesetzes und der daran anknüpfenden Verordnungen gewahrt sehen können, haben letztere es erreicht, die Abdrängung in die Rolle eines bloßen „Lückenfüllers“ staatlichen Arbeitsschutzrechts zu verhindern.²⁰

Wie die vorangegangenen Ausführungen deutlich gemacht haben dürften, hat die Reform des Arbeitsschutzrechts – einschließlich der Erweiterung des Präventionsauftrages durch das SGB VII – den Weg für vielfältige institutionelle Anpassungsprozesse auf verschiedenen Handlungsebenen und -feldern der UVT geebnet. Die in diesem Zusammenhang ergriffenen Maßnahmen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt, was ihre Anforderungsadäquanz, ihre Durchsetzungsdynamik und ihre (möglicherweise auch problematischen) Wirkungen betrifft, sicherlich nicht abschließend – und auch keineswegs einheitlich – zu bewerten. Gleichwohl zeigt sich hier – gerade im „historischen“ Rückblick – eine Entwicklung, die als tendenzielle Öffnung hin zu einem umfassenderen Präventionsverständnis und entsprechend erweiterten Strategie- und Praxisansätzen betrachtet werden kann.²¹ Der von vielen BG-Fachleuten als sehr dringlich wahrgenommene Forschungs- und Entwicklungsbedarf auf dem Gebiet der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (BINDZIUS 2001: 459 f.) deutet allerdings – ebenso wie die nach wie vor stark verbreitete Fixierung des alltäglichen Aufsichtshandelns auf die Aspekte der Unfallverhütung und der technischen Sicherheit (vgl. ROSENBROCK/LENHARDT 2002: 93 ff.) – darauf hin, dass die Präventionsakteure der UVT im erweiterten Aufgabenbereich offenbar noch nicht die Handlungssicherheit gewonnen haben, die einen durchgreifenden Wandel der Präventionspraxis in relativ kurzer Zeitperspektive erwarten ließe.

20 Ob dieser Kompromiss von Dauer sein wird, bleibt allerdings abzuwarten, zumal man im BMWA neuerdings – ausweislich des bereits erwähnten Deregulierungs-„Masterplans“ – einer weiteren Ausdünnung des berufsgenossenschaftlichen Vorschriftenwerks nicht prinzipiell abgeneigt zu sein scheint.

21 Ein Ausdruck dessen ist auch die zunehmende Kooperation mit den Krankenkassen, auf die in Abschnitt 5 noch näher eingegangen wird.

4. Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung

4.1 Rechtlich-institutionelle Rahmenbedingungen

Verglichen mit den UVT, denen seit nunmehr fast 120 Jahren Präventionsaufgaben in der Arbeitswelt obliegen, sind die Krankenkassen ausgesprochen „junge“ Akteure auf diesem Gebiet. Bedeutung erlangten sie hier erst mit dem Inkrafttreten des § 20 SGB V im Jahre 1989, der ihnen die Möglichkeit eröffnete, Satzungsleistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung vorzusehen und überdies an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (in Zusammenarbeit mit den UVT) mitzuwirken. Nachdem der rechtliche Handlungsrahmen der Kassen Ende 1996 vorübergehend empfindlich eingeeengt worden war²², kam es im Rahmen der „GKV-Strukturreform 2000“ zu einer abermaligen Neufassung des § 20 SGB V, die zwar die Kooperationsverpflichtung der Kassen gegenüber den UVT auf dem Gebiet der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren unverändert ließ, es darüber hinaus aber den Kassen wieder explizit erlaubte, „den Arbeitsschutz ergänzende“ Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen.

Wichtig daran ist zunächst einmal, dass die Krankenkassen vom Gesetzgeber überhaupt eine eigenständige Handlungskompetenz im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung übertragen bekommen haben. Diese unterscheidet sich vom gesetzlichen Präventionsauftrag der UVT allerdings insofern ganz erheblich, als ihre Wahrnehmung für die Kassen *optional* ist („Die Krankenkassen *können* ... Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen“; § 20,2 SGB V) und sie weder mit quasi-hoheitlichen Aufsichts- und Durchsetzungsbefugnissen noch mit entsprechenden arbeitgeberseitigen Befolgungspflichten verbunden ist. Zugleich wird auf eine konkrete gesetzliche Bestimmung des Aufgabenbereichs betrieblicher Gesundheitsförderung und der hier anzuwendenden Instrumente verzichtet, so dass die Kassen diesbezüglich über einen relativ breiten Definitions- und Gestaltungsspielraum verfügen. Eingeschränkt ist dieser lediglich durch die Festlegung, dass betrieb-

22 Durch das sog. „Beitragsentlastungsgesetz“ wurde der Leistungsbereich Gesundheitsförderung komplett aus dem SGB V gestrichen. Vom § 20 blieb (neben der Möglichkeit, Schutzimpfungen anzubieten und Selbsthilfegruppen zu fördern) lediglich die Bestimmung, wonach die Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den UVT zusammenarbeiten und diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben, unterrichten. Trotz dieser Restriktion konnten einige Krankenversicherungsträger ihre arbeitsweltbezogenen Präventionstätigkeiten zumindest teilweise aufrechterhalten – wenn auch fürs Erste unter peinlichster Vermeidung jedweden Bezugs auf den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ (vgl. hierzu auch ROSENBROCK/LENHARDT 2002: 17 f.).

liche Gesundheitsförderung den Arbeitsschutz *ergänzen*, also keinesfalls Aufgaben aus diesem – alleine der Verantwortung der Arbeitgeber und der UVT unterliegenden – Bereich selbst übernehmen soll. Zwar wird den Kassen in § 20,2 SGB V durchaus eine Rolle in einem zentralen Handlungsfeld des Arbeitsschutzes – der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – zugewiesen, die allerdings darauf beschränkt bleibt, mit den UVT zusammenzuarbeiten, und die insofern keine unabhängigen Initiativrechte und Handlungsbefugnisse beinhaltet.²³

Die Art und Weise, wie die Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenversicherungsrecht verankert ist, hat für die Kassenpraxis in diesem Bereich einige gewichtige Implikationen. So ist etwa das quantitativ wie qualitativ ausgesprochen heterogene Gesamtbild, welches die GKV-Aktivitäten hier bis heute abgeben²⁴, tendenziell bereits in dem Umstand angelegt, dass das SGB V die betriebliche Gesundheitsförderung nicht zu einer obligatorischen Kassenaufgabe macht, sondern es letztlich den einzelnen Trägern überlässt, in welchem Ausmaß sie entsprechende Maßnahmen durchführen (bzw. ob sie dies überhaupt tun) und welche Schwerpunkte sie bei der Ausgestaltung und Plazierung ihrer Aktivitäten setzen. Ressourceneinsatz, Instrumentenwahl und Angebotsstrategien im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung hängen somit stark von variierenden kassen(art)spezifischen Bedingungen ab. Hierbei spielen solche Faktoren wie die Größe und „Betriebsnähe“ der Kasse, ihre gewachsene Organisationskultur, die gesundheitspolitischen Orientierungen des Kassenmanagements und das Ausmaß, in dem sich die Kasse personell auf präventionsbezogenen Sachverstand stützt, sicherlich eine wichtige Rolle. Darüber hinaus unterliegen Aktivitätsniveau und Angebotsstrategie auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung aber auch Kriterien, die sich aus dem GKV-internen *Wettbewerb* und der jeweiligen Position der Kassen darin herleiten: dem „Marktanteil“ und dessen Entwicklung, der Versicherten- und damit zusammenhängenden Risikostruktur, den Erfordernissen der „Kunden“bindung und -gewinnung, dem Beitragssatz als Konkurrenzparameter u.ä.m. Nach eigenen empirischen Forschungsbefunden entspräche es zwar nicht der Realität, von einer vollständigen Indienstnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Wettbewerbspolitik der Kassen und somit von einer ausschließlichen Orientierung ersterer an marktstrategischen Überlegungen und Zielen auszugehen. Dennoch lässt sich (etwa an den Modalitäten und Prioritätensetzungen der Projektakquisition) nachweisen, dass die Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung – so sehr sie auch in eigenständigen sozial- und präventionspolitischen Gestaltungsansprüchen der Kas-

23 Auf die Problematik der Abgrenzung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung sowie entsprechender institutioneller Zuständigkeiten wird in Abschnitt 5 dieses Berichts noch näher eingegangen.

24 Nach wie vor stellt die betriebliche Gesundheitsförderung im wesentlichen eine „Domäne“ der Kassenarten BKK, AOK und (mit gewissen Einschränkungen) IKK dar, wohingegen das Engagement der mitgliederstarken Angestellten-Ersatzkassen speziell auf diesem Gebiet bis heute sehr mäßig ausfällt. Allerdings variiert das Aktivitätsniveau auch innerhalb der drei erstgenannten Kassenarten mehr oder weniger deutlich.

senakteure gründen – von wettbewerbsbezogenen Entscheidungs- und Zielkriterien zumindest mitbestimmt werden (LENHARDT 1999). Dies muss nicht zwangsläufig in jedem Fall zu gravierenden Fehlsteuerungen führen; eine hiervon ausgehende Tendenz zur Abweichung des Gesundheitsförderungsgeschehens von der „Verteilung“ des realen präventiven Handlungsbedarfs kann aber durchaus mit einiger Plausibilität angenommen werden.

Vom Kassenwettbewerb kann aber auch noch einen anderer problematischer Effekt auf die betriebliche Gesundheitsförderung ausgehen. Zentrale Grundlage dieses Wettbewerbs ist bekanntlich die seit 1996 bestehende weitgehende Kassenwahlfreiheit der Versicherten. Während das alte „Zuweisungssystem“ noch für längerfristig relativ homogene Strukturen der Kassenzugehörigkeit in den Betrieben sorgte, setzen die nun bestehenden Möglichkeiten des Kassenwechsels eine Tendenz zur diesbezüglich stärkeren Durchmischung der Belegschaften frei. Auch wenn es zum gegenwärtigen Zeitpunkt sicherlich verfehlt wäre, generalisierend das Bild des „Flickenteppichs“ zu bemühen – ausgesprochene „AOK-Betriebe“ etwa gibt es nach wie vor sehr viele –, so handelt es sich bei dem genannten Phänomen doch keineswegs um etwas rein Hypothetisches. Darauf deuten jedenfalls Aussagen von Präventionsfachkräften und Betriebspraktikern hin, die wir im Rahmen eines 2002 abgeschlossenen empirischen Forschungsprojekts erhielten und denen zufolge man in Betrieben, deren Beschäftigte sich auf eine zunehmende Zahl von Kassen verteilen, auf wachsende Probleme bei der Initiierung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung trifft. Eine größere Trägervielfalt im Betrieb erschwere die Nutzung von AU-Daten und die Einbeziehung der Kassenseite in die Projektsteuerung ganz erheblich; verschiedene Kassen an einen Tisch zu bringen, sei wegen nach wie vor fehlender Kooperationsvoraussetzungen in der Praxis nahezu unmöglich. Dies behindere oftmals auch die Zusammenarbeit der UVT mit den Krankenkassen bzw. schränke sie in der Regel auf solche Fälle ein, in denen die Konstellation „ein Betrieb – eine (Haupt-)Kasse“ (zumeist eine BKK) noch gegeben sei. Auch auf Seiten der Betriebe entstehe bei zunehmender Ausdifferenzierung der Kassenzugehörigkeit (und entsprechend sinkenden durchschnittlichen Mitgliederanteilen) Unsicherheit darüber, welche Kasse noch ein gesteigertes Interesse an der Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung habe und als diesbezügliche Ansprechpartnerin in Betracht komme (vgl. LENHARDT 2001a: 66, 69 f., 72 f.).

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage nach den institutionellen Bedingungen Kassen(arten) übergreifender Zusammenarbeit auf dem Gebiet der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung eine erhöhte Dringlichkeit. Von einer solchen Zusammenarbeit ist im SGB V nur in dem Sinne die Rede, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach § 20 Abs. 1 und 2, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik, zu beschließen haben. Damit besteht für die Kassen zwar die

Verpflichtung, sich auf qualitative Mindeststandards der Angebotsgestaltung zu einigen (wofür auch bereits erste Ansätze vorliegen²⁵), weitergehende rechtliche Regelungen hinsichtlich einer Zusammenarbeit bei der konkreten Maßnahmendurchführung existieren jedoch nicht. Ob sich die verschiedenen Kassen(arten) trotzdem in Richtung einer solchen – von der Gesetzeslage her ja auch nicht ausgeschlossenen – Kooperation bewegen werden, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestenfalls als offene Frage zu betrachten.²⁶

Reichweite und Eingriffstiefe betrieblicher Gesundheitsförderung finden ihre Grenze allerdings nicht nur (und wohl auch nicht in erster Linie) in den institutionellen Merkmalen und den Handlungsimperativen der Kassen. Mindestens so schwer wiegt in diesem Zusammenhang natürlich die Tatsache, dass Gesundheitsförderung auch auf Seiten der Betriebe eine gänzlich *freiwillige* Veranstaltung ist. Dies hat zweifellos den Vorteil, dass die hierauf gerichteten Beziehungen zu den Kassen von Aspekten der Kontrolle und des Zwangs weitgehend unbelastet sind. Ein solches, im wesentlichen durch Überzeugung, Beratung und Moderation geprägtes Kooperationsarrangement hat allerdings auch eine Kehrseite: Unter diesen Bedingungen „geht“ an Aktivitäten tatsächlich *nur* das, wozu die Betriebe freiwillig bereit sind. Maßnahmen, die bei der Betriebsleitung – aus welchen Gründen auch immer – keine Akzeptanz finden, haben daher keine nennenswerte Realisierungschance, mögen sie unter präventiven Gesichtspunkten auch vielleicht notwendig erscheinen. In solchen – realistisch betrachtet: nicht gerade seltenen – Fällen entscheidet dann doch die (auf Anordnungsbefug-

25 Solche gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für die Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V haben die Spitzenverbände im Juni 2001 in aktualisierter Fassung vorgelegt (AOK-BUNDESVERBAND ET AL. 2001). Die darin enthaltene allgemeine Charakterisierung der Interventionsbereiche, Instrumente und Verfahrensprinzipien betrieblicher Gesundheitsförderung entspricht den aus Public Health-Sicht zentralen Handlungsanforderungen durchaus. Bei der konkreten Beschreibung einzelner Handlungsfelder zeigt sich jedoch, dass eine Weiterentwicklung des Leitfadens, wie sie von den Spitzenverbänden explizit angekündigt wird (ebd.: 3), in der Tat dringend nötig ist: Hier ist fast nur noch von individuen- bzw. verhaltensbezogenen Maßnahmen die Rede, ein Bezug zum weit umfassenderen Interventionsrahmen betrieblicher Gesundheitsförderung wird nicht hergestellt. So kann die starke Fokussierung auf Methoden des individuellen Stressmanagements im Handlungsfeld „Psychozialer Stress“ (ebd.: 30 ff.) wohl kaum der Präventionsweisheit letzter Schluss sein, auch wenn man den Krankenkassen sicherlich zubilligen muss, dass grundlegende betriebliche Gestaltungsentscheidungen in den Bereichen der Arbeitsorganisation und Leistungs politik, die als zentrale Quellen von arbeitsbedingtem Stress betrachtet werden können, einer Beeinflussung durch sie nur sehr begrenzt offenstehen.

26 In diesem Zusammenhang wird des öfteren auf das 1997-2001 durchgeführte „Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit (IPAG)“ verwiesen, an dem neben den gewerblichen und öffentlichen UVT auch mehrere Krankenversicherungsträger beteiligt waren (BELLWINKEL 2001; s. hierzu auch Abschnitt 5 dieses Berichts). Welche Praxisimpulse – im Sinne einer Verstärkung Träger übergreifender Kooperation über vereinzelte Pilotvorhaben hinaus – von diesem Modellprogramm zu erwarten sind, kann derzeit schon wegen der bislang eher spärlichen Veröffentlichung von Projektergebnissen kaum eingeschätzt werden. Zwar ist in „offiziellen“ Artikeln zu IPAG zumeist von erfolgreichen Handlungsansätzen o.ä. die Rede, indessen erhielt der Autor des vorliegenden Berichts im Rahmen von Forschungsinterviews auch deutlich nüchternere Einschätzungen, was den Ertrag von IPAG, insbesondere aber auch, was die das Zusammenwirken der verschiedenen Kassenarten in diesem Programm betrifft.

nisse bzw. auf kollektive Verhandlungsmacht gestützte) Durchsetzungsfähigkeit der Behörden oder der Beschäftigtenvertretungen. Dies ist stets zu bedenken, will man der Gefahr entgehen, die Krankenkassen mit Erwartungen und Ansprüchen zu überfrachten, die sie aufgrund ihrer institutionellen „Kompetenzausstattung“ gar nicht erfüllen können.

4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen – Aspekte der Praxis

Krankenkassen haben sich nach Inkrafttreten des § 20 SGB V mit erstaunlicher Dynamik der betrieblichen Gesundheitsförderung zugewandt und sind mittlerweile – trotz des 1997 erlittenen Rückschlags – als feste Größe im Handlungsfeld „Arbeit und Gesundheit“ etabliert (als Überblick über die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in den 90er-Jahren vgl. PRIESTER 1998; LENHARDT 1999: 11 ff). Auch wenn ihre diesbezüglichen Aktivitäten innerhalb des gesamten GKV-Aufgaben- und Leistungsspektrums sicherlich nur ein Randphänomen darstellen und mit dem Einsatz der UVT kaum vergleichbar sein dürften, ist die Zahl von 2750 Betrieben, die während eines Jahres (2001) alleine von AOKen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beraten werden (KRAEMER 2002), doch nicht unbeachtlich. Dass hier im Prinzip aber durchaus auch noch „Luft“ ist, zeigt die Tatsache, dass die Kassen im Jahre 2001 für primärpräventive und gesundheitsfördernde Leistungen noch nicht einmal die Hälfte (nämlich 0,91 Euro pro Versichertem) ausgegeben haben, was ihnen nach § 20,3 SGB V schon für 2000 maximal erlaubt war (2,56 Euro pro Versichertem) (ALTGELD 2002: 3).²⁷

Ein zentraler Kritikpunkt, mit dem sich die Kassen in bezug auf ihre betriebliche Gesundheitsförderungspraxis lange Zeit konfrontiert sahen, bestand in deren weitgehender *Fixierung auf* (zudem meist isoliert und wenig gezielt eingesetzte) *individuen- bzw. verhaltensbezogene Beratungs- und Kursangebote* („Rückenschule“ als Leittypus betrieblicher Gesundheitsförderung). Diese in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesene Vereinseitigung wurde selbst von der seinerzeit beim BKK-Bundesverband für die betriebliche Gesundheitsförderung Zuständigen in berner-

27 Die Gesamtausgaben der Krankenkassen für den Leistungsbereich (Primär-)Prävention/Gesundheitsförderung und Soziale Dienste beliefen sich im Jahre 2001 auf umgerechnet 1,66 Mrd. DM, was nach dem Einbruch des Jahres 1997 (von 2,14 in 1996 auf 1,29 Mrd DM) eine lediglich moderate Steigerung bedeutet. Folglich liegt auch der Anteil dieses Ausgabenblocks an den gesamten GKV-Leistungsausgaben mit 0,65% noch deutlich unter dem (ohnehin schon niedrigen) Wert des Jahres 1996 (0,91%). Um ein Bild über die Höhe der primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen im engeren Sinne zu erhalten, müsste das genannte Ausgabenvolumen um einige Posten (z.B. Soziale Dienste) bereinigt werden; dies lassen die aktuell verfügbaren Statistiken jedoch nicht zu (vgl. PRIESTER 2002). Auch der Anteil der *betrieblichen* Gesundheitsförderung an den Leistungen nach § 20 SGB V ist mithilfe der amtlichen Statistik nicht bestimmbar, etwas ältere Schätzungen bewegen sich – je nach Träger – zwischen weniger als 10% und einem Drittel (LENHARDT 1999: 18 f.).

kenswert klaren und kritischen Worten bestätigt (DEMNER/BINDZIUS 1996: 55 f.). Damit fielen – auch dies wurde hier ohne Umschweife festgestellt – die Aktivitäten der Kassen alles in allem weit hinter den programmatischen Anspruch und die bereits existierenden Handlungskonzepte betrieblicher Gesundheitsförderung zurück. In ihren avancierteren Formen waren diese Konzepte – bei allen Unterschieden im Einzelnen – durch folgende Grundmerkmale gekennzeichnet:

- auf Analyse gestütztes, datenbasiertes Handeln (*Gesundheitsberichte*),
- kooperative Planung und Steuerung der Aktivitäten (*Arbeitskreis Gesundheit o.ä.*),
- partizipative Problemidentifizierung und Maßnahmenentwicklung (*Gesundheitszirkel*),
- Verknüpfung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen unter Berücksichtigung der aus dem betrieblichen Organisations- und Kommunikationsgefüge resultierenden Einflüsse auf die Gesundheit einschließlich psychosozialer Faktoren (*umfassende Belastungs- und Ressourcenorientierung*),
- Förderung und strukturelle Verankerung betrieblicher Eigenkompetenz zur kooperativen Problemerkennung und Problemlösung (*Organisationsentwicklung*).

Ein an diesen Merkmalen orientiertes Vorgehen war in der betrieblichen Gesundheitsförderungspraxis der Krankenkassen zunächst aber wie gesagt alles andere als die Regel. Die rasch einsetzende Kritik an der einseitig verhaltenspräventiven Ausrichtung des Maßnahmenangebots scheint nach und nach jedoch Wirkung gezeitigt zu haben; so indizierte eine empirische Studie unter gesetzlichen Krankenkassen bereits um die Mitte der 90er-Jahre einen gewissen Trend weg von betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten, die ausschließlich durch verhaltenspräventive Angebote geprägt sind, hin zu solchen Projekten, in denen *verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen kombiniert* werden (MÜLLER/DEHNE 1996).²⁸

Aus heutiger Sicht scheint es trotz aller nach wie vor bestehenden Defizite und Niveauunterschiede durchaus gerechtfertigt, von einem Prozess zunehmender *Systematisierung, Diversifizierung und Professionalisierung des Kassenhandelns im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung* zu sprechen. Eine ganze Reihe von bedeutenden Krankenversicherungsträgern verfügt hier mittlerweile über einen Stab von einschlägig qualifizierten Fachleuten (alleine im AOK-Bereich bundesweit etwa 200; vgl. KRAEMER 2002) und eine eigene ausgebaute organisatorische Infrastruktur,

28 Daten, die über die Struktur der betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten der Krankenkassen umfassend Auskunft geben, existieren m.W. nach wie vor nicht. Möglicherweise ändert sich dies, wenn der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) sein angekündigtes Vorhaben realisiert, die Aktivitäten der Krankenkassen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V bundesweit zu dokumentieren und auszuwerten (<http://www.mds-ev.org/kv/praevention/gesundheit.html>; Zugriff: 16.1.2003).

die es ihnen erlaubt, ein relativ breites Spektrum an Beratungs- und Unterstützungsangeboten vorzuhalten und diese in eine nicht unbeträchtliche Zahl von Betrieben hineinzutragen. In einigen Fällen (BKK-Bundesverband, AOK Rheinland, AOK Niedersachsen) hat sich die betriebliche Gesundheitsförderung in Form einer eigenständigen Tochtergesellschaft des Trägers oder eines kasseneigenen Instituts organisatorisch ausdifferenziert, was – so kann zumindest vermutet werden – mit einer Erweiterung des Spielraums bei der Angebotsgestaltung (und auch in bezug auf die Refinanzierung der Leistungen) einhergeht.

Bei dem Gesundheitsförderungspersonal der Kassen ist in der Regel von einem hohen fachlichen Qualifikationsniveau auszugehen. Zu einem erheblichen Teil handelt es sich um Universitäts- oder FH-Absolventen, die – hierin liegt durchaus eine potentielle Stärke der kassengeprägten Gesundheitsförderung – einem breiten Spektrum von beruflichen Disziplinen angehören (Psychologen, Sozial-, Arbeits- und Sportwissenschaftler, Mediziner, Ökonomen, Ingenieure u.a.). Um diese Fachkräfte zur Erfüllung der besonderen beruflichen Handlungsanforderungen im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung zu befähigen, haben die Kassen auch eigene Schulungs- und Trainingsprogramme entwickelt, in denen das einschlägige Spezialwissen und die im Laufe der Zeit akkumulierten Erfahrungen praxisvorbereitend und -begleitend vermittelt werden. Gespräche mit schon länger „im Geschäft“ befindlichen Gesundheitsförderern²⁹ zeugen allerdings von einer gewissen Skepsis hinsichtlich der Frage, inwieweit in den Kassen tatsächlich jene Kompetenzen entwickelt sind, derer es bedarf, um als qualifizierter Berater im Betrieb bestehen und wirksam werden zu können. Das entscheidende Problem dabei sei, dass nach wie vor kein hinreichend geschärftes Verständnis davon existiere, was „gute“ Betriebsberatung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung ausmache und worin ihre eigentliche Spezifik liege: In der Rolle des „Gesundheitsadvokaten“ mag man betrieblicherseits durchaus auf Sympathie und Unterstützung treffen, bewege sich tendenziell aber dennoch in einer halb-exotischen Randposition. In dem Maße aber, wie man sich in Managementprozesse und -probleme hinein begeben und versuche, auf dieser Ebene Einfluss zu nehmen (mit guten Gründen übrigens, denn oft genug liegen gerade dort die Quellen von Präventionsdefiziten und gesundheitlichen Problempotenzialen), drohten die Grenzen zur „normalen“ betrieblichen Organisationsberatung zu verwischen. Dies werfe wiederum die Frage auf, worin hier die besondere Kompetenz einer Krankenkasse bestehe und was diese wirklich besser könne als ein professioneller Managementberater.

Gleichwohl ist zu konstatieren, dass die Krankenkassen ihre *Analyse- und Interventionsinstrumente sowie Beratungsangebote* auf dem Gebiet der betrieblichen Ge-

29 Solche Gespräche wurden vom Verfasser – sei es im Rahmen wissenschaftlicher Erhebungen als Forschungsinterviews, sei es eher informell am Rande von Tagungen o.ä. – über die Jahre in großer Zahl geführt und bilden eine wichtige Grundlage für die in diesem Papier getroffenen Feststellungen und Einschätzungen.

sundheitsförderung im Laufe der Zeit deutlich *weiterentwickelt, ausdifferenziert und thematisch verbreitert* haben. Inzwischen ist es bei den meisten von ihnen Standard, AU-Daten auf unterschiedlichen Differenzierungsstufen betriebsbezogen (nach Krankheitsarten, Betriebsabteilungen, Berufen, Altersgruppen u.a.) auszuwerten und z.B. branchenbezogenen oder regionalen Vergleichswerten (auch im Zeitverlauf) gegenüberstellen zu können. Mehrere Träger haben darüber hinaus eigene, z.T. „modular“ einsetzbare Befragungsinstrumente entwickelt, mit denen Arbeitsbedingungen, Belastungsempfinden, Arbeitszufriedenheit und subjektiv wahrgenommene Gesundheitsbeschwerden der Beschäftigten erhoben werden können (vgl. für den AOK-Bereich: REDMANN/REHBEIN 2000; für den BKK-Bereich: MEYER 2001). Zum „Werkzeugkasten“ betrieblicher Gesundheitsförderung gehören ferner flexibel ausgestaltbare Zirkelmodelle, Verfahren der Arbeitssituationserfassung und der Arbeitsanalyse, checklisten-gestützte Methoden zur betrieblichen Selbstbewertung und nach wie vor ein breites Spektrum verhaltensbezogener Maßnahmen. Die Beratungs- und Seminarangebote sind durch eine wachsende Themenvielfalt gekennzeichnet, wobei in jüngerer Zeit das Bemühen deutlich ins Auge fällt, sich expliziter auf „managementorientierte“ Fragestellungen zu beziehen – Führungsverhalten, „Konflikt-Coaching“, Teamentwicklung, Veränderungsmanagement und – immer wieder kontrovers diskutiert – Rückkehrgespräche (vgl. PFAFF 2002) zählen in diesem Zusammenhang zu den einschlägigen „topics“.

Dass die Kassen mit ihren Instrumenten und Angeboten auf ein beträchtliches und bei weitem noch nicht ausgeschöpftes *Nachfragepotenzial* auf Seiten der Betriebe treffen, zeigen Ergebnisse zweier Erhebungen, denen zufolge 62% der befragten Gewerbebetriebe und 40% der befragten öffentlichen Dienststellen angaben, von den Krankenkassen Unterstützung bei der Planung und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erwarten (GRÖBEN/BÖS 1999: 111; GRÖBEN 2000: 100). Allerdings dürfte das Interesse vieler dieser Betriebe an der Inanspruchnahme des Kassenangebots erst einmal auch nicht viel weiter als etwa bis zur Erstellung eines AU-Profiles reichen: Hierauf deuten jedenfalls Zahlen des AOK-Bundesverbandes aus dem Jahre 2001 hin, wonach zwar in rund 2000 der insgesamt 2750 beratenen Betriebe AU-Datenanalysen stattgefunden haben, es jedoch noch nicht einmal in 10% der Fälle (246) zur Durchführung von Gesundheitszirkeln kam (KRAEMER 2002: 7).³⁰

Doch selbst dort, wo relativ anspruchsvolle Projekte (mit Steuerungsgremien, Zirkeln, arbeitsplatz- und organisationsbezogenen Veränderungsmaßnahmen usw.) realisiert wurden, konnte in der Vergangenheit häufig keine dauerhafte und routinemäßige Verknüpfung betrieblicher Gesundheitsförderung mit den „normalen“ betrieblichen

30 Wenn also der AOK-Bundesverband davon spricht, während eines Jahres insgesamt 2750 Betriebe zur betrieblichen Gesundheitsförderung beraten zu haben, bedeutet das keineswegs, dass auch in ebenso vielen Betrieben reale Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt worden sind.

Entscheidungsstrukturen und Organisationsabläufen – von der Leitungsebene bis hinunter zum „shop floor“ – hergestellt werden. Mochten die Projekte für sich genommen auch „gut gelaufen“ sein, so blieben sie doch allzu häufig punktuell und von anderen betrieblichen Themen-, Entscheidungs- und Handlungsfeldern weitgehend isoliert. Diese *mangelnde Verstetigung und betriebliche Integration* der Gesundheitsförderung wurde auch auf Seiten der Kassen als empfindliches Defizit wahrgenommen (vgl. etwa DRUPP/OSTERHOLZ 1997: 189 f.), zumal der Anspruch der betrieblichen Gesundheitsförderung sich ja keineswegs darin erschöpft, akute Gestaltungsmängel und Belastungsprobleme „abzustellen“, sondern auch dahin geht, Voraussetzungen für eine kontinuierliche *eigenständige* Problembearbeitung im Betrieb zu schaffen – eben weil der betriebliche Strukturwandel immer wieder neue gesundheitsrelevante Probleme entstehen (oder auch alte, bereits gelöst erscheinende, „zurückkehren“) lässt.

In Auseinandersetzung mit dieser Problematik haben einige GKV-Träger Handlungskonzepte entwickelt (bzw. sich an deren Entwicklung beteiligt), welche darauf abzielen, die für die betriebliche Führung, Steuerung und Kooperation charakteristischen Strukturen und Prozesse so auszurichten, dass sie präventives Handeln organisatorisch optimal unterstützen bzw. dieses als integralen Aspekt in sich aufnehmen. Dieser anspruchsvollen Aufgabe ist u.a. das Modellvorhaben „Prospektiver Beitragsbonus“ der AOK Niedersachsen gewidmet, das in ähnlicher Form inzwischen auch in Hessen und in Rheinland-Pfalz durchgeführt wird. Grundlage dieses Konzepts ist ein am EFQM-Qualitätsmanagementmodell orientiertes, differenziertes Kriteriensystem, welches die betrieblichen Strukturen und Abläufe im Hinblick auf deren gesundheitsbezogene Funktionalität zu beurteilen und zu optimieren erlaubt („Gesundheitsmanagement“).³¹ Die an dem Programm teilnehmenden Betriebe müssen selbst überprüfen und genau dokumentieren, inwieweit und mittels welcher Organisationspraktiken sie die verschiedenen Kriterien erfüllen; hierbei sind ihnen auch einige Dinge – wie z.B. regelmäßige Mitarbeiterbefragungen anhand eines vom AOK-Institut entwickelten umfassenden Fragebogens – vorgegeben. Die vom Betrieb erstellten Unterlagen gehen dann an ein externes Assessorenteam, das die nachgewiesenen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse mithilfe eines dynamischen (d.h. im Zeitverlauf die Kriteriengewichtung ändernden) Punktesystems bewertet. Der Betrieb erhält einen entsprechenden Feedback-Report und darüber hinaus auch Vergleichskennzahlen, die jeweils den eigenen Entwicklungsstand einzuschätzen ermöglichen. Bei Erreichen einer definierten Mindestpunktzahl wird dem Betrieb von der Kasse zunächst für ein Jahr ein (jeweils zur Hälfte dem Arbeitgeber und den Versicherten zugute

31 Im Zuge seiner Mitarbeit an Projekten des „Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung“ hat sich offenbar auch der BKK-Bundesverband den Gedanken eines am EFQM-Modell angelehnten betrieblichen Gesundheitsmanagements zueigen gemacht. Ausdruck hiervon ist die Entwicklung eines entsprechenden Selbstbewertungsinstruments für Unternehmen (BKK-BUNDESVERBAND 1999), über dessen Einsatz in der Praxis allerdings nichts ausgesagt werden kann.

kommender) Beitragsnachlass in Höhe eines Zwölftels des für die AOK-Mitglieder abzuführenden Jahresbeitrages gewährt. Im darauf folgenden Jahr kann sich der Betrieb mit aktualisierten Unterlagen und Nachweisen wieder um den Beitragsnachlass bewerben, wird in diesem Fall erneut extern bewertet, erhält bei ausreichender Punktzahl für ein weiteres Jahr den Bonus usw. Prozessbegleitend wird der Betrieb bei der Steuerung des Gesamtprojekts und bei der Durchführung spezifischer Teilprojekte (zu Ergonomie, Lärm oder anderem) von Experten der AOK unterstützt (zum „Bonusprojekt“ der AOK Niedersachsen vgl. eingehender: DRUPP/OSTERHOLZ 1998; ZINK/THUL 1998; OSTERHOLZ/SCHOTT 2001).

Obwohl das bis Anfang 2004 laufende Modellprojekt noch nicht umfassend ausgewertet ist und definitive Aussagen über dessen Wirkungen somit nicht möglich sind, kann der darin verfolgte Ansatz doch in verschiedener Hinsicht als innovativ gelten (Fokussierung auf „reguläre“ Führungs- und Organisationsstrukturen statt Installation temporärer „Sonderstrukturen“; erweiterte, kennzahlengestützte [Selbst-]Evaluierungsroutinen; Erschließung und Nutzung neuer materieller Anreizmöglichkeiten). Andererseits werfen die bisherigen Erfahrungen auch einige Fragen auf: So erweist sich der mit dem Projekt verbundene Aufwand für die Betriebe (aber auch für die Kasse) als außerordentlich hoch und lässt es einigermaßen fraglich erscheinen, ob das zugrunde liegende Konzept *in der beschriebenen Form* über den engeren Kreis von Modellbetrieben (bislang ca. 30) hinaus nennenswerte Verbreitungschancen hat. Will man künftig eine stärkere „Diffusion“ des Gesundheitsmanagements erreichen, dürfte an der Entwicklung „pragmatischerer“ Strategien und Instrumente kaum ein Weg vorbeiführen – keine leichte Aufgabe, wenn dies ohne nennenswerten Substanzverlust geschehen soll. Außerdem gibt es einige Anhaltspunkte dafür, dass Bemühungen um die Entwicklung eines integrierten Gesundheitsmanagements – die doch gerade auf Kontinuität und Nachhaltigkeit abzielen – insbesondere in betrieblichen Krisen- und Umbruchsituationen sich als durchaus störungsanfällig erweisen und insofern mit ganz ähnlichen Problemen konfrontiert sind wie Gesundheitsförderungsprojekte herkömmlichen Typs.³² Offenbar hält sich die Neigung, Gesundheitsmanagement letztlich doch als ein in „schwierigen Zeiten“ hintanzustellendes „Extra“ zu behandeln, recht hartnäckig und ist auch mit noch so ausgeklügelten Verfahren nur schwer zu beseitigen.

Als ganz zentrales Problem der von den Kassen getragenen betrieblichen Gesundheitsförderung galt stets deren – gemessen an der realen Wirtschafts- und Beschäftigtenstruktur – unverhältnismäßig starke *Konzentration auf größere Betriebe*. Bei den BKKen mag dies insofern mit einer gewissen Zwangsläufigkeit der Fall sein, als deren Organisationsschwerpunkt traditionell ohnehin eher im großbetrieblichen Bereich liegt (was einen zusätzlichen „bias“ der betrieblichen Gesundheitsförderung in

32 Entsprechende Beobachtungen wurden in Fallstudien zu einem derzeit laufenden Forschungsprojekt des Verfassers gemacht.

Richtung *besonders* großer Unternehmen keineswegs ausschließt). Bei den AOKen, deren erwerbstätige Mitglieder weit überwiegend in kleinen und mittleren Betrieben bis 100 Mitarbeitern beschäftigt sind, spielten ausgesprochene Großunternehmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zwar nie die prominente Rolle wie etwa im BKK-Bereich, dennoch wies das Aktivitätsniveau auch hier unter Betriebsgrößen Gesichtspunkten ein deutliches Gefälle auf. Inzwischen erstrecken sich die Beratungskontakte auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung zu gleichen Teilen (46 bzw 47%, 7% unbekannt) auf große Mittel- und Großbetriebe (über 100 Beschäftigte) einerseits und kleine Mittel- und Kleinbetriebe (bis zu 100 Beschäftigte) andererseits (KRAEMER 2002: 7). Letztere sind damit aber immer noch unterrepräsentiert, abgesehen davon, dass zu überprüfen wäre, ob reale (d.h. über die Serviceleistung eines AU-Profiles hinausgehende) Gesundheitsförderungsprojekte nicht doch stärker auf größere Betriebe konzentriert sind als in den genannten Zahlen zum Ausdruck kommt. Für die IKKen hingegen, die seit jeher vor allem im kleinbetrieblich-handwerklichen Bereich verankert sind und dementsprechend ihre Gesundheitsförderungsaktivitäten auch kaum woanders entfalten konnten, stellte sich das beschriebene Problem von vorneherein nicht (oder nur insofern, als sie im Vergleich zu Kassenarten, die sich in der Praxis recht gut auf großbetrieblich erprobte Handlungskonzepte stützen konnten, mit erhöhten Implementationsschwierigkeiten konfrontiert waren).

Nach und nach haben die Krankenkassen ihre *Bemühungen, den Kleinbetriebssektor für die betriebliche Gesundheitsförderung zu erschließen*, allerdings spürbar verstärkt. Die Fülle der in den letzten Jahren entwickelten Handlungskonzepte und Modellprojekte ist durchaus beeindruckend (Beispiele in: DEHNE/FROMM/PRÖLL 1997; PRÖLL 1998; SOCHERT 2002), macht es aber auch schwierig, einen systematischen Überblick über Effektivitäten, Gemeinsamkeiten, Übertragungsmöglichkeiten und Routinisierungschancen zu gewinnen. Exemplarisch sei deshalb an dieser Stelle nur ein mehrjähriges Modellprogramm der AOK Bayern für Klein- und Mittelbetriebe genannt, das 93 Einzelprojekte umfasste und wissenschaftlich begleitet wurde (NFO INFRATEST GESUNDHEITSFORSCHUNG/AOK BAYERN 2002). An diesem Programm lassen sich einige zentrale Aspekte der KMU-bezogenen Gesundheitsförderungsaktivitäten von Krankenkassen ablesen:

- Entwicklung und Einsatz *modifizierter Analyse-, Steuerungs- und Interventionsinstrumente* entsprechend der besonderen strukturellen Voraussetzungen und Umsetzungsbedingungen in kleineren Betrieben (sog. „Kompaktvarianten“ von AU-Datenanalysen und Gesundheitszirkeln, den häufig unpraktikablen „AK Gesundheit“ ersetzende Checklistenverfahren zur Ablauf- und Erfolgskontrolle, engere Verknüpfung von Problemanalysen und Hinweisen auf pragmatische, rasch umsetzbare Veränderungsschritte);

- Verfolgung *betriebsübergreifender, branchen- bzw. innungsbezogener Handlungsansätze* aufgrund der engen Grenzen eines einzelbetrieblich-präsenzorientierten Vorgehens in diesem Sektor und – damit zusammenhängend –
- intensivere Bemühungen um *Vernetzung mit anderen Institutionen* (Innungen, BGen, Berufsschulen) mit dem Ziel, Zugangswege für betriebliche Maßnahmen zu verbreitern, Multiplikatoreffekte zu erreichen und flexible Aufgabenteilungen zu realisieren.

Der Evaluationsbericht über das genannte Modellprojekt lässt an einigen Stellen allerdings auch deutlich werden, dass der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen unter den wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen, wie man sie in kleinen und mittelständischen Betrieben typischerweise vorfindet, besonders enge Grenzen gezogen sind. Der hier offensichtlich in erhöhtem Maße bestehende Zwang zu „akzeptanzfähigen“, „pragmatischen“ Schritten dürfte als Ursache dafür, dass der Aktivitätsschwerpunkt sehr deutlich auf verhaltensbezogenen Maßnahmen des „Bewegungstrainings“ liegt (ergonomische Veränderungen an den Arbeitsplätzen dagegen schon weitaus seltener vorgenommen werden und auf Organisation und Führung bezogene Maßnahmen fast überhaupt nicht ins Gewicht fallen) (vgl. ebd.: 41 ff.), eine nicht ganz unwichtige Rolle spielen.

Letzteres soll abschließend zum Anlass genommen werden, den Blick noch einmal darauf zu richten, welche Belastungs- und Ressourcenfelder von der betrieblichen Gesundheitsförderung in welchem Ausmaß aufgegriffen und bearbeitet werden und welche gesundheitlichen Wirkungen sie dabei erzielt.³³ Die Datenbasis für die Beantwortung dieser Fragen ist bislang jedoch alles andere als gut. Zieht man hilfsweise Ergebnisse eines BKK-Vorhabens zur Evaluation von Gesundheitsberichten und Gesundheitszirkeln zurate (SOCHERT 1998), so zeigt sich bereits auf der Ebene der *Thematisierung* problematischer Arbeitssituationen in den 41 evaluierten Gesundheitszirkeln eine deutliche Konzentration auf körperliche Belastungen aus dem Arbeitsvollzug (schwer Heben und Tragen, Stehen etc.; insg. 26% der angesprochenen Probleme) und der Arbeitsumgebung (z.B. Lärm, Zugluft, Dämpfe; insg. 36%). Psychosoziale Aspekte (Termindruck, Arbeitstempo, Kommunikation u.a.) spielen hier eine alles in allem eher untergeordnete Rolle (23%), ebenso wie „sonstige“ Problembereiche (z.B. Arbeitskleidung, Sozialräume; 15%) Noch etwas stärker tritt dieses Muster auf der Ebene der von den Gesundheitszirkeln entwickelten *Verbesserungs-*

33 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die – in Kapitel 2 als eine zentrale Anforderungsdimension künftiger Präventionspraxis bezeichnete – „Problematik“ der älteren Beschäftigten und ihrer Integration in den Arbeitsprozess von der betrieblichen Gesundheitsförderung bislang kaum systematisch angegangen worden ist. Speziell hierauf ausgerichtete Aktivitäten der Kassen finden sich denn auch nur vereinzelt; als Beispiele wären die Beteiligung der AOK Westfalen-Lippe an dem Modellprojekt „TransAlt – Transfer altersintegrativer Modelle in den Betrieb“ (vgl. QUATRO-PROJEKT TRANSALT 2000) oder das seit Anfang 2001 von der AOK Niedersachsen durchgeführte Projekt „LauRA“ (Langzeitarbeitsunfähigkeit – Rehabilitation in der Arbeitswelt) (vgl. o.V. 2002) zu nennen.

vorschläge hervor: Diese beziehen sich nurmehr zu 19% auf psychosoziale Belastungen – genauso häufig wie auf „sonstige“ Probleme. Immerhin scheint die „Umsetzungsquote“ der Verbesserungsvorschläge auch im psychosozialen Bereich recht hoch zu sein (und sogar leicht über dem Durchschnitt zu liegen; 67% gegenüber 60%) (ebd.: 203 ff.).

Zu einem gewissen Teil spiegelt die beschriebene Schwerpunktsetzung sicherlich auch die realen Belastungsstrukturen in den 16 einbezogenen Interventionsbetrieben wider, von denen fast zwei Drittel zur metallverarbeitenden Industrie (v.a. Stahlverformung und Fahrzeugbau) zählen. Angesichts der Befundlage empirischer Belastungsforschung, derzufolge das Gewicht psychischer Belastungen auch in der Industrie keineswegs geringer zu veranschlagen ist als das der körperlichen, stellt sich allerdings doch die Frage, ob psychosoziale Aspekte der Arbeitssituation hier tatsächlich in dem Maße Eingang in die betriebliche Gesundheitsförderung finden wie es ihrer Bedeutung innerhalb des Belastungsgeschehens entspräche. Außerdem stellt sich die Frage, *auf welche Dimensionen* des betrieblichen Verursachungszusammenhangs psychischer Belastungen die von Kassen durchgeführten Gesundheitsförderungsprojekte überhaupt Einfluss nehmen. Nach eigenen qualitativen Forschungsbefunden (LENHARDT 1999) ist es in aller Regel so, dass hier alltägliche, für sich genommen oftmals recht unspektakulär erscheinende Organisations- und Kommunikationsprobleme stark im Vordergrund stehen (kleinere Planungsmängel, fehlende Absprachen, unklare Verantwortungszuweisungen, distanziertes oder „ruppig“ Verhalten von Vorgesetzten den Mitarbeitern gegenüber u.ä.m.). Entsprechende Veränderungsbemühungen sind durchaus nicht gering zu schätzen, da die kumulativen Belastungswirkungen solcher „daily little hassles“ erheblich sein können. Andererseits ist doch auch nicht zu übersehen (und muss bei der Beurteilung des Problemlösungspotenzials der Kassen nüchtern in Rechnung gestellt werden), dass grundsätzlichere Fragen der betrieblichen Organisationsgestaltung und Leistungs politik, die für das Entstehen psychischer (Stress-) Belastungen zentrale Bedeutung besitzen, dem „Zugriff“ betrieblicher Gesundheitsförderung durch Krankenkassen weitgehend entzogen sind.

Bleibt die Frage, inwieweit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen anhand von Krankheits- und Beschwerdereduktion *konkret belegbaren gesundheitlichen Nutzen* für die Beschäftigten besitzen. Hierzu ist zunächst einmal zu bemerken, dass ein solcher Nachweis im Falle komplexerer, mehrdimensional operierender Interventionsansätze kaum mit der methodischen Strenge geführt werden kann, wie sie für wissenschaftliche Studien nach dem Muster des „randomized controlled trial“ gefordert ist. Diesen auch für die betriebliche Gesundheitsförderung zum Standard des Wirksamkeitsnachweises zu erheben, ginge an den strukturellen Besonderheiten des Interventionstyps und des Interventionsgegenstandes völlig vorbei. Aussagen über die gesundheitlichen Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung werden sich also stets auf Formen relativ „weicher“ Evidenz stützen müssen. Von

dieser Voraussetzung ausgehend hat der Autor dieses Berichts Daten und Informationen aus einem Dutzend betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte im Hinblick darauf bewertet, ob sie ausreichend plausible Hinweise auf eine maßnahmenbedingte Reduktion muskulo-skelettaler Beschwerden (bzw. dadurch verursachter Arbeitsunfähigkeit) enthalten. Unter dem Strich konnte dies – bei allen Einschränkungen und Unsicherheiten, die dabei in Rechnung zu stellen waren – für die meisten Projekte bejaht werden (LENHARDT 2003). Angesichts der für Wirksamkeitseinschätzungen nach wie vor ziemlich dürftigen Materialbasis ist dieses positive Urteil allerdings mit der Forderung an die Krankenversicherungsträger zu verbinden, durchgeführte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung künftig routinemäßig und nach relativ einheitlichen Standards zu evaluieren und zu dokumentieren. Hierbei sollte insbesondere auf eine verbesserte Wirkungsmessung hingearbeitet werden.

5. Präventionsbezogene Kooperation zwischen Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen

Wie bereits erwähnt, sind in § 20 SGB V und in § 14 SGB VII nicht nur die jeweiligen präventionsbezogenen Aufgaben von Krankenkassen und UVT in allgemeiner Form definiert, sondern auch die gesetzlichen Grundlagen für die *Zusammenarbeit* der beiden Institutionen in diesem Bereich gelegt. Die hier formulierte Kooperationsverpflichtung bezieht sich allerdings ausschließlich auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (und nicht etwa auf die betriebliche Gesundheitsförderung). Sie ist auch nur insofern „symmetrisch“ zu nennen, als das *Gebot der Zusammenarbeit auf beiden Seiten bindend* ist, *nicht* jedoch in dem Sinne, dass UVT und Krankenkassen für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in gleicher Weise *zuständig* wären (diesbezüglich haben die UVT eindeutig „den Hut auf“).

Der – an sich recht naheliegende – Gedanke einer präventionsbezogenen Kooperation der Kranken- und Unfallversicherungsträger ist im übrigen nicht ganz neu. Bereits die erste Fassung des § 20 SGB V von 1989 enthielt einen Passus, nach dem die Kassen an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken konnten und dabei mit den UVT zusammenzuarbeiten hatten. Dem stand zum damaligen Zeitpunkt aber noch keine entsprechende Verpflichtung auf Seiten der UVT gegenüber. Dennoch kam es 1992 zu einer Empfehlungsvereinbarung der GKV und GUV-Spitzenverbände zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, aus der praktisch zunächst aber recht wenig folgte (jedenfalls nach Einschätzungen, wie sie aus dem Bereich der Krankenkassen zu vernehmen waren; vgl. MEIERJÜRGEN/KNORN 1997).

Eine Ausnahme bildeten zwei groß angelegte Kooperationsvorhaben, nämlich das 1993-1996 vom BKK-Bundesverband zusammen mit der Hütten- und Walzwerks-BG durchgeführte Projekt „Neue Wege der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen“ (BELLWINKEL/CHRUSCZ/SCHUMANN 1998) und das 1994-1997 in Trägerschaft des BKK-Bundesverbandes und des HVBG durchgeführte „Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG)“ (BKK-BUNDESVERBAND/HVBG 1999). Vor allem letzteres wurde immer wieder als *das* Beispiel für die erfolgreiche Kooperation zwischen Kassen und BGen angeführt, und tatsächlich hatte es ja auch, was die Entwicklung erweiterter und verfeinerter Analysemöglichkeiten sowie systematischer Methoden zur präventiven Arbeitsplatzgestaltung betrifft, eine ganze Reihe interessanter Ergebnisse zur Folge. Wenngleich – wie immer bei solchen Modellvorhaben – die Frage zu stellen ist, inwieweit die hier erzielten Ergebnisse auch in der Breite der betrieblichen Praxis genutzt und umgesetzt werden, kann man KOPAG doch zumindest insofern

eine wichtige Funktion zuschreiben, als es auf institutioneller Ebene im Sinne der Vertrauensbildung, Versachlichung und Förderung wechselseitiger Lernprozesse gewirkt hat (zu dieser Einschätzung gelangen auf der Grundlage ausführlicher Interviews mit Projektbeteiligten ELKELES/GEORG 2002: 132 ff.; bes. 161 ff.).

Sollte dieser Eindruck zutreffen, wäre schon einiges gewonnen angesichts der Tatsache, dass das Verhältnis zwischen Kassen und Unfallversicherungsträgern lange Zeit doch recht stark durch *wechselseitige Vorbehalte, Abgrenzungen, Animositäten und auch Mißverständnisse* geprägt war. Im Kreise der Gesundheitsförderer der Kassen begegnete man häufig einer deutlichen Skepsis bezüglich der Fähigkeit der BGen zu innovativem Präventionshandeln, es war viel von Traditionalismus und Bürokratismus die Rede, man betrachtete die Zusammenarbeit tendenziell als lästige Pflicht und als wenig ergiebig (von einzelnen Personen, die man durchaus schätzte, vielleicht abgesehen). Auf BG-Seite wiederum bestand eine gewisse Neigung, die Kassen als Eindringlinge und illegitime Konkurrenten im ureigensten Zuständigkeits- und Handlungsbereich der UVT anzusehen; immer wieder wurde der Vorwurf des Vorbeigierens der Gesundheitsförderer an den Arbeitsschutzstrukturen (bzw. der Schaffung von „Doppelstrukturen“) laut; auch schienen öfters Zweifel an der Kompetenz und Seriosität der Kassenaktivitäten durch.

Inzwischen gibt es allerdings deutliche Anhaltspunkte dafür, dass solche Haltungen – sicherlich auch infolge eines gewissen Drucks, der von der 1996 gesetzlich fixierten „symmetrischen“ Kooperationsverpflichtung ausging und 1997 in einer neuen Rahmenvereinbarung der GKV- und GUV-Spitzenverbände mündete – im Abbau begriffen sind. Hierfür sprechen z.B. Resultate einer Ende 1999 von den GKV- und GUV-Spitzenverbänden durchgeführten Trägerbefragung zum Stand der Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (vgl. o.V. 2000; BINDZIUS 2001). Hiernach wurden von den befragten UVT insgesamt 233 Kooperationsprojekte berichtet, was gegenüber den Ergebnissen einer 1995 durchgeführten Bestandsaufnahme des HVBG eine Steigerung um rund 350% bedeutet. Von 26,8% der UVT wurde die Zusammenarbeit nach eigener Angabe „stark“ und von 53,7% „etwas“ ausgebaut; 19,5% berichteten von einem „gleichbleibenden“ Niveau. Rund zwei Drittel der UVT bewerteten die Zusammenarbeit mit Krankenkassen mit „gut“ bis „sehr gut“, 28,6% mit „ausreichend“ bis „befriedigend“, die Einstufung als „mangelhaft“ gab es dagegen nur vereinzelt. Vor diesem Hintergrund äußerten 80,9% der UVT die Absicht einer weiteren Intensivierung der Zusammenarbeit (BINDZIUS 2001: 462). Allerdings wird in dem genannten Statusbericht auch darauf verwiesen, dass die Entwicklungsdynamik der Kooperation und die erreichte Kooperationsdichte von Träger zu Träger deutlich variiere, und daraus die Schlussfolgerung gezogen, dass das vorhandene Kooperationspotenzial „offensichtlich“ bei weitem noch nicht ausgeschöpft sei (o.V. 2000: 3). Darüber hinaus scheint die Bewertung der Zusammenarbeit auf Seiten der Krankenkassen zwar alles in allem ebenfalls positiv, aber doch heterogener als bei den UVT auszufallen (ebd.).

Die Kooperation zwischen Krankenkassen und UVT umfasst ein breites Spektrum von Problembezügen, Formen und Intensitäten der Zusammenarbeit. Es reicht vom bloßen Informationsaustausch über die jeweils eigenen Aktivitäten und die mehr oder weniger regelmäßige Teilnahme von BG-Aufsichtspersonen an Sitzungen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte über die Zurverfügungstellung von AU-Daten durch die Kasse bis hin zu gemeinsamen betriebs- oder branchenbezogenen Praxisprojekten mit dem Ziel, präventiven Handlungsbedarf zu identifizieren und Betreibe maßnahmenorientiert zu beraten. „Ein-Punkt-Aktionen“, gemeinsame Informations- und Schulungsveranstaltungen für betriebliche Zielgruppen und verhaltenspräventive Trainingsangebote finden sich hier ebenso wie Kooperationsansätze, die stärker auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen gerichtet sind (einen relativ guten – wenngleich nicht erschöpfenden – Überblick über die Vielfalt vorhandener Kooperationsaktivitäten bietet: HVBG 2000c). Bis dato prominentester Ausdruck der Kooperation zwischen Kassen und UVT ist das von den Spitzenverbänden der GKV und GUV getragene und 1998-2002 durchgeführte „Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit (IPAG)“ (vgl. <http://www.gesundheit-und-arbeit.de/gua/pages/projekte/ipag.htm>), welches darauf abzielte, Möglichkeiten einer *kassenartenübergreifenden* Auswertung von AU-Daten sowie branchenbezogene Kooperationsstrukturen und Präventionsansätze speziell für kleine und mittelständische Betriebe modellhaft zu entwickeln und zu erproben. Über den Zielerreichungsgrad dieses Programms lässt sich mangels veröffentlichter Resultate bislang recht wenig angeben (informelle Berichte fallen wie gesagt [s. Anm. 26] z.T. skeptischer aus als die offiziellen Verlautbarungen), immerhin aber hat die mit KOPAG begonnene und mit IPAG fortgeführte Zusammenarbeit inzwischen in der „Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA)“ eine fest institutionalisierte (wenngleich wieder auf den HVBG und den BKK-Bundesverband beschränkte) Form gefunden.

Die zuvor zitierte Feststellung, dass das Kooperationspotenzial zwischen Kassen und UVT zu einem erheblichen Teil erst noch zu erschließen sei (was wohl nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht gelten dürfte), kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass trotz aller genannten Fortschritte doch nach wie vor eine Reihe von *Problemen und Hindernissen* existieren, die eine Zusammenarbeit beider Seiten erschweren. Solche Probleme werden in der o.g. Bestandsaufnahme der Spitzenverbände (o.V. 2000: 4 ff.) oder in einschlägigen Podiumsveranstaltungen (HVBG 2000c: bes. 80 ff.) durchaus benannt und konnten auch in einem eigenen Forschungsprojekt identifiziert werden (LENHARDT 2000: 37 ff.).

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung scheint uns in diesem Zusammenhang die Tatsache zu sein, dass man es die in den beiden Institutionen immer noch mit deutlich *differierenden präventionsbezogenen Problemverständnissen und Handlungsorientierungen* zu tun hat. Zwar ist nicht übersehen, dass sich in den Strategien und Konzepten, wie sie etwa von Seiten des HVBG formuliert werden, inzwischen ein erweitertes Verständnis von Arbeitsschutz durchgesetzt hat, das vielfältige Über-

schneidungen mit dem Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung aufweist. Dennoch spricht u.E. vieles dafür, dass in der alltäglichen Aufsichts- und Beratungspraxis der UVT tradierte, auf Normerfüllung, Technik und Unfallrisiken fixierte Sichtweisen und Handlungsmuster, innerhalb derer das Gedankengut der Gesundheitsförderung erst einmal recht wenig Platz hat, immer noch eine starke Prägekraft besitzen.

Ein weiteres (u.E. mit dem eben genannten eng zusammenhängendes) Problem liegt – zumindest nach dem Dafürhalten von BG-Vertretern – darin, die *jeweiligen Zuständigkeitsbereiche der Kassen und UVT* als Voraussetzung für eine geregelte Zusammenarbeit *klar zu definieren*: Wer hat welche Aufgaben? Wie sind diese voneinander abzugrenzen? Inwieweit ist das überhaupt möglich und nötig? Wo konkret fängt die Zusammenarbeitspflicht an und wo endet sie? – all dies bereitet den Beteiligten vielfach offenbar doch einiges Kopfzerbrechen. Auf den ersten Blick scheint die Frage, in welchem Verhältnis die Handlungskompetenzen und Aktivitäten der Kassen nach § 20,2 SGB V zu den anderweitig definierten Akteurzuständigkeiten im Arbeits- und Gesundheitsschutz stehen, im Gesetz hinreichend geregelt zu sein: Betriebliche Gesundheitsförderung soll nicht in den Arbeitsschutz übergreifen, sondern diesen ergänzen; bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – die nach SGB VII und ArbSchG einen Bereich des Arbeitsschutzes darstellt und deshalb in § 20,2 SGB V von der betrieblichen Gesundheitsförderung unterschieden wird – arbeiten die Kassen mit den UVT zusammen, erhalten aber – anders als die UVT – keine autonome institutionelle Zuständigkeit. Grundsätzlich wird hier also eine Abgrenzbarkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz als distinkten Aufgaben- und Handlungsfeldern unterstellt.

Eine solche Abgrenzung scheint vergleichsweise leicht zu fallen, wenn man – wie dies von berufsgenossenschaftlicher Seite auch getan wird (vgl. COENEN/BINDZIUS 2000: 505) – als „Sortierungskriterien“ den Verpflichtungs- bzw. den Freiwilligkeitscharakter von Maßnahmen heranzieht: Hiernach zählt alles, wofür es klare, rechtsverbindliche Regelungen gibt, zum Arbeitsschutz und unterliegt (sofern es nicht in die ausschliessliche Kompetenz staatlicher Organe fällt) der Zuständigkeit der UVT, die die Arbeitgeber bei der Erfüllung entsprechender Pflichten überwachen und beraten. Massnahmefelder, die für die Gesundheit der Beschäftigten bedeutsam sein mögen, denen aber keine konkreten rechtlichen Handlungsverpflichtungen der Arbeitgeber zugrunde liegen, wären demgegenüber zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu zählen und stünden den Krankenkassen offen.³⁴

34 In dem Falle, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung geeignet sind, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, bestünde jedoch auch für die UVT die Verpflichtung zum Ergreifen solcher Maßnahmen. Dies ergibt sich u.E. aus den §§ 1 und 14,1 SGB VII („mit *allen* geeigneten Mitteln“).

Bei näherer Betrachtung haften dem Versuch, Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in der genannten Weise auseinander zu dividieren, dann doch einige Probleme an. Mit der Ausweitung auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die menschengerechte Gestaltung der Arbeit – und besonders in dem Maße, wie er diese auch unter den Aspekten der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen (z.B. Handlungs- und Entscheidungsspielräume) sowie der Persönlichkeitsförderung als seine Handlungsfelder begreift (vgl. ebenfalls COENEN/BINDZIUS 2000: 505 f.) – bewegt sich der Arbeitsschutz nämlich tendenziell selbst in Maßnahmenbereiche hinein, deren rechtlich verpflichtender Charakter nicht eindeutig feststeht bzw. kaum über detaillierte Normen, die harte Kriterien für die „Erfüllung“ oder „Nichterfüllung“ enthalten, operationalisierbar ist. Deshalb ist es auch durchaus folgerichtig, wenn BINDZIUS (2001: 462) von zahlreichen „Schnittmengen“ zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung spricht und davon ausgeht, „dass heutige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung möglicherweise in der Zukunft solche des Arbeitsschutzes sein können“. Ob diese Aussage auch dann Sinn macht, wenn man an der starren definitorischen Trennung zwischen dem Arbeitsschutz als „Pflicht“ und der Gesundheitsförderung als „Kür“ festhält, ist allerdings zu bezweifeln: Entweder man begreift Gesundheitsförderung in einem *konzeptionellen* Sinne als eine inhaltliche und verfahrensmäßige Erweiterung präventiven Handelns, die der Arbeitsschutz in sich aufnehmen muss, oder man sieht sie lediglich als Label für all jene Dinge, die sozusagen im Belieben des Arbeitgebers stehen und getrost der Angebotspolitik der Kassen überlassen werden können. Gesundheitsförderung droht dann aber zu einer bloßen Residualgröße zu werden, die im wesentlichen nurmehr „freiwillige“ Maßnahmen zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens und zur individuellen Belastungsbewältigung umfasst (COENEN/BINDZIUS: 506; oder auch: KÖHLER 2001: 528).

Die Unentschiedenheit und Widersprüchlichkeit berufsgenossenschaftlicher Positionen in dieser Frage lässt sich an einem Aufsatz von KÖHLER (2001) beispielhaft demonstrieren: Einerseits versucht der Autor (ähnlich wie BINDZIUS) die postulierte „begriffliche und inhaltliche Klarheit“ (ebd.: 527) dadurch zu gewinnen, dass er die rechtlich als Arbeitgeberpflicht definierten Aufgaben dem Arbeitsschutz zuschlägt und von den „freiwilligen“ Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung abgrenzt. An anderer Stelle (ebd.: 528) schreibt er dann aber, dass „Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit, die der Arbeitgeber zu treffen hat (m.a.W.: zu denen er verpflichtet ist; UL), ... sich in manchen Fällen inhaltlich auch als Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit begreifen (lassen)“. Dem ist durchaus zuzustimmen. Doch selbst wenn der Autor konkret sagen könnte, in *welchen* Fällen die genannten Maßnahmen als betriebliche Gesundheitsförderung zu begreifen wären, stünde die Aussage im Widerspruch zu seiner „Sortierung“ des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand der Begriffe Verpflichtung/Freiwilligkeit – es sei denn, er räumte ein, dass nicht alle Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ver-

pflichtend seien (womit dann aber die gängige berufsgenossenschaftliche Definition von Arbeitsschutz hinfällig würde). Vielleicht ist es der Versuch, einen Ausweg aus diesem Dilemma zu finden, wenn KÖHLER im folgenden den Gegenstandsbereich des Arbeitsschutzes soweit einengt, dass dieser nurmehr drohende „Schädigungen durch *medizinisch feststellbare* Verletzungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen“ umfasst (ebd.; Hervorh. UL). Als Konsequenz daraus werden Aspekte der Persönlichkeitsförderlichkeit aus dem Begriff der „menschengerechten Gestaltung der Arbeit“ herausdefiniert, was u.E. aber nicht nur hinter den erreichten Stand arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse zurückfällt, sondern auch in deutlichem Kontrast zur weiter oben zitierten Position von COENEN/BINDZIUS (2000: 505) steht.

Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen UVT und Krankenkassen werden in der Praxis auch durch eine ganze Reihe von *organisatorischen Problemen* eingeschränkt. So wird z.B. sehr häufig die Schwierigkeit beklagt, den für ein Kooperationsprojekt erforderlichen Arbeitsaufwand zusätzlich zu den „eigentlichen“ Kernaufgaben im *knappen Zeitbudget* der „vor Ort“ tätigen Präventionsfachkräfte unterzubringen – und selbst wenn eine BG-Aufsichtsperson neben den von ihr durchzuführenden Betriebsrevisionen, Routinemessungen, Schulungen etc. im Prinzip noch „Luft“ haben sollte, ist damit noch keineswegs gesagt, dass sie diese Zeit auch genau dann erübrigen kann, wenn es der Ablauf eines konkreten Betriebsprojekts erfordert. Von daher überrascht es nicht, dass oft von dem Problem gesprochen wird, „einen gemeinsamen Termin hinzukriegen“. Angesichts der Unwahrscheinlichkeit einer baldigen *deutlichen* Ausweitung von Personalkapazitäten in den Präventionsdiensten dürfte dieses Phänomen auch in absehbarer Zukunft ein „Dauerbrenner“ bleiben.

Zum Teil hängen die einer funktionierenden Kooperation entgegenstehenden Organisationsprobleme auch eng mit der jeweiligen *institutionellen Verfasstheit* der beiden Träger zusammen. Dies betrifft etwa die *Wettbewerbsordnung der GKV und deren Gliederungsstruktur*, die – wie auch von BG-Seite des öfteren hervorgehoben wird – einige Barrieren für die Zusammenarbeit aufrichten: die zunehmende „Zersplitterung“ der Kassenlandschaft auf betrieblicher Ebene, die die Frage nach dem „Ansprechpartner“ der BG für eine Kooperation aufwirft; die Ausrichtung von Aktivitätsschwerpunkten der betrieblichen Gesundheitsförderung (auch) nach wettbewerbsbezogenen Kriterien, die sich mit den Prioritäten der BG nicht unbedingt decken; die Unmöglichkeit, Datenbestände der verschiedenen Kassen zusammenzuführen und in integrierter Form für die Präventionsarbeit nutzbar zu machen. Auf der anderen Seite scheinen sich aber auch institutionelle Grundmerkmale der UVT – konkret: deren quasi-hoheitlichen *Überwachungsfunktionen und Sanktionsbefugnisse* den Unternehmen gegenüber – als teilweise hinderlich für die Einbindung in gemeinsame Projekte mit den Kassen zu erweisen; so wird im Evaluationsbericht zu dem oben bereits erwähnten KMU-Modellprogramm der AOK Bayern darauf aufmerksam gemacht, dass in einigen Fällen die BG auf Wunsch des Betriebs nicht beteiligt wurde, weil die

Inhaber sie eher als Kontrollinstanz betrachteten (NFO INFRATEST GESUNDHEITSFORSCHUNG/AOK BAYERN 2002: 56).

Es liegt auf der Hand, dass die genannten Probleme und Hemmnisse, die ja z.T. auf historisch gewachsenen Strukturen und Handlungsmustern beruhen, nicht einfach durch ein überzeugendes Innovationskonzept, sondern nur durch langfristige, über die Erfahrung und deren kontinuierliche Reflexion führende organisationale Lernprozesse überwunden werden können. Dies setzt allerdings auch politische Rahmenbedingungen voraus, die den Institutionen eine hinreichende organisatorische Stabilität und strategische Kontinuität ermöglichen und sie nicht durch konkurrierende Handlungszwänge zu völlig anderen Prioritätensetzungen bewegen. Es wäre von daher ausgesprochen kritisch – der Hinweis sei hier abschließend erlaubt –, wenn z.B. die UVT durch konkrete Pläne zur (und sei es auch nur teilweisen) Privatisierung der gesetzlichen Arbeitgeber-Unfallversicherung in eine Situation gebracht würden, die einen „langen Atem“ bei der Entwicklung ihrer Präventionspraxis gar nicht mehr zulässt – dies ins Stammbuch derjenigen, die solche Überlegungen in ministerielle „Masterpläne“ hineinzuschreiben belieben und zugleich eine „Neue Qualität der Arbeit“ zu initiieren vorgeben.

6. Literatur

- ALBERTS, O.; KOPPELIN, F.; MARSTEDT, G.; MÜLLER, R. (2001): Integration älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer/innen des Öffentlichen Dienstes in die Erwerbstätigkeit. Abschlussbericht für die Hans-Böckler-Stiftung. Bremen.
- ALTGELD, T. (2002): Die Präventionspolitik bleibt symbolisch! Neue Diskussionen, Strukturen und die bestehende Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention. Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung 35/2002: 2-3.
- AOK-BUNDESVERBAND ET AL. (2001): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001. <http://www.g-k-v.com/newsakt/disk020701.html> (Zugriff: 18.12.2002).
- BADURA, B.; LITSCH, M.; VETTER, C. (Hg.) (2001): Fehlzeitenreport 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- BAETZ, U. (2000): Man sieht die Berufsgenossenschaft nun mit ganz anderen Augen! Wirkungsanalyse von Unternehmerseminaren. Die BG 5/2000: 268-275.
- BELLWINKEL, M. (2001): Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit von Unfallversicherung und Krankenkassen – IPAG. Abschlussveranstaltung am 28. Juni 2001 in Berlin. Die BKK 89: 384-385.
- BELLWINKEL, M.; CHRUSCZ, D.; SCHUMANN, J. (1998): Neue Wege der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Eine integrierte Analyse von Sozialversicherungs- und Betriebsdaten. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Bd. 1, hrsg. v. BKK-Bundesverband. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- BERTELSMANN-STIFTUNG; HANS-BÖCKLER-STIFTUNG (2002): Vorläufiger Zwischenbericht der Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“, 8. Oktober 2002. Vervielf. Manusk. o.O.
- BINDZIUS, F. (2001): Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Stand der Umsetzung bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die BG 9/2001: 458-463.
- BKK-BUNDESVERBAND (Hg.) (1999): Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa – Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Essen: BKK-Bundesverband.

- BKK-BUNDESVERBAND; HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFGENOSSENSCHAFTEN (HVBG) (Hg.) (1999): Erkennen und Verhüten arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Ergebnisse aus dem Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Bd. 10, hrsg. v. BKK-Bundesverband. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND UNFALLFORSCHUNG (BAU) (Hg.) (1980): Arbeitsschutzsystem – Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland, 5 Bde. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung, Forschungsbericht Nr. 232. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (BMA) (Hg.) (1998): Arbeitssicherheit '98 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Bonn: BMA.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (BMA) (Hg.) (1999): Arbeitssicherheit '99 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Bonn: BMA.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (BMA) (Hg.) (2001): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2000 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Bonn: BMA.
- COENEN, W. (1997): Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – eine neue Dimension des Arbeitsschutzes? Die BG 5/1997: 222-231.
- COENEN, W. (2000): Begrüßung und Einführung. In: HVBG (2000a), 11-16.
- COENEN, W.; WALDECK, D.; ZIEGENFUß, B. (1995): Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit: Berufsgenossenschaftliches Präventionskonzept. Die BG 2/1995: 62-68.
- COENEN, W.; BINDZIUS, F. (2000): Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung bei der Arbeit unter dem Blickwinkel der Berufsgenossenschaften. Die BG 9/2000: 502-507.
- DEHNE, A.; FROMM, C.; PRÖLL, U. (1997): Prävention in der handwerklich-kleinbetrieblichen Arbeitswelt. Leitbilder – Trägerpotentiale – Interventionserfahrungen. Zwischenbericht über das Vorhaben „Gesundheitsförderliche Potentiale kleiner Betriebe als Ansatzpunkte spezifischer Präventionskonzepte“, gefördert im Programm „Arbeit und Technik“ des BMBF (FKZ: 01HK9602/0). Dortmund: sfs.
- DEMMER, H.; BINDZIUS, F. (1996): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Prävention 19: 55-57.
- DIDIER, V. (2001): Kompetenzentwicklung des Aufsichtspersonals der Berufsgenossenschaften – Was kann berufsbegleitende Qualifizierung leisten? Die BG 8/2001: 392-394.
- DRUPP, M.; OSTERHOLZ, U. (1997): Prospektiver Beitragsbonus – Ein Innovationsinstrument der AOK–Die Gesundheitskasse für Niedersachsen zur Förderung von Gesundheitsmaßnahmen in der Arbeitswelt. DOK (Die Ortskrankenkasse) 79: 186-191.
- DRUPP, M.; OSTERHOLZ, U. (1998): „Prospektiver Beitragsbonus“ – Ein Projekt der AOK Niedersachsen zur Förderung von integrativen Gesundheitsmaßnahmen in der Arbeitswelt. In: MÜLLER/ROSENBRÖCK (1998), 349-371.

- EHNES, H. (1999): Alternatives arbeitsmedizinisches Betreuungskonzept der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft – Führungskonzepte unter Integration des berufsgenossenschaftlichen Unternehmermodells. In: BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (Hg.): Zugangswege zur arbeitsmedizinischen Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben. Informationsveranstaltung vom 20. März 1999. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 97. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 22-55.
- ELKELES, T.; GEORG, A. (2002): Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Evaluation eines Modellprogramms. Weinheim, München: Juventa.
- ERTEL, M.; HAAKE, G. (2001): Belastungen und Gesundheitsrisiken von Freelancern – der Arbeitstypus der Zukunft? In: PICKSHAUS/SCHMITTHENNER/URBAN (2001), 112-121.
- FISCHER, K.J.; RENTROP, M. (1997): Berufsgenossenschaftliches Vorschriften- und Regelwerk in einer Neuordnungskonzeption. Die BG 9/1997: 456-463.
- GERLINGER, T. (2000): Arbeitsschutz und europäische Integration. Europäische Arbeitsschutzrichtlinien und nationalstaatliche Arbeitsschutzpolitik in Großbritannien und Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- GOUDSWAARD, A.; ANDRIES, F. (2002): Employment status and working conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- GRÖBEN, F. (2000): Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen. Befunde der staatlichen Dienststellen. Universität Karlsruhe (TH), Institut für Sport und Sportwissenschaft, Institutsbericht Nr. 8. Karlsruhe: Universität.
- GRÖBEN, F.; BÖS, K. (1999): Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Maßnahmen und Erfahrungen – ein Querschnitt. Berlin: Edition Sigma.
- GRUBER, H.; MIERDEL, B. (1997): Leitfaden für die Gefährdungsbeurteilung. Bochum: Verlag Technik & Information.
- HAHN, D.; LÖSTER, C. (2001): Ressourcen und Problemfelder des AGS aus Sicht einzelner Akteure. In: KASTNER ET AL. (2001), 425-454.
- HARTMANN, S.; TRAUER, H.C. (1996): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld. Ulm: Universitätsverlag.
- HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN (HVBG) (1993): Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit: Berufsgenossenschaftliches Präventionskonzept. Die BG 2/1995: 65.
- HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN (HVBG) (Hg.) (2000a): BGZ-Erfahrungsaustausch „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren – Handlungsbedarf der Berufsgenossenschaften“. BGZ-Report 2/2000. St. Augustin: HVBG.

- HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN (HVBG) (Hg.) (2000b): Gefährdungsbeurteilung – Unterstützung der Betriebe bei der Gefährdungsbeurteilung durch die gewerblichen Berufsgenossenschaften. BGZ-Report 5/2000. St. Augustin: HVBG.
- HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN (HVBG) (Hg.) (2000c): Forum „Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ – Bilanz und Perspektiven, am 28 September 2000 im Gustav-Stresemann-Institut Bonn. St-Augustin: HVBG.
- HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN (HVBG) (Hg.) (2002): Präventionsaktionen für kleine und mittlere Unternehmen. BG-Information BGI 841. St. Augustin: HVBG.
- INSTITUT ARBEITSWISSENSCHAFT UND TECHNOLOGIEMANAGEMENT, UNIVERSITÄT STUTTGART (IAT); HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN (HVBG) (1996): Das Berufsbild des Technischen Aufsichtsbeamten – Aufsichtspersonen gemäß § 18 SGB VII. Unveröff. Ms. o.O.
- JANSEN, R. (2000): Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und Veränderungen auf betrieblicher Ebene. In: W. DOSTAL ET AL. (Hg.): Wandel der Erwerbsarbeit: Arbeitssituation, Informatisierung, berufliche Mobilität und Weiterbildung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 231. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 39-65.
- KASTNER, M. ET AL. (Hg.) (2001): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft. Ergebnisbericht des Projektes gesina. Werkstattberichte aus Wissenschaft + Technik Wb 21. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- KÖHLER, T. (2001): Betriebliche Gesundheitsförderung aus berufsgenossenschaftlicher Sicht. Die BG 10/2001: 526-529.
- KOTTHOFF, H.; REINDL, J. (unter Mitarb. v. Th. Döring) (1999): „Fitneßtraining“ – Betriebliche Reorganisation im Saarland. AK-Beiträge 2/1999. Saarbrücken: Arbeitskammer des Saarlandes.
- KRAEMER, R. (2002): AOK-Engagement: Ein Moderator der Veränderung. Gesundheit und Gesellschaft Spezial 11/02: 6-7.
- KUTSCHER, J. (2002): Das Unternehmermodell der sicherheitstechnischen Betreuung – eine wirksame Alternative zur Regelbetreuung. Die BG 9/2002: 464-468.
- LEICHSENRING, C. (1998): Ein Start mit Schwierigkeiten – die Bekämpfung der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Die BG 2/1998: 88.
- LEMINSKY, G. (2002): Plädoyer für einen neuen Typus von Intervention in der betrieblichen Gesundheitspolitik. Unveröff. Manuskript.
- LENHARDT, U. (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung. Berlin: Edition Sigma.

- LENHARDT, U. (Hg.) (2000): Betriebliche Prävention im Umbruch – Stand und Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 11. Februar 2000 in Magdeburg. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P00-202. Berlin: WZB.
- LENHARDT, U. (Hg.) (2001a): Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege? Dokumentation eines Workshops des WZB und des MAFGS Sachsen-Anhalt am 5. April 2001 in Magdeburg. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P01-208. Berlin: WZB.
- LENHARDT, U. (2001b): Neue Arbeitsformen zwischen Gesundheitsrisiken und Ressourcen. Herausforderungen für eine gesundheitsförderliche Arbeitspolitik. In: PICKSHAUS/SCHMITTHENNER/URBAN (2001), 51-68.
- LENHARDT, U. (2003): Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 11 (1) (i.E.).
- LÖSTER, C. (2001): Zum Unternehmermodell der Berufsgenossenschaften. In: KASTNER ET AL. (2001), 533-538.
- MASCHINENBAU- UND METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT (Hg.) (o.J.): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in Kleinbetrieben der Metallbearbeitung und -verarbeitung. Ergebnisse der Aktion „Arbeitsmedizinische Betreuung in Kleinbetrieben“(AMIK). o.O. (Düsseldorf).
- MASCHINENBAU- UND METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT (Hg.) (2002): Wettbewerbsfähig und gesund durch neue Strategien. Arbeitsschutz für kleine und mittlere Unternehmen. Düsseldorf: MMBG.
- MEHRHOFF, F. (1998): Erneuerte Handlungsfelder für die Berufsgenossenschaften. Sozialer Fortschritt 47: 279-282.
- MEIERJÜRGEN, R.; KNORN, H.J. (1997): Überspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund gesetzlicher Neuregelungen. Soziale Sicherheit 46: 43-48.
- MEIXNER, T. (2002): Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in Betrieben – „VAGIB“. In: VERWALTUNGSGEMEINSCHAFT MASCHINENBAU- UND METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT/HÜTTEN- UND WALZWERKS-BERUFSGENOSSENSCHAFT (Hg.): Moderne Unfallverhütung, Heft 46. Essen: Vulkan, 32-33.
- MERLLIÉ, D.; PAOLI, P. (2002): Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- MEYER, M. (2001): Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz. Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Bd. 21, hrsg. v. BKK-Bundesverband. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, QUALIFIKATION UND TECHNOLOGIE (MASQT) DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hg.) (2001): Notiert in NRW. Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen. Jahresbericht 2000. Düsseldorf: MASQT.
- MORSCHHÄUSER, M. (2001): Demographischer Wandel: Herausforderungen an die betriebliche Gesundheits- und Personalpolitik. In: BADURA/LITSCH/VETTER (2001), 24-33.
- MÜLLER, R.; DEHNE, A. (1996): Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in der gesetzlichen Krankenversicherung Niedersachsens. Unveröff. Projektbericht. Bremen.
- MÜLLER, R.; ROSENBROCK, R. (Hg.) (1998): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. St. Augustin: Asgard.
- NFO INFRATEST GESUNDHEITSFORSCHUNG; AOK BAYERN (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Ein Modellprojekt der AOK Bayern. München, Nürnberg.
- NORDDEUTSCHE METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT (2001): Metall-Berufsgenossenschaften nehmen Stress bedingte Gesundheitsgefahren ins Visier. Gesund + Sicher 7/2001 (www.nmbg.de/informationen/gus_0107/inf_gus_praev_0107.html) (Zugriff: 30.11.2001).
- o.V. (2000): Zusammenarbeit zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Bestandsaufnahme der Spitzenverbände. Unveröff. Ms. o.O.
- o.V. (2002): LauRA Langzeitarbeitsunfähigkeit – Rehabilitation in der Arbeitswelt. Aktuell – Gesundheitsforum Niedersachsen (hrsg. vom AOK-Institut für Gesundheitsconsulting) 1/2002: 11.
- OSTERHOLZ, U.; SCHOTT, S. (2001): Das Bonus-Modellvorhaben – auf dem Weg zu einem kennzahlengesteuerten integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: BADURA/LITSCH/VETTER (2001), 160-175.
- PFÄFF, H. (2002): Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. Unveröff. Ms. Köln.
- PICKSHAUS, K.; SCHMITTHENNER, H.; URBAN, H.-J. (Hg.) (2001): Arbeiten ohne Ende. Neue Arbeitsverhältnisse und gewerkschaftliche Arbeitspolitik. Hamburg: VSA.
- PRIESTER, K. (1998): Betriebliche Gesundheitsförderung. Voraussetzungen – Konzepte – Erfahrungen. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- PRIESTER, K. (2002): Kassenausgaben für Gesundheitsförderung wachsen nur noch langsam. Arbeit & Ökologie-Briefe 5/2002: 7-9.
- PRÖLL, U. (1991): Arbeitsschutz und neue Technologien. Handlungsstrukturen und Modernisierungsbedarf im institutionalisierten Arbeitsschutz. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- PRÖLL, U. (Hg.) (1998): Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen. Erweiterte Dokumentation eines Workshops der Sozialforschungsstelle Dortmund am 28. April 1998. Dortmund: sfs.
- PRÖLL, U. (Red.) (2000): Sicherheit und Gesundheit im Kleinbetrieb – Zwischenbilanz und Perspektiven praktischer Handlungsansätze des Arbeitsschutzes. Dokumentation eines Workshops der Sozialforschungsstelle Dortmund vom 22. Februar 2000. Dortmund: sfs.
- PRÖLL, U.; GUDE, D.; ERTEL, M. (2001): Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen – Theoretisch-methodisches Rahmenkonzept und Leithypothesen der Risikoabschätzung. Werkstattbericht aus dem Forschungsprojekt F5160 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin: IfADo/sfs/BauA.
- QUATRO-PROJEKT TRANSALT (Hg.) (2000): Ansätze einer altersübergreifenden Personalpolitik. Dokumentation zur Abschlussveranstaltung des QUATRO-Projektes TransAlt am 7.12.2000 beim Arbeitgeberverband Ruhr/Lenne e.V, Iserlohn. http://www.aiq.de/Dokumente/abschluss_transalt.pdf (Zugriff: 24.1.2003).
- RADEK, E. (1997): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren. Erweiterung des Präventionsauftrages der Berufsgenossenschaften. Die BG 7/1997: 351 ff.
- REDMANN, A.; REHBEIN, I. (2000): Gesundheit am Arbeitsplatz. Eine Analyse von mehr als 100 Mitarbeiterbefragungen des WIdO 1995-1998. WIdO-Materialien 44. Bonn: WIdO.
- RENTROP, M. (1999): Neuordnung des berufsgenossenschaftlichen Vorschriften- und Regelwerkes. Die BG 4/1999: 208-213.
- REUSCH, J. (2001): Mehr Arbeitsintensität, mehr Zeit- und Leistungsdruck. Forschungsergebnisse zum Belastungswandel. In: PICKSHAUS/SCHMITTHENNER/URBAN (2001), 84-100.
- REUSCH, J. (2003): Wenn die Wirtschaftslobby Bürokratie abbauen lässt – ein „Masterplan“ des Bundeswirtschaftsministeriums zur Demontage des Arbeitsschutzes. http://www.oekobriefe.de/archiv/material/kommentar_masterplan.pdf (Zugriff: 24.1.2003).
- RICHTER, G. (2001): Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen im Arbeitsleben. In: PICKSHAUS/SCHMITTHENNER/URBAN (2001), 155-174.
- RITTER, A.; REIM, O.; SCHULTE, A. (2000): Praxisbeispiele für eine erfolgreiche Integration von Sicherheit und Gesundheitsschutz in zeitgemäße Führungskonzepte kleiner Betriebe – Models of good Practice. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsanwendung Fa 49. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- ROSENBROCK, R. (1985): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung – ein Thema in einer Arena. In: F. NASCHOLD (Hg.): Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung. Frankfurt a.M., New York: Campus, 367-404.
- ROSENBROCK, R.; LENHARDT, U. (2002): Anpassungs- und Modernisierungsprozesse im System arbeitsweltbezogener Präventionsakteure vor dem Hintergrund neuer Aufgabende-

definitionen und institutioneller Zuständigkeiten. Forschungsprojekt des Berliner Zentrums Public Health, durchgeführt am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, AG Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ: 01EG9825/2) – Schlussbericht. Berlin.

SOCHERT, R. (1998): Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Bd. 3, hrsg. v. BKK-Bundesverband. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

SOCHERT, R. (2002): Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Neue Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Bd. 25, hrsg. v. BKK-Bundesverband. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

SOKOLL, G.; COENEN, W. (1995): Warum brauchen die Berufsgenossenschaften eine Erweiterung des Präventionsauftrags zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren? Die BG 9/1995: 460-462.

STAATLICHE ARBEITSSCHUTZVERWALTUNG DES LANDES HESSEN (o.J.): Gefährdungsbeurteilung: Ein Instrument für mehr Sicherheit im Betrieb. Dokumentation eines Erfahrungsaustauschs zwischen der Hessischen Arbeitsschutzverwaltung und dem Landesverband Hessen-Mittelrhein und Thüringen der gewerblichen Berufsgenossenschaften. <http://www.sozialnetz-hessen.de/arbeitsschutz/gefaehrungsbeurteilung.pdf> (Zugriff: 21.10.2002)

STROTHOTTE, G. (1999): Das Unternehmermodell – Förderung der Eigenverantwortung im Arbeitsschutz in kleinen und mittleren Unternehmen. Die BG 8/1999: 458-462.

STROTHOTTE, G. (2001): Neu geordnet: Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit. Die BG 5/2001: 236-241.

SÜDDEUTSCHE METALL-BERUFSGENOSSENSCHAFT (2001): Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastungen – Was leistet die Süddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft? http://www.smbg.de/sites/arbeitsschutz/gesundheitschutz/psychische_gefaehrdung/thema_set.htm (Zugriff: 19.3.2001).

UNFALLVERHÜTUNGSBERICHT (1993, 1995): Bericht der Bundesregierung über den Stand der Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland – Unfallverhütungsbericht Arbeit (1993 = Bundestags-Drucksache 13/122 vom 21.12.1994; 1995 = Bundestags-Drucksache 13/6120 vom 13.11. 1996).

WATTENDORFF, F. (1999): Qualifizierung der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Erfüllung des Präventionsauftrages. St. Augustin: Asgard.

WATTENDORFF, F. (2002): Umsetzung des erweiterten Präventionsauftrags der gesetzlichen Unfallversicherung. Unveröff. Ms. Hannover.

WENNINGER, G.; NOLD, H. (1995): Psychologie der Arbeitssicherheit: ein Weiterbildungskonzept für Führungskräfte. In: C. GRAF HOYOS; G. WENNINGER (Hg.): Arbeitssicherheit und

Gesundheitsschutz in Organisationen. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie, 241-267.

ZINK, K.J.; THUL, M.J. (1998): Gesundheitsassessment – ein methodischer Ansatz zur Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In: MÜLLER/ROSENBROCK (1998), 327-348.