

## **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**

Lenhardt, Uwe (Ed.)

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerk / collection

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

### **Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Lenhardt, U. (Hrsg.). (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* (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 00-202). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-233894>

### **Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use:**

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

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

P00-202

**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

herausgegeben von

**Uwe Lenhardt**

Berlin, Juli 2000

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

## Abstract

Das vorliegende Papier enthält die Dokumentation eines Workshops, der von der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (MAFGS) am 11.2.2000 in Magdeburg durchgeführt worden ist.\* Den Kontext des Workshops bildet das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Berliner Zentrums Public Health (BZPH) geförderte Forschungsprojekt „Anpassungs- und Modernisierungsprozesse im System arbeitsweltbezogener Präventionsakteure vor dem Hintergrund neuer Aufgabendefinitionen und institutioneller Zuständigkeiten“ (FKZ: 01EG9825/2). *Ziel des Workshops* war es, die bislang gewonnenen Befunde zu Wandlungstendenzen im System des präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes und zu deren fördernden und hemmenden Bedingungen einem ausgewählten Kreis von Akteuren aus staatlichen Arbeitsschutzbehörden, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Verbänden der „Sozialpartner“ sowie Arbeitsschutzdiensten vorzustellen, mit diesen zu diskutieren und daraus Anhaltspunkte für eventuell erforderliche Ergänzungen und Modifikationen der Forschungsergebnisse zu erhalten. Dabei wurden folgende *Themenkomplexe* vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen im Lande Sachsen-Anhalt behandelt: *zum ersten* die veränderten Aufgabenstellungen und Handlungsbedingungen der am Arbeitsschutz bzw. an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligten Institutionen und darauf bezogene Ansätze – wie auch Probleme und Defizite – ihrer strategischen und alltagspraktischen Verarbeitung; *zum zweiten* die Voraussetzungen, Möglichkeiten und Erfahrungen mit neuen Kooperationen im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung; *zum dritten* schließlich Probleme und Lösungsansätze hinsichtlich der Umsetzung erweiterter Präventionsverpflichtungen und -konzepte auf der betrieblichen Ebene. Der Workshop machte einerseits zwar deutlich, daß sich im System arbeitsweltbezogener Prävention eine Vielfalt neuer Instrumente, Handlungsmodelle und Kooperationsstrukturen herausgebildet hat; er zeigte andererseits aber auch, daß man in vielen Problembereichen eher noch am Anfang steht, es nach wie vor eine recht große Heterogenität in den Erfahrungen und Einschätzungen der beteiligten Akteure gibt und diese sich noch stark aufeinander zubewegen müssen. So scheint den Akteuren des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung keineswegs durchgängig klar zu sein, inwieweit sie tatsächlich auf gleiche Ziele hinarbeiten; hinsichtlich der „Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ bedarf es offenbar noch eines Prozesses der Verständniskonkretisierung, der die Schnittmenge mit der betrieblichen Gesundheitsförderung allmählich deutlicher hervortreten lassen kann.

---

\* Besonderer Dank für technische und organisatorische Assistenz bei der Vorbereitung und Dokumentation des Workshops gebührt Hannelore Rees sowie Dipl.-Soz. Gesine Bär.

# Inhalt

	Seite
Eröffnungswort <i>Prof. Dr. Dieter Schimanke, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt</i> .....	7.
Zum Projektkontext des Workshops <i>Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung</i> .....	13.
Referat zu Themenblock 1: Veränderte Anforderungen an die institutionellen Träger des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung: Aufgabenverständnisse – Anpassungsbedarf – Handlungsstrategien <i>Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung</i> .....	19.
Zusammenfassung der Diskussion zu Themenblock 1 .....	27.
Referat zu Themenblock 2: Neue Kooperationen im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung: Voraussetzungen, Möglichkeiten und Erfahrungen der institutionellen Zusammenarbeit <i>Thomas Gerlinger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung</i> .....	37.
Zusammenfassung der Diskussion zu Themenblock 2 .....	43.
Referat zu Themenblock 3: Die Umsetzung erweiterter Präventionsverpflichtungen und -konzepte in den Betrieben: Probleme und Lösungsansätze für die Verwirklichung einer modernen betrieblichen Arbeitsschutzpraxis <i>Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung</i> .....	51.
Zusammenfassung der Diskussion zu Themenblock 3 .....	57.
Teilnehmer des Workshops .....	67.

## **Eröffnungswort**

*Prof. Dr. Dieter Schimanke, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt*

Im Namen des Ministeriums heiÙe ich Sie zu unserem heutigen Workshop „Betriebliche Prävention im Umbruch“ herzlich willkommen. Ich begrüÙe insbesondere die Vertreter unseres Kooperationspartners, des Wissenschaftszentrums Berlin, mit Herrn Dr. Lenhardt an der Spitze.

Das Wissenschaftszentrum Berlin ist eine ganz interessante Einrichtung. Früher haben sich ja im wesentlichen die Länder mit ihren Universitäten um Sozialforschung gekümmert. Ende der sechziger Jahre dann hat der Bund aber gesagt, es gibt auch noch einen Bedarf daneben, und so ist damals das Wissenschaftszentrum Berlin gegründet worden. Dies wurde von der sonstigen Wissenschaftsszene zunächst natürlich mit Argusaugen betrachtet, in der Folgezeit hat sich die Einrichtung dann aber stabilisiert und bewährt. Gerade in den uns betreffenden Problemfeldern, nicht zuletzt dem Bereich Gesundheit im weiteren Sinne, wurde durch das WZB wertvolle Arbeit geleistet, von hier gingen sehr viele Anregungen und Innovationsimpulse aus; einiges ist inzwischen sogar in die Gesetzgebung eingegangen, die ganze Präventionsdebatte beispielsweise ist ja aktiv mitgestaltet worden. Der vor kurzem leider verstorbene Professor Naschold, um nur einen Wissenschaftler aus dem WZB zu nennen, hat über Arbeitswelt und Arbeitspolitik sehr grundlegende und wegweisende Erkenntnisse geliefert, insofern haben wir also mit dem WZB einen guten Partner, der auf viele Dinge zurückgreifen und verweisen kann, aber auch aktuell ist.

Ich möchte nun einleitend einige Punkte benennen, die gewissermaßen den Rahmen für den heutigen Workshop abstecken. Die Frage nach der Zukunft betrieblicher Prävention muß, denke ich, in einen größeren Zusammenhang gestellt werden, nämlich den Strukturwandel der Arbeitswelt. Ich will mich jetzt nicht über Schlagworte wie Globalisierung, Neue Medien und dergleichen verbreiten, das wäre zu allgemein und vielleicht auch zu trivial. Aber was wir auf jeden Fall zu verzeichnen haben, ist ein unwahrscheinlich dynamischer Wandel in der Arbeitswelt, in den Formen der Betätigung und Beschäftigung, dort, wo Leistungen erbracht werden durch arbeitende Menschen. Mit diesen Entwicklungen halten unsere begleitenden Regelwerke, unsere Versuche zur Gestaltung der Rahmenbedingungen, nicht immer Schritt, und damit umzugehen bereitet vielen der beteiligten Akteure erhebliche Probleme. Wenn die Bundesregierung ankündigt, daß sie in dieser Legislaturperiode noch an das Betriebsverfassungsgesetz und die Mitbestimmung herangehen will, dann ist dies nur ein Indikator hierfür unter vielen. Denn angesichts der aktuellen Ereignisse um Mannesmann und Vodafone kann man sich durchaus fragen, wie tragfähig das deutsche Mitbestimmungsrecht eigentlich noch ist. Irgendwie scheint hier etwas nicht mehr richtig zusammenzupassen.

In diesem Kontext stellt sich auch die Frage nach der künftigen Funktion von Tarifverträgen. Tarifverträge sind ja nicht nur Grundlage für die Entlohnung, sondern haben letztlich auch eine Ordnungsfunktion, eine gestaltende und austarierende Funktion in der Arbeitswelt. Werden sie

die auf Dauer noch haben? Es ist ein Trend zu beobachten in Richtung Modifizierung, vielleicht sogar Ersetzung flächendeckender tarifvertraglicher Normen durch Betriebsvereinbarungen oder andere betriebsspezifische Regelungen. Dies gilt gerade in den neuen Bundesländern, wo ja die klassische Funktion der Flächentarifverträge immer relativ schwach ausgebildet war. Aber auch in den Bereichen, wo es formell eine Tarifbindung gibt, finden wir oftmals eine andere Wirklichkeit vor. Das haben wir hier in der Arbeitsmarktabteilung durch unseren Arbeitsmarktmonitor, den wir jährlich durchführen, empirisch ganz gut belegen können. Also trotz bestehender Tarifverträge gibt es etwa bei der Entlohnung eine ganz andere Realität. Tariflöhne, die ja immer im Ost-West-Vergleich herangezogen werden, sind nicht die Wirklichkeit, das tatsächliche Lohnniveau liegt deutlich darunter.

Ein weiteres Beispiel: Im Rahmen unseres Bündnisses für Arbeit im Lande haben wir uns auch über die Umverteilung von Arbeit unterhalten und festgestellt, daß es hier im Prinzip durchaus ein Umverteilungspotential gibt, nämlich im Bereich der Überstunden. Allerdings: ein großer Teil der Überstunden wird gar nicht bezahlt. Diese Arbeit könnte man natürlich auf mehr Menschen verteilen, aber im Grunde nur um den Preis einer allgemeinen Lohnsenkung, denn es existiert ja kein finanzielles „Budget“, das gleichzeitig umzuverteilen wäre. Damit ist die Sache natürlich relativ uninteressant. Im Bündnis für Arbeit wurde das Thema deshalb Ende vergangenen Jahres abgehakt, da wir erkannt haben: das kann nicht der Weg sein, ein nennenswertes *reales* Umverteilungspotential bilden die Überstunden nicht.

Die Feststellung, daß wir es mit erheblichen Veränderungen in der Arbeitswelt zu tun haben, führt natürlich auch zu dem konkreten Thema Arbeitsschutz, Unfallverhütung, betriebliche Prävention. Statistisch gesehen, gibt es in diesem Bereich zunächst einmal eine relativ positive Bilanz in dem Sinne, daß es in den letzten Jahren und Jahrzehnten einen tendenziellen Rückgang der Arbeitsunfälle, insbesondere der gravierenden und tödlich verlaufenden, gegeben hat. Doch abgesehen davon sind die negativen Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit immer noch beträchtlich, hier entsteht nicht nur enormer menschlicher Schaden, vor allem in Form langfristiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sondern eben auch ein hoher volkswirtschaftlicher Schaden: Wenn wir z.B. im Rahmen der Rentenversicherung über Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten reden und sehen, daß hier Milliardensummen im Spiel sind, dann zeigt dies eben auch, welcher ein großer präventiver Handlungsbedarf nach wie vor besteht.

Was nun das Land Sachsen-Anhalt angeht, so haben wir durchaus parallele Entwicklungen, aber auch Besonderheiten zu verzeichnen. Genannt werden muß zunächst einmal die Betriebsstruktur hier im Lande, auf die wir immer Rücksicht nehmen müssen bei unseren Strategien: Wir haben fast keine Großunternehmen, kennzeichnend für Sachsen-Anhalt (mehr noch als im Bundesdurchschnitt) sind die kleinen und mittleren Betriebe, von klassischen Handwerksbetrieben bis zu Unternehmen in der Größenordnung von etwa 200 Arbeitnehmern – wobei ein Unternehmen, das 200 Beschäftigte hat, schon ein sehr markantes, bedeutendes Unternehmen ist. Wenn wir hohen Staatsbesuch haben, führen wir den dann auch dorthin, also hier beispielsweise, nicht weit

vom Ministerium entfernt, zur Firma FAM, Förderanlagen Magdeburg. Ein interessantes Unternehmen, das bis Santiago de Chile inzwischen Aufträge einfährt und dort Förderanlagen baut, aber es ist letztlich ein mittelständisches Unternehmen. So sieht also unsere Betriebsstruktur aus, und dies zu beachten ist wichtig für Arbeitsschutzstrategien, nicht zuletzt im Hinblick auf die Frage, inwieweit präventionsbezogenes Know How und entsprechende Professionalität in den Betrieben vorhanden ist oder eben auch nicht.

Dennoch: der betriebliche Umsetzungsgrad der Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz ist hier relativ hoch. Andererseits muß man aber auch nüchtern feststellen, daß die Qualität der Gefährdungsbeurteilungen und ihre Dokumentation noch unzureichend sind. Die Maßnahmen zur Verbesserung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes werden in vielen Fällen nicht mit der erforderlichen Konsequenz abgeleitet und verwirklicht, also hier gibt es zweifellos ein Defizit und einen Handlungsbedarf. Welche Erfolge durch konsequenten betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz erzielt werden können, läßt sich am erreichten Stand in jenen Betrieben Sachsen-Anhalts erkennen, die integrierte Managementsysteme unter Einschluß des Arbeitsschutzes verwenden. Diese Unternehmen weisen nämlich u.a. eine signifikant niedrigere Unfallhäufigkeit auf. Die Integration des Arbeitsschutzes in Führungsaufgaben und Managementstrukturen wird also durchaus als erfolgversprechende Strategie erkannt und in einzelnen Betrieben auch bereits verwirklicht.

Was nun die Zeitachse angeht: Kurzfristig lassen sich im Lande Sachsen-Anhalt Verbesserungen im betrieblichen Arbeitsschutz sicherlich dadurch erreichen, daß die Zusammenarbeit aller relevanten Akteure innerhalb und außerhalb des dualen Systems verstärkt wird. Herr Karsten kennt das, das duale System ist ein Lieblingsthema von mir. Als ich noch in der Wissenschaft war, habe ich einmal die Reichstagsprotokolle nachgelesen aus Bismarcks Zeiten. Diese Lektüre ist ganz interessant. Daraus geht nämlich klar hervor, daß das duale System in Deutschland deshalb entstanden ist, weil Bismarck bei der Sozialgesetzgebung den Konflikt mit dem Kapital gescheut hat. Das Kapital, also die Unternehmen, haben interveniert und gesagt, eine staatlich dominierte Unfallversicherung kommt nicht in Frage, wir regeln das selber. Dies führte dazu, daß neben die bereits bestehenden staatlichen Arbeitsschutzstrukturen eine von den Arbeitgebern selbst verwaltete Unfallversicherung getreten ist und wir somit bis heute ein duales System besitzen. Inzwischen sagen alle: Das ist ein ganz tolles System, selbst die Schweiz hat das ja übernommen. Jedenfalls haben wir nun einmal diese unterschiedlichen institutionellen Akteure und müssen sie zusammenbringen. Eine gewisse Spannungslage ist damit aber auch vorhanden, übrigens auch innerhalb der Sozialministerien, in denen die Zuständigkeit für die beiden Komponenten des dualen Systems immer auch in zwei Abteilungen verortet ist. Gleichwohl gilt es das Zusammenspiel der Akteure, auch der genannten, zu verbessern. Diesbezügliche Probleme – so könnte man etwas sarkastisch formulieren – lösen sich vielleicht aber auch schlicht dadurch, daß wir im öffentlichen Dienst ohnehin Stellen abbauen müssen, so daß am Ende die Berufsgenossenschaften alleine übrigbleiben.

Einige der notwendigen Verbesserungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz werden sich nur langfristig erreichen lassen. Es ist offenkundig, daß die Belastungen der verschiedenen Zweige des sozialen Sicherungssystems nicht mit den traditionellen Methoden des betrieblichen Arbeitsschutzes alleine zu bewältigen sind. Vielmehr bedarf es über den Bereich der klassischen Unfallverhütung und Prävention von Berufskrankheiten hinaus intensiver Präventionsarbeit zur Senkung der Häufigkeit und Schwere von arbeitsbedingten Erkrankungen. Dazu bedarf es eines umfassenden betrieblichen Arbeitsschutzes sowie über den unmittelbaren Arbeitsschutz hinausgehender Präventionsmaßnahmen der unterschiedlichen Träger. Wir haben das ja bei der Gesetzgebung zum Unfallversicherungsgesetz mit befördert, aber auch anderen Trägern im Bereich der Sozialversicherung, namentlich den Krankenkassen, kommt hier eine aktive Rolle zu. Immerhin hat die jüngste Gesundheitsreformdebatte den Stellenwert der Prävention in diesem Bereich wieder ein Stück nach vorne gebracht – aber eben nur ein Stück.

Nun zur konkreten Ausgangssituation des in diesem Workshop behandelten Projekts: Im Jahre 1997 veränderten sich durch die Neufassung des § 20 SGB V die Aufgaben der Krankenversicherungsträger im Bereich arbeitsweltbezogener Prävention deutlich. Die neue Regelung machte die Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zur Pflichtaufgabe, beschränkte den Handlungsspielraum der Kassen gleichzeitig jedoch auf die Generierung und Bereitstellung von Daten und verpflichtete die Kassen zur Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern. Seit Anfang dieses Jahres sind hier die Handlungsmöglichkeiten wie gesagt wieder erweitert, die Kassen dürfen nun eigenständig den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Ferner hat man bereits 1996 – und zwar in einem breiten Konsens – das Sozialgesetzbuch VII geschaffen, mit dem u.a. der Aufgabenbereich der gesetzlichen Unfallversicherung auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausgedehnt wurde. Parallel dazu trat 1996 das Arbeitsschutzgesetz in Kraft, das für die Arbeitgeber – Kleinbetriebe eingeschlossen – ebenfalls erweiterte Verpflichtungen im Arbeitsschutz enthält, darunter die Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen und deren Dokumentation.

Übrigens hatten wir als Land Sachsen-Anhalt im Vorfeld der Verabschiedung dieses Arbeitsschutzgesetzes deutlich gesagt: Das ist uns nicht weitgehend genug, es ist zwar notwendig, das zu machen im Rahmen der Umsetzung des EU-Rechts, aber wir könnten uns auch einen größeren Wurf, ein weitergefaßtes Arbeitsschutzgesetz vorstellen. Dazu gab es auch schon seit Jahren Vorarbeiten, und vielleicht eröffnet sich ja irgendwann einmal die Chance, diese wieder aus den Akten zu holen. Man muß immer die alten Entwürfe aufbewahren, manchmal ist das ganz hilfreich. Die Psychotherapeuten sind dafür ein gutes Beispiel: Als ich im Jahre 1977 in einem Bundesministerium anfang, hatte dort eine Referatsleiterin gerade den dritten Entwurf für ein Psychotherapeutengesetz erstellt. 1998 ist es nun in abgewandelter Form im Bundesgesetzblatt erschienen. Als ich den Psychotherapeuten sagte: „Sie haben endlich Ihren Durchbruch erzielt, Sie sind jetzt als Gesundheitsberuf neben den Ärzten richtig etabliert“, da haben sie es erst gar nicht verstanden, weil sie zunächst nur aufs Geld schauten. Aber ich habe ihnen versucht klarzumachen: „Das mit dem Geld ist eine temporäre Erscheinung, wichtig ist, daß wir erst einmal Ihren Status geklärt haben.“ Das hat immerhin fast 25 Jahre gedauert. Also man sollte auch im Arbeitsschutzbereich



die guten Entwürfe und Texte nie verschwinden lassen, irgendwann werden sie sicher wieder gebraucht.

Ziel des von uns unterstützten WZB-Forschungsprojekts, um das es heute gehen wird, ist das Erkennen der Auswirkungen der veränderten Gesetzeslage auf die Qualität der Präventionspraxis, das Herausarbeiten von Defiziten in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung und natürlich das Aufzeigen von Handlungsoptionen und Handlungsmöglichkeiten, auch konkret hier im Lande. Gerade letzteres interessiert uns natürlich für unsere tägliche Arbeit. Herr Karsten und Herr Melchior wissen, daß ich ein großer Freund von Modellen bin, aber diese müssen gut konzipiert und begründet sein, sie müssen auch tatsächlich einen Modellcharakter haben und uns strategisch weiterführen. Diesbezüglich sind wir immer zu einem konstruktiv-kritischen Dialog bereit. Nun ist es mit Praxismodellen aber so eine Sache: Eines, das ich einmal selbst in Augenschein nehmen durfte, existiert mittlerweile nicht mehr, weil der entsprechende Betrieb nicht mehr existiert. Das ist ein Dilemma, welches wir besonders hier in unserem Bundesland haben: Die Betriebsstrukturen sind wenig stabil; man muß einfach damit rechnen, daß die Rahmenbedingungen sich sehr dynamisch entwickeln, was für die Installierung von betrieblichen Praxismodellen natürlich Risiken in sich birgt. Aber dennoch geht es mir ganz besonders darum, solche neuen Handlungsfelder und Lösungswege konkret benannt zu bekommen. Deshalb haben wir auch gerade entschieden, in diesem Jahr wieder ein Modellprogramm aufzulegen im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten, die uns der Haushalt eben bietet. Ich hoffe, daß auch das WZB-Projekt und der heutige Workshop Ergebnisse zeitigen werden, die wir in diesen Zusammenhängen verwerten können, und ich bin gespannt, was man mir darüber berichten wird. Damit bin ich am Ende, ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit gebe gleich weiter an Herrn Dr. Lenhardt.

## Zum Projektkontext des Workshops

*Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*

Der heute stattfindende Workshop steht in inhaltlichem und organisatorischem Zusammenhang mit einem Forschungsprojekt, das seit Ende 1998 von der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) durchgeführt und – zusätzlich unterstützt aus Mitteln des Landes Sachsen-Anhalt – vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit dreijähriger Laufzeit finanziell gefördert wird. Im folgenden möchte ich Ihnen in der gebotenen Kürze erläutern, worum es bei dem genannten Forschungsprojekt geht und wie sich die heutige Veranstaltung in diesen wissenschaftlichen Bezugsrahmen einordnet.

Den *Hintergrund* – wenn man so will: den unmittelbaren „Auslöser“ – unseres Projekts bildet die Tatsache, daß durch die Rechtsentwicklung in den letzten Jahren die *Zielsetzungen und Aufgabenstrukturen im Bereich der arbeitsweltbezogenen Prävention auf eine deutlich erweiterte und modifizierte Grundlage gestellt* sowie *institutionelle Zuständigkeiten in diesem Feld z.T. neu zugeschnitten und geordnet* worden sind. Die wichtigsten „Wegmarken“ dieser Entwicklung dürften bekannt sein:

- Den wohl entscheidenden Anstoß gab die Verabschiedung einiger *EU-Richtlinien zum Arbeits- und Gesundheitsschutz* (insbesondere die sog. „Rahmenrichtlinie“) im Jahre 1989, aus denen sich für die Mitgliedstaaten die Verpflichtung ergab, ihr nationales Arbeitsschutzrecht inhaltlich und strukturell zu reformieren. Dies führte teilweise schon im zeitlichen Vorfeld der nationalen Rechtsanpassung zu einer Belebung der Arbeitsschutzdiskussion und verstärkten Bemühungen um eine Weiterentwicklung der Präventionspraxis.
- Mit der Umsetzung der EU-Richtlinien, v.a. in Form des *Arbeitsschutzgesetzes*, im Jahre 1996 ist die neue Lage im Arbeits- und Gesundheitsschutz auch hierzulande gewissermaßen „amtlich“ geworden. Durch das Arbeitsschutzgesetz sind die Arbeitgeber auf deutlich umfassendere, dynamische Schutzziele (einschließlich der „menschengerechten Gestaltung der Arbeit“) sowie auf ein präventiv ausgerichtetes, integriertes und systematisches Vorgehen im Arbeitsschutz verpflichtet.
- In engem Zusammenhang damit stehen *Veränderungen im Unfallversicherungsrecht (SGB VII, bes. §§ 1 u. 14)*, durch die die Unfallversicherungsträger 1996 einen erweiterten Präventionsauftrag erhalten haben, der über den traditionellen, eng gefaßten Bereich der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten hinaus nun auch die „Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ umfaßt.
- Bedeutsam für die Neustrukturierung des Feldes arbeitsweltbezogener Prävention sind schließlich auch *Entwicklungen im Krankenversicherungsrecht (SGB V)*. Durch die Einführung des § 20 SGB V im Jahre 1989 erhielten Krankenkassen das Recht, Leistungen der Gesundheitsförderung – u.a. auch auf betrieblicher Ebene – anzubieten, und traten als neue Akteure mit z.T. innovativen Konzepten in das Handlungsfeld „Arbeit und Gesundheit“ ein. Die 1997

vorgenommene Novellierung des § 20 war zwar mit einer deutlichen Beschneidung der präventiven Handlungsmöglichkeiten verbunden, beinhaltet aber auch einen – wenigstens prinzipiell – positiv zu bewertenden Aspekt insofern, als sie die Krankenkassen verpflichtete, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Unfallversicherungsträgern zusammenzuarbeiten. Durch eine neuerliche Gesetzesänderung haben die Kassen darüber hinaus seit dem 1.1.2000 auch wieder das Recht, „den Arbeitsschutz ergänzende“ Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen.

Natürlich wäre es viel zu kurz gegriffen, würde man die Notwendigkeit von Restrukturierungs- und Neuorientierungsprozessen im Arbeits- und Gesundheitsschutz einfach nur als Resultat einer veränderten Rechtslage betrachten. Diese mag zwar vielfach der unmittelbare Anlaß für Veränderungen sein, als letztlich entscheidender Faktor in diesem Zusammenhang muß jedoch der *Strukturwandel der Arbeitswelt* selbst gelten. Die Komplexität und Reichweite dieses Wandels kann hier natürlich nicht umfassend dargelegt werden, deshalb sollen einige Stichworte genügen:

- erstens der sektorale *Wandel der Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur* (Stichwort: Tertiarisierung),
- zweitens der *Wandel der betrieblichen Organisations- und Arbeitsstrukturen* (hin zu kleineren, autonomen, projektförmig operierenden Einheiten, die in marktähnlichen Beziehungen zueinander stehen),
- drittens die fortschreitende *Deregulierung und Flexibilisierung von Beschäftigungsverhältnissen und Arbeitsbedingungen* (Stichwort hier: Erosion des Normalarbeitsverhältnisses),
- viertens schließlich ein *Wandel der Belastungsstruktur* (hin zu organisations- und leistungsbedingten psychomentalen und psychosozialen Belastungen).

Diese Wandlungsprozesse lassen nicht nur eine Reihe von traditionellen Funktions- und Orientierungsdefiziten des Arbeitsschutzes deutlicher hervortreten, sondern stellen diesen z.T. auch vor Herausforderungen ganz neuer Qualität. Insgesamt drängt die Entwicklung die Institutionen und Akteure im System arbeitsweltbezogener Prävention zu Veränderungen, deren grobe Richtung im folgenden Schema angegeben sind (wobei – dies sei zur Vermeidung von Mißverständnissen gesagt – „Veränderung nach ...“ nicht pauschal im Sinne von „Ersetzen durch ...“ verstanden werden darf):

<b>Veränderungsdimension</b>	<b>Veränderung/Erweiterung</b>	
	<b>von</b>	<b>nach</b>
<b>Zielorientierung</b>	Abwehr von Schädigungen (z.B. durch Unfälle)	Verminderung psychosozialer Belastungen; Realisierbarkeit geistiger, emotionaler und sozialer Bedürfnisse bei der Arbeit
<b>Problemfocus</b>	isolierte (überwiegend technisch-stoffliche) Belastungsfaktoren mit eindeutiger Wirkung auf die Gesundheit	organisatorisches und soziales Bedingungengefüge des Betriebs mit komplexen gesundheitlichen Wirkungen
<b>Typ der Problembearbeitung</b>	Handlungsmuster: Vorschrift – Vollzug – Kontrolle; Delegation an medizinische und technische Experten	diskursive/kooperative Problembewertung und Maßnahmenentwicklung; Partizipation der Beschäftigten; Integration in betriebliche Entscheidungsstrukturen/-abläufe; über-/außerbetriebliche Institutionen: Verstärkung der Beratungsfunktion
<b>dominierende Maßnahmen</b>	medizinische Untersuchungen; Sicherheitsüberwachung	Arbeitsgestaltung; Organisationsentwicklung

Für die Notwendigkeit derartiger Innovationen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes liefert die Forschung bereits seit geraumer Zeit vielfältige empirische Belege. Allerdings konnten sich solche Innovationen hier *bislang nur punktuell und phasenweise* durchsetzen, weil wichtige, insbesondere rechtlich-politische Voraussetzungen für deren stabile Verankerung und Verallgemeinerung fehlten. Nachdem auf den wissenschaftlich und gesellschaftspolitisch thematisierten Problemdruck – wie oben skizziert – mit einer *Modernisierung des normativen Regelungsrahmens* reagiert wurde, ist nunmehr das Stadium erreicht, in dem es um eine längerfristige *Reorientierung des gesellschaftlichen Handelns* im Bereich arbeitsweltbezogener Prävention, d.h. um die Herausbildung und Konsolidierung neuer feldspezifischer Organisationsformen und Praktiken der Problembearbeitung geht.

Die rechtliche Kodifizierung veränderter Aufgabenstrukturen im Arbeits- und Gesundheitsschutz „trifft“ nun aber gewissermaßen auf Institutionen und Akteure, deren grundlegenden Sichtweisen, Handlungsprinzipien, „Werkzeuge“, Arbeitsteilungen und Interessenkonstellationen in historischen Phasen sowie entlang von Problemstellungen gewachsen sind, die deutlich anders konfiguriert waren als dies heute der Fall ist. Hieraus ergibt sich für die mit der arbeitsweltbezogenen Prävention befaßten Akteure und Institutionen gleich in mehrfacher Hinsicht ein *erheblicher Anpassungsbedarf*. Dieser betrifft:

- die Definition und Wahrnehmung zu bearbeitender Probleme,
- die Strategien und Konzepte der Problembearbeitung,
- die hierfür verfügbaren Instrumente und Verfahren,
- die organisatorischen, personellen und finanziellen Ressourcen (interne Strukturen und Abläufe, Qualifikationen etc.),
- schließlich die akteur- und institutionenübergreifende Kooperation.

Unser Forschungsprojekt *zielt nun darauf ab*, die *institutionen- und akteurspezifischen „Anpassungsbewegungen“* in ihrer Differenziertheit und in ihrem Zusammenwirken zu erfassen, *Richtungen und Dynamiken dieser Entwicklungen* sowie die zugrundeliegenden *fördernden und hemmenden Einflußfaktoren* zu identifizieren, schließlich die Wirkungen der Anpassungsreaktionen auf *Qualität und Problemadäquanz der betrieblichen Präventionspraxis* einzuschätzen. Dabei geht es im einzelnen um folgende Fragen:

- Wie interpretieren die Institutionen/Akteure die veränderten Aufgaben?
- Welche Strategien und Handlungsansätze zur Umsetzung dieser Aufgaben lassen sich auf Seiten der verschiedenen Akteure identifizieren?
- Welche fördernden und hemmenden Bedingungen (interessenpolitisch, organisatorisch, qualifikatorisch, konzeptionell) für die strategische Bewältigung der neuen Handlungsanforderungen liegen jeweils vor?
- Welche Chancen und Risiken ergeben sich daraus im Hinblick auf die Erweiterung, Modernisierung und Zielerreichung präventiven Handelns, einschließlich der Nutzung neuer Möglichkeiten institutionen- und akteurübergreifender Kooperation?
- Kann die neue gesetzliche Lage zu einer hinreichend flächendeckenden, zeitstabilen und zieladäquaten Bearbeitung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen führen, oder zeigen sich Lücken und Doppelbearbeitungen?
- Welche Bedarfe an Qualifizierung bestehen im Hinblick auf die beteiligten Berufsgruppen, Akteure und Institutionen?

Inhaltlich und methodisch bedeutsam für das Projekt ist der zu erwartende Umstand, daß der Prozeß der Implementation neuer präventionsbezogener Aufgabenstrukturen in die Praxis *relativ „offen“ und variabel* ist: Aufgrund der Art der zu bearbeitenden Probleme und Aufgaben selbst, des Rahmencharakters der hierauf bezogenen neuen Rechtsnormen sowie der je *spezifischen „Eigenlogik“ der beteiligten Institutionen und Akteure* ist nämlich davon auszugehen, daß es hier *unterschiedliche Anpassungs- und Umsetzungs“pfade“* mit z.T. auch *unterschiedlichen Reichweiten* geben kann und wird. Dabei muß insgesamt mit einer sich über Jahre erstreckenden Reorientierungs- und Restrukturierungsphase gerechnet werden.

*Wie gehen wir in unserem Projekt vor, um Antworten auf die genannten Fragen zu erhalten? Im Kern bewegt sich der Forschungsprozeß auf drei Ebenen, wobei jeweils unterschiedliche Methoden und Instrumente zur Anwendung kommen:*

- Auf der *ersten Ebene* werden inhaltliche und organisatorisch-verfahrensmäßige Anpassungserfordernisse und Neuorientierungsprozesse von *Institutionen, verbandlichen und professionellen Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes* untersucht. Dies geschieht in mehreren Schritten:
  - exemplarische Literaturstudie zu Modernisierungsbedarfen im professionellen Arbeitsschutz am Beispiel der Betriebsärzte;
  - qualitative Erhebungen bei Vertretern der „Spitzenebene“ des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung (v.a. Bundesbehörden und -verbände);
  - qualitative Erhebungen bei Arbeitsschutz-/Gesundheitsförderungsakteuren auf regionaler Ebene (Land Sachsen-Anhalt).
- Auf der *zweiten Ebene* werden *betriebliche Praxisansätze*, die mögliche Wege der Umsetzung neu gestalteter Aufgaben im Arbeits- und Gesundheitsschutz repräsentieren, auf ihre (personalen, organisatorischen und unternehmenspolitischen) Voraussetzungen und Wirkungen hin analysiert. Hierbei sollen unterschiedliche Innovationsaspekte erfaßt werden (Erweiterung des Spektrums berücksichtigter Gesundheitsbelastungen; Verfahren der Gefährdungsbeurteilung, Maßnahmendokumentation und -überprüfung; Integration des Gesundheitsschutzes in das Betriebsmanagement; Einbeziehung neuer Akteure; verbesserte Kooperation der beteiligten Institutionen und Akteure; Umsetzung auch in kleineren Betrieben). Methodisch bietet sich auf dieser Untersuchungsebene die Durchführung von *Betriebsfallstudien* an, deren Kern wiederum qualitative Interviews mit jeweils beteiligten Akteuren (ergänzt um die Auswertung schriftlicher Materialien und ggf. Betriebsbegehungen) bilden.
- Die *dritte Ebene* unseres Vorgehens im Projekt bildet die *Rückkopplung der auf den Ebenen 1 und 2 gewonnen Befunde mit Institutionen und Handlungsträgern aus dem Forschungsfeld*. Die Erkenntnisse über institutionelle Anpassungsreaktionen, ihre Stärken und Schwächen sowie die ausgewerteten betrieblichen Praxiserfahrungen sollen ausgewählten Vertretern des staatlichen Arbeitsschutzes, der Berufsgenossenschaften, der Krankenkassen, der Arbeitsschutz-Professionen etc. vorgestellt, mit diesen diskutiert und ausgehend hiervon ggf. überprüft und modifiziert werden. Dies geschieht in Form zweier moderierter *Workshops*, deren Ergebnisse jeweils dokumentiert und den beteiligten Akteuren wiederum zur Verfügung gestellt werden.

Zum ersten Workshop sind wir heute zusammengekommen. Ich hoffe und wünsche uns allen, daß die erfreulich breite Resonanz, auf die unsere Einladung getroffen ist, in offenen und interessanten Diskussionen über die bisherigen Befunde und Einschätzungen unseres Projekts ihre Fortsetzung finden wird.

Referat zu Themenblock 1:

## **Veränderte Anforderungen an die institutionellen Träger des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung: Aufgabenverständnisse – Anpassungsbedarf – Handlungsstrategien**

*Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*

Durch die europäische Arbeitsschutzgesetzgebung und deren Implementation in nationales Recht hat das Aufgabenspektrum der Arbeitsschutzinstanzen eine beträchtliche quantitative und – wichtiger noch – qualitative Erweiterung erfahren. Diese Erweiterung macht sich primär am Begriff der „*Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren*“ fest. Die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren könnten künftig für das Handeln des Arbeitsschutzes einen ähnlichen Stellenwert als „Leitrisiko“ einnehmen, wie er in der Vergangenheit dem Arbeitsunfall zukam.

Im Gegensatz zum bisherigen Leitrisiko „Unfall“ sind jedoch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren nicht eben wohldefiniert. Dies verweist darauf, daß der Gegenstand des Arbeitsschutzes komplexer, „unschärfer“, schwieriger handhabbar geworden ist. Angesichts dessen ist es sehr naheliegend, daß die Herausbildung eines neuen, handlungsleitenden Aufgabenverständnisses, welches sich auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren bezieht, für die Institutionen des Arbeitsschutzes kein einfacher Prozeß ist.

Dennoch wird hier die im Begriff „arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ liegende Erweiterung des eigenen Aufgabenfeldes weitenteils positiv bewertet; explizite Gegnerschaft ist in den Institutionen und Einrichtungen des Arbeitsschutzes kaum zu registrieren. Allerdings besteht zwischen den Institutionen wie auch innerhalb dieser eine *spürbare Varianz* in bezug darauf, wie die Präventionsaufgaben verstanden werden und wie weit man sich dabei neuen Problemfeldern und einem neuen Arbeitsschutzkonzept öffnet.

Allgemein kann man sagen, daß – sozusagen unterhalb der Ebene grundsätzlicher Befürwortung eines erweiterten Präventionsansatzes – die *klassischen Problemwahrnehmungen und Relevanzkriterien im Arbeitsschutzsystem noch sehr wirksam und prägend* sind. So fiel in einer Reihe von Interviews, die wir geführt haben, auf, daß das Gespräch über erweiterte Aufgaben im Arbeitsschutz dann doch des öfteren „von selbst“ wieder auf das Thema Arbeitsunfälle zulief.

Ein hohes Gewicht besitzt u.E. ein Verständnis, das sich im wesentlichen am traditionell bearbeiteten Problemspektrum orientiert, nur jetzt eben schon unterhalb der bislang geltenden Interventionsschwellen mit Präventionsmaßnahmen ansetzen will. Damit eng verknüpft ist eine verbreitete Sichtweise im berufsgenossenschaftlichen Bereich, in der die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren primär als Verhütung möglicher künftiger Versicherungs-, d.h. Berufskrankheiten-Fälle, erscheint.

Was die *organisationsbedingten, psychischen Belastungen und Gefahren* anbelangt, so sind sich die Arbeitsschutzakteure in der Regel zwar durchaus der Tatsache bewußt, daß hier ein zunehmend wichtiges präventives Handlungsfeld liegt. Allerdings hat man sich dieser Problematik in der Praxis bislang erst ansatzweise angenommen. In diversen Gesprächen kam auch eine gewisse Unsicherheit zum Vorschein, wie solche Probleme von seiten der Arbeitsschutzinstanzen konkret zu handhaben sind; hier richten sich die Erwartungen dann z.T. auf die betriebliche Gesundheitsförderung und die Kooperation mit Krankenkassen, denen offenbar eine besondere Kompetenz im Umgang mit sog. „weichen Faktoren“ zugesprochen wird.

Auch wenn dies wie gesagt keineswegs durchgängig der Fall ist, so kann dennoch beobachtet werden, daß innerhalb der „klassischen“ Arbeitsschutzinstitutionen eine *Öffnung des Aufgabenverständnisses* stattgefunden hat bzw. stattfindet. Anhaltspunkte hierfür findet man sowohl „im Großen“ (also z.B. darin, wie ein Teil der Institutionen die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren „offiziell“ definiert); man findet sie aber auch „im Kleinen“, d.h. auf der Ebene der vor Ort tätigen Aufsichtspersonen. Hier gibt es inzwischen durchaus auch solche, die Arbeitsschutz, so wie sie ihn verstehen, inhaltlich nicht mehr allzu scharf von betrieblicher Gesundheitsförderung unterscheiden möchten.

Die Einstellung der beteiligten Institutionen auf das veränderte Aufgaben- und Anforderungsprofil in der arbeitsweltbezogenen Prävention ist ein Prozeß, der sicherlich einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen wird und dessen Verlauf in mancherlei Hinsicht als offen anzusehen ist. Für gesicherte Aussagen und definitive Bewertungen ist es deshalb eigentlich noch zu früh. Es ist aber durchaus möglich, in der gegenwärtigen Institutionenpraxis eine Reihe von Konzepten und Vorgehensweisen zu identifizieren, die als *Elemente eines innovativen, erweiterten Präventionsansatzes* gelten können.

In diesem Zusammenhang sei zunächst noch einmal auf die wichtige Impulsgeberrolle hingewiesen, die die *Krankenkassen* mit ihren *Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung* in der Vergangenheit gespielt haben (und hoffentlich auch künftig spielen werden). Mit den hier entwickelten Instrumenten und Vorgehensweisen, insbesondere mit der *Berücksichtigung eines breiteren Problemspektrums im Präventionsprozeß* sowie mit der *Betonung direkter Mitarbeiterbeteiligung* haben die Kassen u.E. einiges an Bewegung in das Diskussions- und Handlungsfeld „Arbeit und Gesundheit“ gebracht. Dies hat sicherlich auch – zumindest mittelbar – einen Einfluß auf die Akteure des klassischen Arbeitsschutzes gehabt. Hiervon kann auch in Sachsen-Anhalt ausgegangen werden, wo z.B. AOK und IKK trotz komplizierter Ausgangslage auf relativ breiter Basis betriebliche Gesundheitsförderungsaktivitäten entfaltet haben.

Dabei verdienen einige Aspekte besondere Aufmerksamkeit: zum einen das (durchaus nicht überall anzutreffende) Bemühen um *Evaluation*, ferner die Tatsache, daß es in einem Teil der Betriebe nicht (wie so oft) bei vorübergehenden „Einmalaktionen“ geblieben ist, sondern daß hier der Gesundheitsförderung eine gewisse *Kontinuität* verliehen werden konnte; und schließlich, daß



auch nach der restriktiven Seehofer-Novelle des § 20 SGB V im Kern *an der betrieblichen Gesundheitsförderung festgehalten* worden ist.

Was den *staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Arbeitsschutz* betrifft, so sehen wir innovative Entwicklungen gleich in mehreren Bereichen. Wichtig erscheinen uns hier zum einen Bemühungen um den *Aufbau einer systematischen branchenbezogenen Informationsbasis über das Belastungs- und Gefahrengeschehen*. Beispielhaft hierfür ist das Projekt „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in Kleinbetrieben“ (AMIK) der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft, in dem differenzierte gewerkspezifische Gefahrenprofile erstellt wurden; von der Planung eines im Prinzip ähnlichen (wenngleich auf ein anderes Betriebssegment abstellenden) Vorhabens hat man uns auch in Sachsen-Anhalt berichtet.

Für richtungsweisend halten wir diesen Ansatz aus zwei Gründen: zum einen, weil er von vorneherein als *Thematisierungs- und Beratungsinstrument* angelegt ist, mit dem man an die Betriebe herantreten, ihnen Hinweise auf mögliche Arbeitsschutzprobleme geben und sie zur gedanklichen und praktischen Auseinandersetzung damit anregen kann. Zum anderen deutet sich darin eine deutlich *veränderte* (und wie wir meinen: angemessenere) *Handlungslogik* im Arbeitsschutz an: Ausgangspunkt präventiver Aktivitäten ist hier nicht mehr in erster Linie die einzuhaltende (bzw. nicht eingehaltene) Vorschrift, sondern die Bestandsaufnahme der Arbeitsbedingungen und deren praxisnahe Bewertung unter gesundheitlichen Aspekten.

Damit ist schon ein zweiter Bereich innovativer Entwicklungen angesprochen, nämlich die *Erweiterung, Ausdifferenzierung und Professionalisierung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen für die Betriebe*. Zunehmend relevant wird hier v.a. das Feld der *Arbeitsschutzplanung und -organisation* sowie deren *Integration* in die betrieblichen Entscheidungs- und Handlungsstrukturen. Hiervon zeugen die bereits zahlreich existierenden Leitfäden für die Gefährdungsbeurteilung und die Arbeitsschutzorganisation ebenso wie Aktivitäten staatlicher Arbeitsschutzbehörden zur Entwicklung, Initiierung und Verbreitung von Arbeitsschutzmanagementsystemen.

Positiv an diesen Bemühungen ist auch, daß hierdurch die Auseinandersetzung der Institutionen und ihrer Mitarbeiter mit betrieblichen Problematiken gefördert wird, die traditionell eher außerhalb des Betrachtungshorizonts des Arbeitsschutzes lagen: Betriebsorganisation, Geschäftsprozesse, Hierarchie- und Kommunikationsbeziehungen, Motivation, Qualität, Krankenstand, Kosten-Nutzen-Relationen – um nur einige Schlagworte zu nennen. Eine inhaltliche Erweiterung der institutionellen Beratungsleistungen kommt z.T. auch in Seminarangeboten für Arbeitgeber und Vorgesetzte zu solchen Themen wie Streß oder Führungsverhalten zum Ausdruck.

Bei alledem sollte aber ein Punkt nicht unberücksichtigt bleiben, auf den einige Interviewpartner (auch solche, von denen man es nicht unbedingt erwarten konnte) hingewiesen haben: Arbeitsschutz- „Systemchecks“ in den Betrieben werden auf absehbare Zeit die Detailkontrolle nicht völlig überflüssig machen können. Und: Trotz wichtiger werdender Beratung müssen die Arbeitsschutzinstanzen nach wie vor in der Lage und bereit sein, „Zähne zu zeigen“.

Als Anzeichen für eine zumindest in Teilen des Systems sich vollziehende Neuorientierung kann weiterhin die Tatsache gewertet werden, daß Unfallversicherungsträger und – wie das Beispiel Sachsen-Anhalts ebenfalls zeigt – auch staatliche Arbeitsschutzverwaltungen sich *verstärkt Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung zuwenden* – sei es in Form unmittelbarer Beteiligung an der Projektarbeit, sei es durch begleitende organisatorische oder finanzielle Unterstützung. Auch hier wurde uns berichtet (oder wenigstens die Erwartung geäußert), daß die von den Beteiligten gemachten Erfahrungen positiv in die Institutionen im Sinne einer breiteren Sensibilisierung für bislang untergewichtete Aspekte betrieblicher Prävention zurückwirken.

Einiges tut sich bei den Arbeitsschutzinstitutionen schließlich auch in bezug auf die *Erschließung und den Ausbau neuer Zugangs- und Kommunikationswege zu den Betrieben*. Letzteres ist sicherlich eine Frage von Themen, Argumentationen und Instrumenten, die für die Unternehmen als wirtschaftlich Handelnde „verstehbar“ und unmittelbar von Interesse sind. Es ist aber ebenso eine organisatorische Frage, v.a. im *kleinbetrieblichen Sektor*. An dessen *verbandliche Infrastrukturen* (Innungen, Handwerkskammern etc.) versucht sich der institutionalisierte Arbeitsschutz enger anzukoppeln, um diese zu eigenständigen Trägern und Impulsgebern modernen Arbeitsschutzhandelns zu machen. Weitere Ansatzpunkte bietet – jedenfalls im Prinzip – das *Unternehmermodell* (dessen Erörterung wir aber gerne in den Themenblock 3 verlegen möchten). Nur am Rande erwähnt sei in diesem Zusammenhang auch die zunehmende (wenngleich noch große unausgeschöpfte Potentiale bergende) Nutzung moderner *Informations- und Kommunikationstechnologien* für die Arbeitsschutzberatung.

Die Durchsetzung von Formen innovativer Arbeitsschutzpraxis, wie ich sie hier skizziert habe, ist nun aber alles andere als ein widerspruchsfreier, geradliniger Prozeß, dessen Reichweite bereits feststünde. Zu sprechen ist daher auch über die vielfältigen *Probleme und Hemmnisse*, die einer durchgreifenden Modernisierung des Arbeitsschutzes entgegenstehen bzw. deren Dynamik einschränken.

Hier ist zunächst einmal in Rechnung zu stellen, daß die Anpassung des Arbeitsschutzsystems an erweiterte Aufgaben in einem ausgesprochen „turbulentem Umfeld“ stattfindet: Wirtschafts- und Unternehmensstrukturen, Arbeitsformen und Beschäftigungsverhältnisse sind einem rapiden Wandel unterworfen, Arrangements interessenpolitischer Regulierung in der Arbeitswelt werden brüchig, sog. „unproduktive Bereiche“ (wie der Arbeitsschutz) geraten im Kontext rigiderer unternehmerischer Kostenkontrollstrategien zunehmend unter Druck.

All dies gilt, wie Sie wissen und worüber in Themenblock 3 sicher noch eingehender zu sprechen sein wird, für Sachsen-Anhalt in z.T. verschärfter Form. Die Umsteuerung und Neuorientierung der Arbeitsschutzinstitutionen findet also nicht gerade in „ruhigem Fahrwasser“ statt, die Umsetzung einer erweiterten und komplexeren Aufgabenstellung muß sich einem unsicheren, heterogener werdenden Feld vollziehen, in dem auch *bislang „bewährte“ Instrumente und Routinen immer we-*

niger greifen. Die daraus erwachsende Handlungsunsicherheit kam z.T. auch in unseren Interviews zum Vorschein.

Anpassungsprobleme und Modernisierungsbarrieren erwachsen jedoch nicht nur aus den *Restriktionen, Widersprüchen und Verwerfungen im betrieblichen Umfeld*, sondern haben zweifellos auch etwas mit *spezifischen institutionellen Voraussetzungen und Merkmalen der Träger des Arbeitsschutzes selbst* zu tun.

Was läßt sich diesbezüglich über die *staatlichen Arbeitsschutzbehörden* sagen? Einerseits sind sie mit einer *inhaltlichen Aufgabenausweitung* konfrontiert und müssen dabei nach wie vor den *Spagat zwischen Beratung und Aufsicht* bewerkstelligen. Andererseits macht sich der finanzpolitisch motivierte „*Verschlankungskurs*“ in der öffentlichen Verwaltung auch bei ihnen bemerkbar, was in Anbetracht des zuvor Gesagten zwangsläufig zu einem mehr oder weniger ausgeprägten *Bewältigungs- und Kapazitätsproblem* führen muß.

Welche praktischen Konsequenzen daraus gezogen werden und wie unterschiedlich diese im Ländervergleich ausgeprägt sind, ist eine Frage, die noch einer fundierten wissenschaftlich-empirischen Analyse harret. Zumindest im Prinzip sind aber unterschiedliche Varianten denkbar: sei es, daß man sich schwerpunktmäßig auf Beratungs-/„Dienstleistungs“funktionen sowie „Kampagnenpolitik“ verlegt und sich weiter aus der Flächenaufsicht zurückzieht; sei es, daß man sich weitgehend auf rein hoheitliche Aufgaben (also Aufsicht und Vorschriftenvollzug) beschränkt; oder sei es doch der Versuch, beiderlei Anspruch nicht aufzugeben und eine „gute Mischung“ zu finden (und damit einen schwierigen Balanceakt zu vollbringen).

Bei den *Arbeitsschutzbehörden in Sachsen-Anhalt* hat man es diesbezüglich mit relativ günstigen Voraussetzungen zu tun. Dies betrifft zum einen die im Vergleich zu anderen Bundesländern überdurchschnittlich gute *Kapazitätsausstattung*. Zum anderen verfügen nicht wenige Mitarbeiter aufgrund ihrer spezifischen Ausbildungs- und Praxiserfahrungen im DDR-Arbeitsschutz über *fachliche Kompetenzen und Problemverständnisse*, die z.T. über den alten bundesdeutschen Standard hinausgehen und in bestimmten Punkten (z.B. Gefährdungsbeurteilungen, Fragen der Arbeitsgestaltung) recht nahe an den veränderten Handlungsanforderungen liegen. Dennoch ist das Bild auch hier keineswegs einheitlich; technik- bzw. vorschriftenzentrierte Sichtweisen und Praxisorientierungen sind nach wie vor weit verbreitet und besitzen eine starke Prägekraft.

Bei den *Unfallversicherungsträgern* ist – wie oben schon angesprochen – eine *deutliche Varianz hinsichtlich der Interpretation und der praktischen Umsetzung ihres erweiterten Präventionauftrags* festzustellen, und zwar sowohl zwischen verschiedenen Trägern als auch innerhalb dieser, z.B. auf verschiedenen Organisationsebenen.

Generell muß bei der Beurteilung diesbezüglicher Innovationsdynamiken natürlich berücksichtigt werden, daß die mit der Entwicklung und Realisierung berufsgenossenschaftlicher Präventionsarbeit befaßten Fachleute nicht im luftleeren Raum agieren, sondern vor dem Hintergrund konkreter *Anforderungen und Grenzsetzungen seitens der Selbstverwaltung* – insbesondere der Arbeitgeber,

die ja schließlich die ganze Angelegenheit *finanzieren*. Es mag zutreffen, daß sich – wie Reinhold Konstanty und Bruno Zwingmann nach Inkrafttreten des SGB VII geschrieben haben – der Aufgabenumfang der Unfallversicherungsträger im Präventionsbereich vervielfacht hat; daß sich der Ressourceneinsatz der Berufsgenossenschaften (BGen) auch nur annähernd in solchen Dimensionen entwickeln könnte, darf man unter gegebenen Umständen getrost ausschließen.

Indes spricht vieles dafür, daß auch ohne derart drastische Kapazitätsausweitungen im Prinzip beachtliche Spielräume zur Modernisierung des berufsgenossenschaftlichen Präventionshandelns existieren, die aber nur partiell ausgeschöpft werden. Dies verweist – jenseits finanzieller Fragen – auf die (auch durch andere Forschungsbefunde neueren Datums belegte) Tatsache, daß sich die Selbstverwaltungen wie auch viele hauptamtliche Entscheidungsträger und weite Teile des Aufsichtspersonals der BGen *inhaltlich und strategisch bislang nur begrenzt einem neuem Präventionsverständnis geöffnet* haben.

Teils wird dies (ähnlich wie bei den staatlichen Arbeitsschutzbehörden) als ein fachlich-qualifikatorisches, teils als ein Generationsproblem gesehen. Darüber hinaus stellt sich die etwas prinzipiellere Frage nach der *Art und Stärke des organisatorischen Eigeninteresses der Unfallversicherungsträger* an einer erweiterten Präventionspraxis: Immerhin ist seit 1996 die traditionell bestehende *Kongruenz zwischen berufsgenossenschaftlichem Präventions- und Entschädigungsauftrag* insofern *aufgelöst*, als die Unfallversicherungsträger 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. Dies bedeutet keineswegs eine totale Innovationsblockade, birgt aber zumindest die Gefahr in sich, daß der erweiterte Präventionsauftrag zu sehr aus der Perspektive des – beschränkten – Entschädigungsauftrags wahrgenommen wird.

Hinsichtlich der weiteren Entwicklung berufsgenossenschaftlicher Präventionspraxis und der dabei zu lösenden Probleme existieren sicherlich eine ganze Reihe von offenen Fragen, die an dieser Stelle nicht erschöpfend erörtert werden können. Auf einige, mir in diesem Zusammenhang wichtig erscheinende Punkte will ich mit Blick auf die nachfolgende Diskussion aber zumindest hingewiesen haben:

- In bezug auf die Anforderungen eines zeitgemäßen Präventionshandelns besteht innerhalb der Unfallversicherungsträger ein *hoher (Re-)Qualifizierungsbedarf*. Dies betrifft nicht nur das Aufsichtspersonal (wo sich bereits einiges getan hat), sondern auch die Mitglieder der Selbstverwaltung (mit deren fachlicher „Aufrüstung“ man sich häufig noch schwertut).
- Qualifizierungsstrategien allein dürften jedoch nicht ausreichen, um die erforderlichen Neuorientierungen im Handeln der BG-Akteure zu bewirken. Hierfür sind u.U. auch neue – in Maßnahmen der Organisations- und Leitbildentwicklung eingebettete – Überlegungen hinsichtlich *interner Leistungskriterien und Anreizsysteme* anzustellen. Es geht – kurzgefaßt – um die Frage: Wer gilt künftig innerhalb der Institution als „gute“ Aufsichtsperson?

- Unfallversicherungsträger haben inzwischen schon einiges unternommen, um ihr Handlungsinstrumentarium zu verbreitern und auszudifferenzieren. Hierbei liegt der Hauptakzent auf der Weiterentwicklung von Angeboten und Vorgehensweisen im Bereich der Beratung. Zu diskutieren wäre, ob dies nicht stärker durch *Instrumente der Förderung und des finanziellen Anreizes* ergänzt werden sollte, z.B. indem man die Möglichkeit der Prämiengewährung für besonders gute betriebliche Arbeitsschutzpraxis nach § 162,2 SGB VII offensiver nutzt.
- Ihre Branchenbezogenheit wird i.d.R. als besondere, gerade in der Präventionsarbeit sich als vorteilhaft erweisende Stärke der BGen angesehen. Aufgrund des wirtschaftlichen Strukturwandels wird die bestehende *Branchengliederung aber zunehmend brüchig* so daß tiefgreifende Umstrukturierungen unausweichlich erscheinen. Zwar ist nicht prognostizierbar, wie sich dies auf den Prozeß präventionspolitischer Neuorientierung auswirken wird, jedoch könnte die Umstrukturierung der BG-Landschaft mit systeminternen Organisationsproblemen und Konflikten einhergehen, von denen möglicherweise auch die Innovationsdynamik im Bereich der Prävention nicht unberührt bliebe.

Abschließend noch einige kurze Anmerkungen zu den Handlungsbedingungen der *Krankenkassen*, die ja – wie oben angesprochen – seit Ende der achtziger Jahre eine zunehmend aktive Rolle in der arbeitsweltbezogenen Prävention gespielt haben. Die Attraktivität und Entwicklungsdynamik der betrieblichen Gesundheitsförderung gründete sich dabei auf mehrere Faktoren: Auf seiten der Krankenkassen erschien sie als ein geeignetes *Instrument der Kostensenkungs- und Wettbewerbspolitik*, während sie *für Betriebe eine unterstützende Dienstleistung* darstellte, deren freiwillige, von hoheitlichem Zwang „unbelastete“ Inanspruchnahme bei der Lösung innerbetrieblicher Probleme (z.B. Krankenstand) zu helfen versprach.

Allerdings erwiesen sich diese Stärken der betrieblichen Gesundheitsförderung teilweise auch als spezifische Schwächen: Im Kontext der Kostensenkungs- und Wettbewerbspolitik der Kassen stand (und steht) sie zumindest potentiell in Konkurrenz zu anderen strategischen Handlungsoptionen, abgesehen davon, daß ihre wettbewerbspolitische Funktionalisierung immer auch die Gefahr einer *unter Präventionsgesichtspunkten suboptimalen Steuerung und Ausgestaltung des Maßnahmenangebots* beinhaltet. Auch die Tatsache, daß es sich bei betrieblicher Gesundheitsförderung um eine rein freiwillige Veranstaltung handelt, innerhalb derer die Kassen ausschließlich als beratende und moderierende Dienstleister auftreten, hat durchaus einen „Haken“: Da es in diesem Arrangement *keine institutionellen Durchsetzungsbefugnisse und entsprechende arbeitgeberseitige Befolgungspflichten* gibt, „geht“ hier auch *nur das, wofür Betriebe „offen“ sind*. Dies ist in günstigen Fällen sehr viel, in anderen doch recht wenig, und ein großer Teil der Betriebe erweist sich von vorneherein als gar nicht zugänglich. Als Ersatz für einen verbindlich geregelten Arbeits- und Gesundheitsschutz kann die betriebliche Gesundheitsförderung folglich nicht begriffen werden.

Trotz der genannten Grenzen und Defizite kassengetragener betrieblicher Gesundheitsförderung fällt deren Bilanz u.E. positiv aus. Deshalb bedeutete die *„Seehofer-Novelle“ des § 20 SGB V* im Jahre 1997 gesundheitspolitisch im Grundsatz einen Rückschritt (mit z.T. beträchtlichen destruktiven Wirkungen in der Praxis). In mancherlei Hinsicht hatte diese „Gesundheitsförderungs-Krise“

aber vielleicht auch ihr Gutes: So dürfte sie durchaus dazu beigetragen haben, daß sich bei den Anbietern bzw. Angeboten die Spreu deutlicher vom Weizen trennte, der Druck zur konzeptionellen Weiterentwicklung und stärkeren betrieblichen Integration der Gesundheitsförderung zunahm, die Qualitätsdiskussion auf ein neues Niveau gehoben wurde und es zu einer Verstärkung von Kooperationsbemühungen auf unterschiedlichen Ebenen kam. (Bei der AOK Sachsen-Anhalt betrifft dies z.B. auch die projektbezogene und personelle Zusammenarbeit mit Universität und Fachhochschule in Magdeburg).

Durch die neuerliche *Änderung des § 20 SGB V im Rahmen der „GKV-Reform 2000“* hat sich die rechtliche Handlungsgrundlage der Krankenkassen auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung wieder verbessert. Die den Kassen nunmehr eingeräumte Möglichkeit, „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ durchzuführen, läßt – trotz der vergleichsweise restriktiv erscheinenden finanziellen Budgetierung des präventiven Leistungsbereichs – für die Zukunft eine erneute Ausweitung diesbezüglicher Kassenaktivitäten erwarten.

## Zusammenfassung der Diskussion zu Themenblock 1

In der Diskussion kam deutlich zum Ausdruck, daß die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren tatsächlich als eine substantielle Erweiterung des präventiven Aufgabenfeldes wahrgenommen wird, dessen Bearbeitung die beteiligten Institutionen vor z.T. ganz neue Anforderungen stellt, auch mit einer Reihe ungelöster struktureller Probleme konfrontiert und folglich weiterhin noch in den Anfängen steckt. Ein zentraler Aspekt hierbei, auf den sich auch viele Teilnehmer in ihren Wortbeiträgen bezogen, ist die Notwendigkeit der verstärkten Einbeziehung psychischer bzw. psychosozialer Belastungen in das Präventionshandeln.

So wies *Karsten* gleich zu Beginn der Diskussion darauf hin, daß seines Erachtens in diesem Bereich erhebliche Defizite bestünden: Nach wie vor mangle es dem Aufsichtspersonal an praxisnahen Methoden zur Erkennung, Gewichtung und Wirkungsabschätzung sogenannter „weicher“ Gefährdungsfaktoren, zudem sei auch der „Instrumentenkasten“ zur Ableitung von risikospezifisch wirksamen Gestaltungsmaßnahmen – etwa im Hinblick auf arbeitsbedingte Herz-Kreislauf-Erkrankungen – nicht „gepflegt“ genug.

*Prof. Quaas* betonte ebenfalls die herausragende Bedeutung organisationsbezogener psychosozialer Belastungsfaktoren für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, allerdings sei die Aufmerksamkeit für solche Probleme höchst unterschiedlich entwickelt und deren Bearbeitung in weiten Bereichen noch sehr rudimentär. Letzteres sah auch *Prof. Quaas* u.a. in einem Methodendefizit begründet, welches einerseits die mangelnde Verfügbarkeit allgemein anerkannter, betrieblich praktikabler Erhebungs- und Analyseverfahren betreffe, andererseits aber auch die verbesserungsbedürftige wissenschaftliche Fundierung hinsichtlich der Identifikation von tatsächlich gesundheitskritischen Belastungsdosen und -konstellationen z.B. im Problembereich Streß.

Einige Diskussionsteilnehmer machten darüber hinaus darauf aufmerksam, daß selbst vorhandene Datenbestände nur begrenzt für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nutzbar seien. *Schubert* führte in diesem Zusammenhang die Zersplitterung der Arbeitsunfähigkeits-(AU-)Daten der Krankenkassen an, die insbesondere in Betrieben mit einer nach Kassenzugehörigkeit relativ heterogenen Beschäftigtenstruktur aussagekräftige Auswertungen kaum erlaube; in Kleinbetrieben seien auf AU-Diagnosen bezogene Analysen ohnehin schon aus Datenschutzgründen nicht machbar. Aber selbst dort, wo sich solche Ausgangsprobleme nicht stellten, bleibe der Nachweis von Zusammenhängen zwischen AU-Daten und Arbeitsbelastungen eine höchst unsichere Angelegenheit.

*Dr. Haase* vertrat die Auffassung, daß auch auf seiten der Unfallversicherungsträger die Aufbereitung relevanter Datenbestände vielfach noch zu wünschen übrig lasse und daß deren Zusammenführbarkeit mit anderen Datenquellen weitenteils nicht gegeben sei. Zwar habe man die prinzipielle Möglichkeit einer integrierten Gesundheitsberichterstattung im kleineren Maßstab einer lo-

kalen Handwerksinnung unter erheblichen Mühen vorexerziert; ob derartiges auch im Sinne breitflächiger, branchenweiter Routinesysteme zu bewerkstelligen sei, müsse unter gegebenen Voraussetzungen jedoch skeptisch gesehen werden.

*Prof. Göbel* gab ferner zu bedenken, daß die auf Länderebene existierenden verschiedenen Berichterstattungssysteme (Gesundheits-, Sozial-, Arbeitsschutzberichterstattung) kaum aufeinander bezogen seien; problemorientierte integrative Berichterstattungsrouitinen schienen bislang die Ausnahme darzustellen. Hieran anknüpfend konzedierte *Karsten*, daß der geltende Indikatorensatz der Länder-Gesundheitsberichterstattung im Hinblick auf arbeitsbedingte Gefährdungen und Erkrankungen in der Tat ziemlich veraltet sei und mit Initiativen zur diesbezüglichen Modernisierung des Indikatorensatzes gerechnet werden könne.

Im Verlauf der Diskussion ließen einige Teilnehmer erkennen, daß Probleme und Hindernisse bei der Umsetzung erweiterter Präventionsaufgaben ihres Erachtens nicht nur „technischer“ Natur – Methodendefizite, Mangel an geeigneten Analyseinstrumenten, unzulängliche Datenbasis u.ä. – sind. *Dr. Haase* wies in diesem Zusammenhang auf die Prägekraft tradierter institutioneller Problemperzeptionen und auf Ungleichzeitigkeiten in deren Wandlungsprozeß hin: Daß sich die Kooperationsmöglichkeiten mit Unfallversicherungsträgern nach den Erfahrungen seiner Krankenkasse (IKK Sachsen-Anhalt) höchst differenziert darstellten, wertete er auch als Ausdruck unterschiedlicher trägerspezifischer Verständnisweisen hinsichtlich der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren; während diese bei einigen Berufsgenossenschaften durchaus in eine ähnliche Richtung wie die betriebliche Gesundheitsförderung gingen, seien sie bei anderen noch stark auf das klassische Aufgabenprofil des Arbeitsschutzes bezogen.

Die Auffassung, daß sich bei den Arbeitsschutzinstanzen bislang relativ wenig im Sinne einer Erweiterung ihres inhaltlichen Problem- und Handlungshorizonts bewegt habe, wollte *Schubert* so nicht gelten lassen. Vielmehr verlaufe die Entwicklung zwischen den verschiedenen Unfallversicherungsträgern und staatlichen Arbeitsschutzbehörden sehr differenziert. Zumindest seine Berufsgenossenschaft (BG Chemie) könne für sich in Anspruch nehmen, psychologische Faktoren im Arbeitsschutz schon seit längerem zu berücksichtigen. Als Beleg führte *Schubert* an, daß hier vor über 20 Jahren ein Fachreferat Psychologie eingerichtet worden sei und man derzeit vier hauptamtliche Psychologen beschäftige; außerdem nehme das Thema „Psychologie der Arbeitssicherheit“ innerhalb der Sicherheitsbeauftragten-Ausbildung der BG einen breiten Raum ein.

Ein weiteres Beispiel dafür, daß sich auch in den Berufsgenossenschaften erweiterte präventive Handlungsansätze etablieren, wurde von *Meixner* aus der Bezirksverwaltung Dessau der Maschinenbau- und Metall-BG berichtet. Bei der bis Ende 2002 in allen Betrieben mit 30-500 Beschäftigten laufenden Aktion „Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ konzentrierte man sich bewußt auf physikalisch-stoffliche Belastungen unterhalb geltender Grenzwerte sowie auf psychische und arbeitsorganisatorische 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 In-



strumente 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“. In diesem Rahmen werde allerdings versucht, einen breiteren Problemzugriff dadurch zu gewinnen, daß multidisziplinäre Präventionsteams gebildet würden, in denen arbeitsmedizinische Kompetenz die zumeist beschränkte technische Perspektive des BG-Aufsichtspersonals ergänze. Das konkrete Vorgehen der Präventionsteams sehe so aus, daß zunächst ein Gespräch mit betrieblichen Experten und Entscheidungsträgern stattfinde, um ein Grobbild von arbeitsschutzrelevanten Betriebsproblemen (einschließlich Organisationsdefiziten, Krankenstand etc.) zu erhalten; im zweiten Schritt schließe sich eine Betriebsbegehung durch das Team (unter Einbeziehung von Vorgesetzten, Interessenvertretern, bestellten Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten sowie Beschäftigten) an, die einer vertieften Problemanalyse sowie der Erarbeitung von Gestaltungsempfehlungen dienen solle. An die ganze Aktion knüpfe sich überdies die Hoffnung, schon bestehende positive Beispiele betrieblicher Präventionspraxis zusammenzutragen zu können.

Trotz solcher innovativen Ansätze, wie sie etwa die von ihm geschilderte BG-Aktion repräsentiert, vertrat *Meixner* die Meinung, daß Handlungskonzepte und -strategien zur Umsetzung des erweiterten Präventionsauftrags alles in allem noch recht schwach entwickelt seien. Ein im Referat genannter möglicher Grund dafür, daß sich die Neuorientierung speziell des berufsgenossenschaftlichen Handelns auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren z.T. schwierig gestaltet, wurde von *Karsten* aufgegriffen, indem er auf das Auseinanderfallen von Präventions- und Entschädigungsauftrag hinwies: Dadurch, daß die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren als Aufgabe bei den Unfallversicherungsträgern angesiedelt sei, die Kosten ihrer gesundheitlichen Folgen jedoch überwiegend bei den Krankenkassen anfielen (und die Berufsgenossenschaften finanziell nach wie vor nur für den eng gefaßten Bereich der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten aufzukommen hätten), sei der Antrieb für eine konsequente Umsetzung des erweiterten Präventionsauftrags möglicherweise geschwächt.

Anders als *Karsten* konnte *Schubert* darin kein nennenswertes Problem erkennen. Ganz im Gegenteil vertrat er die Auffassung, daß die unterschiedlichen institutionellen Zuständigkeiten für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren einerseits und für die Finanzierung ihrer Krankheitsfolgen andererseits durchaus Sinn mache: Eine Entschädigungs- bzw. Leistungspflicht der Berufsgenossenschaften sei in diesem Bereich kaum begründbar, da bei arbeitsbedingten Erkrankungen immer auch andere Einflüsse eine Rolle spielten; selbst bei Berufskrankheiten sei der Nachweis von Arbeitsursachen schwer genug. Formal gesehen, wäre einiges sicherlich einfacher, wenn man es (wie in anderen Ländern) nur mit einem Versicherungsträger zu tun hätte, der alle Aufgaben auf sich vereinigte; man müsse sich jedoch klar darüber sein, daß es dann auch nur ein einheitliches (und vermutlich niedrigeres) Entschädigungsniveau für berufsbedingte Gesundheitsschäden gäbe.

*Prof. Göbel* warf die Frage auf, ob als Konsequenz aus der Europäisierung nicht die Privatisierung und „Verwettbewerblichung“ der Unfallversicherung in den Bereich des Möglichen rücke. Dies würde die Berufsgenossenschaften erheblich unter Druck setzen, eine Umstrukturierung hin zu (mit Privaten konkurrierenden) Dienstleistungsanbietern erzwingen und die quasi-hoheitliche Kontrollfunktion zur Disposition stellen. Ein gravierendes, möglicherweise auch die Erfüllung des erweiterten Präventionsauftrages berührendes Organisationsproblem der Unfallversicherungsträger drohe ferner aus dem fundamentalen Branchenumbruch zu erwachsen.

Letzteres sah *Meixner* relativ unaufgeregt: Der Branchenstrukturwandel stelle das BG-System seines Erachtens nicht vor grundsätzliche Organisationsprobleme; wie Beispiele aus der jüngeren Vergangenheit (Hütten- und Walzwerks-BG) zeigten, sei man durchaus in der Lage, diesen Wandel solidarisch über die Bildung von Verwaltungsgemeinschaften oder ähnlichen Zusammenschlüssen zu bewältigen.

Zum ersten von *Prof. Göbel* genannten Punkt bemerkte *Schubert*, daß gegen eine Privatisierung der Unfallversicherung nicht zuletzt Kosten/Nutzen-Argumente sprächen, die auch den Unternehmen durchaus vermittelbar seien. Nach allen vorliegenden Erfahrungen müsse man nämlich davon ausgehen, daß ein privates System – u.a. wegen erhöhter Verwaltungs- und Marketingkosten – bei gleichem Leistungsniveau teurer komme; daher rechne er auch nicht mit massiven Vorstößen in diese Richtung aus dem Arbeitgeberlager. Abgesehen davon, daß EU-rechtlich gar kein Zwang bestehe, das bisherige System aufzugeben, würde dies von den Sozialpartnern, insbesondere den Gewerkschaften, auch nicht akzeptiert werden. Im übrigen würden auch ausländische Konzerne, wenn sie sich erst einmal intensiver mit dem hiesigen Unfallversicherungssystem beschäftigten, dessen Vorteile (v.a. das ihm eigene Prinzip der Risikostreuung) durchaus erkennen und schätzen.

Dem hielt *Gerlinger* die Auffassung entgegen, daß die Gefahr der Aushebelung des öffentlich-rechtlichen Unfallversicherungssystems über das EU-Recht insofern gegeben sei, als auf dieser Ebene mit der durch ein angeblich unzulässiges „BG-Monopol“ behinderten Dienstleistungsfreiheit argumentiert werden könne. Trotz *Schuberts* Einwand, daß es hierzu noch anderslautende Rechtsmeinungen von Gewicht gebe, sah auch *Karsten* den besonderen Status der Berufsgenossenschaften durchaus nicht als in Stein gehauen an: Immerhin sei kürzlich auch das 125 Jahre alte Monopol der Technischen Überwachungsvereine auf Überprüfung von Dampfkesseln gefallen, und niemand könne ausschließen, daß den Berufsgenossenschaften auf mittlere Sicht nicht ähnliches blühe.

Ein Problem für die Erfüllung erweiterter Präventionsaufgaben, welches sich sehr viel unmittelbarer stellen dürfte, ist das der finanziellen, personellen und organisatorischen Ressourcen und Kapazitäten, über die die Präventionsinstanzen verfügen. Die im Referat angeklungene Skepsis, was diesen Punkt betrifft, wurde von *Schubert* zunächst relativiert: Zwar stünden auch die Berufsgenossenschaften unter dem Zwang, zu sparen und Personal abzubauen; zumindest bei der BG Chemie betreffe dies den Bereich der Prävention aber gerade nicht, hier sei sogar eher ein leichter

Ausbau zu verzeichnen, der übrigens auch von der Arbeitgeberseite in der Selbstverwaltung mitgetragen werde.

*Rönninger* indessen legte Wert darauf festzustellen, daß im Zuständigkeitsbereich eines Teils der Unfallversicherungsträger (insbesondere der öffentlichen Hand) nach wie vor ein erheblicher Optimierungsbedarf bei der klassischen Unfallverhütung bestehe, so daß die Bewältigung neu hinzugekommener Aufgaben bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der betrieblichen Gesundheitsförderung durchaus Probleme bereite. Selbst eine begrenzte Zahl von Projekten im neuen Aufgabenfeld erfordere – auch wegen der notwendigen gründlichen Nachbereitung – viel Aufwand, der einen Unfallversicherungsträger wie die Unfallkasse Sachsen-Anhalt recht schnell an Kapazitätsgrenzen führen könne; ein flächendeckendes Engagement etwa in der betrieblichen Gesundheitsförderung sei von daher gar nicht denkbar. Aus diesem Grund sei die verstärkte Kooperation mit anderen Instanzen (Kassen, staatliche Behörden und Einrichtungen etc.) geradezu zwingend geboten. Allerdings, so *Rönninger*, seien Bemühungen um eine klare Ein- und Abgrenzung des erweiterten Präventionsauftrags der Unfallversicherungsträger gegenüber den Aufgaben der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung unverzichtbar, wobei sich erstere seiner Auffassung nach doch relativ strikt auf unmittelbar arbeitsplatzbezogene Faktoren beschränken sollten. Insgesamt plädierte *Rönninger* für ein behutsames „Herantasten“ an das neue Aufgabenspektrum und für das Setzen von Schwerpunkten; man solle hier zunächst einmal einige Erfahrungen sammeln und von dieser Grundlage aus dann die Aktivitäten allmählich ausweiten.

*Rönningers* Forderung nach klarer Abgrenzung von Unfallversicherungs- und Krankenkassenaufgaben in der Prävention stieß bei *Prof. Quaas* auf gewisse Skepsis: Betriebliche Maßnahmen nur auf unmittelbar arbeitsbezogene Aspekte abstellen zu wollen halte er für problematisch, da eine präventive betriebliche Gesundheitspolitik – im richtig verstandenen Sinne konzipiert und durchgeführt – nicht nur die Gesundheitssituation im Betrieb verändere, sondern gesundheitliche Ausstrahlungseffekte auch in den außerbetrieblichen Lebenszusammenhang hinein entfalte. Im Prinzip würden Kassen, Unfallversicherungsträger und Unternehmen jeweils einen Teil des Erfolges effektiver betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung „erben“ und stünden daher auch alle in der finanziellen Verantwortung.

Ähnlich wie *Prof. Quaas* sah auch *Diercks* in *Rönningers* Position – so wie er sie interpretierte – die Gefahr einer allzu starken Verengung betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung auf direkt arbeitsplatzbezogene Faktoren. Eine solche Sichtweise auf seiten der Unfallversicherungsträger sei kontraproduktiv, da mit dem weiten Verständnis von Gesundheitsförderung, welches die Krankenkassen pflegten, nur schwer vereinbar. Was die Frage der Ressourcen anbelangt, die für die Erfüllung erweiterter Präventionsaufgaben zur Verfügung stehen, sah *Diercks* die Krankenkassen alles in allem keineswegs in einer besseren Lage als die Berufsgenossenschaften; auch die Kassen hätten – zumal sie unter einem zunehmend schärfer werdenden Wettbewerbsdruck stünden – durchaus keine Mittel im Überfluß, woraus sich für sie die zwingende Notwendigkeit zur Ressourcenbündelung ergebe. In diesem Zusammenhang war es *Diercks* wichtig, darauf hinzu-

weisen, daß die AOK Sachsen-Anhalt in den vergangenen Jahren trotz restriktiver gesetzlicher und finanzieller Rahmenbedingungen ihr Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung unter intensiver Nutzung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Instanzen (Hochschuleinrichtungen, Berufsgenossenschaften etc.) fortgeführt habe. Überhaupt betrachte er die Existenz eines – ungeachtet aller Probleme und Defizite – relativ dicht geknüpften Netzwerks kooperierender Institutionen und Akteure im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung als einen besonderen Pluspunkt in Sachsen-Anhalt, speziell in der Region Magdeburg.

Anknüpfend an *Rönninger* und *Diercks* verwies *Dr. Haase* auf den mit der Erweiterung institutioneller Präventionsaufgaben verbundenen erhöhten Koordinationsbedarf. Dieser ergebe sich nicht zuletzt daraus, daß bestimmte Steuerungsstrukturen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, wie sie im bzw. für den großbetrieblichen Bereich entwickelt worden seien, im Kleinbetriebssektor nicht existierten; hinsichtlich der Frage, welche Institutionen welche Steuerungs- und Moderationsaufgaben in diesem Sektor übernehmen sollten, seien daher einige Klärungen notwendig. Außerdem bestehe, wenn es an Abstimmung mangle, gerade bei zunehmenden konzeptionellen Überschneidungen zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern die Gefahr der Dopplung und Zweigleisigkeit von Maßnahmen und deren Finanzierung.

Daß sich auch die staatlichen Arbeitsschutzbehörden mit dem Problem begrenzter Kapazitäten – bei tendenziell umfassender und komplexer werdendem Aufgabenfeld – auseinanderzusetzen haben, machte *Dr. Melchior* deutlich. Zwar hege er die Hoffnung, daß haushaltspolitische Restriktionen künftig nicht – wie von *Prof. Göbel* befürchtet – allzu stark auf die staatliche Arbeitsschutzverwaltung durchschlagen werden, deren Rahmenbedingungen in Sachsen-Anhalt bislang noch relativ günstig seien – immerhin genieße die Schaffung humaner Arbeitsbedingungen in seinem Bundesland den Rang eines verfassungsmäßigen Staatsziels. Dennoch kämen die Arbeitsschutzbehörden wohl kaum umhin, in ihrer Praxis stärker Schwerpunkte zu setzen und einige Dinge, die sie bisher gemacht hätten, partiell zurückzufahren; dies betreffe sowohl die Revisionsdichte als auch die Art des Auftretens in den Betrieben. Die Grundfrage in diesem Zusammenhang sei, ob man primär die Aufsicht in der Breite zu gewährleisten versuche oder ob man sich eher um weniger Fälle intensiver kümmere. Bei alledem sei zu bedenken, daß beispielsweise die Entwicklung der Arbeitszeiten und damit verbundener Belastungen einen zunehmend wichtigen Problembereich des Arbeitsschutzes darstelle, ohne daß die staatlichen Aufsichtsbehörden hier über hinreichend wirksame Handlungskonzepte und Eingriffsmöglichkeiten verfügten.

Die Frage nach dem Umfang und der Erfüllbarkeit von Kontrollaufgaben seitens der Arbeitsschutzinstitutionen wurde auch von anderen Diskussionsteilnehmern aufgegriffen. *Schubert* z.B. meinte hierzu, daß die Kontrolle der Arbeitsbedingungen und der Einhaltung von konkreten Schutzstandards „vor Ort“ nach wie vor unverzichtbar sei und durch Managementsysteme sowie deren sporadische Prüfung nicht völlig ersetzt werden könne – wiewohl man aber auch sagen müsse, daß die Unfallversicherungsträger im Bereich der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren eigentlich keine Anordnungsgewalt besäßen (und sich insofern in einer ganz ähnlichen Position befänden wie die Kassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung).

*Dr. Riesenberg* bekräftigte einerseits zwar die Auffassung, wonach die Wahrnehmung hoheitlicher Kontrollfunktionen im Arbeitsschutz – einschließlich der Androhung bzw. Ausübung von Zwang – keineswegs als obsolet angesehen werden dürfe. Andererseits räumte er auch ein, daß eine flächendeckende Betriebskontrolle durch die staatliche und berufsgenossenschaftliche Aufsicht weder möglich noch als alleiniger Handlungsansatz wünschenswert sei, weshalb es ihm nötig erscheine, stärker auf die strategische Einbindung und Unterstützung anderer außer- und innerbetrieblicher Präventionsakteure zu setzen. Hierfür gebe es in Sachsen-Anhalt durchaus gute Beispiele (etwa die Durchführung einer Schwerpunktaktion der Gewerbeaufsicht auf Deponien in enger Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft ÖTV). Diesen stünden allerdings auch nicht wenige Negativbeispiele gegenüber, wie etwa der Fall eines Betriebes, dessen Personalrat sich wegen eines besonders auffälligen Gesundheitsproblems an die Gewerbeaufsicht und den Aufsichtsdienst des Unfallversicherungsträgers gewandt habe, die ihrerseits jedoch durch widersprüchliches Agieren den Personalrat in seinem Engagement eher verunsichert und frustriert hätten. Solche Beispiele zeigten, daß eine engere Abstimmung zwischen staatlichem und berufsgenossenschaftlichem Aufsichtshandeln wie auch eine aufmerksamere Begleitung und intensivere Unterstützung betrieblicher Initiativen zur Lösung von Arbeitsschutzproblemen durch die genannten Instanzen vonnöten sei. Dies müsse aus *Dr. Riesenbergs* Sicht allerdings mit Maßnahmen zur Stärkung der präventionspolitischen Handlungsfähigkeit der betrieblichen Akteure, namentlich der Betriebs- und Personalräte, korrespondieren; so weise das Personalvertretungsrecht diesbezüglich einen Nachbesserungsbedarf insofern auf, als der Arbeitsschutz zwar der Mitbestimmung unterliege, hierzu aber keine Dienstvereinbarungen möglich seien.

Die von *Dr. Riesenberg* angesprochene Notwendigkeit eines engeren Bezugs der Arbeitsschutzinstitutionen zur Ebene der betrieblichen bzw. betriebsnahen Akteure wurde besonders intensiv mit Blick auf die Betriebsärzte diskutiert. Nachdem sie schon anläßlich *Meixners* Erläuterung des Maschinenbau-BG-Projekts die Befürchtung geäußert hatte, daß diese Aktion an den bestellten Betriebsärzten vorbeizulaufen drohe, formulierte *Dr. Theile* im weiteren Diskussionsprozeß mehrere Male eine generelle Kritik an der ihres Erachtens mangelnden Berücksichtigung arbeitsmedizinischer Fachkompetenz. Betriebsärzte würden in die Umsetzung neuer Arbeitsschutzstrategien durch die überbetrieblichen Instanzen viel zu wenig einbezogen; als ein Beispiel hierfür könne die (von BG-Seite allerdings bestrittene) Tatsache gelten, daß auch in Sachsen-Anhalt Gefährdungsbeurteilungen von Berufsgenossenschaften durchgeführt worden seien, ohne daß man die bestellten Betriebsärzte daran beteiligt habe. Dies sei vor allem deshalb fragwürdig, weil Gefährdungsbeurteilungen gerade in Kleinbetrieben auf Problemkenntnisse der betreuenden Arbeitsmediziner angewiesen seien, die eine Berufsgenossenschaft schon wegen ihres bestenfalls sporadischen Kontakts zum einzelnen Kleinbetrieb gar nicht haben könne. Freilich konzedierte *Dr. Theile* auch, daß das gewandelte Belastungsspektrum von den Arbeitsmedizinern eine Erweiterung ihres Blick- und Betätigungsfeldes etwa in Richtung psychischer Faktoren erfordere. Die bisherige Hauptbetätigung der Betriebsärzte – die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen – stelle noch weitgehend auf traditionelle Belastungsschwerpunkte ab und biete immer weniger Zugriff auf die heute vorherrschenden Probleme.

*Dr. Melchior* bekräftigte die Auffassung, daß die Arbeitsmediziner für die Bewältigung der komplexer gewordenen Präventionsanforderungen unverzichtbar seien, machte aber zugleich deutlich, daß die Arbeitsmedizin ihre wissenschaftliche Erkenntnisbasis weiterentwickeln müsse, insbesondere was das Wissen über die gesundheitlichen Wirkungen multifaktorieller Arbeitseinflüsse – einschließlich psychischer Belastungen – anbelange. Letzteres sei für die Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen entscheidend.

Auch *Prof. Quaas* zweifelte nicht an der Notwendigkeit, die Arbeitsmediziner in die Umsetzung erweiterter Aufgaben im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung stärker einzubeziehen. Sein Hinweis auf professionsseitige Schwächen fiel jedoch dezidierter aus als bei *Dr. Melchior*. Vielen Betriebsärzten fehlten schlicht die fachlich-qualifikatorischen Voraussetzungen für die Bewältigung der veränderten Praxisanforderungen, bislang sei es weitgehend eine Frage persönlichen Interesses und Engagements, ob ein Betriebsarzt sich in ein erweitertes Aufgabenverständnis hineinfinde. Zugleich kritisierte *Prof. Quaas* aber auch die restriktive Politik bei der Neubesetzung arbeitsmedizinischer Lehrstühle in Sachsen-Anhalt; eine solche Politik könne wohl kaum als ein Beitrag zur allseits befürworteten Stärkung der Rolle der Arbeitsmedizin angesehen werden.

Der von *Prof. Quaas* formulierten kritischen Sicht auf die professionelle Praxis der Betriebsärzte schloß sich *Dr. Heuck* an: Nach seiner Erfahrung beschäftigten sich viel zu viele Betriebsärzte fast nur mit Vorsorgeuntersuchungen, brächten sich aber ausgesprochen ungern in die eigentlichen präventiven Aufgaben ein und erfüllten somit ihren gesetzlichen Auftrag höchst unzureichend. Dies liege z.T. sicherlich an ungenügenden zeitlichen Ressourcen, wohl aber auch an einem Fehlverständnis der eigenen Rolle.

Die in der Diskussion anklingende Kritik an den Betriebsärzten wies *Dr. Theile* als zu pauschal zurück. Zwar gebe es durchaus verengte Formen betriebsärztlichen Handelns, deren primäre Ursache sei aber eindeutig auf der Ebene der Finanzierung zu suchen: Viele Unternehmen, v.a. die kleinen, könnten ein breitgefächertes arbeitsmedizinisches Dienstleistungsangebot gar nicht bezahlen und beschränkten sich daher im wesentlichen darauf, die unbedingt vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen als „Kernleistung“ nachzufragen.

Die Abhängigkeit präventiver Gesundheitspolitik und ihrer Weiterentwicklung von ökonomischen Faktoren wurde auch von anderen Diskussionsteilnehmern thematisiert. So machte *Rönniger* darauf aufmerksam, daß für Präventionsaktivitäten wegen der damit verbundenen Kosten zunehmend Wirksamkeits- und Nutznachweise gefordert würden, die aber gerade im erweiterten Aufgabenfeld des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nicht leicht zu erbringen seien. Ganz ähnlich äußerte sich *Diercks*, nach dessen Erfahrung die Gesundheitsförderung immer wieder an die Grenze restriktiver wirtschaftlicher Faktoren und Argumentationsweisen in den Betrieben stoße. Es sei deshalb unabdingbar, wirtschaftliche Nutzeffekte betrieblicher Gesundheitsförderung (Krankenstandsenkung, höhere Motivation und Produktivität etc.) überzeugend zu belegen. Hier-

für gebe es auch in Sachsen-Anhalt zwar durchaus gute Einzelbeispiele, alles in allem benötigten die Krankenkassen diesbezüglich aber noch sehr viel mehr Input und Unterstützung von wissenschaftlicher Seite.

Auch *Dr. Heuck* sah den Dreh- und Angelpunkt bei der Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Frage nach den Auswirkungen auf die betrieblichen Kosten. Unternehmen seien in dem Maße zum Ausbau des Arbeitsschutzes bereit, wie sie davon überzeugt seien, daß dies mit einer Optimierung und effizienteren Gestaltung der betrieblichen Abläufe einhergehe. Umgekehrt böten Betriebe, die sich um transparente, effiziente Strukturen mittels Managementsystemen bemühten, auch verbesserte Chancen für die Integration kontinuierlicher Arbeitsschutzanstrengungen in den Geschäftsprozeß; dies habe er beispielsweise in einer Bierbrauerei konkret beobachten können.

Wenn nun die Durchsetzbarkeit einer erweiterten Präventionspraxis derart stark von ökonomischen Kalkülen abhängt, dann ist der Gedanke recht naheliegend, daß die für den Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung zuständigen Institutionen u.a. auch verstärkt mit Instrumenten des finanziellen Anreizes operieren sollten. *Schubert* bemerkte hierzu, daß die Intensität, mit der solche Instrumente im berufsgenossenschaftlichen Bereich genutzt würden, sehr von der Haltung der jeweiligen Selbstverwaltung abhängen. Was das geläufige Zuschlag/Nachlaß-Verfahren anbelange, gehe er im Falle der BG Chemie von deutlichen Anreizwirkungen aus, da hier die mögliche Spanne relativ groß sei. Darüber hinaus werde von seiner BG auch das im Referat angesprochene Prämiensystem angewandt, wenngleich noch nicht – wie seit 1996 prinzipiell möglich – auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, sondern nach wie vor nur auf die Unfallverhütung bezogen.

Referat zu Themenblock 2:

## **Neue Kooperationen im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung: Voraussetzungen, Möglichkeiten und Erfahrungen der institutionellen Zusammenarbeit**

*Thomas Gerlinger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*

Es liegt auf der Hand, daß die Komplexität der Aufgaben und Anforderungen eines modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes *nur in kooperativer Weise* erfolgreich anzugehen ist; „Kooperation“ kann insofern als übergreifendes Leitmotiv im Prozeß der Modernisierung des Präventionsystems angesehen werden. Von daher ist es nur konsequent, wenn auch auf gesetzlicher Ebene ein höheres Maß an Kooperation im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung verbindlich festgeschrieben worden ist.

In diesem Zusammenhang wäre natürlich eine *Vielzahl von Kooperationsebenen und -achsen* erörterbar. Wir wollen uns an dieser Stelle jedoch weitgehend auf die Beziehungen zwischen staatlichen Arbeitsschutzbehörden und Unfallversicherungsträgern einerseits sowie zwischen diesen und den Krankenkassen andererseits konzentrieren, da zur Kooperation zwischen den genannten Institutionen und den Betrieben sowie zur Kooperation innerhalb der Betriebe in Block 1 und v.a. in Block 3 einiges gesagt worden ist bzw. noch gesagt werden wird.

Über Kooperation zu sprechen bedeutet natürlich auch, deren Voraussetzungen und Hemmnisse sowie zweifellos vorhandene zwischeninstitutionelle Konflikte und Konkurrenzen zu thematisieren. Dies wird u.a. auch im *Verhältnis zwischen staatlichen Arbeitsschutzbehörden und Unfallversicherungsträgern* deutlich, von dem zunächst die Rede sein soll.

Dieses Verhältnis war über lange Zeit kein Gegenstand breiterer öffentlicher Erörterung. Die Verpflichtung zu enger Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Unterrichtung besteht hier schon seit 1977. Wie dies in der Praxis aussieht, ist erst- und letztmals Ende der 70er Jahre (in der mehrbändigen Arbeitsschutzsystemstudie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz) empirisch untersucht worden; hiernach war die *Zusammenarbeit beider Institutionensysteme eher punktueller Natur* und für die Aufsichtspersonen ein relativ seltenes Phänomen, gehemmt v.a. durch organisatorische und zeitliche Faktoren, z.T. auch durch unterschiedliche administrative Routinen sowie negative gegenseitige Einstellungen. Trotz prinzipiell vorhandener Überschneidungen von Aufgabenbereichen schienen die meisten Akteure aber mit der geringen Kooperationsdichte ganz gut leben zu können: jeder hatte für sich genug zu tun, man kam sich in der Praxis auch kaum ins Gehege.

Was die formalen Zusammenarbeitspflichten betrifft, so hat sich auch mit der Arbeitsschutzreform von 1996 kaum etwas geändert, abgesehen vielleicht von der Vorschrift im SGB VII, derzu-



folge landesbezogene Stellen der Unfallversicherungsträger einzurichten sind, über die die Zusammenarbeit mit den staatlichen Arbeitsschutzbehörden laufen soll. (Inwieweit dies bis dato funktioniert, wäre vielleicht im Anschluß zu diskutieren.) Nach dem Eindruck, den wir in unseren Interviews gewonnen haben, hat sich aber auch in der alltäglichen Praxis bislang nicht soviel verändert: Ein *gemeinsames, koordiniertes Tätigwerden* gibt es *von Fall zu Fall* durchaus, z.B. im Rahmen von branchen- oder vorhabenbezogenen (Großbaustellen!) Schwerpunktaktionen; die *Systematisierung und Routinisierung gegenseitiger Unterrichtung und Abstimmung* im Bereich der Revisionstätigkeit scheint *bislang aber eher Planung denn entwickelte Praxis* zu sein. Auf der Ebene der Aufsichtspersonen stellt sich uns das Verhältnis beider Institutionensysteme als eher spannungs- und konfliktarm dar; es hat in der Wahrnehmung der Gesprächspartner aber offenbar auch kein so hohes Gewicht – man kommt eben soweit ganz gut miteinander aus ...

Auf einer anderen, *politisch-strategischen Ebene* ist das Verhältnis von staatlichem Arbeitsschutz und Unfallversicherung in jüngerer Zeit jedoch in die Diskussion geraten: Vor dem Hintergrund der Reform des Arbeitsschutzrechts geht es hier um die Frage, wer welche Kompetenzen bei dessen Umsetzung hat bzw. haben soll. Bezüglich der *Übertragbarkeit von staatlichen Aufgaben auf die Unfallversicherungsträger* und der Möglichkeit der Inkorporation staatlicher Vorschriften in das autonome Satzungsrecht finden sich *kontroverse Positionen*. Ein *Kernproblem*, das wir hier für die Unfallversicherungsträger sehen, läßt sich folgendermaßen formulieren: *Bleibt den Unfallversicherungsträgern eine ausreichende Aufgaben- (und damit Legitimations-) -basis, wenn sie sich in ihrer Tätigkeit nicht (oder „nur“ beratend, was im Prinzip ja auch Private können) auf Bereiche beziehen können, die staatlich geregelt sind?*

Diese Frage stellt sich um so mehr, als

- a) den BGen durch EU-Recht einiges an unmittelbaren Regelungs- und Überwachungskompetenzen verlustig gegangen ist und
- b) zugleich durch Ausweitung des Präventionsauftrages auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren die Aufgaben der Unfallversicherungsträger zwangsläufig in Bereiche übergreifen, die durch staatliches Recht geregelt sind.

Wenn man (wie es in der neueren Arbeitsschutzdiskussion ja oft zu hören ist) der Auffassung zuneigt, daß die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren weitenteils ohnehin nicht mittels präziser Vorschriften faßbar und durchsetzbar ist, dann erscheint der genannte Konflikt u.U. wie ein „Streit um des Kaisers Bart“. Anders stellt sich die Sache jedoch dar, wenn man davon ausgeht, daß es auch hierfür verbindliche, überprüfungsfähige Standards geben muß, deren (Nicht-)Einhaltung sanktionierbar ist. In diesem Falle drängt sich schon die Frage auf, ob für weite Problembereiche tatsächlich eine klare Trennung der Regelungs- und Durchsetzungskompetenz möglich und sinnvoll ist.

Fragen nach dem Maß der Aufgabenüberlappung und nach einer sinnvollen Aufgabenabgrenzung stellen sich auch in bezug auf das *Verhältnis zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern*. Daß diese beiden Systeme auf präventivem Gebiet zusammenarbeiten sollen und auch ent-

sprechende Anstrengungen in der Praxis unternommen, ist ein relativ junges, eigentlich erst in den 90er Jahren relevant gewordenes Phänomen. Zuvor bestand zwischen ihnen auf präventivem Gebiet über sehr lange Zeit keine nennenswerte Verbindung, sie bildeten, was ihre institutionellen Aufgabenzuschneide und -verständnisse betrifft, „getrennte Welten“ – und dies ist weitenteils sicherlich auch heute noch der Fall.

*Während der ersten Jahre*, in denen die Kassen sich auf das Feld der betrieblichen Prävention begaben – und zunächst auch, nachdem das Kooperationsgebot in SGB V und VII gesetzlich verankert worden war – war das Verhältnis zwischen Kassen und Unfallversicherungsträgern noch stark durch *wechselseitige Vorbehalte, Abgrenzungen, Animositäten und auch Mißverständnisse* geprägt (trotz der auf Spitzenebene bekundeten Kooperationsbereitschaft und des Zustandekommens einzelner Kooperationsprojekte). 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 anzusehen; immer wieder wurde der Vorwurf des Vorbeigierens der Gesundheitsförderer an den Arbeitsschutzstrukturen laut; auch schienen öfters Zweifel an der Kompetenz und Seriosität der Kassenaktivitäten durch, wobei man allerdings sagen muß, daß es bei den Arbeitsschützern z.T. auch Fehlinterpretationen gab hinsichtlich dessen, was betriebliche Gesundheitsförderung im Kern ausmacht (bei diesem Thema kommt auch heute noch sehr oft das Stichwort „Rückenschule“!).

Unsere Interview- und Diskussionserfahrungen in letzter Zeit haben nun den Eindruck entstehen lassen, daß *die genannten Barrieren durchaus im Abbau begriffen* sind: Dafür spricht allein schon die *wachsende Zahl praktischer Kooperationen*, von denen uns auch in Sachsen-Anhalt berichtet wurde (wenngleich sich hier zugegebenermaßen niemand in der Lage sah, diese genauer zu quantifizieren). Darüber hinaus scheint sich in beiden Institutionensystemen *das Bild vom jeweils anderen z.T. positiv gewandelt* zu haben: Man ist offenbar eher bereit anzuerkennen, daß BGen bzw. Kassen tatsächlich etwas zu einer fortschrittlichen Präventionsarbeit beitragen können; die Einsicht darin, daß es einen bedeutenden Überschneidungsbereich zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz gibt, nimmt zu; die Akteure gewinnen allmählich mehr Einblick in und ein größeres Verständnis für das, was die jeweils anderen tun; dazu gehört auch die Bereitschaft zu konzederen, daß es manche Dinge gibt, die die anderen besser können als man selbst.

Diese Entwicklung ist sicherlich durch die Gesetzeslage seit 1996 und durch die Diskussionen um die (inzwischen geltende) Neufassung des § 20 SGB V, v.a. aber wohl durch die intensiver gewordenen zwischeninstitutionellen Kontakte und Kooperationserfahrungen selbst gefördert worden. Dies heißt allerdings nicht, daß die zuvor genannten *Kooperationshemmnisse und -probleme* nun nicht mehr relevant wären: So nähren einige Gesprächserfahrungen doch Zweifel daran, ob die häufig deklarierte „Symmetrie“ der Kooperation wirklich ernstgenommen wird; zudem werden *Handlungskonzepte und Praxis der jeweils anderen nach wie vor in einer recht begrenzten Weise (und z.T. begrenzter als sie sind) wahrgenommen* (etwa nach dem Muster: Kassen bearbeiten Verhaltensfaktoren

– BG-Leute kümmern sich um Technik). Kooperation erscheint nach wie vor nicht unbedingt als etwas, das problem- und reibungslos funktionieren würde; deren Zustandebringen wird als *z.T. recht zähes und mühsames Unterfangen* beschrieben, was mit organisatorischen und zeitlichen Hemmnissen, aber auch mit *unterschiedlichen trägerspezifischen Bereitschaften* in Zusammenhang gebracht wird.

Als Ausweis einer in Gang gekommenen Kooperation wird sehr oft das „*Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit*“ (KOPAG) angeführt, das ja auch in der Tat ein verdienstvolles und von seinen Ergebnissen her in vielerlei Hinsicht interessantes Vorhaben war. Es hatte jedoch den Charakter eines sehr aufwendigen Forschungsprojekts mit wissenschaftlichem Anspruch und dürfte daher in der Praxis nur eingeschränkt als „Modell“ der Kooperation taugen. Ein starkes Augenmerk ist künftig der Frage zu widmen, wie und in welchen Formen die Resultate in den „Normalbetrieb“ der Institutionen überführt und dort fruchtbar gemacht werden können.

Die bisherigen Kooperationsansätze bewegen sich in der Regel in einem sehr viel *pragmatischeren Rahmen*. Über deren quantitative Verbreitung kann derzeit nichts genaueres gesagt werden; insgesamt scheint die Zahl aber noch sehr begrenzt zu sein, wenngleich die Tendenz seit einigen Jahren deutlich nach oben weist. Kooperationen zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern finden sich in *unterschiedlichen Formen und Intensitäten*.

- eher formale Kooperation: dabei beschränkt sich ein Partner im wesentlichen darauf, seinen Namen für ein Projekt zu geben;
- regelmäßige oder auch nur sporadische Teilnahme einzelner BG-Aufsichtspersonen an Sitzungen im Rahmen von betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten der Kassen;
- Zurverfügungstellung von Daten aus AU-Analysen (vereinzelt auch Mitarbeiterbefragungen) durch Krankenkassen;
- gemeinsame betriebs- oder branchenbezogene Projekte mit dem Ziel, präventiven Handlungsbedarf zu identifizieren und Betriebe maßnahmenorientiert zu beraten; dabei zeigt sich häufig eine typische Arbeitsteilung in der Form, daß Kassen sich um AU-Analysen, Mitarbeiterbefragungen und verhaltenspräventive Maßnahmen, BG-Leute hingegen um Arbeitsplatzanalysen, Messungen und technische Gestaltungsfragen kümmern. Vereinzelt wird aber auch davon berichtet, daß Arbeitsplatzbegehungen tatsächlich gemeinsam durchgeführt und ausgewertet werden (so etwa im Buchbindereiprojekt der AOK Rheinland und der BG Druck und Papierverarbeitung)

Über das bisher Gesagte hinaus soll im Zusammenhang mit dem Thema „Kooperation“ noch auf eine weitere Entwicklung hingewiesen werden, die in den letzten Jahren an Dynamik gewonnen hat: die *Tendenz zur Netzwerkbildung im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung* Funktion, Zusammensetzung, Formalisierungsgrad und Reichweite solcher Präventionsnetzwerke variieren stark: während die einen sich weitgehend auf Erfahrungsaustausch beschränken, finden in anderen auch konkrete Projektkooperationen statt oder werden sogar gemeinsame Serviceleistungen für Dritte (Betriebe) bereitgestellt; unter organisatorischen Gesichtspunkten

leistungen für Dritte (Betriebe) bereitgestellt; unter organisatorischen Gesichtspunkten reicht das Spektrum vom informellen Beziehungsnetz über den losen Zusammenschluß mit regelmäßigen Treffen bis hin zum eingetragenen Verein; ferner stehen lokale Netzwerke solchen mit überregionalem oder sogar internationalem Bezugsrahmen gegenüber. Wie auch immer diese Netzwerke ausgeprägt sind – positiv und auch relativ neu ist die darin zum Ausdruck kommende „freiwillige“ Bereitschaft zu *disziplin- und „zuständigkeits“übergreifenden Diskussions- und Arbeitszusammenhängen*. Wie das Beispiel der „Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (BASI e.V.) zeigt, können dabei auch bestehende Zusammenschlüsse, die schon seit längerem von eher beschränkter Relevanz waren, ein völlig neues politisches Gewicht erlangen – im angesprochenen Fall entwickelte sich ein Verein, der im wesentlichen mit der regelmäßigen Kongreßausrichtung (Kongreß Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – A+A) befaßt gewesen war, zu so etwas wie einem Organ institutionenübergreifender präventionspolitischer Strategie- und Konsensbildung.

Eine empirisch fundierte Bewertung solcher Netzwerkaktivitäten und ihres Nutzens ist sicherlich schwierig. Vorliegende Erfahrungsberichte und Ergebnisse einer bundesweiten Befragung des Landesgesundheitsamtes Brandenburg unter 23 Netzwerken „Arbeit und Gesundheit“ berechtigen aber durchaus zu der Annahme, daß hier erhebliche Nutzenpotentiale existieren: Diese betreffen eine gesteigerte Transparenz und Informiertheit hinsichtlich des Handelns der anderen Akteure, wechselseitige Anregungen und Synergien (konzeptionell und praktisch) und z.T. auch die Ermöglichung neuer präventionsbezogener Projekte und Dienstleistungen.

Auch Sachsen-Anhalt bietet diesbezüglich einiges an „Anschauungsmaterial“: zu nennen wären etwa die Existenz eines *Landesarbeitskreises Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz* mit breitem Teilnehmerspektrum oder die *Vernetzungen und Austauschprozesse, welche über die Fachhochschule Magdeburg laufen*, besonders gut nachzuvollziehen ist hier aber auch die *Bedeutung und Wirksamkeit der informellen Ebene langjähriger, z.T. bis in die Ausbildung zurückreichender kollegialer Kontakte*.

## Zusammenfassung der Diskussion zu Themenblock 2

Ein Kooperationsstrang, auf dessen Bedeutung und Probleme im Referat aufmerksam gemacht worden war, betrifft die Zusammenarbeit zwischen staatlichem und selbstverwaltetem Arbeitsschutz als den beiden klassischen institutionellen „Säulen“ des Systems arbeitsweltbezogener Prävention in Deutschland. *Schubert* bemerkte hierzu, daß die Zusammenarbeit auf der „Sachebene“ bzw. „vor Ort“ aus seiner Sicht eigentlich keine gravierende Probleme bereite, zumindest nicht, was die prinzipielle Bereitschaft der beteiligten Personen anbelange. Er könne auch durchaus Beispiele für geregelte und im Kern gut funktionierende Formen der Zusammenarbeit nennen, etwa die Beteiligung von Gewerbeaufsichtspersonen als Referenten in der Sicherheitsbeauftragtenausbildung oder die Einbeziehung von Vertretern staatlicher Arbeitsschutzbehörden in die Fachausschußtätigkeit seiner Berufsgenossenschaft. Andererseits müsse schon gesehen werden, daß die Möglichkeiten der Kooperation im konkreten Aufsichtshandeln aufgrund der jeweils sehr begrenzten personellen Kapazitäten deutlich eingeschränkt seien.

Dies konnte *Dr. Räbel* aus Sicht der staatlichen Behörden bestätigen: Die Kooperation mit den Aufsichtsdiensten der Unfallversicherungsträger hänge maßgeblich von der jeweiligen territorialen Präsenz der Beteiligten ab; deren Aufsichtsbereiche seien aber oftmals so groß, daß insgesamt nur eine relativ geringe Kontaktdichte zustandekommen könne. Besonders kritisch zu sehen – weil nicht notwendig – sei der dünne Informationsfluß, der von manchen Unfallversicherungsträgern in Richtung Gewerbeaufsicht laufe, etwa bezüglich der in Betrieben getroffenen Anordnungen.

Ein ähnliche Auffassung vertrat *Dr. Melchior*, der den mangelhaften Datenaustausch zwischen Unfallversicherungsträgern und staatlichen Aufsichtsbehörden als ein zentrales Problem der Zusammenarbeit bezeichnete. Nach seiner Erfahrung träten bei der Übermittlung von Daten durch die Berufsgenossenschaften, z.B. über das Unfallgeschehen, große zeitliche Verzögerungen (bis zu drei Jahren) auf, so daß die Gewerbeaufsicht kaum die Möglichkeit habe, hieraus Schlußfolgerungen für ihr aktuelles Aufsichtshandeln zu ziehen. Im Hinblick auf die Koordinierung der Aufsichtstätigkeit beider Instanzen sah *Dr. Melchior* eine grundlegende Schwierigkeit im unterschiedlichen Zuschnitt der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche: Einerseits hätte es die auf Landes- bzw. Regionalebene operierende Gewerbeaufsicht mit mehreren Unfallversicherungsträgern zu tun, andererseits seien einige berufsgenossenschaftliche Aufsichtsdienste über die Grenzen verschiedener Bundesländer hinweg tätig. Zwar seien zur Koordinierung gemeinsame landesbezogene Stellen vorgesehen, deren Arbeit aber noch stark verbesserungswürdig erscheine. Im übrigen müsse auch der präventionsbezogenen Zusammenarbeit zwischen staatlicher Arbeitsschutzverwaltung und Krankenkassen, für die es im Lande Sachsen-Anhalt bereits gute Ansätze gäbe, künftig noch mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Im Zentrum der Diskussionen zu Themenblock 2 stand allerdings die Kooperation zwischen Kranken- und Unfallversicherungsträgern. Diesbezüglich wies *Rönninger* zunächst einmal auf den

aus seiner Sicht positiven Umstand hin, daß die Zusammenarbeit durch das SGB VII einen deutlichen Schub erhalten habe, nicht zuletzt in den neuen Ländern, wo die Kooperation inzwischen vielleicht sogar weiter gediehen sei als in den alten. Ungeachtet dessen sei aber noch vieles zu klären hinsichtlich der Frage, wie weit die Kooperation gehen und wer dabei welche Aufgaben erfüllen solle. Nach der „Seehofer-Novelle“ des § 20 SGB V sei teilweise die inakzeptable Auffassung verbreitet gewesen, die Unfallversicherungsträger sollten nun die gesamte betriebliche Gesundheitsförderung, einschließlich Personal- und Finanzaufwand, übernehmen. Dies habe sich durch die Wiederherstellung des Gesundheitsförderungsauftrages der Kassen Anfang 2000 natürlich relativiert; es existiere aber nach wie vor ein großer Abstimmungsbedarf und dementsprechend auch die Gefahr von Reibungsverlusten. Insgesamt seien auf dem Weg zu einer funktionierenden Kooperation bei den beteiligten Organisationen wie auch den hier handelnden Einzelpersonen noch einige Lernprozesse nötig, so daß ein schrittweises Vorgehen mit sorgfältigen Schwerpunktsetzungen ratsam erscheine. Hierbei sei aber stets zu berücksichtigen, daß die Unfallversicherungsträger ihre Kooperationsentscheidungen vor dem Hintergrund ihrer je spezifischen Zuständigkeitsbereiche zu treffen hätten und daß dementsprechend auch nicht alle Kassen gleichermaßen für die Zusammenarbeit in Frage kämen.

Aus Kassensicht betonte *Dr. Haase*, daß die Zusammenarbeit mit Unfallversicherungsträgern an der „Basis“ in der Regel recht gut funktioniere. Schwierigkeiten sehe er eher auf den BG-Führungsebenen, wo seiner Auffassung nach noch einige Vorurteile und Ängste bestünden, etwa dahingehend, daß die Kassen Teile des Arbeitsschutzes übernehmen wollten. Zur Illustration seines Eindrucks berichtete *Dr. Haase* von einem fertig ausgehandelten Kooperationsvertrag, der ein Jahr lang beim BG-Vorstand gelegen habe, währenddessen vor Ort schon die konkrete Zusammenarbeit aufgenommen worden sei. Ganz ähnlich wie *Rönniger* hielt *Dr. Haase* noch deutliche Klärungen und Absprachen über die jeweiligen Aufgaben wie auch über die Finanzierung und Ausgestaltung betrieblicher Maßnahmen für erforderlich; falls diese nicht erfolgten – so die für einen Kassenvertreter bemerkenswerte Einschätzung –, bestünde durchaus die Gefahr eines unkoordinierten „Ins-Kraut-Schießens“ eigenständiger Kassenaktivitäten. Dies bedeute nicht, daß nun immer alles „im Tandem“ gemacht werden müsse; denkbar sei auch, daß die Kasse in Absprache mit der BG fallweise bestimmte Dinge für diese mit übernehmen könne, also z.B. als Vermittlerin und Multiplikatorin von BG-Informationen und -Angeboten in Innungsversammlungen auftreten o.ä. Letzteres wäre in manchen Bereichen sicherlich sinnvoll, da die Kasse z.T. über bessere Präsenzmöglichkeiten vor Ort verfüge. Als weiteren für die Kooperation wichtigen Punkt nannte *Dr. Haase* die präventionsbezogene Nutzung von Arbeitsunfähigkeitsdaten. Hierzu müßten die Berichterstattungssysteme darauf ausgelegt sein, Erkrankungsschwerpunkte differenziert und frühzeitig identifizierbar zu machen und somit Hinweise auf mögliche Gefährdungsbereiche zu geben, in denen dann auch die betreffenden Unfallversicherungsträger mit genaueren Analysen und ggf. präventiven Maßnahmen ansetzen können. Die meisten Krankenversicherungsträger verfügten inzwischen über ein solches sensibles System, bei dessen kooperativer Nutzung seine Kasse z.T. auch schon gute Erfahrungen gemacht habe, etwa im Rahmen eines Gemeinschaftsprojekts mit einer gewerblichen Berufsgenossenschaft, in dem unter Einbeziehung von Aufsichtspersonen, Sicherheitsfachkräften und Arbeitsmedizinern umfangreiche Analysen

stattgefunden hätten und es gelungen sei, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu identifizieren. Allerdings bedeuteten derartige Aktivitäten erst einmal einen Ressourceneinsatz der beteiligten Träger, dessen Nutzeffekt prospektiv keineswegs feststehe. Folglich habe man es mit gewissen Ängsten vor schwer begründbaren finanziellen Aufwendungen zu tun; hierfür sei ein recht hohes Maß an Aufgeschlossenheit und Engagement erforderlich, was z.T. schon noch ein Problem für die Kooperation darstelle.

Was die in die Kooperation einzubringenden Daten der Unfallversicherungsträger anbelangt, wies *Schubert* Einschätzungen, wonach diese Datenbestände schlecht aufbereitet und deshalb auch kaum nutzbar seien, zurück. Bei den Berufsgenossenschaften lägen durchaus sehr gute Daten vor, das Problem sei aber, daß diese vielfach gar nicht ausgetauscht werden dürften. Erhebliche Schwierigkeiten auf der Datenschutzebene wurden auch von *Karsten* eingeräumt. Er wies darauf hin, daß es im Vorfeld der Verabschiedung des Arbeitsschutzgesetzes gute Vorschläge gegeben habe, wie man in der Datenschutzproblematik hätte weiterkommen können. Die Vorschläge seien jedoch mit den Gesetzentwürfen, in denen sie gestanden hätten, unter den Tisch gefallen. Bei geeigneter Gelegenheit müßte man sie vielleicht wieder einmal aus der Schublade ziehen.

Ausgehend vom Thema „Datenaustausch“ entwickelte sich eine längere, kontroverse Diskussion darüber, wie die Berufskrankheitenproblematik zwischen Kranken- und Unfallversicherungsträgern gehandhabt wird. Den Anstoß hierzu gab *Dr. Haase*, indem er davon berichtete, daß seine Kasse vor einiger Zeit durch Analysen von AU-Daten sowie ergänzende Fragebogenerhebungen bei behandelnden Ärzten eine Reihe von Fällen mit Verdacht auf berufsbedingte Krebserkrankung herausgefiltert und den zuständigen Berufsgenossenschaften mitgeteilt habe, von denen dann allerdings ein Großteil der Meldungen mit einer pauschalen Ablehnung zurückgekommen sei. Dies veranlasse ihn zur Vermutung, die Unfallversicherungsträger stünden einer Zusammenarbeit mit den Kassen auch aus Angst vor kostenträchtigen BK-Entschädigungsfällen reserviert gegenüber.

Der Auffassung, Berufsgenossenschaften befürchteten eine kasseninduzierte „BK-Flut“ und würden deshalb „mauern“, widersprach *Schubert* energisch. Hierzu hätten die Berufsgenossenschaften gar keinen Grund, da sie in Entschädigungsangelegenheiten nicht als „Interessenten“, sondern als absolut neutrale Instanzen agierten. Abgesehen davon, daß eine BK-Abwehrstrategie von den Gewerkschaftsvertretern in der Selbstverwaltung gar nicht zugelassen werden würde, wären die Berufsgenossenschaften auch aus Imagegründen schlecht beraten, denn schließlich führte eine Minderung der Versicherungsleistungen automatisch zur Erhöhung des Verwaltungskostenanteils. Im übrigen sei darauf hinzuweisen, daß z.B. die BG Chemie mit großem Aufwand und eigens hierfür abgestelltem Personal aktiv nach BK-Altfällen fahnde, was völlig unlogisch wäre, wenn *Dr. Haases* Auffassung stimmte.

Letzterer beharrte jedoch auf seiner Meinung: Es sei kaum zu bestreiten, daß die Unfallversicherungsträger unter dem Druck ihrer „Basis“ (d.h. der Arbeitgeber als Finanziers) stünden, die naturgemäß ein Interesse an möglichst geringen Kosten- und damit Beitragsbelastungen hätte.

Wenn es nun über Datenanalysen der Kassen zu einer vermehrten Identifikation von BK-Verdachtsfällen komme, bestehe durchaus die Gefahr, daß hier Befürchtungen hinsichtlich einer drohenden „Kostenlawine“ geweckt werden. Anders könne er sich das pauschale „Vom-Tisch-Wischen“ konkreter Verdachtsfälle etwa im Zusammenhang mit langjähriger Asbestexposition jedenfalls nicht erklären. Derartige Blockadehaltungen beeinträchtigten auch die Chancen einer gemeinsamen präventiven Nutzung von AU-Daten im Sinne der Erkenntnisgewinnung über arbeitsbedingte Krankheitsursachen; bei den Berufsgenossenschaften seien generelle Vorbehalte spürbar, obwohl die Datenanalysen in der Hauptsache gerade nicht auf die Identifizierung von Berufskrankheiten im engen Sinne hinausliefen.

Zum Thema Berufskrankheiten ergriff auch *Dr. Müller* das Wort: Mit dem Hinweis, daß ca. ein Drittel aller BK-Neumeldungen Fälle darstellten, die aus Erstattungsansprüchen der Kassen resultierten, daß sich diese BK-Anzeigen aus seiner Sicht aber meistens als unbegründet erwiesen, stützte er – wenn auch indirekt – Schuberts Argumentation, derzufolge die Vermutung eines finanziellen Motivhintergrundes beim Umgang der Berufsgenossenschaften mit BK-Meldungen völlig fehlgehe.

In einem Zwischenfazit bemerkte *Lenhardt*, er finde es interessant, daß die Erörterung des Themas „Kooperation bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ relativ schnell und mit großer Intensität auf das Thema Berufskrankheiten zugelaufen sei, obwohl niemand sagen könne, in welchem Maße sich solche Gefahren im strikten kausalen Sinne zu Berufskrankheiten entwickelten und bei welcher Instanz somit finanzielle Folgelasten in welcher Höhe anfielen. *Lenhardt* warf deshalb die Frage auf, ob das Denken vom potentiellen Versicherungs-/Leistungsfall her nicht doch als eine gewisse Kooperationsbarriere in der Prävention wirke.

Auch letzteres vermochte *Schubert* nicht zu erkennen, da kaum ernsthaft anzunehmen sei, daß die Aufdeckung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren etwa im Bereich psychischer Belastungen zur Festlegung neuer Berufskrankheiten und damit zu einer zusätzlichen Kostenlawine für die Unfallversicherungsträger führen könne. Er halte es für notwendig und sei auch durchaus dazu in der Lage, zwischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und BK-Problematik zu trennen, wenn es um Prävention gehe.

*Karsten* quittierte die zeitweise starke Fixierung der Diskussion auf die Berufskrankheitenthematik mit deutlicher Kritik: Eine solche Akzentsetzung sei nicht zielführend, denn die Berufskrankheit stelle den gut untersuchten, aber seltenen Fall dar. Wichtiger sei es, dem Massengeschehen arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen Aufmerksamkeit zu schenken; durch den arbeitsbedingten Anteil von Herz-Kreislauf-Krankheiten entstünden, selbst wenn dieser nur 10% betragen sollte, schließlich weitaus mehr Todesfälle als durch alle Berufskrankheiten zusammen.

Eine wichtige, bislang aber zu wenig berücksichtigte Rolle nicht nur bei der Identifizierung möglicher Berufskrankheiten, sondern allgemein bei der Ermittlung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand maß *Dr. Haase* den Hausärzten bei. In der Realität



mangele es diesen aber zumeist an dem Hintergrundwissen und der Aufmerksamkeit, die erforderlich seien, um gezielt nach arbeitsbedingten Einflüssen auf den Zustand ihrer Patienten zu suchen. Als Verbesserungsmaßnahme habe seine Krankenkasse deshalb zusammen mit der Universität Bremen einen Fragebogen entwickelt, der Hausärzte dabei unterstützen soll, diesen Aspekt bei der Versorgung von Patienten systematisch einzubeziehen. Darüber hinaus müsse aber auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über eine Verstärkung von Qualifizierungsmaßnahmen in diesem Bereich diskutiert werden.

*Dr. Trognitz* wies in diesem thematischen Zusammenhang noch einmal darauf hin, daß bei vielen der heute vorherrschenden Krankheiten eine Abgrenzung der Ursachen ausgesprochen schwierig sei. Auch der Einfluß von Arbeitsbedingungen könne weitenteils nicht eindeutig bestimmt werden, so daß hier die Ursachenforschung nach wie vor hohe Priorität zu genießen habe. Was die diesbezügliche Rolle der niedergelassenen Ärzte betrifft, äußerte sie sich deutlich skeptischer als *Dr. Haase*. Die ambulant tätigen Mediziner seien in aller Regel weder dazu qualifiziert noch daran interessiert, arbeitsbedingten Krankheitsursachen nachzugehen; die Ursachenforschung müsse also mit Sicherheit woanders als in der Arztpraxis stattfinden.

Insgesamt bildete die Einbeziehung von Hausärzten für die Diskussionsteilnehmer auch bestenfalls einen Nebenaspekt des Themas „Kooperation im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung“. Wie sich schon in Themenblock 1 (und später dann auch in Block 3) zeigte, nahm die Frage nach der Einbindung der betrieblichen Akteurebene in vorhandene bzw. sich bildende Kooperationsstrukturen einen sehr viel zentraleren Stellenwert ein. *Schubert* wies in diesem Zusammenhang noch einmal darauf hin, daß die institutionelle Kooperation zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern auf jeden Fall einen engen Bezug zur betrieblichen Ebene einschließen müsse; aus diesem Grund plädiere er auch dafür, Kooperationsverträge nach Möglichkeit in trilateraler Form zu vereinbaren.

*Blume* konkretisierte das von *Schubert* angesprochene Erfordernis in dem Sinne, daß er betonte, eine effektive Umsetzung institutioneller Kooperationsmodelle hänge – v.a. im Kleinbetriebssektor – maßgeblich von der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Fachkompetenz vor Ort und deren Einbindung ab. Hierzu meinte *Schubert*, dies sei in der Praxis der Berufsgenossenschaften eine Selbstverständlichkeit; die bestellte Sicherheitsfachkraft sei eigentlich immer (noch vor der Betriebsleitung) deren erster betrieblicher Ansprechpartner. Dies – so wandte *Blume* seinerseits kritisch ein – möge in größeren Betrieben der chemischen Industrie vielleicht zutreffen, in 90% der Fälle, bei denen es sich um Klein- und Kleinstbetriebe handele, aber gewiß nicht.

Tatsächliche Fortschritte im Sinne einer kooperativ angelegten Präventionspraxis sind indes nur dann zu erzielen, wenn Bemühungen um eine verstärkte Einbindung der betrieblichen Akteure bei letzteren auch auf eine hinreichende Aufgeschlossenheit und Handlungsbereitschaft hierfür treffen. Daß es ihres Erachtens diesbezüglich oft nicht zum besten bestellt ist, machte *Dr. Theile* deutlich: Das Erkennen arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – schwierig genug – sei das eine, aber daraus im Betrieb praktische Konsequenzen zu ziehen, das andere. Letzteres erweise sich in

vielen Unternehmen als ausgesprochen zähes, problematisches Unterfangen; nicht selten würden sinnvolle und notwendige Maßnahmen von Arbeitgeberseite mit Kostenargumenten abzuwehren versucht, und auch manche Beschäftigte stünden – etwa aus Angst vor der Feststellung von Tauglichkeitseinschränkungen – dem Arbeitsschutz reserviert gegenüber.

Als ein bislang weitgehend unerschlossenes Kooperationsfeld bezeichnete *Dr. Räbel* die Langzeitarbeitsunfähigkeit und entsprechende Wiedereingliederungs- und Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Zusammenwirken der Beteiligten (Kasse, Unfallversicherungsträger, Betrieb etc.) im Sinne einer frühzeitig einsetzenden, zielgerichteten Wiedereingliederungsstrategie gebe es kaum. In Schweden z.B. sei man sehr viel weiter, dort bestehe eine gesetzliche Pflicht des Arbeitgebers, nach vier Wochen Arbeitsunfähigkeit mit Maßnahmen zu beginnen, die Durchführung werde staatlich überwacht und durch den Sozialversicherungsträger unterstützt. Ein Verfahren, wie man es in Schweden vorfinde, könne im übrigen auch epidemiologisch als sehr fruchtbar angesehen werden, da es vielfältige Ansatzpunkte zur Aufdeckung der Arbeitsbedingtheit von Erkrankungen biete.

*Karsten* ging insofern noch über *Dr. Räbel* hinaus, als er auch die Frühverrentungen aufgrund von Erwerbs- und Berufsunfähigkeit ins Spiel brachte: Da diese einen relevanten arbeitsbedingten Anteil aufwiesen, müßten eigentlich auch die Rentenversicherungsträger mit ins Boot kooperativer Präventionsstrategien. Die Chancen hierfür beurteilte *Lenhardt* allerdings sehr zurückhaltend und verwies in diesem Zusammenhang auf ein jüngeres Forschungsprojekt der Sozialforschungsstelle Dortmund, in dem sich keinerlei Ansatzpunkte für ein Engagement der Rentenversicherungsträger in *Karstens* Sinne hätten finden lassen.

In einem kurzen Resümee machte *Lenhardt* noch einmal darauf aufmerksam, welchen breiten Raum die Berufskrankheitenproblematik in der Diskussion zu Themenblock 2 eingenommen habe, obwohl es doch eigentlich um etwas anderes gegangen sei. Er halte dies in gewissem Sinne aber auch für lehrreich: Hierdurch sei nämlich zum Ausdruck gekommen, daß das um die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren erweiterte Aufgabenfeld selbst für prinzipiell aufgeschlossene Akteure noch recht schwer handhabbar sei und eine Reorientierung des Denkens und Handelns in diese Richtung eher noch am Anfang stehe. Die spontane Neigung, auf „klassische“ Themenfelder des Arbeitsschutzes wie z.B. Berufskrankheiten auszuweichen, wo man sich seiner Erfahrungen, Argumente und Routinen relativ sicher wähne, sei von daher leicht nachzuvollziehen.

Die schon zuvor von *Prof. Göbel* geäußerte Auffassung, daß das Land noch stärker eine Initiatorrolle bei der Entwicklung von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen im Arbeitsschutz wahrnehmen müsse, da die beteiligten Akteure dies von selbst wohl nicht in ausreichendem Maße zu bewerkstelligen in der Lage seien, kann insofern auch als eine Schlußfolgerung aus dem Diskussionsverlauf interpretiert werden.

Referat zu Themenblock 3:

## **Die Umsetzung erweiterter Präventionsverpflichtungen und -konzepte in den Betrieben: Probleme und Lösungsansätze für die Verwirklichung einer modernen betrieblichen Arbeitsschutzpraxis**

*Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*

Die Reform des deutschen Arbeitsschutzrechts 1996 im Gefolge der EU-Richtlinien stellt die *Betriebe vor erhöhte Anforderungen* bei der Ausgestaltung und Durchführung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Diese Anforderungen lassen sich durch folgende Stichworte kennzeichnen:

- *ausgeweiteter Schutzauftrag*: Berücksichtigung aller arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, einschließlich menschengerechter Gestaltung der Arbeit;
- *systemisches Vorgehen*: sachgerechte Verknüpfung von Technik, Arbeitsorganisation, sonstigen Arbeitsbedingungen, sozialen Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz;
- *Analyse, Planung und Evaluation*: Gefährdungsbeurteilung, Ableitung von Maßnahmen und Überprüfung ihrer Wirksamkeit; Dokumentationspflicht (Kleinstbetriebe ausgenommen);
- *Integration in die betriebliche Organisation*: Beachtung der Maßnahmen bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen;
- *umfassende Einbeziehung* aller Betriebe in die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung.

Die neuen Schutzziele und sich daraus ergebenden Arbeitgeberverpflichtungen sind weitenteils nur *relativ allgemein formuliert*, es gibt hier keine detaillierten Vorschriften. Die Gründe dafür liegen in der Struktur der zu bearbeitenden Probleme selbst, die sich eben vielfach der exakten Regelung bis ins Kleinste entziehen. Es wird daher allgemein als sinnvoll und als echter Fortschritt betrachtet, daß den Betrieben ein großer *Spielraum und damit Flexibilität bei der konkreten Ausfüllung* der Arbeitsschutznormen ermöglicht wird.

Die Tatsache, daß die neuen Pflichten und Standards relativ unbestimmt und deren Erfüllung daher nicht so leicht „abprüfbar“ sind, birgt aber auch *Risiken einer nur formalen Umsetzung bzw. eines faktischen Unterlaufens* durch die Betriebe. Dabei muß gesehen werden, daß es aufgrund verschiedener Entwicklungen in der Arbeitswelt *für den Arbeitsschutz nicht unbedingt leichter geworden* ist oder werden wird; auf die Problematik sich wandelnder Unternehmensstrukturen, Arbeitsformen und Beschäftigungsverhältnisse, auf die Erosion interessenpolitischer Regulierungsstrukturen und die rigider werdenden betrieblichen Kostenkontrollstrategien wurde im Einleitungsreferat zu Themenblock 1 schon hingewiesen.

*Noch etwas komplizierter* (wenn auch vielleicht in Teilbereichen nicht mehr ganz so dramatisch wie vor einigen Jahren) stellen sich die Rahmenbedingungen des betrieblichen Arbeitsschutzes *in Sachsen-Anhalt* dar, wo die Situation charakterisiert ist

- durch eine überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit,
- durch das Wegbrechen alter Wirtschaftsstrukturen und Standorte,
- durch eine hohe Zahl von (auch instabilen) Neugründungen und eine ausgeprägte Dynamik des Kleinbetriebssektors,
- durch eine relativ weit fortgeschrittene Erosion des Tarifsystems sowie
- durch eine für viele Betriebe angespannte Rentabilitäts- und Kostensituation.

Die *Herausforderungen und Probleme bei der Umsetzung* der neuen Präventionsverpflichtungen lassen sich ganz gut *am Beispiel der Gefährdungsbeurteilungen* verdeutlichen, die ja allgemein als Herzstück des neuen Arbeitsschutzkonzepts betrachtet werden:

Aktuelle repräsentative Daten zum *Umsetzungsgrad* sind uns nicht bekannt. Eine Studie eines Projekts der Universität Frankfurt/M., mit dem wir auch zusammengearbeitet haben, ergab, daß ein gutes Jahr nach Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes etwa ein Fünftel der untersuchten Betriebe (es handelte sich um hessische und thüringische Betriebe mit über 50 Mitarbeitern aus den Branchen Metall und Handel/Banken/Versicherungen) eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt hatten bzw. dieses Instrument ohnehin schon routinemäßig anwendeten. Bei 39% hatte sich diesbezüglich noch gar nichts getan, der Rest befand sich im Stadium der Planung oder Erprobung. Interessanterweise lagen die Betriebe aus dem neuen Bundesland Thüringen im großen und ganzen keineswegs schlechter, in Teilbereichen sogar besser. Hier schien allerdings der Einfluß der Betriebsgröße auf den Umsetzungsstand wesentlich stärker zu sein als in Hessen.

Inzwischen dürfte ein größerer Teil der Betriebe der Pflicht zur Gefährdungsbeurteilung nachgekommen sein; in einem Interview wurde uns gegenüber die Schätzung geäußert, daß dies in den Großbetrieben Sachsen-Anhalts wohl fast durchgängig der Fall sei, insgesamt liege die Quote (wenigstens im Bereich der dokumentationspflichtigen Betriebe) „*auf jeden Fall*“ über 50%. Wie die Pflicht zur Gefährdungsbeurteilung von der enormen Zahl der Betriebe gehandhabt wird, die aufgrund ihrer Größe keine Dokumentation erstellen müssen, bleibt bislang im Dunkeln.

Ein Problem liegt jedoch nicht nur im quantitativen Umsetzungsgrad, sondern nach übereinstimmenden Aussagen auch und gerade in der *Qualität der Gefährdungsbeurteilungen*. Diese seien oftmals recht *oberflächlich* und zudem *lückenhaft*; v.a. zu organisationsbedingten *psychischen Belastungen* finde man oft kaum etwas oder gar nichts. Diese Mängel haben vermutlich weniger etwas mit der Verfügbarkeit geeigneter Analyseinstrumente zu tun (die es mittlerweile in großer Zahl gibt) als vielmehr mit der *geringen Aufmerksamkeit, die dieser Aufgabe von Arbeitgeber- und Vorgesetzenseite entgegengebracht wird*, sowie mit der Tatsache, daß die durchführenden Personen für diese Aufgabe

*häufiger nicht ausreichend qualifiziert vorbereitet* sind. Hierauf deuten jedenfalls Befragungen von Betriebsräten aus dem Organisationsbereich der IG Metall hin.

Keineswegs im Widerspruch zum letztgenannten Punkt steht die verschiedentlich geäußerte Einschätzung, daß die Durchführung der Gefährdungsbeurteilungen zu oft eine *isolierte Expertenveranstaltung* sei, d.h. von einer Person (z.B. der Sicherheitsfachkraft), „zuständigkeitshalber“ erledigt werde. Auf die Einbeziehung der Mitarbeiter wird demnach zuwenig geachtet, somit scheint auch hier ein *ausgeprägtes Beteiligungsdefizit* zu bestehen. Allerdings ergeben die o.g. – zugegebenermaßen nicht repräsentativen, auf schmaler Basis durchgeführten – Betriebsrätebefragungen der IG Metall ein günstigeres Bild, was das Kooperationsniveau und die Mitarbeiterbeteiligung bei Gefährdungsbeurteilungen anbelangt. Dies muß nicht unbedingt auf eine generell bessere Situation verweisen, eher vielleicht auf eine große Varianz je nach Branche und interessenpolitischem Einsatz für Belange des Arbeitsschutzes.

Ein ganz zentraler Befund aus unseren bisherigen Gesprächen und Analysen ist die breit geäußerte Einschätzung, daß die Gefährdungsbeurteilung auch in vielen Betrieben, in denen sie durchgeführt worden ist, *nicht wirklich „lebt“*. D.h. es handelt sich allzu oft um einen *punktuellen, formalen Akt*, der innerbetrieblich kaum wahrgenommen und verhandelt wird und von dem keine spürbaren Impulse auf das betriebliche Handeln ausgehen. Das Motto lautet hier, salopp ausgedrückt: „knicken – lochen – abheften“. Viele Betriebe scheinen die Gefährdungsbeurteilung also mehr als eine lästige Pflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden zu betrachten denn als Hilfe für das Erkennen und die Lösung eigener Probleme.

Stellt sich die Frage, wie dieses Instrument in den Betrieben „zum Leben gebracht“, d.h. zum Ausgangspunkt einer systematischeren, breiter angelegten und kontinuierlichen Arbeitsschutzpraxis gemacht werden kann. Einen „Generalschlüssel“ – soviel ist klar – gibt es dafür wohl nicht:

- *Behördliche Aufsicht und Kontrolle hilft hier nur begrenzt weiter*. Auf diesem Wege mag man zwar Einfluß darauf nehmen können, daß überhaupt Gefährdungsbeurteilungen vorgelegt werden, in gewissem Maße (da recht zeitaufwendig) auch auf die Qualität der Dokumentation, aber kaum darauf, wie mit den in der Gefährdungsbeurteilung gewonnenen Erkenntnissen betrieblich umgegangen wird.
- Letzteres ist im Prinzip auch eine *Frage des Drucks, den Beschäftigtenvertreter auf den Arbeitgeber ausüben* (bzw. auszuüben in der Lage sind). Allerdings sind die Handlungsbedingungen vieler Betriebs- und Personalräte in den letzten Jahren komplizierter geworden, ihre Durchsetzungsfähigkeit hat z.T. spürbar gelitten. Probleme betrieblicher Interessenvertretung dürften in den neuen Bundesländern – also auch in Sachsen-Anhalt – eher noch größer sein als im Durchschnitt der Republik.
- Es ist daher kein Wunder, daß man im Arbeitsschutz (und in der betrieblichen Gesundheitsförderung ohnehin) zunehmend auf *Überzeugungs- und Motivationsarbeit gegenüber den Arbeitgebern*

setzt. In diesem Zusammenhang spielen *ökonomische Argumente* und die *Anlehnung an Managementkonzepte* eine stärker werdende Rolle. Dabei schwingt die Erwartung mit, daß schlanker, flexibler und komplexer werdende Produktionsstrukturen ein erhöhtes Eigeninteresse der Unternehmen an Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung erzeugen, weil sie selbständig und kreativ handelnde, umfassend einsatzfähige und -bereite – und eben auch gesunde – Mitarbeiter erfordern. Dies hat auch durchaus einiges für sich. Allerdings: Neuere Tendenzen betrieblicher Arbeitspolitik beinhalten mindestens ebenso viele Momente, die unter präventiven Gesichtspunkten äußerst problematisch erscheinen. Man sollte deshalb realistisch sein in der Hoffnung auf eine positive arbeitsschutzpolitische Wirksamkeit ökonomischer Nutzenkalküle und „moderner“ Managementkonzepte, zumal – worauf auch in Interviews hingewiesen wurde – „*arbeitsschutz-averse*“ (oder *diesbezüglich gleichgültige*) *Haltungen* in vielen Unternehmen eben doch weit verbreitet sind.

- Aus diesem Grund ist – neben wohl dosiertem Druck – vielleicht auch die verstärkte Anwendung *zusätzlicher finanzieller Anreize* für die Implementation eines umfassenden, systematischen und effektiven betrieblichen Präventionsmanagements unerlässlich. Im Krankenkassenbereich wird dies bereits modellhaft praktiziert (Beitragsbonus-Projekt der AOK Niedersachsen); auch den Unfallversicherungsträgern steht im Prinzip ein entsprechendes Instrument in Form der Prämienvergütungsmöglichkeit nach § 162,2 SGB VII zu Gebote.

Ein in letzter Zeit intensiver diskutiertes Instrument zur Beförderung einer systematischen und integrierten betrieblichen Präventionspraxis sind *Arbeitsschutzmanagementsysteme* (AMS). Dieses Konzept bezieht seine Attraktivität aus der Beobachtung, daß *Instrumente und Verfahren des Qualitätsmanagements in den Unternehmen ohnehin zunehmend gang und gäbe* werden, so daß es naheliegend und aussichtsreich erscheint, den Arbeits- und Gesundheitsschutz hieran „anzudocken“. Folglich haben auch die Arbeitsschutzinstanzen bereits Initiativen auf diesem Feld unternommen.

Allerdings bestehen in der Praxis *noch viele Unklarheiten* und eine ganze Reihe *ungelöster Probleme*, die *Erfahrungen* sind – wie uns auch aus Sachsen-Anhalt berichtet wurde – durchaus *widersprüchlich*. Beispiele für eine effektive und präventionsfördernde Handhabung von Arbeitsschutzmanagementsystemen stehen hier einer spürbaren Skepsis in anderen Unternehmen gegenüber, die u.a. mit der Ernüchterung über ISO-Zertifizierungen zu tun hat.

Eine Studie im Auftrag der BAU konstatierte im Hinblick auf den gegenwärtigen Entwicklungsstand ebenfalls *große Defizite*. Hingewiesen wird auf das Fehlen empirischer Erkenntnisse über Praktikabilität und Wirkungen der vorliegenden und in Anwendung befindlichen AMS; festgestellt werden inhaltliche Mängel der vorhandenen AMS-Standards und -Konzepte (z.B. Vernachlässigung von Belangen der Klein- und Mittelbetriebe sowie bestimmten Aspekten des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung); auch mangle es an handhabbaren und aussagefähigen Wirksamkeitsindikatoren. Weitere Probleme seien die unzureichend geregelte Nachweisführung nach außen, unterentwickelte Motivations- und Anreizstrategien, sowie die Tatsache, daß es keine allgemein anerkannte Grundstruktur von AMS gebe.

Bei der Etablierung einer Präventionspraxis „neuen Typs“ in den Betrieben kommt den *professionellen Arbeitsschutzexperten* (v.a. Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften) eine wichtige Rolle zu. Die Erfüllung dieser Rolle erscheint aber vielfach eher als noch zu bewältigende Herausforderung denn als gegebene Praxis. Entsprechende *Probleme und Anpassungsbedarfe* sind auf verschiedenen Ebenen identifizierbar; abgesehen von den z.T. restriktiven betrieblichen Handlungsbedingungen sind hier folgende Punkte zu nennen:

- *Problemwahrnehmungsmuster, Rollenverständnisse sowie Kompetenz- und Tätigkeitsprofile* der Arbeitsschutzexperten entsprechen oft nur unzureichend den präventiven Handlungsanforderungen; die – empirisch mehrfach belegte – starke Fixierung auf Untersuchungsmedizin, Sicherheitsüberwachung und Unfallverhütung ist hierfür nur ein Indiz unter vielen. Um einen mittel- und langfristigen Abbau solcher Defizite zu erreichen, haben die zuständigen Instanzen Reformschritte im Bereich der Qualifizierung eingeleitet, die teils noch in der Ausarbeitungphase (arbeitsmedizinische Weiterbildung), teils aber auch schon „unter Dach und Fach“ sind (Ausbildung der Sicherheitsfachkräfte).
- Die *Kooperation der verschiedenen Arbeitsschutz-Disziplinen untereinander*, v.a. zwischen Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften, gilt im allgemeinen als stark entwicklungsbedürftig; man wird hier sehr viel mehr zu Teamstrukturen kommen müssen. Ansätze dazu finden sich (wenn auch keineswegs durchgängig) sowohl bei überbetrieblichen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Diensten als auch bei Präventionsabteilungen von Unfallversicherungsträgern.
- Von gewerkschaftlicher Seite, z.T. aber auch von Arbeitsmedizinern, wird darüber geklagt, daß die Situation auf dem Markt für Arbeitsschutzdienstleistungen in nicht unerheblichem Maß zu *Phänomenen des „Qualitätsdumpings“* führe. Um dem entgegenzuwirken, hat man z.B. im betriebsärztlichen Bereich inzwischen ein System freiwilliger externer Qualitätssicherung initiiert.
- Die geltenden *Einsatzzeitenregelungen* bieten vielfach keine ausreichende Basis für eine vernünftige betriebliche Präventionsarbeit; für bestimmte Bereiche werden daher andere Modelle für erforderlich gehalten. Als Alternativen werden z.B. flexibel „abrufbare“ Einsatzzeitpools oder das „Unternehmermodell“ gehandelt; letzteres wird hinsichtlich seiner arbeitsschutzpraktischen Wirksamkeit allerdings sehr kontrovers diskutiert. Die Erfahrungen mit diesem Modell bedürfen auf jeden Fall einer systematischen Aufarbeitung (erste Evaluationsansätze liegen aus dem Bereich der Süddeutschen Metall-BG vor).

Das Stichwort „Unternehmermodell“ führt mich schließlich zu meinem letzten Punkt: die *Kleinbetriebsproblematik* im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Es ist schon seit längerem quasi Gemeingut, daß im Bereich der Klein- und Kleinstbetriebe ein besonders ausgeprägter, eigentlich sogar *prioritärer präventionspolitischer Handlungsbedarf* liegt. Das Problem besteht hier nicht nur in der schieren *Zahl dieser Betriebe*, die ein flächendeckendes direktes Einwirken auf deren Arbeitsschutzhandeln durch die überbetrieblichen Institutionen nicht zuläßt, sondern auch in den *spezifischen Strukturen, „Kulturen“ und Arbeitsweisen im Kleinbetriebssektor*, auf die die Strategien und Instrumente des Ar-

beitsschutzes wie auch der betrieblichen Gesundheitsförderung bislang nicht oder nicht ausreichend zugeschnitten sind.

Allerdings ist hier in den letzten Jahren doch einiges in Bewegung gekommen. Es hat sich eine *beachtliche Zahl an regionalen bzw. branchenbezogenen Modellversuchen, Projekten und neuen Dienstleistungen* entwickelt, die Chancen für eine breitere Verankerung präventiven Handelns in der Welt der Kleinbetriebe eröffnen. Dabei hat sich gezeigt, daß Fortschritte im kleinbetrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in ganz entscheidendem Maße über *institutionenübergreifende Netzwerkbildung* führen, insbesondere über die *Aktivierung der sektortypischen Verbandsstrukturen und -kulturen* (Kammern, Innungen, Kreishandwerkerschaften) als Träger und Multiplikatoren von Prävention.

Die hier gesammelten Erfahrungen bedürfen nach unserem Eindruck aber noch einer verstärkten systematischen Aufarbeitung hinsichtlich ihrer konkreten Auswirkungen auf das betriebliche Arbeitsschutzniveau sowie ihrer Übertragbarkeit. Zudem sind viele Ansätze auf den handwerklichen Bereich ausgerichtet, für den dynamisch sich entwickelnden Bereich *kleiner, flexibler und „ungebundener“ Dienstleister* stehen u.E. *bislang kaum geeignete Strategien* zur Verfügung.



### Zusammenfassung der Diskussion zu Themenblock 3

Hinsichtlich der Frage, wie Stand und Entwicklungstendenzen der betrieblichen Realisierung neuer Präventionsaufgaben und -konzepte einzuschätzen seien, gab *Schubert* zunächst einmal zu bedenken, daß die Regierung immerhin einige Jahre gebraucht habe, um die EU-Richtlinien auch nur auf dem Papier umzusetzen, und daß z.B. auch die Gefahrstoffverordnung immer noch nicht flächendeckend implementiert sei. Angesichts dessen wäre es eine Illusion zu glauben, die Unternehmen hätten sich innerhalb von etwas mehr als drei Jahren praktisch bereits voll auf die Anforderungen des Arbeitsschutzgesetzes einstellen können; hierfür müsse man ihnen schon etwas Zeit geben.

Nichtsdestotrotz hielten es einige Diskussionsteilnehmer für notwendig, auf bestehende Probleme und Defizite bei der Umsetzung der erweiterten Präventionsverpflichtungen, insbesondere der vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilungen, hinzuweisen. So konnte *Meixner* aus eigener Erfahrung bestätigen, daß Gefährdungsbeurteilungen – gesetzt den Fall, sie würden durchgeführt – in nicht wenigen Betrieben im Aktenschrank verschwänden und schlicht dem Vergessen anheim fielen. Auch *Prof. Quaas* verwies auf den oftmals eher formalistischen bzw. punktuell bleibenden Umgang mit Gefährdungsbeurteilungen, wodurch das in diesem Instrument steckende Beteiligungs- und Problemlösungspotential verschenkt werde. Daß es auch anders gehe, zeige die an der Universität Magdeburg bei der Beurteilung von Bildschirmarbeitsplätzen geübte Praxis, die von vorneherein stark mitarbeiterorientiert gewesen sei: Neben einer standardisierten Befragung habe man Beobachtungsinterviews vor Ort durchgeführt, bei denen vorhandene Arbeitsprobleme mit den Beschäftigten durchgesprochen worden seien. Dies habe nicht nur auf reine Analyse-zwecke abgezielt, sondern zugleich auch auf die Auslotung von Gestaltungsanforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten zusammen mit den unmittelbar Betroffenen. Als eine wichtige Erkenntnis aus diesem Verfahren hob *Prof. Quaas* hervor, daß die drängendsten Probleme oft gar nicht technisch-ergonomischer Natur gewesen seien, sondern mit gestörten Arbeitsabläufen, mangelnder Organisation sowie Informations- und Führungsdefiziten zu tun gehabt hätten. Dies wäre bei einer rein funktional auf den Arbeitsplatz bezogenen analytischen Betrachtung so nie herausgekommen.

Vor dem Hintergrund eigener Beratungserfahrungen mit Betriebsräten teilte *Dr. Neumann* die insgesamt skeptische Einschätzung, was die gegenwärtige Praxis der Gefährdungsbeurteilung, insbesondere die Beteiligung der Mitarbeiter, anbelangt. Allerdings: Während in den ersten Jahren nach der Wende, als die Existenzsicherung der Betriebe und der Arbeitsplätze ganz im Zentrum der Aufmerksamkeit gestanden habe, Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes von den Betriebsräten so gut wie nicht nachgefragt worden seien, stelle sich die Situation inzwischen zumindest teilweise positiver dar. Dies liege aber nicht in erster Linie am Arbeitsschutzgesetz, sondern daran, daß eine gewisse ökonomische Stabilisierung eingetreten sei, was mehr Raum für andere Felder der Interessenvertretung, beispielsweise den Arbeits- und Gesundheitsschutz, gebe. Zugleich könne beobachtet werden, daß eine Beförderung des Arbeitsschutzes, speziell der Ge-

fährungsbeurteilungen, am ehesten dort möglich sei, wo sie sich mit betriebswirtschaftlichen Kalkülen und Handlungserfordernissen verbinden lasse. Am deutlichsten zeige sich dies im Falle einer Kopplung mit modernen Organisations- und Managementkonzepten (Gruppenarbeit, „Kontinuierlicher Verbesserungsprozeß“/KVP, „Total Quality Management“/TQM etc.), was zumeist jedoch größere bzw. konzerngebundene Betriebe betreffe und alles in allem eher die Ausnahme darstelle. Normalerweise habe man es aber nicht mit „großen“ Konzepten zu tun, sondern mit weitaus weniger ambitionierten Analysen und Maßnahmen zur betrieblichen Ablaufoptimierung, auf die u.U. Arbeitsschutzfragen „aufgesattelt“ werden könnten. Auch seien ihm Fälle untergekommen, wo sich die Belastungsproblematik in Arbeitsplatzanalysen habe einbeziehen lassen, die eigentlich der Aktualisierung veralteter „wendebedingter“ Eingruppierungsstrukturen gedient hätten.

*Prof. Göbel* machte deutlich, daß seines Erachtens die Frage nach den betrieblichen Umsetzungschancen neuer Arbeitsschutzstrategien in einen weiteren Problemzusammenhang gestellt werden müsse. Im Rahmen eigener Aktivitäten zur Gefährdungsanalyse habe er nämlich die Erfahrung gemacht, daß innerhalb ein und desselben Unternehmens unterschiedliche, auch den Umgang mit Gesundheit prägende Leitbilder, Wertorientierungen, „Philosophien“ und Kulturen gleichsam parallel existierten. Als Beispiel nannte *Prof. Göbel* einen internationalen Konzern, dessen Top-Management ein angloamerikanisches Managementkonzept verfolge, das von der lokalen Betriebsleitung umgesetzt werden müsse, während die mittlere Führungsebene eher in der westdeutschen Tradition industrieller Beziehungen stehe und die untere Ebene noch von der Arbeits(schutz)kultur der DDR-Kombinate geprägt sei. Bemühungen um eine Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes träfen also auf ein Gemisch von z.T. widersprüchlichen Verständnisweisen und Handlungsorientierungen und hätten entsprechend auch mit unterschiedlichen Akzeptanzgraden und Durchsetzungschancen zu rechnen. Da es in den Unternehmen zumeist keinen Raum gebe, die Parallelität unterschiedlicher betrieblicher „Akteurlogiken“ explizit – auch als Problem des Präventionshandelns – zu thematisieren, stehe die Anwendung von Arbeitsschutzinstrumenten wie etwa Gefährdungsanalysen stets in Gefahr, einen technokratischen Charakter anzunehmen.

Das von *Prof. Göbel* angeführte Unternehmensbeispiel aufgreifend bemerkte *Karsten*, daß im Falle multinationaler Konzerne die Bedingungen für die Ausgestaltung des Arbeitsschutzes kaum noch auf der unmittelbaren betrieblichen Ebene definiert würden. Die „Konzernstrategen“ interessierten sich für die Details der hier geltenden Regelungen häufig überhaupt nicht, sondern zögen ihre Konzepte überall durch. Zwar geschehe dies z.T. unter der Annahme, der „Konzernstandard“ gehe ohnehin mit den jeweiligen nationalen Anforderungen konform (wenn nicht sogar über diese hinaus), er – *Karsten* – sehe mit dieser Entwicklung aber dennoch ernsthafte Probleme auf den hiesigen Arbeitsschutz zukommen.

Um den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Großkonzernen ging es in der Diskussion zu Themenblock 3 allerdings nur am Rande. Im Mittelpunkt stand vielmehr die breite Masse der Klein- und Kleinstbetriebe. Für *Prof. Quaa*s galt es als die entscheidende Frage, wie der Arbeitsschutz an

diese Betriebe herankommen könne. Mit Blick auf die Zukunft sei in diesem Zusammenhang vor allem an die vielen Neugründungen im IT- und Medienbereich zu denken, um deren „Erschließung“ sich sein Institut in Zusammenarbeit mit einem überbetrieblichen Arbeitsschutzdienst bemühe. Als ein wichtiger Weg könne gerade hier die verstärkte Nutzung moderner Kommunikationstechnologie für die Bereitstellung von Arbeitsschutz-Informations- und -Beratungsangeboten angesehen werden.

Auch *Blume* vertrat die Auffassung, daß die eigentliche Bewährungsprobe für den neuen Arbeitsschutzansatz, speziell für das Verfahren der Gefährdungsbeurteilung, im Kleinbetriebssektor liege, da dort schließlich die überwältigende Mehrheit der Beschäftigten arbeite. Die Erfahrungen seines eigenen Arbeitsschutzdienstes, der inzwischen mehrere tausend Gefährdungsbeurteilungen in Kleinbetrieben durchgeführt habe, sprächen im Prinzip dafür, daß mit rationellen Instrumenten und Methoden auch in diesem Bereich einiges erreicht werden könne. Allerdings seien die Schwierigkeiten, die dem Arbeitsschutz aus den strukturellen Besonderheiten von Kleinbetrieben erwüchsen, durchaus beträchtlich. So gestalte sich die Einbeziehung der betrieblichen Akteure, auch des Arbeitgebers, in die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen ausgesprochen schwierig, weil – typisch für viele Handwerksbetriebe – häufig alle Betriebsangehörigen „unterwegs“ seien. Zudem zeige die Erfahrung, daß sich gerade in Kleinbetrieben die Gegebenheiten sehr schnell sehr grundlegend ändern könnten; wenn Gefährdungsbeurteilungen – wie so oft zu beobachten – einfach „abgeheftet“ und dann vergessen würden, hänge das eben auch mit dieser erzwungenen Kurzfristperspektive des Kleinbetriebshandelns zusammen. Andererseits förderten Gefährdungsbeurteilungen z.T. enorme Arbeitsschutzdefizite zutage, von denen die Betriebsinhaber zuvor kaum etwas geahnt hätten; hieraus erwachse nicht selten ein umfangreicher Handlungsbedarf, dessen Bewältigung vielen Kleinbetrieben sehr schwer falle und deshalb eher in einer mittelfristigen Perspektive zu sehen sei. Vor diesem Hintergrund erscheine die Erwartung einigermaßen unrealistisch, psychosoziale Arbeitsbelastungen sollten nun rasch und umfassend in den Gefährdungsbeurteilungen und den daraus abgeleiteten Maßnahmen angegangen werden. Dies liefe (auch unter Kostengesichtspunkten) auf eine Überforderung der Kleinbetriebe hinaus. Die intensive Bearbeitung solcher Probleme könne nur der zweite Schritt sein, erst einmal müsse den Kleinbetrieben Zeit für die Lösung der „handfesten“ Arbeitsschutzprobleme gegeben und hierüber eine größere Akzeptanz für den erweiterten Präventionsansatz entwickelt werden.

Zur Vorsicht im Umgang mit Klein- und Kleinstbetrieben mahnte auch *Ernst*. Er wies darauf hin, daß sich solche Betriebe von der Vielzahl an Instrumenten, Handlungskonzepten und Akteuren, die diese anböten, sehr schnell überfordert zeigten. Es sei keine Frage, daß gerade Kleinbetriebe in Arbeitsschutzfragen viel Hilfestellung von außen bräuchten. Damit die Betriebe mitziehen, müßten die Angebote aber übersichtlich und praktikabel sein. Ausserdem sei es notwendig, daß entsprechende Aktivitäten der Arbeitsschutzinstanzen in koordinierter und aufeinander abgestimmter Weise erfolgen, andernfalls provoziere man Verwirrung und Verunsicherung. Als wichtig und nützlich anzusehen sei die Information und Einbeziehung der Handwerkskammer, da diese naturgemäß in sehr engem Kontakt zu vielen Kleinbetrieben stehe.

Die mehrfach festgestellten Defizite in der Handhabung der Gefährdungsbeurteilungen veranlaßten *Prof. Quaas* zu der Frage, wie dieses Instrument zum Ausgangspunkt einer „gelebten“ betrieblichen Arbeitsschutz- und Gesundheitskultur gemacht werden könne. Hierzu bedürfe es einer differenzierten Infrastruktur mit breiter Verankerung im betrieblichen Akteursystem; als einen erfolgversprechenden Weg zur Erreichung dieses Ziels betrachte er die Aktivierung und Befähigung der Sicherheitsbeauftragten, mit denen im Prinzip ein relativ dichtes Netz basisnaher Arbeitsschutzakteure zur Verfügung stehe, dessen Potential bislang aber viel zu wenig genutzt werde. Es erscheine daher wünschenswert, vermehrt zu betrieblichen Vereinbarungen zu kommen, die eine Erweiterung des Aufgabenfeldes der Sicherheitsbeauftragten ermöglichen.

Dieser Gedanke fand bei *Schubert* deutliche Unterstützung: Die Sicherheitsbeauftragten seien eine wichtige, in der Regel sehr motivierte Zielgruppe für die Mitarbeit an Gefährdungsbeurteilungen, würden aber vielfach stark unterschätzt. Um deren Rolle zu stärken, hätten die Berufsgenossenschaften nach Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes die Ausbildung der Sicherheitsbeauftragten völlig neu strukturiert und auf die Befähigung zur Gefährdungsbeurteilung ausgerichtet. Damit habe man inzwischen gute Erfahrungen gemacht.

Obwohl die Gefährdungsbeurteilung grundsätzlich eine Aufgabe des Betriebes sei, die am besten selbständig von diesem umgesetzt werden solle, bezeichnete es *Schubert* angesichts der realen Situation gerade in Kleinunternehmen als durchaus sinnvoll, Gefährdungsbeurteilungen z.T. auch erst einmal als externe Serviceleistung der BG für Betriebe durchzuführen. Nach seiner Erfahrung gelange man dabei über die Analyse vordergründiger Arbeitssicherheitsprobleme häufig an andere, tiefer liegende Probleme der Organisation und des Betriebsablaufs; dies sei dann der Punkt, an dem die Unternehmer merkten, daß die Gefährdungsbeurteilung tatsächlich etwas für sie bringen könne.

*Rodewald* indessen äußerte Zweifel daran, ob Berufsgenossenschaften die richtige Instanz für die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen seien. Man müsse davon ausgehen, daß deren Aufsichts- und Kontrollfunktion gerade in dem sensiblen Bereich der psychischen Belastungen und ihrer Thematisierung eher hemmend und verschließend wirke. Als geeigneter, weil größeren Vertrauensvorschuß genießend, seien die betreuenden Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte anzusehen, wenngleich sich bei diesen natürlich oft das Problem unzureichender Einsatzzeiten stelle. Auch die Krankenkassen könnten als Akteure in diesem Bereich durchaus interessant werden.

Der skeptischen Sicht *Rodewalds*, was die Rolle der Unfallversicherungsträger betrifft, widersprach *Schubert*: Berufsgenossenschaften seien prinzipiell durchaus in der Lage, als externe Instanz psychische Belastungen im Betrieb zu untersuchen, betriebliche Fachleute wie z.B. Sicherheitsfachkräfte könne man nicht vorneherein als besser geeignet betrachten, zumal diese ja häufig auch einen verengten „Technikerblick“ hätten. Daß vor der BG – entgegen *Rodewalds* Vermutung – keineswegs automatisch „dichtgemacht“ werde, zeigten Erfahrungen auf Workshops und Sicher-

heitsbeauftragtenseminaren, wo im Gespräch mit Betriebsangehörigen ohne Beisein der Führungsebene einiges an psychosozialen Belastungsproblemen herauszubekommen sei.

*Schubert* wollte sich auch nicht so verstanden wissen, als rede er einem „Stellvertreterhandeln“ der Berufsgenossenschaften das Wort. Natürlich müsse den Betrieben selbst klar werden, daß sie sich ins eigene Fleisch schnitten, wenn sie ihre internen Strukturen und Abläufe nicht systematisch untersuchten – auch unter Arbeitsschutzaspekten. Diese Haltung müsse sich auch in jenen Wirtschaftsbereichen durchsetzen, wo keine professionellen Arbeitsschutzstrukturen existierten und auch die BG-Aufsichtsdienste nur begrenzt vor Ort „einspringen“ könnten, d.h. vor allem im Kleinbetriebssektor. Einen Weg dorthin hätten die Berufsgenossenschaften mit dem Unternehmermodell eröffnet. Die bisherigen Erfahrungen damit bezeichnete *Schubert* als ermutigend: Viele Unternehmer, die den obligatorischen Ausbildungskurs durchlaufen hätten, zeigten danach ein deutlich verändertes Verhalten; sie gingen bei Arbeitsschutzproblemen verstärkt von selbst auf die BG zu, forderten aktiv Information und Beratung ein und ließen z.B. auch vermehrt Sicherheitsbeauftragte bei der BG ausbilden. All dies werte er als Indizien dafür, daß durch das Unternehmermodell die Aufmerksamkeit des Arbeitgebers für Fragen des Arbeitsschutzes erhöht werde.

Beim Stichwort „Unternehmermodell“ regte sich allerdings auch Kritik. Die hinter diesem Modell stehende Grundidee, so *Rodewald*, sei sicherlich gut, die konkrete Ausgestaltung aber falle qualitativ höchst unterschiedlich aus: Sehr umfangreichen und differenzierten Ausbildungskonzepten wie bei der Maschinenbau- oder der Chemie-BG stünden auf der anderen Seite auch „Schnellbesohlungen“ und Fernlehrgänge ohne unmittelbaren persönlichen Kontakt zum Unternehmer gegenüber. Noch schärfer argumentierte *Karsten*. Zumindest teilweise könne das Unternehmermodell als positive Sanktionierung betrieblichen Nichtstuns im Arbeitsschutz gelten. Er sei sich sicher, daß eine wirklich unabhängige Evaluierung des Modells – die bislang leider nicht vorliege – diese Kritik bestätigen würde. Die von *Rodewald* angesprochenen großen Unterschiede in der Modellausgestaltung seien auch nicht Ausdruck branchenspezifischer Gegebenheiten und Anforderungen, sondern schlicht Ergebnis mangelnder Abstimmung im Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Dem widersprach *Schubert*. Eine verbandsinterne Abstimmung in bezug auf das Unternehmermodell habe durchaus stattgefunden, allerdings sei es aus guten Gründen für nicht sinnvoll erachtet worden, allen Branchen ein uniformes Modell überzustülpen. Hier warf *Karsten* ein, ihm gehe es nicht um die Einheitlichkeit, sondern um die Niveaugleichheit der Modellausgestaltung, die aber eindeutig nicht gegeben sei. Letzteres wurde auch von *Schubert* eingeräumt, der sich gleichwohl sicher zeigte, daß man die Wirksamkeit des Unternehmermodells nach einigen Jahren an einer nochmaligen deutlichen Reduzierung der Unfallzahlen werde ablesen können, ähnlich wie dies nach der Einführung der Bestellungspflicht von Sicherheitsfachkräften im Jahre 1974 feststellbar gewesen sei.

*Dr. Theile* bezeichnete das Unternehmermodell für den Bereich der Arbeitssicherheit als durchaus sinnvoll und praktikabel, sah jedoch die Ausweitung des Modells auf arbeitsmedizinische Fragen, wie dies bei zwei Berufsgenossenschaften der Fall sei, als hochproblematisch an. Dieser Bereich könne von den Arbeitgebern unmöglich adäquat bearbeitet werden und müsse deshalb Leuten vom Fach überlassen bleiben.

Trotz aller Kritik bekräftigte *Meixner* noch einmal die positiven Aspekte des Unternehmermodells. Ein entscheidender Pluspunkt dieses Modells bestehe einfach schon darin, daß man Kleinunternehmer – auch solche, die zuvor keinerlei Berührung mit dem Arbeitsschutz gehabt hätten – auf jeden Fall „ins Boot“ bekomme. In den Lehrgängen schlage einem zunächst zwar viel Unlust, Frustration und Skepsis entgegen, zumindest bei einem Teil der Unternehmer seien dann aber Sensibilisierungsprozesse und „Aha-Effekte“ zu registrieren. *Meixner* bestätigte *Schuberts* Eindruck, daß sich dies auch in einem veränderten Verhalten der Arbeitgeber widerspiegele, etwa in Form aktiven Nachfragens und konkreter Informations- und Beratungswünsche bei der nächsten Betriebsrevision oder einer vermehrten Inanspruchnahme des BG-Ausbildungsangebots für Sicherheitsbeauftragte.

Große Aufmerksamkeit wurde innerhalb der Diskussion dem Themenkomplex „Psychische Belastungen und Gefährdungen“ gewidmet. *Schubert* betonte, psychische Belastungsdimensionen – wie z.B. innerbetriebliche Konkurrenz, Leistungs- und Verantwortungsdruck – besäßen mittlerweile ein so hohes Gewicht, daß sie eigentlich ins Zentrum der Bemühungen des Arbeitsschutzes rücken müßten. Das Problem, mit dem sich auch die Berufsgenossenschaften in den nächsten Jahren intensiv zu beschäftigen hätten, sei aber, daß die fachlichen Kompetenzen und die Instrumente hierfür noch stark unterentwickelt seien. So komme man mit den bislang üblichen Checklisten für die Gefährdungsbeurteilung im Bereich der psychischen Gefährdungen kaum weiter; hier sei die Anwendung spezieller Erhebungsinstrumente nötig, die durch vertiefende Analysen seitens psychologisch geschulter Experten im Kreis der potentiell betroffenen Mitarbeiter ergänzt werden müsse.

Auch *Prof. Quaas* wies darauf hin, daß die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen hohe methodische Anforderungen stelle. Sie müsse nämlich nicht nur die Ausprägung entsprechender Belastungsfaktoren hinreichend genau erfassen, sondern auch deren Bewertung i.S. einer Wirkungsprognose erlauben. Letzteres sei aber insofern schwierig, als es hier keine dem Gefahrstoffbereich vergleichbaren Normwerte für kritische Belastungsgrenzen gebe; zur Annäherung könnten aber beispielsweise Daten über Befindensbeeinträchtigungen herangezogen werden. Zudem verlange es der wissenschaftliche Erkenntnisstand, daß die Ressourcen zur Bewältigung auch hoher und komplexer psychischer Belastungen in der Analyse Berücksichtigung zu finden hätten. All dies erfordere sicherlich eine stärkere Einbeziehung psychologischer Fachkompetenz in die Gefährdungsbeurteilung, gebraucht würden aber auch Instrumente und Verfahren, die es z.B. Sicherheitsfachkräften – und nicht zuletzt den Beschäftigten selbst – ermöglichten, die Arbeitssituation unter dem Gesichtspunkt psychischer Belastung unter die Lupe zu nehmen. Der Idealfall

sei die Verbindung von professioneller Arbeitsanalyse einerseits und Kompetenz zur „Eigenanalyse“ durch die Beschäftigten andererseits.

Dem stimmte *Lenhardt* zu: Auf die von *Prof. Quaas* geschilderte Weise könne die allseits postulierte Partizipation der Beschäftigten in der betrieblichen Prävention unmittelbar praktisch werden. Entsprechende – wissenschaftlich fundierte, aber im Alltag anwendbare – Leitfäden und Handlungshilfen lägen auch durchaus schon vor.

Zur Gefährdungsbeurteilung im Bereich psychischer Faktoren äußerte *Karsten* die Einschätzung, daß die Analyse der Belastungsseite in absehbarer Zeit wohl auch von Sicherheitsfachkräften erledigt werden könne; in bezug auf die Wirkungs- und Bewältigungsseite existierten sicher noch größere methodische Probleme, bei deren Lösung die Arbeitspsychologie und die Arbeitsmedizin gefordert seien. Individuelle psychologische Probleme von Beschäftigten könnten vom Arbeitsschutz allerdings nicht angemessen bearbeitet werden, hierfür müsse ein entsprechendes Beratungsstellennetz gezielter gefördert und ausgebaut werden.

*Dr. Melchior* verwies auf die große individuelle Variation psychischer Belastungswirkungen; diese zu erkennen und zu erfassen sei eine Aufgabe, für die ihm Arbeitsmediziner aufgrund der Personennähe und des ärztlichen Vertrauensschutzes an sich besonders prädestiniert erschienen. Arbeitsanalysen bildeten immer nur einen Ausschnitt des variierenden Belastungs-Wirkungs-Geschehens ab; wie sich jedoch Belastungen und deren Effekte bei den Beschäftigten konkret darstellten und entwickelten, bekomme man eben nur auf der personalen Ebene in den Blick, also genau dort, wo sich Arbeitsmediziner bewegten. Einschränkend bemerkte *Dr. Melchior* allerdings, daß die hiermit verbundene Verantwortung vielen Arbeitsmedizinern bislang nicht wirklich präsent sei.

Noch etwas prononcierter als *Dr. Melchior* vertrat *Dr. Theile* die Auffassung, daß die Bewertung der in Gefährdungsanalysen ermittelten Belastungen, insbesondere der psychischen, eine Angelegenheit der arbeitsmedizinischen Experten sei. *Dr. Theile* folgte ihrem Vorredner insofern, als auch sie meinte, viele Vertreter ihrer Fachdisziplin müßten stark umdenken und qualifikatorisch „nachrüsten“, um die genannten Aufgaben auch tatsächlich erfüllen zu können. Nach heutigem Stand könne die Qualifikation eines erheblichen Teils der Betriebsärzte als nicht ausreichend für die Bewältigung des erweiterten Aufgabenspektrums gelten. Betriebsmediziner „im Nebenamt“ seien hierzu keinesfalls in der Lage, fundiert ausgebildete Fachärzte für Arbeitsmedizin stünden indes nicht in der erforderlichen Menge zur Verfügung. Künftig müsse sogar mit verschärften Nachwuchsproblemen gerechnet werden, da die arbeitsmedizinischen Lehrstühle in Sachsen-Anhalt „verwaist“ seien und junge Mediziner kaum noch an dieses Tätigkeitsfeld herangeführt würden. *Karsten* pflichtete *Dr. Theile* in diesem Punkt bei: Das „Lehrstuhlproblem“ in Sachsen-Anhalt sei tatsächlich gravierend; sein Haus habe sich in der Vergangenheit immer wieder für eine rasche Lösung dieses Problems eingesetzt und werde dies auch weiterhin tun, allerdings müßten dabei auch andere Ressorts „mitziehen“.

Eine kontroverse Diskussion entzündete sich an der weiter oben referierten Aussage *Blumes*, wonach zumindest in Kleinbetrieben die intensive Bearbeitung psychosozialer Belastungsprobleme einstweilen noch hinter dem Abbau „harter“ Gefährdungsfaktoren zurückstehen müsse. *Dr. Theile* schien dieser Sichtweise zuzuneigen: Nach ihrer Erfahrung verwiesen Gefährdungsbeurteilungen häufig auf so viele klassische Gestaltungsmängel an Arbeitsplätzen sowie physikalisch-stoffliche Belastungsexpositionen, daß es nicht möglich sei, psychische Belastungen einfach in den Vordergrund zu rücken; dies stieße in den Betrieben auch auf Unverständnis. In erster Linie müsse Betrieben durch die Gefährdungsbeurteilungen etwas geboten werden, womit sie die ganz „handfesten“ Arbeitsschutzprobleme erkennen und abbauen könnten.

*Schubert* sah dies anders: Ungeachtet der Tatsache, daß sich in den Betrieben natürlich unterschiedliche Gefahrenschwerpunkte zeigten, seien vom Arbeitsschutz alle Belastungsdimensionen prinzipiell als gleichgewichtig zu behandeln. Die Auffassung, daß zunächst Fragen der Arbeitssicherheit und die sog. „harten“ Expositionen angegangen werden müßten, und die anderen Belastungsbereiche dann erst im zweiten Schritt, bezeichnete er als unangemessen.

Auch *Lenhardt* kritisierte die Haltung des „eins nach dem anderen“ als schematisch. Dies sei schon von der Sache her zweifelhaft, da die verschiedenen Belastungsarten häufig miteinander verschränkt seien und eine gemeinsame Entstehungsbasis hätten. Angesichts des vorherrschenden Belastungsspektrums und der jahrzehntelangen Vernachlässigung psychosozialer Belastungsphänomene durch den Arbeitsschutz halte er eine Akzentverschiebung im Präventionshandeln durchaus für geboten. *Schubert* stimmte dem mit der Bemerkung zu, daß in einer Situation, wo bezüglich Unfallverhütung vielfach kaum noch eine Optimierung möglich sei, sich der Arbeitsschutz dringend andere Dinge einfallen lassen müsse.

In der gleichen Richtung wie *Schubert* und *Lenhardt* argumentierte auch *Prof. Quaas*. Alle Belastungsdimensionen seien erst einmal gleichrangig in den Blick zu nehmen, dies entspreche im übrigen auch dem gesetzlichen Auftrag des Arbeitsschutzes. Die Prioritätensetzungen bei der Maßnahmengestaltung hätten sich alleine nach dem Ergebnis der konkreten betrieblichen Problemanalyse zu richten, die natürlich je nach Untersuchungsbereich zur Identifizierung unterschiedlicher Gefahrenschwerpunkte führe.

Einen Nachholbedarf, wie er dem Arbeitsschutz im Laufe der Diskussion mehrfach und in verschiedenster Hinsicht bescheinigt wurde, konstatierte auch *Dr. Räbel*: Er sehe das Problem, daß relevante Beschäftigtenbereiche aus der Diskussion über Gefährdungsbeurteilungen – und erst recht aus der diesbezüglichen Praxis – bislang weitgehend ausgeblendet blieben. In diesem Zusammenhang nannte er Lehrer, Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen (z.B. in der ambulanten Pflege) und im Bereich privater Dienstleistungen tätige Beschäftigtengruppen. Gerade hier habe man es z.T. mit besonders ausgeprägten psychischen Belastungsphänomenen zu tun (Bedrohungsängste, arbeitszeitbedingte Belastungen), denen aber nur schwach entwickelte Handlungskonzepte und institutionelle Eingriffsmöglichkeiten gegenüber stünden. Diesbezüglich müsse sich unbedingt etwas tun, da sich in den genannten Bereichen ein enormer Problemsockel aufzutürmen drohe.



Trotz vielfältiger neuer Handlungsansätze und Kooperationsbemühungen im System arbeitsweltbezogener Prävention – so *Lenhardt* in seinem abschließenden Resumée – hätten die Diskussionen auf dem Workshop doch auch gezeigt, daß man in vielen Problembereichen noch ziemlich am Anfang stehe, es nach wie vor eine recht große Heterogenität in den Erfahrungen und Einschätzungen der beteiligten Akteure gebe und sich in vielen Fragen noch einiges aufeinander zubewegen müsse. So habe es den Anschein, als sei den Akteuren des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung keineswegs durchgängig klar, inwieweit man tatsächlich auf gleiche Ziele hinarbeite; hinsichtlich der „Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ bedürfe es wohl noch eines Prozesses der Verständniskonkretisierung, der die Schnittmenge mit der betrieblichen Gesundheitsförderung allmählich genauer hervortreten lasse. Deutlich geworden sei ferner, daß sich in weiten Bereichen des Erwerbslebens dem Arbeitsschutz enorme, z.T. ganz neue Probleme stellten, die bislang relativ wenig Beachtung gefunden hätten und für die geeignete Handlungskonzepte einstweilen auch noch nicht in hinreichendem Maße zur Verfügung stünden. Der Forschungs-, Entwicklungs- und Erprobungsbedarf im Arbeitsschutz erscheine von daher zwar beträchtlich, andererseits dürfe aber auch nicht übersehen werden, daß gerade in den letzten Jahren der Bestand an präventionsbezogenen Handlungsinstrumenten und -konzepten deutlich gewachsen sei. Das Rad müsse also durchaus nicht immer wieder neu erfunden werden; es gehe vielfach eher darum, systematischer und für alle Beteiligten nachvollziehbar zu sichten und zu kommunizieren, was man an Instrumenten, Methoden und Erfahrungen an der Hand habe und was durch wen wofür genutzt werden könne. Hier lägen auch noch beträchtliche Effizienzpotentiale im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Am Ende betonte *Lenhardt*, er sei durch den Workshop in der Auffassung bestätigt worden, daß ein Charakteristikum – wenn man so wolle: ein „Standortvorteil“ – des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt in dem vergleichsweise engen und regen Kontakt der beteiligten Akteure liege. Dies sei – trotz aller festgestellten Probleme und Defizite – eine nicht zu unterschätzende Basis für präventionspolitische Fortschritte in der Zukunft.

## **Teilnehmer des Workshops**

Alsleben, G., Dipl.-Ing., Verband Deutscher Sicherheitsingenieure, Bezirk Sachsen-Anhalt, Dessau

Bethge, R., Dipl.-Ing., Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Blume, Hannes-Christian, Beratende Ingenieure+Mediziner, Magdeburg

Diercks, Günther, AOK Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Engelhardt, Karin, Dipl.-Psych., Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Magdeburg

Ernst, Hans-Joachim., Dipl.-Chem., Handwerkskammer Halle (Saale)

Gerlinger, Dr. Thomas, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Göbel, Prof. Dr. Eberhard, FH Magdeburg, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen

Haase, Dr. Olaf, IKK Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Heuck, Dr. Uwe, Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Halberstadt

Huber, Th., Dipl.-Ing., Ingenieurbüro für Arbeitssicherheit G. Alsleben, Dessau

Karsten, Hartmut, Dipl.-Phys., Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Lenhardt, Dr. Uwe, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Meixner, Tankred, Dipl.-Phys., Maschinenbau und Metall-BG, Außendienststelle Dessau

Melchior, Dr. Jost, Landesamt für Arbeitsschutz Dessau

Müller, Dr. Wolfgang, Landesamt für Arbeitsschutz Dessau

Neumann, Dr. Uwe, GAISA – Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter innovativer Strukturentwicklung in Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg

Orschmann, Hans-Jürgen, Dipl.-Phys., Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Magdeburg

Quaas, Prof. Dr. Wolfgang, Universität Magdeburg, Institut für Arbeitswissenschaft, Fabrikautomatisierung und Fabrikbetrieb

Räbel, Dr. Bernhard, Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Halle

Riesenberg-Mordeja, Dr. Horst, Gewerkschaft ÖTV Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Rodewald, Carla, GAISA – Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter innovativer Strukturentwicklung in Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg

Rönninger, Max, Unfallkasse Sachsen-Anhalt, Zerbst

Schubert, R., Dipl.-Ing., BG Chemie, Technischer Aufsichtsdienst Halle

Theile, Dr. Ursula, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte Sachsen-Anhalt, Halle

Trognitz, Dr. Sigrun, Allgemeiner Arbeitgeberverband der Wirtschaft für Sachsen-Anhalt, Magdeburg