

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für
Vergleichende Gesellschaftsforschung
Wissenschaftszentrum Berlin

IIVG/pre81-208

Gesundheitsinteresse und Industriearbeit
Aspekte der italienischen Arbeitermedizin

Gerlinde Dörr, Roland Klautke

April 1981

Überarbeitetes Papier (erstmal als IIVG/dp80-202
veröffentlicht (erscheint demnächst in WSI-Mitteil-
lungen)

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

abstract

Die italienische Arbeitermedizin ist eine im 'heißen Herbst' 1969 entstandene Konzeption zur Kontrolle der gesundheitlichen Risiken und Gefahren industrieller Arbeit. Sie wurde von Arbeitern, Gewerkschaftern und gewerkschaftlich orientierten Wissenschaftlern gemeinsam entwickelt und in betrieblichen Teilbereichen realisiert. Im Laufe der 70er Jahre wurde diese betriebsbezogene Konzeption überbetrieblich erweitert und mit institutionellen Einrichtungen verknüpft. Die Grundprinzipien der Arbeitermedizin beziehen sich vor allem auf

- die Erhebung der Erfahrung und Wahrnehmung von Belastungen durch die Produktionsgruppe (Homogene Gruppe);
- die Nichtdelegierung der Gesundheitsinteressen an wissenschaftlich-technische Institutionen. Die produktionsbezogenen betrieblichen Belastungen werden durch die Betroffenen selbst erhoben und kontrolliert;
- die kollektive Bewertung, denen die subjektbezogenen Belastungswahrnehmungen unterzogen werden, um individuelle Belastungsausprägungen von arbeitsbedingten Belastungen zu unterscheiden.

Gleichzeitig stellt die italienische Arbeitermedizin eine gewerkschaftliche Kontrollkonzeption über die produktionsbezogenen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsbelastungen dar. Betrieblich ist sie mit den rätengewerkschaftlichen Strukturen verknüpft und bildet so einen Hebel für Vorentscheidungen bei den betrieblichen Tarifverhandlungen.

Die fortschrittlichste Variante der Arbeitermedizin zielt auf eine ganzheitliche Konzeption: die Verbindung von arbeitsbedingten betrieblichen Belastungen mit lokalen und regionalen Umweltbelastungen.

Gliederung:

1. Einleitung
2. Die konzeptionellen Elemente der Arbeitermedizin
 - 2.1. Das methodische Vorgehen bei der Erhebung und Analyse der Arbeitsbedingungen
 - 2.2. Die homogene Arbeitergruppe
 - 2.3. Das Prinzip der Nicht-Delegierung
 - 2.4. Die kollektive Bewertung
 - 2.5. Umsetzungsinstrumente der Arbeitermedizin
3. Kollektivvertragliche Rahmenbedingungen
4. Rechtliche Rahmenbedingungen
5. Ansätze zur Weiterentwicklung der Arbeitermedizin
6. Arbeitermedizin - ein übertragbares Lernmodell?

1. Einleitung

Die sozialen Auswirkungen wachsender Technisierung und Organisierung industrieller Arbeit führten Ende der 60'er Jahre in Italien zu großen betrieblichen Konfliktbewegungen. Anders als heute befand sich die italienische Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung jener Jahre in einer lang anhaltenden offensiven Kampfphase, die eine wesentliche Bedingung dafür war, daß neben der Entwicklung neuer Forderungsinhalte und Gewerkschaftsstrukturen aus den Betrieben heraus alternative Konzepte entstehen konnten, die über die unmittelbaren Reproduktionsinteressen der Arbeiter hinaus weitergehende Bedürfnislagen erfaßten.

Zwei Konzepte konnten davon über die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Krisenbewegungen der letzten Jahre hinweg teilweise stabilisiert und punktuell weiterentwickelt werden. Es handelt sich dabei um das Bildungsurlaubsmodell der "150 Stunden"¹⁾ und um das Konzept der Arbeitermedizin, auf das wir hier eingehen. Gemeinsam ist jedoch beiden Konzepten, daß sie sich auf gesellschaftliche Bereiche beziehen, die in Italien traditionell von relevanten betrieblichen und staatlichen Strukturdefiziten gekennzeichnet waren. Das weitgehende Fehlen staatlicher und betrieblicher Politiken in diesen Bereichen machte sich zunehmend in Arbeits- und Beschäftigungssituationen spürbar, was nicht zuletzt ein Grund dafür war, daß die Gewerkschaften sich diese Politikfelder neu erschlossen. Die Arbeitermedizin als ein Element dieser gewerkschaftlichen Politik ist als betriebliches Konzept eng mit den rätegewerkschaftlichen Strukturen und den betrieblichen Kampftraditionen verknüpft, die ihrerseits Bedingungen für ihre Entwicklung, Ausgestaltung und Verbreitung darstellen. Im Verlauf der 70'er Jahre konnte dieses Konzept vorrangig in zwei Richtungen weiterentwickelt werden. Innerbetrieblich wurde die Arbeitermedizin vor allem um arbeitsorganisatorische Themen erweitert. Die krisenhafte Entwicklung dieser Jahre erschwerte jedoch die betriebliche

Ausweitung und weitere Absicherung des Konzepts. Überbetrieblich erfuhr es durch Vernetzungen mit staatlichen und regionalen Institutionen eine weitgehende Stabilisierung und konnte in die nationale Gesundheitsreform von 1978 eingebettet werden.

Mit den Fiat-Kämpfen von 1980 erfuhr die italienische Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung jedoch eine radikale Zurückweisung vieler bis dahin erkämpfter Positionen. Die repressive Unternehmensstrategie von Fiat blieb auch außerhalb des Automobilsektors nicht ohne negative Folgen, die jetzt insbesondere die rätengewerkschaftlichen Strukturen bedrohen und bei den Gewerkschaften eine defensive Forderungshaltung erzwingen. Obwohl ein großer Teil der gewerkschaftlichen Errungenschaften gegenwärtig nicht aktivierbar scheint, sind sie als Elemente eines kollektiven Bewußtseins doch präsent und können in sich entwickelnden Konsolidierungsphasen neu aktualisiert werden. Angesichts der schweren Niederlage der Gewerkschaften im Fiat-Streik kann davon ausgegangen werden - und dies wurde in Gesprächen mit Gewerkschaftern immer wieder bestätigt²⁾ - , daß auch die Aktivitäten zur Arbeitermedizin gegenwärtig für den betrieblichen Alltag nicht bestimmend sind.

Unabhängig von dieser besonderen Lage stellt das Konzept der Arbeitermedizin mit seinen rätengewerkschaftlichen Strukturelementen eine gewerkschaftspolitische Errungenschaft dar, die nicht allein nach ihrer Krisenbeständigkeit beurteilt werden darf, zumal sie zwar auch ein Verhandlungsergebnis darstellt, aber vielmehr ein Teil der betrieblichen Gewerkschaftskultur ist, die gerade für die Rückgewinnung verlorener Positionen relevant wird. Die Qualität der Arbeitermedizin wird deshalb von den italienischen Gewerkschaften weit weniger nach ihrer Wirksamkeit in Bezug auf die Bewältigung von betrieblichen gesellschaftlichen Problemlagen, wie u. a. Fluktuation oder Absentismus, beurteilt, als vielmehr hinsichtlich ihrer Funktion, Wahrnehmungs- und Be-

wußtseinsprozesse über den Zusammenhang von industrieller Arbeit und ihren gesundheitlichen und sozialen Folgen kollektiv zu organisieren.

In den nachfolgenden Ausführungen stellen wir die konzeptionellen Aspekte der Arbeitermedizin dar und skizzieren ihre tarifvertraglichen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie ihre Entwicklungslinien, die relativ unabhängig von politischen Konjunkturen für die Erhebung und Analyse von arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken und subjektbezogenen Gesundheitsinteressen sowie für die Entwicklung gewerkschaftlicher Politiken von Bedeutung sind ³⁾.

2. Die konzeptionellen Elemente der Arbeitermedizin

Mit der Forderung "la salute non si vende" (die Gesundheit wird nicht verkauft) thematisierte die italienische Arbeiterbewegung am Ende der 60'er Jahre verstärkt das Gesundheitsinteresse in den Fabriken und verlangte die Abschaffung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, in dem sie die Strategie der Monitarisierung belastender Arbeitsbedingungen - die bis dahin auch von den Gewerkschaften weitgehend akzeptiert wurden - in Frage stellte. In der Diskussion wurde die Sachgesetzlichkeit bestehender Arbeitsbedingungen, die Festlegung von Arbeitsrythmen, von Akkordarbeit und von Prämiensystemen breit problematisiert und dabei auf deren einseitige Interessengebundenheit bezogen. Vor dem Hintergrund der einschneidenden gesellschaftspolitischen Umwälzungen und der gewerkschaftspolitischen Neuerungsprozesse entstanden außerinstitutionelle Aktivitäten zum Gesundheitsschutz, die auch auf die bestehenden Mängel im produktionsbezogenen technisch-medizinischen Arbeitsschutz antworteten. Diese konzeptionelle und handlungsorientierte Alternative hieß Arbeitermedizin. Uns kommt es im folgenden darauf an, auf die wichtigsten Elemente dieser Konzeption einzugehen, ihre wesentlichen Verknüpfungen und einige Umsetzungsmöglichkeiten aufzuzeigen und sie in ihrem gesellschaftlichen und politischen Kontext einzuschätzen.

2.1. Das methodische Vorgehen bei der Erhebung und Analyse der Arbeitsbedingungen

Die unmittelbaren betrieblichen Erfahrungen in der industriellen Produktion bildeten die Grundlage für die Arbeiter und ihre gewerkschaftliche Vertretung, ein Konzept zu entwickeln, das die wechselseitige Beziehung von betrieblichen Arbeitsbedingungen und Gesundheitsinteressen neu thematisierte. Diese Diskussionen führten bei der Mehrheit der Industriearbeiter zu einer kritischen Haltung und praktischen Fragestellung der "wissenschaftlichen" Organisation industrieller Arbeit und begründeten ihren Zweifel am Neutralitäts- und Objektivitätsanspruch der Wissenschaften.

Im Verlauf dieses Auseinandersetzungsprozesses gingen in Italien Arbeiter und Gewerkschaften dazu über, die Gestaltung und Kontrolle ihrer Arbeitsbedingungen sowie die Untersuchungen über gesundheitliche Belastungen in der Fabrikarbeit nicht mehr allein den technisch-medizinischen Fachleuten und Institutionen, die damit beauftragt sind, zu überlassen. Zur Realisierung dieses Vorhabens wurde verstärkt der aktive Einbezug der Arbeitererfahrung in die wissenschaftliche Analyse und Forschung über die Auswirkungen der Fabrikarbeit gefordert.

Die unmittelbaren Erfahrungen der Arbeiter mit den Gesundheitsrisiken im industriellen Produktionsalltag konkretisierten sich in der Artikulation ihrer subjektiven Gesundheitsbedürfnisse und -interessen und führten, von ihnen unterschiedlich akzentuiert, zu einer Forderungshaltung nach einer alternativen oder "neuen" Wissenschaft von den Bedingungen der Fabrikarbeit. Die strategische Perspektive, die sich darin ausdrückte, richtete sich auf die Wiederaneignung eines Wissens, das ihre subjektbezogenen und kulturellen Gesundheitsbedürfnisse und -interessen einbezieht. Die politische Dimension dieser Bewegung richtete sich allgemein gegen die kapitalistische Anwendung von Wissenschaft und Technik, die soziale und gesellschaftliche Bedürfnis-

lagen weitgehend unberücksichtigt läßt, und führte in der italienischen Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung zur Entwicklung eines alternativen Ansatzes von Arbeiterwissenschaft bzw. Arbeitermedizin, der den hegemonialen Anspruch der herrschenden Wissenschaften in Frage stellte.

Die wichtigsten Elemente der Arbeitermedizin können zu drei Prinzipien zusammengefaßt werden, die wir nachfolgend genauer ausführen:

- die (homogene) Arbeitergruppe (gruppo omogeneo);
- die Nicht-Delegierung (non-delega) der Gesundheit an Institutionen und Bereiche der technisch-medizinischen Wissenschaften;
- die kollektive Bewertung (validazione consensuale) der individuell erfahrenen Arbeitsbelastungen durch die Arbeitergruppe gemeinsam mit den gewerkschaftlichen Vertretern und unter Beratung von wissenschaftlichen Experten, die das Vertrauen der Arbeiter besitzen.

2.2. Die homogene Arbeitergruppe

Bei der Analyse der Arbeitsbedingungen und der Thematisierung der Gesundheitsinteressen spielt die homogene Gruppe eine zentrale Rolle. Ihre Homogenität ist in einem hochtechnisierten Produktionsprozeß weitgehend durch die Organisation von Produktion und Arbeit bedingt, wobei die zu einer solchen Gruppe zusammengefaßten Arbeiter gewöhnlich einem Teilbereich der Produktion oder einer Abteilung angehören und vergleichbaren Belastungen ausgesetzt sind. Das gleichartige (homogene) Gesundheitsrisiko der Gruppe ergibt sich aus der Ähnlichkeit des unmittelbaren Produktionsprozesses und der Struktur seiner Belastungsanforderungen an die Arbeiter.

Parallel zu dieser äußeren (objektiven) Homogenität, die durch die Technisierung und Organisierung der Produktion

hervorgebracht wird, werden damit Bedingungen begünstigt, die auf seiten der Arbeiter eine innere politische Homogenität entstehen lassen, die auf der gemeinsamen Betroffenheit von Arbeitsbelastungen und Arbeitsanforderungen basiert. Die sich so herausbildende subjektive Homogenität kann politisch von der Arbeitergruppe zur kollektiven Wahrnehmung von Gesundheitsinteressen genutzt und gegen Arbeitsbelastungen mobilisiert werden.

In der Wechselseitigkeit der gesellschaftspolitischen Ereignisse und gewerkschaftlicher und betrieblicher Umstrukturierungsprozesse hat sich in Italien die homogene Arbeitergruppe faktisch und politisch als Basiseinheit der gewerkschaftlichen Organisation im Betrieb herausgebildet, deren politische Organisationsform auf dem Räteprinzip basiert. Die homogenen Gruppen verfügen über einen oder mehrere Delegierte. Diese neuen politischen Subjekte bilden in ihrer Gesamtheit den Fabrikrat, der die gewerkschaftliche Interessenvertretung in der Fabrik und in Tarifverhandlungen mit dem Unternehmen darstellt.

Im Konzept der Arbeitermedizin stellt die homogene Gruppe gerade durch ihre doppelte Qualität das wichtigste Bezugselement dar: sie ist als gewerkschaftliche Basiseinheit sowohl Subjekt der Belastungsanalyse als auch Träger der Durchsetzung der gewerkschaftlichen Forderungen; und sie ist gleichzeitig Objekt der Untersuchung und Forschung, indem sie ihre eigenen Arbeitsbelastungen analysiert und bewertet.

Für die Ermittlung und Analyse von arbeitsbedingten Belastungen wurden von den Arbeitern und ihren Delegierten eine Vielzahl von unterschiedlichen Verfahren entwickelt, womit die Arbeitergruppe ihre Erfahrungen und Belastungen aus der Fabrikarbeit entwicklungsgeschichtlich verfolgen und die möglichen Gesundheitsrisiken, die mit diesen Belastungen korrespondieren, identifizieren kann⁴⁾. Die aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Arbeitsbedingungen und der betrieblichen Organisation der Arbeit ermöglicht der Arbeitergruppe nicht nur ein besseres Wissen über den Pro-

duktionsprozeß, sondern befähigt sie auch, sich als politisches Subjekt zu erfahren.

2.3. Das Prinzip der Nicht-Delegierung

Die Intensität der "Gesundheitskämpfe" und ihre Ausstrahlung in andere gesellschaftliche Bereiche vertiefte bei den italienischen Arbeitern und ihrer rätengewerkschaftlichen Vertretung, den Delegierten, das Problembewußtsein über den zunehmenden gesundheitlichen Verschleiß in der industriellen Produktion. Nach dem Willen eines Großteils der Produktionsarbeiter sollte die Verantwortlichkeit für die Gesundheit nicht länger allein der technisch-medizinischen Wissenschaft überlassen und nur von administrativen Institutionen arbeitsplatzfern verwaltet werden. In Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften entwickelten sie deshalb neben den bestehenden institutionellen Einrichtungen, die inzwischen ausgebaut und erneuert wurden, eine auf den Arbeitsplatz und auf den Tätigkeitsbereich bezogene Untersuchungsmethode, die es dem einzelnen Arbeiter ermöglichte, seine subjektiven Erfahrungen offen zu artikulieren und sie in der Arbeitsgruppe zu diskutieren und zu verallgemeinern. Dazu wurde von den gewerkschaftlichen Gruppen ein Verfahren erarbeitet, das die wichtigsten Belastungsarten leicht verstehbar zusammenstellt und für die Arbeiter besser handhabbar macht.

Diese Vorgehensweise kann als eine Form exemplarischen Lernens interpretiert werden, mit der die Arbeiter ihre Arbeitssituationen und die auftretenden Belastungen selbst beobachten, identifizieren und teilweise kontrollieren können. Dieses Verfahren stützt sich auf ein Modell mit vier Belastungsgruppen (Vier-Faktoren-Modell):⁵⁾

- allgemeine Umweltbelastungen (Lärm, Temperatur, Feuchtigkeit etc.);
- Schadstoffbelastungen (chemisch-physikalischer Natur);
- physische Belastungen (Muskelbelastungen, Zwangshaltungen etc.);

- psychische Belastungen (Belastungen aus der Arbeitsorganisation, Streß, Monotonie, Lohn- und Prämiensysteme, etc.).

Insbesondere wegen der Vielzahl der im industriellen Produktionsprozeß auftretenden Einzelbelastungen und Belastungskombinationen beschränkt sich das Modell bewußt auf nur vier zentrale Belastungsgruppen, die es den Arbeitern jedoch ermöglichen, die im unmittelbaren Arbeitsbereich vorhandenen Gesundheitsrisiken mit einer Art "Gefahrenhandbuch" zu ermitteln und zu beschreiben. Als Indikatoren bestehender Gesundheitsrisiken dienen den Arbeitergruppen vor allem die Symptome, die unter den Kollegen beobachtet und registriert werden können. Dabei entsteht ein Katalog von Gesundheitsrisiken, der von einfachen körperlichen Befindlichkeitsstörungen bis hin zu Arbeitsunfällen und chronischen Erkrankungen reicht. Diese authentischen Erfahrungen lassen sich nur aus der aktiven beobachtenden Teilnahme der Betroffenen selbst erschließen und sind traditionellen Meßmethoden in dieser Form nicht zugänglich.

2.4. Die kollektive Bewertung

Die von den einzelnen Arbeitern im Produktionsprozeß unterschiedlich erfahrenen Belastungen werden in der Arbeitergruppe gemeinsam diskutiert und bewertet. Individuell unterschiedliche Einschätzungen können dadurch korrigiert werden und ermöglichen es der Arbeitergruppe, vor allem die arbeitsbedingten Belastungen zu identifizieren. Die Arbeitergruppe begreift sich so auch als epidemiologische Einheit, indem sie die Gesundheitsrisiken nicht nur registriert, sondern auch nach deren Ursachen sucht und Lösungen zu deren Beseitigung entwickelt und vorschlägt.

Die kollektive Bewertung arbeitsbedingter Belastungen durch die betroffene Arbeitergruppe wird auch in diesem Konzept durch den Einbezug von Expertenwissen (Mediziner, Psychologen, Sozialwissenschaftler etc.) ergänzt und ermöglicht

dadurch eine weitgehende Transparenz über das Wechselverhältnis pathogener industrieller Arbeitsstrukturen und deren gesundheitliche Folgewirkungen. Die darin zum Ausdruck kommende gegenseitige Anerkennung unterschiedlicher Kompetenzen und deren Zusammenwirken bei der Erforschung arbeitsbedingter Gesundheitsbelastungen kann Tendenzen vorbeugen, die auf seiten der Wissenschaftler in der Verprofessionalisierung und auf seiten der Arbeiter in der Reduktion auf subjektivistische Interpretationen bestehen können. Indem die professionellen Experten die Arbeitererfahrung als praktisches Wissen anerkennen und die Arbeitergruppe Forschungsergebnisse der Wissenschaft für die Einschätzung von Arbeitsbedingungen nutzt, werden Voraussetzungen für eine neue (Vertrauens)-Beziehung zwischen Arbeitern und Wissenschaftlern geschaffen. Unterstützt werden diese Aktivitäten durch eine gewerkschaftliche Initiative, die die auf Betriebsebene gesammelten und erhobenen Daten und Informationen in einem gewerkschaftseigenen Forschungs- und Dokumentationszentrum auf nationaler Ebene zusammenfaßt und veröffentlicht. Dieses gewerkschaftliche "Forschungs- und Dokumentationszentrum über die Arbeitsbelastungen und Gesundheitsrisiken" (Centro Ricerche e Documentazione rischi e danni da lavoro) wird gemeinsam von den drei großen italienischen Gewerkschaften (CGIL, CISL, UIL) geleitet⁶⁾.

Im Folgenden wollen wir auf einige Untersuchungsinstrumente der Arbeitermedizin eingehen, die von den Arbeitern und Gewerkschaften entwickelt wurden und von ihnen in der betrieblichen Praxis als Umsetzungshilfen eingesetzt werden.

2.5. Umsetzungsinstrumente der Arbeitermedizin

In den betrieblichen Bereichen, in denen Aktivitäten der Arbeitermedizin zum Tragen kommen, werden für die Umsetzung von den Arbeitern eine Reihe von unterschiedlichen Instrumenten entwickelt. Ihre Kernelemente bestehen im wesentlichen aus dem Register der Arbeitsumgebungseinflüsse, dem biostati-

stischen Register und dem persönlichen Gesundheitsbuch.

- Das Register der Arbeitsumgebungseinflüsse:

Hier werden alle Angaben und Daten registriert, die sich auf schädliche Arbeitsumgebungseinflüsse am Arbeitsplatz und im Betrieb beziehen. Ihnen werden die Werte zugeordnet, die in regelmäßigen Messungen vor Ort ermittelt werden. Diese Aufzeichnungen werden durch eine Zusammenstellung der möglichen Gesundheitsrisiken und Krankheiten ergänzt, die von der medizinischen und medizinsoziologischen Literatur für bestimmte Belastungsarten und -kombinationen hinsichtlich ihrer Intensität und Dauer prognostiziert werden. Beispielsweise enthält dieses Register auch Aufzeichnungen zu den MAK-Werten und Angaben zum betrieblichen Unfallgeschehen.

Dieses betriebliche Umweltregister wird in der Abteilung ausgelegt und ist allen Beschäftigten zugänglich. Es dient den Arbeitergruppen auch dazu, ihre Beobachtungen zu veröffentlichen und sich kritische Problemlagen gegenseitig mitzuteilen sowie Lösungsvorschläge auszutauschen. Die Verallgemeinerung dieses Wissens trägt vor allem dazu bei, eine betriebliche Öffentlichkeit über die konkreten Arbeitsbedingungen und ihre gesundheitlichen Belastungsfolgen herzustellen. Es ermöglicht darüber hinaus dem einzelnen Arbeiter, sich über die besonderen Gefährdungen an seinem Arbeitsplatz zu informieren, und stellt gleichzeitig für die Arbeitergruppe in Verbindung mit dem nachfolgenden Register eine wichtige Voraussetzung dar, personalpolitische Bewegungen und Veränderungen (Umsetzungen, Verrentungen, etc.) besser einschätzen zu können.

- Das biostatistische Register:

Das biostatistische Register enthält alle Angaben zu den Belastungsfolgen auf der Ebene der Arbeitergruppe. Hier wer-

den gruppenbiographische Informationen über die Fälle und die möglichen Ursachen von Absentismus, Gesundheitsstörungen, Erkrankungen, Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen gesammelt. Im wesentlichen handelt es sich dabei um die Erfassung gerade auch der Gesundheitsbeeinträchtigungen, die von der Gruppe unabhängig von der gesellschaftlichen oder rechtlichen Anerkennung als relevant angesehen werden.

Durch den Vergleich der Angaben aus dem biostatistischen Register mit dem betrieblichen Umweltregister können die Arbeitergruppen selbst feststellen, ob und in welchen Bereichen besonders hohe Belastungen oder bedeutsame Belastungsveränderungen vorliegen. Dieses Register bildet als gruppenbiographisches epidemiologisches Instrument eine wichtige Grundlage für die Erforschung und die Zuordnung von komplexen Risikoexpositionen zu vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheitsfolgen.

- Das persönliche Gesundheitsbuch:

In diesem Buch werden die arbeitsbedingten Belastungen, denen der einzelne Arbeiter ausgesetzt ist, zusammen mit seinen Erkrankungen aufgezeichnet. Die Initiative dazu geht auf die homogenen Gruppen zurück. Diese Daten umfassen arbeitsbiografische Informationen der Gruppenmitglieder. Sie beziehen sich auf die Beschreibung der einzelnen Tätigkeiten unter Einbezug des spezifischen Arbeitsprozesses und der technischen Veränderungen, sowie auf die Angaben der im Arbeitsbereich vorhandenen Belastungsfaktoren nach einer Intensitätsskala, die aus der Erfahrung der Gruppe abgeleitet und - wenn möglich - mit einer Aufstellung der gemessenen Werte vergleichbar dargestellt wird. Aufzeichnungen über die Arbeitszeit, nicht nur als Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden, sondern auch in ihrer Verteilung auf den Tag, die Woche, den Monat und das Jahr; die Zahl, die Dauer und die Struktur der Pausen, sowie Müdig-

keiterscheinungen verstanden als psychische Müdigkeit gemäß den Erfahrungen der Arbeitergruppe werden im Gesundheitsbuch festgehalten. Die Daten zur Arbeitsgeschichte umfassen darüber hinaus auch die vorausgegangenen Ereignisse bei den Arbeitern an ihren früheren Arbeitsplätzen. Eine andere Gruppe wichtiger Informationen bezieht sich auf die individuelle Gesundheits- bzw. Krankheitsgeschichte. Dazu ist in den Gesundheitsbüchern ein ganzer Katalog von Aspekten zusammengestellt, auf deren Basis sich ein personales Gesundheitsprofil ergibt, das bei betrieblichen Veränderungen, z. B. Umsetzungen etc., den Delegierten oder dem Fabrikrat ein Mittel in die Hand gibt, die Gesundheit des einzelnen Arbeiters bei Entscheidungen stärker zu berücksichtigen.

Die Gefahr, daß mit den gesammelten Daten von seiten des Unternehmens auch eine Personalselektionspolitik betrieben werden kann, ist den Gewerkschaften wohl bekannt. Ihre Strategien richten sich gerade deshalb bewußt auf den Schutz der persönlichen Daten und gegen eine individuelle Schuldzuweisung in Krankheitsfällen.

Nach der Darstellung wichtiger Elemente im Konzept der Arbeitermedizin wollen wir auf die realen Funktionen, Aktivitäten und Wirkungsmöglichkeiten des Fabrikrates eingehen, der als betriebliche gewerkschaftliche Umsetzungsinstanz tätig wird.

3. Kollektivvertragliche Rahmenbedingungen

Die Arbeitermedizin stellt ein Modell eines gewerkschaftlich kontrollierten, produktionsbezogenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes dar, das sich auf Arbeitergruppen in den Produktionsbereichen einer Fabrik stützt und auf rätengewerkschaftlichen Strukturen beruht. Als gewerkschaftliche

Basisorgane sind diese Gruppen über den ganzen Betrieb verteilt und stellen die Delegierten, die in ihrer Gesamtheit den Fabrikrat bilden. Der Fabrikrat hat als betriebliche gewerkschaftliche Interessenvertretung die Kompetenz einer Verhandlungspartei, um mit der Unternehmensleitung betriebliche Tarifverträge abzuschließen. Der Abschluß solcher Verträge wird von unterschiedlichen betrieblichen Aktionsformen der Delegiertenbewegung begleitet und kann zusätzlich durch Streikaktivitäten forciert werden. Forderungen zur Verbesserung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes werden im allgemeinen in einem Ausschuß des Fabrikrates (commissione del ambiente di lavoro; Ausschuß für Arbeitsumweltprobleme) behandelt und können in betriebliche Tarifverhandlungen münden.

Die Entwicklung dieser rätengewerkschaftlichen Strukturen geht auf die großen Streiks im 'heißen Herbst' 1968/69 zurück. Bis dahin gab es in Italien bis auf wenige Ausnahmen vor allem zentralisierte und außerbetrieblich organisierte Gewerkschaftsstrukturen, deren politisches und organisatorisches Defizit im Fehlen einer betrieblichen, d.h. problemnahen gewerkschaftlichen Politik lag. Mit der radikalen Infragestellung der bestehenden Arbeitsbedingungen korrespondierte die politische Forderung nach einer Verlagerung gewerkschaftlicher Aktivitäten "zurück in die Fabrik", die durch die Schaffung dezentraler rätengewerkschaftlicher Organisationsstrukturen im Betrieb garantiert werden sollte.

Die einheitliche Verankerung der Gewerkschaften im Betrieb war eine zentrale Voraussetzung für die Wiedergewinnung von Elementen von Arbeiterkontrolle im unmittelbaren Produktionsprozeß. Eine wichtige Funktion kam dabei den dazu entwickelten

'artikulierten Tarifverhandlungen'⁷⁾ zu, die ein betriebsnahes und problemorientiertes Umsetzungs- und Kontrollinstrument bilden, dem in der Regel betrieblich organisierte kollektive Bewußtwerdungsprozesse zu Grunde liegen. Dieses so in der betrieblichen Praxis verankerte 'exemplarische Lernen' ermöglicht es den Arbeitergruppen, Kompetenzen und Kontrollfähigkeiten zu erwerben, die die Voraussetzung für eine qualifizierte betriebliche Gegenmacht bilden, mit der Unternehmensentscheidungen nicht mehr nur indirekt, sondern auch direkt beeinflußt werden können.

Um betrieblich-gewerkschaftliche und gesamtgewerkschaftliche Forderungen miteinander verbinden zu können und eine einheitliche Strategie zu ermöglichen, wurden die verschiedenen Regelungsebenen miteinander verknüpft. Nationale, regionale und betriebliche Tarifverhandlungen stehen so in einem gegenseitigen Wechselverhältnis und sind nach beiden Richtungen offen, so daß der gewerkschaftlichen Interessenvertretung auf Betriebsebene autonome Handlungsspielräume erhalten bleiben.

Die 'artikulierten Tarifverhandlungen' sind so Teil einer gewerkschaftlichen Tarifverhandlungsstrategie, die eine hohe Flexibilität aufweist. Diese Flexibilität bezieht sich auf die Verhandlungsbereiche und die Verhandlungsebenen, wobei jeder Gegenstand zu jeder Zeit verhandelbar gemacht werden kann, zumal es keine gesetzliche Beschränkung verhandelbarer Gegenstände gibt. Auf nationaler Ebene werden für die jeweiligen Branchen (Rahmen)-Tarifverträge abgeschlossen, die in nachfolgenden Verhandlungen auf der regionalen und betrieblichen Ebene unter Berücksichtigung spezifischer Bedingungen und Forderungen konkretisiert werden. Die Durchlässigkeit der Verhandlungsebenen besteht auch in umgekehrter Richtung: betriebliche Regelungen können durch ihre Übernahme in regionale oder nationale Tarifverträge Modellcharakter erhalten.

Teilbereiche qualitativer Tarifpolitik beziehen sich beispielsweise auf

folgende arbeitswissenschaftliche (arbeitermedizinische) Themenbereiche:

- den Abbau gesundheitsbeeinträchtigender physischer, psychischer und sozialer Arbeitsbelastungen;
- die Berücksichtigung neuartiger Belastungstypen, die aus der Organisation des Produktionsprozesses und taylorisierter Arbeit stammen;
- gewerkschaftliche Forschungsaktivitäten mit direkter Beteiligung der betroffenen Arbeiter und der gewerkschaftlichen Interessenvertretung in Zusammenarbeit mit externen Wissenschaftlern.

4. Rechtliche Rahmenbedingungen⁸⁾

Die Rätestrukturen der gewerkschaftlichen Interessenvertretung im Betrieb sowie Forschungsaktivitäten der Arbeiter und Wissenschaftler zu den Arbeitsbedingungen konnten in dem 1970 von den Arbeitern und Gewerkschaften durchgesetzten Arbeiterstatut abgesichert werden. Er kämpfte, bisher in Tarifverträgen vorgesehene Regelungen der neuen Arbeitsbeziehungen sind dadurch in weiten Teilen institutionalisiert worden. Dabei fallen einige Besonderheiten des Arbeiterstatuts auf, insbesondere im Hinblick auf das deutsche Betriebsverfassungsgesetz und auf das vorsichtige Verhältnis der italienischen Gewerkschaften zu institutionalisierten Regelungen, auf die wir hier nur kurz eingehen können.

Das Arbeiterstatut (Statuto dei Lavoratori) ist ein Gesetz, das von der Ungleichheit der Vertragsparteien ausgeht, dem der objektive Interessengegensatz zwischen Unternehmen und Gewerkschaften zugrundeliegt. Im Arbeiterstatut wird der Schutz individueller und kollektiver Rechte garantiert, wobei davon ausgegangen wird, daß der Schutz des Einzelnen nicht hinreichend gewährleistet ist, wenn nicht auch die gewerkschaftlichen Organisationen, die die Arbeiterinteressen vertreten, gesetzlich wirksam geschützt werden.

Ein weiteres Element des Arbeiterstatuts liegt in seiner Offenheit gegenüber den konkreten Gestaltungsmöglichkeiten der kollektiven Interessenvertretung. Weder macht das Statut Auflagen über deren formale Gestaltung, noch werden Kompetenzbereiche oder Politikinhalt in irgendeiner Form festgeschrieben. Es ist den Arbeitern und ihren Gewerkschaften selbst überlassen, welche Bereiche sie jeweils zu betrieblichen Konfliktfeldern erklären und mit welchen Strategien und Instrumenten sie ihre Interessen und Ziele verfolgen.

Dieser geringere Verrechtlichungsgrad der Arbeitsbeziehungen ist weniger auf eine besondere Schwäche oder Stärke der italienischen Gewerkschaften zurückzuführen, als vielmehr auf eine gewerkschaftliche und politische Tradition, die sich stärker an kollektivvertraglichen Regelungen orientiert, als auf die Wirksamkeit und die Zuverlässigkeit gesetzlicher Regelungen zu vertrauen.

Die Ergebnisse einer gewerkschaftsoziologischen Untersuchung über die Anwendung des Arbeiterstatuts bestätigen dies⁹⁾. Allgemein wird das Statut von den Gewerkschaften als Kompromißergebnis entwickelter Klassenauseinandersetzungen gewertet und gehandhabt. Bei der Anwendung des Statuts in konkreten betrieblichen Konfliktsituationen konnte bei den Gewerkschaften ein recht widersprüchliches, jedoch nicht gegensätzliches Anspruchsverhalten festgestellt werden. Die Thematisierung von kollektiven Bedürfnislagen und die Formulierung gewerkschaftlicher Forderungen orientieren sich zwar auch an institutionell gesicherten Rechtsansprüchen, beziehen sich jedoch in der gewerkschaftlichen Praxis weniger auf das Einklagen von verletzten Rechtspositionen, als vor allem auf die prinzipielle Anerkennung der politischen Legitimität von Arbeiter- und Gewerkschaftsinteressen. Aus dieser empirischen Untersuchung wurden dazu zwei Einschätzungen gewonnen: die italienischen Gewerkschaften gehen davon aus, daß häufiges Zurückgreifen auf gerichtliche Regelungen allgemein

als Organisationsschwäche oder als politische Schwäche der Gewerkschaften im Betrieb und am Arbeitsplatz gedeutet werden könnte. Die zweite Erklärung problematisiert die Tragweite von Erfolg und Mißerfolg bei der Inanspruchnahme gerichtlicher Instanzen, deren Entscheidungen in einer rechtlichen Festschreibung bestehen, die den gewerkschaftlichen Spielraum auch eingrenzen und systemintegrierend wirken können. Von den italienischen Gewerkschaften wird eine gesetzliche Absicherung einmal erreichter Positionen zwar gewürdigt, ohne daß sie die normativen Wirkungen rechtlicher Festschreibungen als Handlungsschranken unterschätzen. Bei allen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen wird daher der Kompromißcharakter des Vertragsergebnisses betont, um sich Optionen für verbesserte Regelungen nicht zu verstellen. Die Vertragspraxis der italienischen Gewerkschaften beruht deshalb auf der Infragestellung dauerhafter Kompromißformeln, die auf betriebliche Machtverhältnisse stabilisierend wirken und es den Gewerkschaften erschweren, die Vertragsdynamik an der politischen, sozialen und ökonomischen Situation des Landes zu orientieren ¹⁰⁾.

5. Ansätze zur Weiterentwicklung der Arbeitermedizin

Im Laufe der 70er Jahre haben sich zwei größere Entwicklungslinien der Arbeitermedizin herausgebildet:

- die Erweiterung des betriebsbezogenen Modells um den Bereich der Arbeitsorganisation;
- die Organisierung von regionalen und lokalen Gesundheitsdiensten und die Dokumentation und Zusammenfassung betrieblicher und regionaler Gesundheits- und Umweltbelastungen für ein nationales Gesundheitsinformationssystem.

Die Erweiterung des produktionsbezogenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Modell der Arbeitermedizin besteht vor allem im verstärkten Einbezug von arbeitsorganisatorischen Problemen. Dabei finden neben den Streßbelastungen zunehmend psycho-soziale Auswirkungen Berücksichtigung. Sie be-

ziehen sich auf Belastungen, die einerseits durch neue Anforderungsstrukturen in 'modernen' Produktionsprozessen bedingt sind und die andererseits zusätzlich von betrieblichen Lohn- und Leistungspolitiken verschärft werden. In diesem Problemfeld rücken die wachsenden Dequalifizierungsprozesse mit ihren psycho-sozialen Belastungsfolgen immer mehr in den Mittelpunkt gewerkschaftlicher Interessenpolitik.

Die Konzentration der gewerkschaftlichen Betriebspolitik auf den Bereich der Arbeitsorganisation und die in einigen Bereichen dazu recht erfolgreiche Vertragspolitik¹¹⁾ führte vor dem Hintergrund krisenhafter wirtschaftlicher Entwicklungen auf Unternehmerseite dazu, gewerkschaftlich möglichst schwer kontrollierbare Gegenstrategien zu entwickeln. Als Auslagerung von Produktionsstätten und produktiver Arbeit richten sich diese Unternehmensstrategien vor allem auf die Schwächung und Paralyse der homogenen Gruppen und der Delegiertenbewegung und damit gegen die gewerkschaftlichen Basisorgane in den Betrieben. Wirksame gewerkschaftliche Kontrollstrategien sind auf diesem Feld bisher kaum zum Tragen gekommen. Gerade aber die Kontrolle der Auslagerung produktiver Arbeit (decentralismo) bildet jedoch langfristig eine Voraussetzung zur Stabilisierung und zur weiteren Entfaltung auch der Arbeitermedizin.

Die zweite Entwicklung in der Arbeitermedizin verweist auf ihre lokale und regionale Verbreitung. Mit dem Bemühen der Gewerkschaften, die Rätestrukturen lokal und regional zu verankern, wurde die Thematisierung und Organisation von Gesundheitsinteressen 'von der Fabrik ins Territorium' übertragen. Gerade im Gesundheitsbereich wurde hier eine Vielzahl von Eigeninitiativen entwickelt, die von Gewerkschaftern, Wissenschaftlern und vor allem auch von Frauen getragen wurden, die ihrerseits - von Gewerkschaften und Linksparteien unterstützt - auf eine problemnahe Umgestaltung und Dezentralisierung des nationalen Gesundheitswesens hinwirkten¹²⁾.

Mit der Gesundheitsreform von 1978, durch die auch die all-gemeinmedizinischen und die arbeitsmedizinischen Dienste vereinheitlicht wurden, sind lokale Gesundheitszentren (Unità di Base; UdB) institutionalisiert worden, die gleichzeitig auch arbeitsmedizinische Aufgaben übernehmen. Obwohl die Gesundheitsreform ein nationales Reformkonzept darstellt, das für alle Regionen gilt, ist die Umsetzung und weitere Ausgestaltung der Reform besonders in den Regionen am weitesten fortgeschritten, die traditionell von Linksparteien verwaltet werden oder in denen starke Gewerkschaftsorganisationen vorhanden sind¹³⁾.

Gegenwärtig werden von Wissenschaftlern und Gewerkschaftern¹⁴⁾ in Zusammenarbeit mit den regionalen und lokalen Gesundheitszentren Informationsinstrumente in Form von dezentralen Belastungsregistern entwickelt. Um einen flächendeckenden, artikulierten Überblick über territorial verteilte Belastungsstrukturen zu erhalten, wurden dabei die einzelnen Regionen in Gesundheits- bzw. Belastungszonen (Unità Sanitaria Locale; USL) aufgeteilt und mit lokalen Gesundheitsdiensten (UdB) ausgestattet.

Ein Ergebnis dieser Initiative ist die Erstellung von Landkarten zu industriellen Belastungen und Gesundheitsrisiken (wie z.B. Lärm, Asbest, Krebsrisiken, Arbeitsunfälle, etc.) in ihrer Verteilung nach Regionen, der Anzahl der davon betroffenen Arbeitsplätze und nach dem jeweiligen Grad der Risikoexpositionen. Die Informationen beruhen auf Erhebungen in den einzelnen Gesundheits- und Belastungszonen der Regionen und Kommunen. Eine weitentwickelte Variante dieses Gesundheits-u. Belastungsinformationssystems bildet z.B. die Region Piemont mit ihrem Zentrum Turin. Hier werden ähnlich wie für die Regionen nach Bezirken aufgeschlüsselte Stadtpläne zu Gesundheits- und Belastungsstrukturen entwickelt. Beispielsweise werden für den Stadtteil San Donato Campidoglio in Zusammenarbeit mit den lokalen Gesundheitsdiensten (UdB) Informationen gesammelt und zu einem Belastungssoziogramm zusammengestellt, das neben den umweltbezogenen Belastungsdaten auch Angaben über die produktionsbezogenen Gesundheitsrisiken

aus den dort ansässigen Betrieben sowie differenzierte soziodemografische Daten der Bewohner enthält.¹⁵⁾

Für die Analyse des Verhältnisses von Krankheit und Umwelt bzw. von Gesundheitsinteressen und Industriearbeit stellt das Modell der Arbeitermedizin für den betrieblichen Bereich und das Informationssystem zu infrastrukturellen Belastungsdimensionen im Wohn- und Lebensbereich ein sogenanntes epidemiologisches Kriterium dar, das für die Entwicklung und Entstehung von Krankheiten nicht das Individuum, sondern die konkreten Arbeits- und Lebensbedingungen zum Bezugspunkt hat.

6. Arbeitermedizin - ein übertragbares Lernmodell?

Es stellt sich die Frage, was aus den gewerkschaftlichen Aktivitäten für eine 'alternative' Organisation und Praktizierung des produktionsbezogenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, wie es das Konzept der italienischen Arbeitermedizin darstellt, gelernt werden kann und welche Elemente sich für die deutsche gewerkschaftliche Praxis im Bereich der qualitativen Tarifpolitik und der 'Humanisierung der Arbeit' nutzen lassen.

In den vorangegangenen Ausführungen haben wir versucht, die wichtigsten konzeptionellen Aspekte des Modells vorzustellen und auf einige Entwicklungslinien hinzuweisen sowie die gesetzlichen und tarifvertraglichen Rahmenbedingungen zu skizzieren, innerhalb derer sich die Arbeitermedizin als eine Ergänzung zur Arbeitsmedizin und -wissenschaft entfaltet hat.

Berücksichtigt man die organisationsspezifischen Besonderheiten der rätengewerkschaftlichen Strukturen (homogene Gruppen, Abteilungsdelegierte, Fabrikrat, Zonenrat), in die die Arbeitermedizin eingebettet ist, dann könnte angenommen werden, daß bei anderen gewerkschaftlichen Strukturen und Politiken, wie sie z.B. in der Bundesrepublik entwickelt sind, wichtige Bedingungen zur Entfaltung und Einbeziehung alternativer Ansätze zur Arbeitsmedizin fehlen und deshalb wenig von den italienischen Erfahrungen transferierbar gemacht werden kann.

Wenn wir diesen Einwand bezweifeln, bedeutet dies jedoch nicht, daß wir glauben, das italienische Modell wäre in die deutsche betriebliche und gewerkschaftliche Realität direkt zu übertragen. Wir sind jedoch der Meinung, daß von der italienischen Arbeitermedizin Denkanstöße und Anregungen ausgehen, die auch für die betriebliche Gewerkschaftspolitik in der Bundesrepublik relevant sein können.

Erfahrungsberichte von Gewerkschaftern, Betriebsräten und Vertrauensleuten sprechen immer wieder von Mängeln und Defiziten im breiten Feld des produktionsbezogenen Gesundheits- und Arbeitsschutzes, was auf ein negatives Spannungsverhältnis zwischen einer hohen Verrechtlichung einerseits und deren begrenzter realer Wirksamkeit andererseits verweist.

Erfahrungen aus der gewerkschaftlichen Praxis verdeutlichen auch, daß es nicht ausreichend ist, die Gesundheitsinteressen der abhängig Beschäftigten nur an oftmals einseitig vom Unternehmer bestellte Sicherheitsingenieure und Betriebsärzte zu delegieren, sondern daß eine eigenständige gewerkschaftliche Information und Kontrolle innerhalb, zwischen- und überbetrieblich notwendig wird, nicht zuletzt auch deshalb, weil kein technisch-wissenschaftliches Institut in der Lage ist, "sei es quantitativ, wegen der Vielzahl von zu kontrollierenden Aspekten, sei es qualitativ, wegen der Komplexität und Unterschiedlichkeit der Arbeitssituationen, die Arbeitsbedingungen wirksam zu erforschen und zu kontrollieren, wenn nicht die Erfahrungen der Millionen von potentiellen Kontrolleuren, der Arbeiter, mit einbezogen werden".¹⁶⁾

Anmerkungen:

- 1) Zu diesem Themenbereich gibt es in Italien eine umfangreiche gewerkschaftliche Literatur. Vergl. dazu auch Weick, E. (Hrsg.), Arbeit und Lernen. Beiträge zum italienischen Modell des Bildungsurlaubs, Berlin 1976; Gewecke, H. und Weick, E., Italien: Eine Schule der Arbeiterklasse - von den Gewerkschaften erkämpft, in: Hafener, B. und Kesselgruber, K. (Hrsg.), Bildungsurlaub in der Bundesrepublik. Beitrag zur Arbeiterbildung?, Gießen 1976; Raith, W., Gegenschulen in Italien, in: päd-extra, Nr. 6/1977.
- 2) Vergl. dazu auch die Stellungnahmen von führenden Gewerkschaftern in der italienischen Presse. Diese Einschätzungen wurden uns auch in persönlichen Gesprächen mit der Bezirksleitung (A. Buzzigoli) der Metallarbeitergewerkschaft in Turin bestätigt (Dez. 1980).
- 3) Vergl. dazu auch die bisher in den WSI-Mitteilungen erschienenen Artikel: Abholz, H. et. al., Die Entwicklung der Arbeitermedizin als Beitrag zur Humanisierung der Arbeit, in: WSI-Mitteilungen 2/78; Wintersberger, H., 10 Jahre Arbeitermedizin in Italien, in: WSI-Mitteilungen 10/78; Bispinck, R., Arbeitsschutz als Teil praktischer Sozialpolitik, in: WSI-Mitteilungen 10/79.
- 4) In der betrieblichen gewerkschaftlichen Praxis gibt es dazu eine Reihe von unterschiedlichen Vorgehensweisen. Vergl. insbesondere Marri, G., I Diritti dei Lavoratori. Salute e Lavoro. Manuale pratico 4, Roma 1976
- 5) Vergl. Oddone, I., Medicina preventiva e partecipazione. Formazione sindacale 7, Roma 1975. Dieses Modell lag auch den Arbeiteruntersuchungen von Fiat-Mirafiori zugrunde. Hier haben Arbeiter, Gewerkschafter und Wissenschaftler eine Monografie zusammengestellt, die über Fiat-Mirafiori hinaus von beispielhafter Bedeutung ist. Vergl. Milanaccio, A. und Ricolfi, L., Prototipo di manuale per la ricerca ed il controllo permanenti dei rischi e dei danni da lavoro, in funzione di una diversa organizzazione del lavoro. Roma 1976; Caruso, A., Chiantaretto, A., Paisio, B., Perucca, R., Dal gruppo omogeneo alla prevenzione. Strumenti di controllo operaio sulla nocività ambientale e sulla salute, Esperienze Fonderie Fiat Mirafiori, Torino 1976.
- 6) Vergl. dazu auch die Publikationsreihe des Centro Ricerche e Documentazione rischi e danni da lavoro, "Medicina dei Lavoratori" (Arbeitermedizin).
- 7) Vergl. Rieser, V., La contrattazione articolate, in: Il Sindacato ad una svolta, 1976; Dörr, G. und Klautke, R., Das Interview: Aspekte autonomer Tarifpolitik in Italien - mit Bruno Trentin und Ferdinando Chiaromonte, in: Ge-

werkschaftliche Monatshefte, 9/79 und 12/79.

- 8) Vergl. Runggaldier, U., Säcker, F.J., Wächter, G., Das italienische Arbeitnehmerstatut, in: Zeitschrift für Arbeitsrecht, Heft 3/78; Däubler, W., Fortschritte im italienischen Arbeitsrecht, in: Arbeit und Recht. Zeitschrift für Arbeitsrechtspraxis. Bundesvorstand des DGB (Hrsg.), 1971; Freni, A., Giugni, G., Lo Statuto dei Lavoratori. Commento alla Legge 20 maggio 1970, n. 300. Roma 1971.
- Im Vergleich zum deutschen Betriebsverfassungsgesetz gesteht das italienische Arbeiterstatut den Gewerkschaften eine große Autonomie bei der Gestaltung der Arbeitsbeziehungen zu. Die geringere Verrechtlichung drückt sich auch in den Begrifflichkeiten des Arbeiterstatuts aus, deren auch bewußtseinsbildende Wirkungen nicht zu unterschätzende gewerkschaftskulturelle Differenzen deutlich werden lassen. Dies kann u.a. an der Definition des Betriebsbegriffs verdeutlicht werden. Im deutschen Kontext wird der Betrieb beispielsweise als 'organisatorische Einheit von Arbeitsmitteln, mit denen jemand allein oder in Gemeinschaft mit seinen Mitarbeitern einen bestimmten arbeitstechnischen Zweck verfolgt', oder als 'soziale Einheit', in der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammenwirken und zusammenarbeiten, definiert. Dem italienischen Betriebsbegriff liegt dagegen ein subjektbezogener Unternehmensbegriff zugrunde, in dem das Unternehmensinteresse als ein auf den Unternehmer selbst zurückzuführendes Privatinteresse betrachtet wird.
- Das Arbeiterstatut kann daher als eine Gesetzgebung angesehen werden, mit der in das bürgerliche Rechtssystem ein antagonistisches Prinzip eingeführt worden ist, das der vorherrschenden Logik (des Profits) widerspricht. Die ideologische Funktion, die das Recht über die normative Bedeutung hinaus hat, führt bei dieser Gesetzgebung eher zum Aufdecken von gesellschaftlichen Widersprüchen. Vergl. dazu Basso, L., Die Rolle der Legalität in der Phase des Übergangs zum Sozialismus, in: Gesellschaftsformation und Staatsform. Drei Aufsätze, Frankfurt/M. 1975.
- 9) Vergl. Treu, T. (Ed.), Sindacato e magistratura nei conflitti di lavoro, Bologna 1975. (2 Bd.; I: L'uso politico dello Statuto dei Lavoratori; II: Lo Statuto dei Lavoratori: prassi sindacali e motivazioni dei giudici).
- 10) Vergl. Taliani, E., Erfahrungen mit kollektiven Regelungen arbeitswissenschaftlichen Charakters, in: Pornschlegel, H. und Scholz, H. (Hrsg.), Arbeitswissenschaft in der Gesellschaftspolitik, 1978
- 11) Vergl. dazu die Regelungsgegenstände insbesondere von betrieblichen Tarifverträgen, wie z.B. von 1968 (Reduzierung des Anreizsystems von Akkordlöhnen, Reduzierung der Lohndifferenzierung zwischen den Qualifikationen)

und von 1970/71 (Reduzierung von Anreizsystemen und Verhandlungen über Arbeitsrhythmen und Personalplanung, Verbesserung der Lohneingruppierungen von gering Qualifizierten, gleiche Lohnerhöhungen für alle und gewerkschaftliche Kontrolle von individuellen Lohnerhöhungen, Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Verweigerung der Monetarisierung von Arbeitsbelastungen und Gesundheitsrisiken), sowie Tarifverträge von Fiat, Olivetti und Zanussi für den Bereich der Privatindustrie und Verträge von Italsider für den Bereich der Staatsholdings; in: FLM Notizie n. 47, Roma 1974 und FLM Notizie, documenti. Dossier n. 145, Roma 1978.

- 12) Vergl. insbesondere Berlinguer, Giovanni, Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale, Bari 1979.
- 13) Vergl. Bernabei, P., Cirinei, G., Zolo, P., L'unità sanitaria locale, Roma 1980; Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale, in: Rassegna Sindacale, Supplemento al n.4/1979, Roma.
- 14) Vergl. vor allem auch Oddone, E., Psicologia dell'ambiente. Fabbrica e territorio, Torino 1979. Oddone leitete bereits Ende der 60er Jahre eine Gruppe von Medizinern und Psychologen bei der Arbeiterkammer Turin. Er entwickelte in diesem Zusammenhang eine Analyse über die Beziehung von Expertenwissen und unmittelbarer Erfahrung auf dem Gebiet der Gesundheit/Krankheit und thematisierte die sozialen Knotenpunkte einer "Selbstbestimmung" arbeitsbedingter Belastungen, wie sie in der Psychologie bereits für mentale Erkrankungen entwickelt worden war. Seine Arbeiten bilden eine der wichtigsten wissenschaftlichen Grundlagen für die Entwicklung der Arbeitermedizin.
- 15) Vergl. Città di Torino, Assessorato alla Sanità e ai Servizi Sociali (Ed.), Prime mappe di rischio da lavoro (grezze, di sintesi) del territorio nazionale, della regione Piemonte, del comune di Torino. Torino 1980; Città di Torino (Ed.), San Donato. Le mappe. Conoscere i rischi del quartiere per costruire l'unità locale dei servizi. (Circoscrizione n.6 San Donato Campidoglio), Torino 1980.
- 16) Marri, G., I Diritti dei Lavoratori, a.a.O., S. 34. Vergl. in diesem Zusammenhang auch die 'Untersuchung über den Arbeitsalltag der Metallarbeiter in Baden-Württemberg'. Durchgeführt durch die Industriegewerkschaft Metall, Bezirksleitung Stuttgart, 28.8.1979.