

IIVG Papers

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für
Vergleichende Gesellschaftsforschung
Wissenschaftszentrum Berlin

RV/78-9

DIE ENTWICKLUNG DER ARBEITERMEDIZIN
ALS BEITRAG ZUR HUMANISIERUNG DER
ARBEIT

von

Harald Abholz, Hajo Funke, Eckart
Hildebrandt, Frieder Naschold und
Christof Watkinson

November 1978

Publication series of the International Institute for
Comparative Social Research
Wissenschaftszentrum Berlin

Die Entwicklung der Arbeitermedizin als Beitrag zur Humanisierung der Arbeit

1. Ein Beispiel: Die Besetzung von Arbeitsplätzen mit Krebsgefährdung

In den letzten Monaten hat ein Vorschlag heftige Reaktionen ausgelöst, der auf einer Tagung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung (BAU) über gefährliche Arbeitsstoffe eingebracht wurde: an Arbeitsplätzen mit hohem Gesundheitsrisiko durch krebs-erregende Stoffe sollten gezielt ältere Arbeitskräfte (über 40 Jahre) beschäftigt werden. Begründung: da die Entstehung des Krebses in der Regel mehrere Jahre dauert, bekämen die Betroffenen die Auswirkungen nicht zu spüren - es sei denn, daß sie überdurchschnittlich lange leben oder besonders krebsanfällig sind. Diese Lösung wäre entschieden humaner als der derzeitige Zustand, bei dem auch jüngere Arbeiter an solchen Arbeitsplätzen beschäftigt werden, die dann die gesundheitlichen Folgen voll zu tragen hätten und zudem erhebliche Kosten durch Arbeitsausfall, klinische Behandlung und Rehabilitation verursachen.

Diesem Vorschlag ist bereits von gewerkschaftlicher Seite entschieden und überzeugend entgegengetreten worden.¹ Wir wollen ihn zum Anlaß nehmen, um grundlegende Fehlorientierungen der Diskussion um Gesundheit am Arbeitsplatz und Humanisierung der Arbeit deutlich zu machen:

1.1 Der Vorschlag erweckt den Eindruck, als wenn das "Gesundheitsrisiko jedes Arbeitsplatzes", in diesem Fall durch krebsauslösende Stoffe, identifizierbar und kalkulierbar sei. Als wenn die Arbeitsmedizin bereits so entwickelt sei, daß sie das Gesamtspektrum

von Schadstoffen kenne und zwar ihre kombinierte als auch ihre langzeitliche Wirkung. Als wenn der Ursache-Wirkungs-Zusammenhang geklärt sei, ebenso wie die Abhängigkeit der Wirkung von der persönlichen Disposition des einzelnen Arbeiters. Nur unter diesen Bedingungen könnte der Vorschlag auf der anderen Seite dazu führen, daß solche Risiken ausgeschlossen werden können.

1.2 Selbst wenn das - immanent arbeitsmedizinisch - möglich wäre, begründet sich der Vorschlag auf dem Postulat, daß eine "Verringerung der Gesundheitsbelastung" nicht durch eine entsprechende Veränderung des Produktionsprozesses und der verwendeten Roh- und Hilfsstoffe erreicht wird, sondern "durch eine gezielte Selektion der Arbeiter", die an den gefährdenden Arbeitsplätzen beschäftigt werden. Ein solcher Vorschlag zielt darauf ab, die Arbeiter nach ihrer spezifischen "Belastungseignung" einzusetzen und damit bis an die Grenze ihrer Leistungs- und Belastungsmöglichkeit auszunutzen und zu verbrauchen. Hat z.B. ein Arbeiter längere Zeit und ohne d tliche Gesundheitsschäden an einem Hitzearbeitsplatz ausgehalten, gilt er als "hitzebeständig"; steht er am Ende seines Arbeitslebens, gilt er offensichtlich als Strahlenabschußkandidat.

Die Annahme identifizierbarer Belastungen an bestimmten Arbeitsplätzen wird also durch die Annahme persönlicher "Resistenzprofile" ergänzt. Selbst wenn solche Profile (und damit auswahlrelevante Unterschiede) aus arbeitsmedizinischer Sicht existieren sollten, verbirgt sich hinter dieser Konzeption der "gerechten Belastungsverteilung" vielmehr die ökonomische Zwangssituation des einzelnen Arbeiters. Nicht Hitzeresistenz erzeugt die Bereitschaft zur Übernahme solcher Ar-

beiten, nicht olympische Kondition zur Ableistung von Überstunden und Sonderschichten, sondern die damit verknüpfte Vergütung. Dieser Zusammenhang läßt sich an den kürzlich bekannt gewordenen Fällen bei Reinigungsarbeiten unter Strahlengefährdung in Kernreaktoren illustrieren. Dabei wurden nicht "strahlenresistente" Arbeiter beschäftigt, sondern durch Existenznot dazu gezwungene Leiharbeiter und Arbeitslose. Der Zwang, das notwendige Minimum an Einkommen zu erarbeiten und den Arbeitsplatz zu erhalten, bewirkt insb. bei den unteren Arbeiterschichten die Bereitschaft, hohe Belastungen und Gesundheitsrisiken auf sich zu nehmen - also gerade nicht irgendwelche überdurchschnittlichen gesundheitlichen Eigenschaften.

1.3 Der Vorschlag geht weiterhin davon aus, daß der Arbeiter sein gesamtes Leistungsvermögen, seine Gesamt-Lebensenergie und Gesundheitssubstanz dem Unternehmen zur Verfügung zu stellen habe. Eine selbständige Existenz neben der Arbeit und im Ruhestand wird nicht einkalkuliert und damit nicht zugestanden. Das Leben des Arbeiters wird nach scheinobjektiven Kriterien verplant und vernutzt; er verliert die Fähigkeit und das Recht, sein Leben - in und außerhalb der Lohnarbeit - selbständig und individuell zu gestalten.

1.4 Mit diesen Orientierungen liegt der Vorschlag auf einer Linie mit gerade in der Krise sich verstärkt durchsetzenden Tendenzen unternehmerischer Arbeitsorganisation und Personalpolitik - so werden bei größtenteils einseitiger und partieller Anwendung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse Arbeitsintensivierung und Selektion nach Leistungsvermögen und Belastungsbereitschaft durchgesetzt und häufig als "Humanisierung der Arbeit" etikettiert.

Daher erweist es sich zunehmend als notwendig, solchen Vorschlägen ein gewerkschaftliches Grundverständnis von Arbeitsmedizin, von Arbeits- und Lebensperspektive entgegenzusetzen. Zu dessen Entwicklung sollen die folgenden Abschnitte beitragen.

2. Was leistet die klassische Arbeitsmedizin?

Die klassische Arbeitsmedizin beschränkt sich als Wissenschaft und als praktische, betriebsärztliche Medizin auf die Untersuchung bzw. Betreuung von Berufserkrankungen, Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Schadstoffe sowie auf Arbeitsunfälle. Selbst diese relativ eng umschriebenen Aufgaben werden auf Grund unzureichender personeller Ausstattung, mangelnder betriebsärztlicher Kompetenz und vor allem auf Grund der Abhängigkeit der Betriebsärzte von der Unternehmensleitung nur höchst unzureichend wahrgenommen.² Imfolgenden soll aufgezeigt werden, welcher inhaltlichen Beschränktheit die arbeitsmedizinischen Fragestellungen unterliegen und welche strukturellen Mängel im Verständnis von Gesundheitsstörungen bestehen - mit der Folge, daß sie am Interesse der Beschäftigten nach Gesundheitssicherung vorbeigehen müssen.

Welcher Teil der zahlreichen Krankheiten einer Bevölkerung wird von der Arbeitsmedizin erfaßt? Als "Berufserkrankungen" gelten die Krankheiten, bei denen die Arbeitsbedingungen als wesentliche Ursache der Krankheitsentstehung anerkannt sind. Zur Zeit zählen hierzu 47 Erkrankungen - zu den häufigsten gehören Lärmschwerhörigkeit, Silikose und Kontaktekzeme. Schon bei der Nennung dieser Beispiele wird deutlich, daß nur ein sehr kleines Spektrum von Krankheiten, und dabei noch relativ seltene, erfaßt werden. So könnte der Eindruck entstehen, daß die volksgesundheitlich wichtigen - weil häufigen und folgenschweren - Erkrankungen nichts mit der Arbeits-

welt zu tun haben. Gerade aber die medizinische Forschung außerhalb der Arbeitsmedizin und insbesondere auch die Epidemiologie (= Verteilung von Krankheiten) weisen immer darauf hin, daß die "Volkskrankheiten" koronare Herzerkrankungen, zahlreiche Karzinome, Hochdruck und Folgeerkrankungen, Krankheiten des Halte- und Stützapparates, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankungen stark "umweltbedingt" sind.³ Die Epidemiologie weist zugleich für fast alle diese Erkrankungen eine Häufung in den unteren sozialen Schichten und den dazugehörigen Berufsgruppen nach.⁴ Nach diesen Befunden scheinen gerade der Arbeitsplatz und die über Arbeitsbedingungen vermittelten Lebensbedingungen ganz entscheidende Bedeutung zu haben. Konkrete Beispiele hierfür sind die Schadstoffbelastungen am Arbeitsplatz im Zusammenhang mit chronischen Atemwegserkrankungen oder die pathogene (= krankheitsverursachende) Bedeutung der Schichtarbeit für Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre sowie funktionelle Oberbaubeschwerden dar. Von der Arbeit als wesentlichstes Bestimmungsmoment der sozialen Schichtzugehörigkeit sind nachweislich Ernährungsgewohnheiten sowie Rauch- und Trinkverhalten bestimmt.⁵ Diese wiederum sind bei zahlreichen "Volkskrankheiten" von ganz entscheidender Bedeutung. Erweitert man schließlich den Begriff der Arbeitsbedingungen, so ist hier auch die Auswirkung industrieller Verschmutzung der Umwelt zu benennen, die bei den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen nicht verhindert werden. Bekanntestes Beispiel hierfür ist die Abhängigkeit der chronischen Bronchitis vom Grad der Luftverschmutzung.⁶

Erst bei genauer Benennung dessen, was unter "umweltbedingt" verstanden werden kann, wird die zentrale Bedeutung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsbedingungen und der sozialen Stellung der Arbeitenden deutlich.

Bei Überlegungen zur Erweiterung arbeitsmedizinischer Aufgaben bietet sich die arbeitswissenschaftliche Ursachenforschung -- einschließlich arbeitsplatzorientierter Epidemiologie -- als Verknüpfungspunkt zur allgemeinen medizinischen Forschung an. Daß bisher in dieser Richtung kaum gearbeitet wird, ist sicherlich nicht nur mit der Schwierigkeit der Fragestellung, personeller Unterbesetzung entsprechender Einrichtungen etc. zu erklären, sondern hängt von ganz handfesten Interessen der Unternehmer ab.

Bei Betrachtung des zweiten Arbeitsgebietes klassischer Arbeitsmedizin, der Schadstoff-Forschung, läßt sich ebenfalls eine Beschränktheit des Ansatzes nachweisen. Vorangestellt werden soll allein eine kurze Bemerkung zur Arbeitsweise im Begriffsrahmen der Arbeitsmedizin: Von toxischen Dosen bei Schadstoffen wird ausgegangen, wenn Konzentrationen (Liste der MAK-Werte -- MAK = Maximale Arbeitsplatz-Konzentration von Schadstoffen) überschritten werden, die objektiv nachweisbare Vergiftungserscheinungen wahrscheinlich werden lassen. Zu allermeist wurden diese Dosen aus Analogieschlüssen bei Tierexperimenten ermittelt. Häufig ist schon darauf hingewiesen worden, daß die MAK-Werte bei uns -- im Vergleich zu zahlreichen anderen Staaten, insbesondere zu Ostblockstaaten -- besonders hoch liegen, also am wenigsten an der Sicherheit des Arbeitenden orientiert sind⁷. An dieser Stelle soll jedoch vielmehr darauf eingegangen werden, daß -- wenn keine MAK-Wertüberschreitung nachweisbar ist -- von toxischen Folgen nur bei objektivierbaren Folgen (also im Untersuchungsbefund und insbesondere bei Laboruntersuchungen) gesprochen wird. Die subjektiven Beschwerden wie Übelkeit oder Kopfschmerzen werden bestenfalls als Befindlichkeitsstörungen verstanden, jedoch rechtlich nicht akzeptiert und wissenschaftlich nicht aufgearbeitet. Ein Beispiel soll dies illustrieren⁸: Arbeiter, die mit den Verbrennungsprodukten von Zink in Kontakt kommen, hatten immer wieder -- zumeist nach Arbeitsschluß -- Fieber und Schüttelfrost bei Fieberanstieg. Am nächsten Morgen waren die Beschwerden

verschwunden. Als die Arbeiter über diese Beschwerden sprachen und als gemeinsames Arbeitsrisiko begriffen, wurde der Betriebsarzt informiert. Mit dem Triumph des Wiedererkennens "beruhigte" er die Betroffenen damit, daß es sich um das seit langer Zeit bekannte Metalldampffieber handele, das keine bleibenden Schäden hinterlasse und bei dem zum Zeitpunkt der Beschwerden auch keine Schäden nachweisbar seien. Dies muß in der konkreten Situation am Arbeitsplatz als Zynismus erscheinen: Die betroffenen Arbeiter fühlen sich auf Grund der geschilderten Symptomatik elend, sie wären aber "arbeitsmedizinisch" gesund. Hier ist die Arbeitsmedizin weitaus rigider in der Negierung von Befindlichkeitsstörungen, als es die allgemeine Medizin ist: Zumindest in der ambulanten Medizin werden die unspezifischen Symptome wie Kopfschmerzen, ja auch das "Grippegefühl" als krankheitsäquivalent anerkannt, also auch, wenn in den meisten Fällen keine objektivierbaren, mit diesen Beschwerden korrelierten Befunde zu erheben sind.

Zur Erweiterung herkömmlicher arbeitsmedizinischer Forschung ist also der Begriff "Befindlichkeitsstörung" mit aufzunehmen. Dabei ist klar, daß dieser Begriff erst durch die Forschung mit enger umschriebenen Inhalten zu füllen ist und damit praktikabel wird. Ihn jedoch auf Grund derartiger Schwierigkeiten abzulehnen, bedeutet, die Realität eines Betriebes in Bezug auf das Wohlbefinden zu ignorieren. Wenn Arbeiter unter Akkorddruck, Belastungen der Schichtarbeit und unter Einfluß von Gasen, die die Magenschleimhaut reizen, arbeiten, dann kann der gleichzeitig erhobene Befund, daß fast 80 vH von ihnen Magenbeschwerden haben, kaum noch erstaunen -- sind doch alle aufgezählten Arbeitsbedingungen als in dieser Richtung pathogen zu verstehen⁹. An diesem Beispiel läßt sich nicht nur ersehen, daß die Zurkenntnisnahme von Magenbeschwerden auch ohne den Befund eines Magengeschwürs notwendig ist,

um die betriebliche Gesundheitssituation zu begreifen. Vielmehr bietet das Beispiel auch den Ausgangspunkt, Fragen nach der Bedeutung von Befindlichkeitsstörungen als Vorläufer von klassischen Krankheitsbildern -- in unserem Beispiel das Magengeschwür -- zu prüfen. Aber selbst ohne derartige Verbindungen ist die Befindlichkeitsstörung -- auch wenn sie an sich unspezifisch ist -- als Massenphänomen eines Arbeitsplatzes oder eines Arbeitsbereiches dem klassischen Krankheitsbild gleichzuordnen.

3. Erforschung und Verallgemeinerung der individuellen Beanspruchung durch die Betroffenen

Welche Bedeutung Befindlichkeitsstörungen in den Betrieben haben und wie ihre Erforschung in gewerkschaftspolitische Mobilisierung einmündet, sei an einem Beispiel, an einer Reihe von Veranstaltungen mit Vertrauensleuten, Betriebsräten und Sicherheitsbeauftragten mit Unterstützung von Ärzten des gewerkschaftlichen Vertrauens eines norddeutschen Großbetriebs erläutert¹⁰.

Aus dieser Veranstaltungsreihe geht hervor, daß arbeitsmedizinische Erkenntnisse im traditionellen Sinn zur Feststellung wichtiger Belastungsarten beitragen, soweit sie vorliegen, aber darüber hinaus

- a) der Kontrolle durch die betroffenen Beschäftigten bedürfen.
- b) nicht auf monokausal-naturwissenschaftliche Arbeitsmedizin konzepte einschränken lassen dürfen,
- c) eine aktive Beteiligung der Beschäftigten selbst zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen notwendig ist.
- d) hierzu möglichst genaue Beobachtungen der betroffenen Berufsgruppen bzw. Kolonnen erforderlich werden, die sich auf die Erstellung von Belastungsprofilen unter folgenden Kriterien richten sollten:
 - auf Schadstoff- und Umweltbelastungen,

- auf Belastungen durch die Organisation der Arbeit: den Zeitdruck, Nacht- und Schichtarbeit, Überstundenregelung, Pausenregelung, Maschinenbesetzung- und Springerregelung.

Ein gemeinsames Vorgehen der Betroffenen kann dabei ausschließen, daß die Betriebsleitung sich die Informationen zunutze macht (sei es wie häufig geschehen, über den Werksarzt^{10a}, sondern daß vielmehr die gemeinsam erörterte Erfahrung der Gesundheitsgefährdung, der Belastung und deren Beurteilung zur Grundlage einer betrieblichen Gegenwehrperspektive wird.

Am Beispiel von Diskussionsverläufen zur Abwehr von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen von Schweißern wollen wir im folgenden Ansätze zu einer solchen betrieblichen Gegenwehrperspektive skizzieren.

Die Schweißer des betreffenden Werks arbeiten mit beschichteten Eisenmaterialien, bei denen während des Arbeitsvorgangs Nitrosegase und Zinkoxyd austreten. Während ein externes arbeitsmedizinisches Gutachten die Exposition im Toleranzbereich der MAK-Werte einordnet, haben die betroffenen Arbeiter demgegenüber von nachhaltig wirksamen Befindlichkeitsstörungen berichtet: von Schwindel, bronchialen Reizungen, schweren Hustenanfällen, "so als hätte man Keuchhusten", von starker Müdigkeit auch nach Feierabend, von rauschähnlichen Zuständen und Augenschmerzen.

Erst die während des Lehrgangs offensichtlich werdende Ähnlichkeit der persönlichen Erfahrungen der Arbeiter mit diesem Material führte zu einer genauen Lokalisierung der Schadstoffexposition und ihrer Folgen. Denn zuvor war weder die mögliche Wirkung der Nitrosegase (Reizungen, Ätzungen) bekannt, noch war das Gutachten einer eingehenden Überprüfung durch die Betroffenen unterzogen worden. Die

genauere Diskussion ergab für dieses Gutachten einen hohen Grad an Unzuverlässigkeit in Methode und Anlage der Untersuchung. So wurde die Untersuchung in einer räumlichen Entfernung zur Expositionsstelle durchgeführt, die als nicht typisch für das Arbeitsverhalten kritisiert wurde.

Schon an diesem einfachen Beispiel läßt sich das Gewicht der eigenen Beobachtung erfahrener Belastungen erkennen. Deren Bedeutung darf umso weniger unterschätzt werden, als

- solche arbeitsmedizinischen Gutachten ohnehin nur für einzelne Schadstoffe erfolgen, in der Regel ohne Beteiligung und Kontrolle der Betroffenen bleiben und in nicht geringem Maße unternehmensseitig ausgerichtet sind;
- sie lediglich auf die MAK-Werte einzelner Schadstoffe bezogen werden, deren Grundlagen selbst problematisch sind und nur eindeutig objektivierbare Befunde berücksichtigen;
- sie vor allem aber die Wirkung der real auftretenden Kombinationen von Schadstoff-Expositionen (und weiterer Belastungen) nicht erfassen, daher der realen Belastungssituation im Betrieb äußerlich bleiben.

Folglich hat sich die Diskussion in einem nächsten Schritt von der Beurteilung einzelner Schadstoffwirkungen gelöst und versucht, die Dimension der Gesamtbelastung am Arbeitsplatz zu beschreiben. Denn die besondere Wirkung des einzelnen Schadstoffes entwickelt sich im Zusammenwirken verschiedenster Belastungsfaktoren, in diesem konkreten Fall erstens der unzureichenden Belüftung bzw. Absaugung, zweitens einer fehlenden, darauf bezogenen Pausenregelung und drittens einer insgesamt hohen Belastung, die vor allem in steigendem Zeitdruck durch Akkord gesehen wurde, der wiederum einschränkend auf die offiziellen Erholpausen wirkt. Darüber hinaus wurde als weitere Belastung das hohe Maß an Überstunden angegeben. Die Thematisierung aller

auf die Arbeiter einwirkenden Belastungsmomente war auch deswegen von Bedeutung, weil so nicht nur die Rauschzustände und Schwindelgefühle erfaßt werden konnten, sondern zahlreiche weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen. So wurden z.B. Magenerkrankungen von vielen Diskussionsteilnehmern erwähnt, die sich als typisches Arbeitsrisiko in diesem Betrieb herauskristallisierten.

Die Erfassung von -- zunächst einzlenen -- Befindlichkeitsstörungen führte also im Verlauf zu einer weiteren Erkenntnisstufe: zur Thematisierung arbeitsplatz-, kolonnen- bzw. berufsgruppenspezifischer Belastungskomplexe. Dabei mußten frühzeitig die unternehmerische Arbeitssicherheitspolitik und die individuellen Reaktionsmuster auf die Belastungssituation einbezogen werden.

An der gerade gegenwärtig verstärkt betriebenen Verletzung von Sicherheitsnormen ließ sich plastisch zeigen, wie notwendig eine betriebliche Gegenwehrstrategie zur Durchsetzung dieser Normen und erst recht zur Verteidigung der Gesundheit ist. Die eigentliche Bedeutung des Ansatzes der gemeinsamen Diskussion von Befindlichkeitsstörungen liegt in der Entwicklung einer gemeinsamen Gegenwehr, der Überwindung der persönlichen Anlastung und Bewältigung von Unwohlsein und Krankheit. Grundlage dafür ist, die Fähigkeit zur Beobachtung und Kritik gemeinsamer Arbeitsplatzbedingungen gemeinsam zu entwickeln und umzusetzen. Ohne eine solche Veränderungsperspektive im Betrieb bleibt die Behandlung des Zusammenhangs von Arbeit und Krankheit weitgehend sinnlos. Die Tatsache, daß die einzelnen Belegschaftsmitglieder ihre außerordentliche Müdigkeit etwa auf individuelle Disposition und Formen körperlichen Versagens zurückgeführt hatten, zeigt, daß sie ihren schlechten Gesundheitszustand als individuelles Schicksal akzeptieren, den es um den Preis der Arbeitsplatzsicherheit zu verschweigen gelte. Zumal die Selektionsstrategie der Personalabteilungen zunehmend auf die Leistungsschwachen

und gesundheitlich Benachteiligten zielt. Mindestens wird eine Versetzung oder eine Verschlechterung des betrieblichen Status befürchtet, daher die Notwendigkeit einer Veränderungsperspektive durch eine Flucht ins Individuelle verdrängt.

Demgegenüber eröffnet das Konzept gemeinsamer Beobachtung, Aufdeckung und Öffentlichmachung von Arbeitsrisiken auch gemeinsame Überlegungen zur Gegenwehr und entlastet gleichzeitig von den psychischen Auswirkungen von Inaktivität und Verdrängung der eigenen Situation.

Zur Erfassung, Diskussion und Gegenwehr von arbeitsbedingten Belastungen wurde von Betriebsräten und Vertrauensleuten ein Fragebogen erstellt, in dem folgende Komplexe angesprochen wurden:

- Gase, Dämpfe und andere Schadstoffe, Lärm, Temperaturunterschiede u. a. und deren Wirkung auf die Betroffenen;
- das kombinierte Auftreten der einzelnen Belastungselemente und dessen Auswirkung;
- Wirkungen des Akkordsystems und von Vorgesetztendruck;
- die Häufung bestimmter Beschwerden und Krankheiten in bestimmten Abteilungen bzw. bei bestimmten Berufsgruppen;
- welche Beschwerden/Krankheiten bei besonders belasteten Organen/Körperfunktionen wie Lunge, Magen, Herz, Kreislauf und Stützapparat auftreten;
- welche Punkte der Veränderung der betrieblichen Organisation der Arbeit anzustreben sind z.B. bezüglich der Akkordregelung, der Arbeitszeitorganisation, der Arbeitsplanung.

Daß die Thematisierung und gemeinsame Diskussion nicht ohne praktische Bedeutung für das betriebliche Verhalten der Arbeiter geblieben ist, zeigt folgender Konflikt: Nach einer ausführlichen Kontroverse auf einer Betriebsversammlung sah sich die Geschäftsleitung genötigt, die Sicherheitsingenieure und Abteilungsleiter ausdrücklich zur Einhaltung der Sicherheitsvorschriften aufzufordern. So sei es wegen auftretender Schadstoffbelastung verboten, bestimmte Arbeiten in engen, geschlossenen Räumen durchzuführen.

Als dieser Forderung am nächsten Tag nicht Folge geleistet wurde, weigerten sich die Arbeiter, die mit dieser Verletzung der Sicherheitsvorschriften ausgelösten Belastungen hinzunehmen. Nicht zuletzt ihr gestiegenes Gesundheitsbewußtsein auf Grund der Veranstaltungsreihe führte dazu, daß sie unter Berufung auf die Erklärung der Geschäftsleitung die Arbeit niederlegten. Diese gemeinsame, gezielte Aktion führte dann kurzfristig zum Erfolg.

Die Erfahrungen der Veranstaltungsreihe deuten zumindest an, wie durch die gemeinsame Diskussion der Beschäftigten z.B. im Zusammenhang der Berufsgruppe, die Arbeitsmedizin durch die Belastungserfahrung der Arbeiter korrigiert und erweitert werden kann -- sowohl was ihre Erkenntnisse wie auch die Formen ihrer Durchsetzung und Kontrolle angeht. Durch die Öffnung der traditionell zuständigen Instanzen und des Sachverständigenprinzips hin zu einer Beteiligung der Betroffenen kann das vielfach beobachtbare Objektverhalten der Arbeiter gegenüber ihrer eigenen Gesundheit aufgebrochen und ihre Kompetenz und Durchsetzungskraft gesteigert werden.

4. Die Entwicklung betrieblicher und gewerkschaftlicher Gesundheitskonzepte

Die Erweiterung des arbeitsmedizinischen Konzeptes von Krankheit/Belastung um den Begriff der "Befindlichkeitsstörung" führt zwangsläufig zu einem neuen Verfahren der Bestimmung krankmachender/belastender Situationen. Durch die aktive Einbeziehung der täglichen Erfahrung von Arbeitern und Angestellten bei der Bestimmung dessen, was krank macht und was belastend ist, wird zugleich ein neuer Wertmaßstab errichtet, an dem sich eine gewerkschaftliche Gesundheitspolitik orientieren kann. Dies soll im folgenden an Hand von praktischen Erfahrungen aus der italienischen und französischen Gewerkschaftsbewegung erläutert werden.

4.1. Das Beispiel der Arbeitermedizin in Italien¹¹

Die Entwicklung der Arbeitermedizin -- im Gegensatz zur Arbeitsmedizin -- seit Ende der 60er Jahre war das Resultat einer massiven Kritik von Angestellten und Arbeitern in den industriellen Regionen Norditaliens an der betrieblichen Arbeitsorganisation und ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Qualifikation. Insbesondere die Metallarbeiter kritisierten die wertneutrale "Objektivität" der Arbeitswissenschaft und der Arbeitsmedizin, welche faktisch die Unternehmerinteressen einseitig unterstützt. So wurden die Bewertungs- und Klassifikationssysteme von Tätigkeitsanforderungen, Leistungsverausgabung und Entlohnung ebenso einer Kritik unterzogen, wie das traditionelle Instrumentarium der Arbeitsmedizin. Sie wurden Gegenstand von betrieblichen Konflikten und zugleich Anstoß zur Entwicklung eines eigenen betrieblichen Gesundheitskonzeptes, der Arbeitermedizin.

Zuerst versuchten fortschrittliche Ärzte, Psychologen, Techniker und andere Wissenschaftler, ihre bisherigen

Erkenntnisse im Rahmen gewerkschaftlicher Schulungsarbeit weiterzugeben. Sie appellierten an die Arbeiter, ihre Gesundheit nicht gegen Geld zu verkaufen, sondern gegen die Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz vorzugehen. Doch blieb das Verhältnis von Wissenschaft und Arbeitern noch im alten Gleis: die Wissenschaftler hatten ihre eigene für andere kaum verständliche Sprache, und sie gingen von dem verbreiteten Vorurteil aus, daß die Belegschaften die betrieblichen Gesundheitsgefährdungen nicht erkennen können, sondern der besser informierten Intellektuellen bedürfen, um über ihre wahren Interessen aufgeklärt zu werden.

Erst in einer zweiten Phase begannen sich die typischen Merkmale der Arbeitermedizin herauszukristallisieren. Sie wurde eingeleitet durch nachahmenswerte gewerkschaftliche Fragebogenaktionen zur betrieblichen Belastungssituation¹². In diesen Fragebögen waren einerseits den Belegschaften durch die Wissenschaftler vorstrukturierte Fragen vorgegeben, andererseits dienten sie den Belegschaften dazu, selbständig und kollektiv formulierte Antworten auf die betrieblichen Belastungssituationen zu geben. Das Ergebnis war ein "Bericht über die Gesundheit im Betrieb" (1973), der selbst zur weiteren Ausgangsbasis gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik wurde.

Die wesentlichen Merkmale der Arbeitermedizin sind:

- a) Die Beobachtung der betrieblichen Arbeitssituation und ihre belastenden Folgen durch die Belegschaft selbst ist als neue Untersuchungsmethode anerkannt. Damit konnte das subjektive Element der Befindlichkeit in ein betrieblich handhabbares Konzept von Belastung und Beanspruchung umgesetzt werden.
- b) Die Feststellung belastender Arbeitssituationen unterliegt einer kollektiven Diskussion und Bewertung.

Damit wird der Beurteilungsmaßstab der Arbeitsmedizin verschoben und Belastungssituationen können früher festgestellt werden. Generell jedoch stehen die traditionelle arbeitsmedizinische Messung einer Belastungssituation und die kollektive Bewertung der Beanspruchung durch die Arbeiter gleichberechtigt nebeneinander und ergänzen sich.

- c) Die kollektive Bewertung wird von einer homogenen Arbeitergruppe vorgenommen. Sie ist die kleinste Einheit im Betrieb und durch ähnliche Arbeitsumwelt und deshalb durch vergleichbare Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz gekennzeichnet.
- d) Aus der mangelhaften betrieblichen Gesundheitsversorgung leitet die Arbeitermedizin ihren Fundamentalsatz ab: "Es gibt nur eine Gruppe in der Fabrik, die ein unmittelbares Interesse hat, die Gesundheit des Arbeiters zu schützen, nämlich die Arbeiter selbst"¹³. Daher das Prinzip der Nichtdelegierung des Gesundheitsschutzes an Instanzen, die das Interesse der Arbeiter an Gesundheit lediglich verwalten.
- e) Diese Merkmale der Arbeitermedizin erfordern eine betrieblich handhabbare Sprache, sowie ein neues Informationssystem über den Gesundheitszustand im Betrieb. Das erste wurde modellhaft versucht über die Erstellung von Handbüchern, in denen die betriebliche Arbeitssituation analysiert und mit den Erfahrungen der Arbeiter über die gesundheitlichen Auswirkungen konfrontiert wird¹⁴. Das zweite erfordert eine permanente Kontrolle der Arbeitsumwelt mittels eines Arbeitsumweltregisters (in dem die verschiedenen belastenden Faktoren aufgezählt und ihre bisherigen Folgen beschrieben sind), ein medizinisch-statistisches Register (in dem die Gesundheitsbeeinträchtigungen auf Gruppenebene festgehalten sind,) sowie ein

individuelles Gesundheits-/Gefahrenbuch.

- f) Indem die krankmachenden Momente von Arbeitsorganisation und -umwelt zum Gegenstand betriebsnaher gewerkschaftlicher Belastungsabwehrpolitik werden, richtet sich die Arbeitermedizin direkt auf die primärpräventive Beseitigung von Krankheitsursachen. Allerdings hatte dies einen Wandel in der gewerkschaftlichen Lohnpolitik zur Voraussetzung, die bisher auf die finanzielle Abgeltung der Gefahren und Belastungsmomente am Arbeitsplatz ausgerichtet war.

Inzwischen ist die Konzeption der Arbeitermedizin zur gemeinsamen Plattform aller wesentlichen Gewerkschaften Italiens geworden¹⁵. Während sie zuerst in Großbetrieben der Metall- und Chemieindustrie Norditaliens verwirklicht wurde, konnte sie später in größeren Betrieben anderer Branchen (Banken, Verkehr, auch in der Landwirtschaft) tariflich durchgesetzt werden.

Ein Beispiel, wie dieser Ansatz in das regionale Gesundheitswesen eingegliedert werden kann, bietet die Stadt Bologna¹⁶. Dort hat das Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften 1971 eine Präventivmedizin-Gruppe institutionalisiert, die auf Anforderung der Belegschaft eines Betriebes Hilfestellung bei der Analyse gesundheitsschädigender Zustände im Betrieb gibt. In diesem Fall rufen Präventivgruppe und Gewerkschaften gemeinsam zu einer Versammlung auf, bei der Belegschaft und Gesundheitsexperten die betrieblichen Krankheitssymptome und deren Ursachenkomplexe diskutieren. Anschließend formulieren sie einen Forderungskatalog zur Gesundheitssicherung an die Unternehmensleitung und beschließen die notwendigen Durchsetzungsstrategien. Diese regionale Zusammenarbeit hat zu einem wesentlich höheren Gesundheitsbewußtsein geführt und kann auf praktische Erfolge in der Primärprävention verweisen¹⁷.

4.2. Die Weiterentwicklung des Gesundheitskonzepts durch die französische Gewerkschaftsbewegung

Ohne in seiner praktischen Verwirklichung soweit gekommen zu sein wie die italienischen Kollegen, haben die beiden großen Gewerkschaftsverbände C.G.T. und insbesondere die C.F.D.T. eine Gesundheitskonzeption entwickelt, die in einigen Punkten den eben beschriebenen Ansatz erweitert.

Beiden Gewerkschaften ist gemeinsam, daß sie Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstehen¹⁸, sondern einen neuen Wertmaßstab zur Beurteilung von Gesundheit aufstellen. Nicht mehr die arbeitsmedizinische Verkürzung des Gesundheitsinteresses auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des Einzelnen im Produktionsprozeß ist Bezugsmaßstab, sondern neuer Wertmaßstab werden die historischen, personellen und kollektiven Reproduktionsbedürfnisse der Beschäftigten in ihrer Lebensperspektive.

Ausgehend von einer Kritik gewerkschaftlich organisierter Kollegen an den technologischen und arbeitsorganisatorischen Rationalisierungen in den verschiedenen Branchen¹⁹, hat die CFDT ein Gesundheitskonzept entwickelt, das durch drei Merkmale gekennzeichnet ist:

- a) Gesundheit ist nicht ein passiver Zustand des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, sondern ein aktiver, dynamischer Zustand.
- b) Er drückt sich aus in der autonomen Fähigkeit eines jeden (und nicht nur der Spezialisten),
- c) sich in seinen individuellen und sozialen Beziehungen und Aktivitäten in der Gesellschaft (und nicht nur im Betrieb) zu entwickeln.²⁰

Aus diesen scheinbar unhandlichen Elementen lassen sich jedoch relativ weitreichende Schlußfolgerungen für ein gewerkschaftliches Gesundheitsverständnis ziehen.

1. Die Bestimmung dessen, was krank und was gesund ist, darf nicht allein in den Händen professioneller medizinischer Instanzen (Ärzeschaft und Sozialversicherung) liegen, sondern muß um die vorhandenen und nicht zu unterschätzenden Gesundheitskompetenzen der abhängig Beschäftigten erweitert werden. Die Entprofessionalisierung des Gesundheitswesens ist deshalb für die CFDT eine notwendige Perspektive.

2. Wenn Gesundheit heißt, sich in seinen sozialen Beziehungen in der Gesellschaft entwickeln zu können, dann müssen gewerkschaftliche Gesundheitskonzeptionen die Lebenslage und -perspektive der abhängig Beschäftigten inner- als auch außerbetrieblich einbeziehen. Nicht die betriebliche Rentabilität, noch allein die Arbeitsfähigkeit, sondern die individuellen und kollektiven Reproduktionsbedürfnisse der Arbeiter und Angestellten und ihrer Familien werden zum ausschlaggebenden Wertmaßstab. Daher bemüht sich die CFDT in besonderem Maße darum, den Kampf um sichere Arbeitsplätze und bessere Arbeitsbedingungen stets mit dem Kampf um bessere Lebensbedingungen (z.B. besser schallisolierte Wohnungen als Teilforderung für die Schichtarbeiter) zu verbinden -- auch dort, wo sich die Ziele scheinbar widersprechen (z.B. Ökologieprobleme).

3. Wenn die Gesundheit ein aktiver Zustand ist, so verweist das auf die Notwendigkeit, nicht nur eine Schutzpolitik zu betreiben -- so wichtig sie ist --, sondern Gestaltungsvorschläge in all den Bereichen zu entwickeln, die gesundheitliche Risiken in sich tragen und die Lebensperspektive der Beschäftigten einschränken. Primärprävention bedeutet für die CFDT in erster Linie die betriebliche Organisation der Arbeit und die Arbeitsbedingungen zum Gegenstand gewerkschaftlicher Forderungen der Kontrolle und Gestaltung zu machen. Die Einschränkung unternehmerischer Macht bei der betrieblichen Organisation des Arbeitsprozesses ist Voraussetzung, um gegen den Gesundheitsverschleiß ursachenorientiert angehen zu können.

5 Schluß

Tendenzen einer vergleichbaren Gesundheitskonzeption und ihre Umsetzung lassen sich auf den verschiedenen Ebenen gewerkschaftlicher Praxis auch in der BRD aufzeigen bzw. entwickeln. Sie stützen sich auf ein wachsendes, empirisch bestätigtes Interesse der Arbeiter und Angestellten an ihrer Gesundheit.

So ist z.B. der tarifvertragliche Versuch, den technologischen Wandel mit seinen sozialen Konsequenzen in den Griff zu bekommen, als wesentlicher Beitrag zur Gesundheitssicherung -- im Sinne der CFDT-Definition -- zu verstehen. Der Lohnrahmen-Tarifvertrag II der IG Metall in Nordwürttemberg/Nordbaden (mit seinen Regelungen zur Datenermittlung, zur Arbeitsgestaltung, zur Erholungszeit und zur Alterssicherung) beeinflusst die Leistungsverausgabung und damit den Gesundheitsverschleiß in positivem Sinne, indem er "langfristig auf die Anpassung der technologischen Strukturen an die humanen und sozialen Bedürfnisse der Arbeitnehmer"²¹ abzielt. Vergleichbares gilt für den geforderten "Tarifvertrag zur Besitzstandssicherung der Eingruppierung für Arbeiter und Angestellte", der als "erster Schritt einer tarifpolitischen Wende"²² das Einkommen von den betrieblichen Anforderungsstrukturen abkoppeln will, um es langfristig stärker an persönlichkeitsbezogene Merkmale zu binden. Dann kann u.a. nicht mehr das vorkommen, was heute noch die Regel ist: daß notwendige Maßnahmen des Gesundheitsschutzes (z.B. Reduktion des Lärmpegels) zu Einkommenseinbußen führen.

Auf der betrieblichen Ebene sind Betriebsräte, Arbeitssicherheitsfachkräfte und Vertrauensleute -- wie am Beispiel des Großbetriebes ausgeführt -- gerade unter den kritischeren Bedingungen von Rationalisierungsfolgen und Arbeitslosigkeit daran interessiert, Belegschaftsmitglieder

in die Abwehr von Gesundheitsbelastungen einzubeziehen. Die in wachsendem Maße feststellbaren Verletzungen von Sicherheits- und Gesundheitsnormen machen die Einbeziehung der Belegschaftsmitglieder durch gemeinsame Identifizierung der Ursachen von Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten auch erforderlich. Mit der -- notwendigen -- Unterstützung von Experten (z.B. Ärzten) des gewerkschaftlichen Vertrauens im Bereich der Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin können Ansätze zur Selbstdiagnose und Selbsteinschätzung von Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten die Identifizierung von Arbeitsrisiken erleichtern und vor allem zeitlich beschleunigen -- etwa in Gestalt regelmäßiger gewerkschaftlicher Bildungsveranstaltungen zu Problemen der Arbeitssicherheit und Rationalisierungsfolgen.

Die sukzessive Ausweitung und Veränderung der betrieblichen Arbeitssicherheits- und Gesundheitspolitik unter Berücksichtigung der Gesamtbeanspruchung der Betroffenen und Einbeziehung der gesamten Lebensperspektive muß zu neuen Konzeptionen von Gesundheitssicherung, Produktionsgestaltung und Arbeitsverhältnissen führen. Diese können die gewerkschaftliche Programmatik zur "Humanisierung der Arbeit" entscheidend anregen und von dort aus wieder in die Betriebe zurückwirken.

Fußnoten

1. Vgl. z.B. Arbeit für ältere Arbeitnehmer, Nichtraucher oder Strafgefangene (?), in: Der Gewerkschafter, Heft 8/77; ebenso: Konstanty, R., Ältere Arbeitnehmer an Krebsarbeitsplätze (?), in: Soziale Sicherheit Nr.7/77, S. 198 f.
2. Deppe, H.U., Industriearbeit und Medizin -- Zur Soziologie medizinischer Institutionen, Fischer-Athenäum, Frankfurt/M. 1973; Kasiske, R. (Hg.), Gesundheit am Arbeitsplatz, Hamburg, 1976, insbes.Abschnitt II.
3. Vgl. Blohmke, M., v. Ferber, C., u.a., Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 2, Stuttgart 1977.
4. Vgl. Abholz, h.-H. (Hg.), Krankheit und soziale Lage -- Befunde der Sozialepidemiologie, Frankfurt, New York 1976; Riche, Karmaus, J.W., Höh, R., Frühinvalidität -- Arbeitsschicksal?, in: Argument Jahrbuch für kritische Medizin 2, Berlin-West 1977.
5. Siehe Preston, B., Statistik der Ungleichheit, in: H.-H. Abholz, a.a.O.
6. Holland, W.W., Chronische Bronchitis, in: Blohmke/Ferber u.a., a.a.O.
7. Schülung, D., Gewerkschaftliche Praxis und Arbeitsmedizin -- am Beispiel der MAK-Werte schädlicher Gase, Dämpfe und Stäube, in: Gewerkschaft und Medizin -- Bedingungen und Möglichkeiten, Berlin 1974.
8. Vgl. Braun, R.N., Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis, München, Berlin 1970.

9. In der Klassischen Arbeitsmedizin gibt es auch Bereiche, in denen offensichtlich der Druck der Realität in Form von Befindlichkeitsstörungen als Massenphänomen zur teilweisen Akzeptierung dieser Störungen als Krankheitsäquivalent geführt haben. Vgl. dazu Lüsebrinck, K., Gesundheitliche Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit, in: Argument Sonderband 12, Berlin-West 1976.
10. Als empirische Grundlage dieses Abschnitts dienten Veranstaltungsprotokolle von Adolf Brock, Edgar Einemann, Harald Abholz und Hajo Funke.
- 10a. Vgl. Janzen, K.-H., Die Rolle des Betriebsarztes im Arbeitsgeschehen -- aus der Sicht der Gewerkschaften, in: Schriftenreihe Arbeitssicherheit IG Metall 2, Frankfurt 1977.
11. Die folgenden Überlegungen beruhen auf einer unveröffentlichten Dissertation von H. Wintersberger, Wien 1977. Der Begriff "Arbeitermedizin" bezieht sich stets auf die abhängig Beschäftigten, Arbeiter und Angestellte.
12. Eine der bekanntesten Untersuchungen (1969) ist: Berlinguer, G., La salute nelle fabbrice, Rom 1973.
13. Wintersberger, H., Arbeitswissenschaften in Italien, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Nr. 26, 1976.
14. Nähere Informationen über die Handbücher sind zu beziehen über das gewerkschaftliche Institut "Centro Ricerche e Documentazione Rischi e Danni da Lavoro", Rom, v. Tolmino 1. An dem Thema arbeiten Dörr, G., Klautke, R., Wissenschaftszentrum Berlin, IIVG.

15. Vgl. Gewerkschaftskongreß 1972 in Rimini, CGIL/CISL/UIL, Fabbrica e salute, Rom 1972.
16. Vgl. Jäggi/Müller/Schmid, Das rote Bologna, Zürich, 1976, S. 233 ff.
17. ebenda
18. Vgl.: CFDT, Colloquium santé et démarche autogestionnaire, Paris, 11/12 Juni 1976, sowie Vorbereitungspapier der CGT zum nationalen Gesundheitscolloquium vom 9/10.2. 1978 in Paris.
19. CFDT, Les dégats du progrès. Les travailleurs face au changement technique, Paris 1977.
20. Vgl. 37. Gewerkschaftskongreß CFDT, Rapport général, S. 38, Annecy, Mai 1976, sowie das Dokument "Les conditions de travail".
21. Steinkühler, F., Referat zur afa-Jahrestagung des DGB, 14/15. Okt. 1975 in Sindelfingen.
22. Metall Nachrichten Bezirksleitung Stuttgart, Nr. 1, 14. Dezember 1977.