

Rosenbrock, Rolf

**Book Part — Digitized Version**

## Primärprävention im Betrieb: Voraussetzungen, Hindernisse, Möglichkeiten. Thesen für die Arbeitsgruppe 3

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1983) : Primärprävention im Betrieb: Voraussetzungen, Hindernisse, Möglichkeiten. Thesen für die Arbeitsgruppe 3, In: Horst Westmüller (Ed.): Gesundheitsrisiko Arbeitswelt: Aufgaben und Chancen einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsvorsorge. Tagung vom 15. bis 17. April 1983, Evangelische Akademie Loccum, Rehburg-Loccum, pp. 185-191

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112134>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

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

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

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

**Terms of use:**

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

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

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



## WZB-Open Access Digitalisate

## WZB-Open Access digital copies

---

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

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH  
Bibliothek und wissenschaftliche Information  
Reichpietschufer 50  
D-10785 Berlin  
E-Mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)  
Library and Scientific Information  
Reichpietschufer 50  
D-10785 Berlin  
e-mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

---

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

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

Thesen für die Arbeitsgruppe 3

PRIMÄRPRÄVENTION IM BETRIEB - VORAUSSETZUNGEN, HINDERNISSE,  
MÖGLICHKEITEN

---

1. Die Möglichkeiten einer auf die modernen Volkskrankheiten wirkenden Primärprävention im Betrieb können erst dann systematisch entfaltet und erst dann genutzt werden, wenn die Kompetenz der Beschäftigten als wichtigste steuernde Größe des betrieblichen Arbeitsschutzes gefördert und genutzt wird. Die Kompetenz der Beschäftigten resultiert zunächst aus ihrer Kontextnähe und Kontinuität zum Arbeitsprozeß. Diese bilden die Voraussetzung für die gesundheitsbezogene Wahrnehmung der Bedingungen und der Durchführung der Arbeitsprozesse. Die Kompetenz der Beschäftigten bezieht sich außerdem auf ihre Rolle als betriebliche Konfliktpartei sowie auf die Kontrolle der Einhaltung von präventiv wirksamen Regelungen. Die vorliegenden Thesen beschränken sich auf die zumindest derzeit nicht durch Experten ersetzbare Kompetenz bei der Wahrnehmung und Artikulation von gesundheitsrelevanten Arbeitsbelastungen und Beanspruchungen.
  
2. Die Überlegenheit der Kompetenz der Beschäftigten für die gesundheitsbezogene Wahrnehmung und Artikulation von Belastungen und Beanspruchungen vor anderen Diagnose- und Erhebungsmethoden liegt auf vier Ebenen:
  - a) Ebene der Erkenntnisproduktion über Erkrankungsursachen:

Keine der beteiligten Disziplinen (Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Industriesoziologie, Ergonomie etc.) ist derzeit in der Lage, die Belastungen aus industrieller Lohnarbeit modellhaft hinreichend gehaltvoll abzubilden. Von handhabbaren "integrierten Belastungskonzepten" sind alle Disziplinen noch sternenweit entfernt. Der heuristische Wert der artikulierten Selbstwahrnehmung ist deshalb nicht ersetzbar. Das gilt für zahlreiche Einzelbelastungen, fast alle Mehrfachbelastungen, Synergismen, Interdependenzen, Aufschaukelungsprozesse etc. Das gilt erst recht dann, wenn über unmittelbar gesundheitliche Ziele hinaus auf eine umfassendere soziologische Theorie von Belastung und Beanspruchung abgezielt wird.

b) Ebene der Erkenntnisproduktion über Erkrankungswahrscheinlichkeiten:

Das unter a) Gesagte gilt auch dann, wenn man realistisch-erweise als Etappenziel die Produktion von verlässlichen Kenntnissen über den statistischen Zusammenhang zwischen bestimmten Belastungskonstellationen und Erkrankungsarten und -häufigkeiten anstrebt. Vorsichtige Zieldefinitionen sind auch deshalb angebracht, weil der Kausalzusammenhang zwischen arbeitsbedingten Ursachen und gesundheitlichen Wirkungen häufig nach beiden Seiten hin offen bzw. zumindest mehrdeutig ist. Besonders gilt dies für "unsichtbare" Belastungen (Arbeitshandeln "im Kopf", psychomentele Belastungen, emotionale und soziale Belastungen, scheinbar harmlose, nur langfristig wirksame Belastungen etc.) und im Hinblick auf Belastungssynergismen.

c) Ebene der individuellen Intervention:

Sowohl medizinisch als auch sozial ist der Wert von Früherkennung beschränkt: Für erkannte Erkrankungen stehen weder immer medizinische Therapien bereit noch können stets die notwendigen Veränderungen in der Arbeits- und Lebenswelt herbeigeführt werden. Dennoch liegen in der Zurückverlagerung des Früherkennungszeitpunktes durch subjektive Artikulation von Gesundheitsbeeinträchtigungen einschließlich der Befindlichkeitsstörungen zumindest Chancen der Intervention, die ohne die Artikulation der subjektiven Wahrnehmung nicht genutzt werden könnten. Zudem gilt hinsichtlich der Entwicklung der Methodik von Früherdiagnostik das unter a) und b) Gesagte.

d) Ebene der kollektiven Intervention:

Die genauen Kenntnisse der Beschäftigten über die Feinstruktur ihrer Arbeitsbelastungen stellt nicht nur ein diagnostisches Potential, sondern verleiht ihnen auch eine hohe Kompetenz für den Entwurf und die Durchführung gezielter präventiver Maßnahmen des Belastungsabbaus. Da das Aufeinandertreffen und die nicht nur additive Kumulation zahlreicher Belastungsdimensionen in der Arbeitswelt die Regel darstellen, sind Vorschläge von den Be-

schäftigten oftmals präziser und realitätsbezogener als solche von Experten.

(Auf die Rolle der Aktivierung und Mobilisierung der Beschäftigten als eigenständigen Beitrag zur Bewältigung vor allem auf dem Gebiet der Streßprävention wird hier nur hingewiesen, da dies systematisch eher zur Durchsetzung primärpräventiver Maßnahmen und Regelungen im Betrieb zu zählen ist.)

3. Gegen die Verwendung der subjektiven Wahrnehmung als zentraler Steuergröße für Primärprävention im Betrieb gibt es zutreffende und unzutreffende Einwände, die in der Diskussion sauberer voneinander geschieden werden müssen, als dies gemeinhin der Fall ist:
  - a) Es trifft zu, daß es - vor allem im Bereich chemischer Schadstoffe - Belastungen gibt, die die Beschäftigten nicht oder nur zu spät wahrnehmen. In diesen wohl definierbaren Fällen muß in der Tat die Wahrnehmung der naturwissenschaftlich ausgebildeten Experten die Wahrnehmung der Betroffenen ersetzen bzw. - soweit möglich - durch Sensibilisierung unterstützen.
  - b) Unzutreffend ist der Einwand, die Beschäftigten würden ihre Arbeitsbelastungen überschätzen und durch Sensibilisierung oder Aktivierung zur "Wehleidigkeit" und/oder zum "Anspruchdenken" verführt. Erfahrungen aus Kanada, Skandinavien, Großbritannien, Italien und der Bundesrepublik zeigen, daß die Artikulation der Beschäftigten, kaum jemals "zu hoch" liegt, vielmehr ergibt sich bei weit überlegener Erfassung der Komplexität hinsichtlich des Niveaus ein hohes Maß an Übereinstimmung mit anderen "objektiven" Erhebungs- und Diagnosemethoden.
  - c) Unzutreffend ist der Einwand, mit Methoden der Aktivierung subjektiver Artikulation gesundheitsrelevante Arbeitsbelastungen sollten die professionellen Experten (vor allem Arbeitsmediziner, Arbeitspsychologen etc.) aus dem Betrieb gedrängt werden, um einem Billig- und Barfuß-Arbeitschutz Platz zu machen: Keines der weltweit existierenden Modelle will ohne diese Experten auskommen. Freilich werden erhöhte Anforderungen an Qualifikation, Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft sowie Sensibilität der Professionals gestellt.

d) Unzutreffend ist schließlich der Einwand der mangelnden Vergleichbarkeit der Ergebnisse subjektiver Artikulation. Dagegen spricht zunächst die hohe Übereinstimmung der artikulierten Belastungen und Beanspruchungen auch bei Einzelerhebungen. Zudem spielt in betrieblichen Modellen subjektive Artikulation stets die kollektive Thematisierung eine zentrale Rolle: Auch dadurch sowie durch objektiv erhebbare Variable ist in der Praxis ein Problemrahmen für die Subjektivität definiert, der angesichts des Erkenntnisstandes (vgl. oben 2 a und 2 b) eher zu eng als zu weit ist.

4. Vergleicht man die Notwendigkeit kollektiv-subjektiver Artikulation von Belastungen und Beanspruchungen mit den Möglichkeiten innerhalb des real existierenden Arbeitsschutzsystems, so erkennt man zunächst, daß das Konstruktionsprinzip des Arbeitsschutzes dem diametral entgegensteht: Arbeitsschutz ist Angelegenheit des Arbeitgebers, der zu dessen Durchführung Experten beruft und beauftragt. Die Beschäftigten sind in dieser Logik keine Subjekte des Arbeitsschutzes, sondern Objekte.

5. Fragt man trotzdem nach den Chancen individueller und/oder kollektiver Artikulation von Belastungen und Beanspruchungen, im Rahmen dieses Arbeitsschutz-System adäquate Maßnahmen auszulösen, so stößt man auf eine Reihe von Flaschenhälsen, Filtern und Ventilen, die dem systematisch entgegenwirken:

a) Wahrnehmung und Artikulation tendieren ohne besondere Förderung und Sensibilisierung zur Untertreibung, da Gesundheitsverschleiß durch Lohnarbeit immer noch weithin als normal erlebt wird. Zudem variieren Symptomtoleranz und Artikulationsfähigkeit schichtenspezifisch, so daß besonders hoch belastete Beschäftigte besonders wenig artikulieren (z. B. angelernte Frauen, Ausländer etc.). Diese Faktoren sind sorgfältig zu unterscheiden von einem angeblich existierenden Defizit an "Gesundheitsbewußtsein", welches nicht als wichtiger Engpaß der Artikulation angesehen werden kann.

- b) Betrieblich verläuft die Artikulation ebenfalls gruppen-spezifisch unterschiedlich. Abhängig ist die Artikulation in starkem Umfang von der erlebten Möglichkeit, erkannte und artikulierte Mißstände auch tatsächlich zu beseitigen. Auch dieser Faktor wirkt zu Lasten hoch belasteter Beschäftigtengruppen, meist aus der Randbelegschaft.
- c) Von der individuellen Wahrnehmung über die kollektive, aber unverbindliche Artikulation im Kollegenkreis bis hin zur betriebsöffentlichen Thematisierung mit dem Ziel der Veränderung krankmachender Bedingungen verläuft ein Prozeß, der im gegenwärtigen Arbeitsschutz-System mit seiner Tendenz der Individualisierung, Entsolidarisierung und Entpolitisierung von arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen nicht nur nicht gefördert, sondern eher unterdrückt oder abgebrochen wird.
- d) Kollektive Thematisierungen mit dem Ziel der Veränderung krankmachender Bedingungen, die die bisher genannten Engpässe und Filter überwunden haben, treffen in ca. 50 % der Fälle auf den Betriebsrat. Dieser muß durchweg als strukturell ohnehin überlastet angesehen werden und hat auch oft andere Problemprioritäten (z. B. Arbeitsplatzsicherung). Die Zuständigkeit von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften für Arbeitsschutz-Problem hat zudem in vielen Fällen dazu geführt, daß Betriebsräte Arbeitsschutz-Probleme, die von Beschäftigten artikuliert werden, in die Sprache und Kategorien der Professionals "übersetzen" und damit deren Problem-Reduktionismus aufsitzen: Als betriebliches Gesundheitsproblem wird oft nur noch anerkannt, was eindeutig zugeordnet, gemessen, gezählt und im gegebenen Rahmen staatlicher Normen verhandelt werden kann.
- e) Weitere ca. 40 % der bereits gefilterten Thematisierungen von Gesundheitsproblem gelangen zu den betrieblichen Vorgesetzten, wo sie in Konkurrenz zu Produktivitäts- und Kostenminimierungszielen treten und dort meist unterliegen.

- f) Obwohl die Beschäftigten die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte nur in ca. 1 % der Fälle als Ansprechpartner wählen, gelangt die Mehrzahl der artikulierten Arbeitsschutz-Probleme über den Umweg Betriebsrat oder betrieblicher Vorgesetzter zu den Experten. Diese sind ökonomisch, juristisch und sozial vom Arbeitgeber abhängig, sie verfügen in der Regel lediglich über das nur eingeschränkt taugliche naturwissenschaftliche Paradigma. Zudem ist ihre inhaltliche Kompetenz durch überwiegende Nebenamtlichkeit (Betriebsärzte) bzw. Splitting (Sicherheitsfachkräfte) eingeschränkt. Oft sind Betriebsärzte auch noch durch gesundheitspolitisch kontraproduktive Maßnahmen wie Personalselektion diskreditiert. Betriebsärztliche Versorgung existiert ohnehin nur für ca. 50 % der Beschäftigten.
- g) Die teilweise gesetzlich vorgesehenen Ebenen und Gelegenheiten der Kommunikation und Abklärung von Interesse und Maßnahmen des Arbeitsschutzes existieren nur in einer Minderheit der Betriebe. Dies gilt für den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutz-Ausschuß ebenso wie für gemeinsame Betriebsbegehungen von Sicherheitsfachkräften, Betriebsärzten, Management und Betriebsrat sowie für die Existenz von Arbeitsschutzprogrammen etc.
- h) Der Arbeitsschutzausschuß funktioniert überwiegend als zusätzlicher Filter: Der Betriebsrat bringt arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Beschäftigten meist bereits reduziert auf die im Rahmen der Vorschriften verhandelbare Form dort ein. Die Verhandlungen selbst stellen sich dann oft genug als weiterer Abhandlungs- und Kompromißprozeß dar. Der Interessenvertretung der Beschäftigten wird durch diese Struktur ein zweistufiges Kompromißverhalten abgenötigt.
- i) Die letzte Entscheidung über Arbeitsschutz-Maßnahmen liegt beim Arbeitgeber bzw. beim Management. Hier ist daran zu erinnern, daß die menschliche Arbeitskraft vom Unternehmen nicht gekauft wird, um ihre Gesundheit zu schützen, sondern um sie zu verwerten.



- j) Ein staatliches Gegengewicht gegen die hier skizzierte betriebliche Dynamik existiert weder auf der Ebene der konkreten Normen noch in bezug auf die Intentionen und Möglichkeiten der damit befaßten Institutionen.
6. Sollen die in These 5 skizzierten Engpässe schrittweise behoben, die Thematisierungshindernisse überwunden werden, so ist dies - das zeigen gerade die Erfahrungen der italienischen Arbeitermedizin unter den Bedingungen der Wirtschaftskrise - nur erfolgversprechend, wenn neben der Aktivierung und Mobilisierung der Beschäftigten immer auch die gesetzliche oder sonst wie normative Absicherung erzielter Erfolge durchgesetzt wird. Ganz sicher aber ist die Erzielung nachhaltiger Erfolge von der Aktivierung und Mobilisierung der Beschäftigten auf betrieblicher Ebene abhängig. Zudem darf die strukturelle Einheit der Interessenvertretung der Beschäftigten (Vertrauensleutekörper und Betriebsrat) nicht gefährdet werden.
7. Unter den Bedingungen anhaltender Massenarbeitslosigkeit hat betriebliche Gesundheitspolitik keine guten Chancen für hohe Prioritäten. Dennoch sprechen Beobachtungen gerade der letzten Monate dafür, daß die alles erschlagende Priorität der Arbeitsplatzsicherung nicht gegen offensive Strategien betrieblicher Primärprävention wirken muß. Vielmehr deutet vieles auf eine gewisse Krisenresistenz und damit auf eine relative Autonomisierung des Gesundheitsthemas im Betrieb hin. Zudem bestehen objektive Verknüpfungen zwischen Forderungen zu Arbeitsbedingungen/Gesundheitsschutz und solchen nach Arbeitsplatzsicherung und Verminderung der Arbeitslosigkeit. Die Erfahrungen bei den Auseinandersetzungen um den im Sommer 1982 von der IG Metall vorgelegten Entwurf eines neuen Lohnrahmentarifvertrages für Südwürttemberg/Hohenzollern und Südbaden können hierüber Aufschluß geben.