

Rosenbrock, Rolf

**Working Paper — Digitized Version**

## Betriebliche Gesundheitspolitik in der Krise: Regressive Tendenzen und neue Aufgaben für die Experten

WZB Discussion Paper, No. IIVG dp 84-221

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1984) : Betriebliche Gesundheitspolitik in der Krise: Regressive Tendenzen und neue Aufgaben für die Experten, WZB Discussion Paper, No. IIVG dp 84-221, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/82992>

**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

WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN

IIVG/dp84-221

Betriebliche Gesundheitspolitik in der Krise  
- regressive Tendenzen und neue Aufgaben für  
die Experten -

Rolf Rosenbrock  
L

Internationales  
Institut  
für  
Vergleichende  
Gesellschafts-  
forschung  
Arbeitspolitik

International  
Institute  
for  
Comparative  
Social  
Research  
Labor Policy

IIVG discussion papers

## abstract

Vorwiegend in den 60er und 70er Jahren sind in verschiedenen westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern neue Ansätze für die betriebspolitische Bearbeitung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme entstanden. Diese Ansätze, z.B. die Arbeitermedizin in Italien, legen besonderes Gewicht auf die Aktivierung und Mobilisierung der Beschäftigten und beinhalten Formen der direkten Partizipation der Arbeitnehmer bei der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen.

Unter dem Druck der international zu beobachtenden Tendenzwende in der Sozial- und Gesundheitspolitik werden arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme zunehmend weniger öffentlich thematisiert und gesundheitspolitisch bearbeitet. Unter Druck geraten dadurch nicht nur Modelle der direkten Beteiligung, sondern die betriebliche Gesundheitspolitik insgesamt. Gleichwohl deuten sowohl Diskussionsansätze aus dem Bereich der etablierten Arbeitsmedizin als auch eine zumindest partielle Krisenresistenz von betrieblichen Modellen auf Entwicklungschancen präventiver Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt hin. Bei der Entwicklung solcher Modelle häufig auftretende Engpässe, Fehlsteuerungen und Blockierungen auf betrieblicher Ebene werden abschließend benannt.

Das Papier ist die überarbeitete Fassung eines Referates, das der Verfasser auf dem vom Institut für Psychologie des CNR veranstalteten Konferenz "Direct Workers Participation in Matters of Workers Safety and Health" im November 1982 in Castel Gandolfo (Italien) vorgetragen hat.

BETRIEBLICHE GESUNDHEITSPOLITIK IN DER KRISE  
- REGRESSIVE TENDENZEN UND NEUE AUFGABEN FÜR DIE EXPERTEN -

0.

Wie unterschiedlich und gegensätzlich die langanhaltende Stagnationsperiode der Weltwirtschaft und in den einzelnen Ländern wissenschaftlich erklärt und politisch bearbeitet wird (vgl. NASCHOLD 1984), über zwei Aspekte dürfte es keine größeren Meinungsunterschiede geben:

1. Die gegenwärtige Krise geht in Dauer und Tiefe weit über "normale" Konjunkturzyklen hinaus. Mit gewissen nationalen Modifikationen weisen insbesondere Indikatoren der Beschäftigung und des Arbeitsmarktes etwa seit Mitte der 70er Jahre einen Zustand der Depression aus. Selbst in - konjunkturell gesehen - Aufschwungjahren nationaler Ökonomien steigt die Arbeitslosigkeit und sinkt die Massenkaufkraft. Außer berufsmäßigen Optimisten prognostiziert niemand für die nächsten Jahre eine grundlegende Verbesserung dieser Situation. Akteure in Politikbereichen, deren Handlungsbedingungen mehr oder weniger direkt von der Wirtschaftslage abhängen, müssen sich demnach strategisch auf diese Veränderungen einstellen.
2. In fast allen betroffenen Ländern läßt sich beobachten, daß unter Berufung auf die Wirtschaftskrise die sozial- und gesundheitspolitischen Leistungen reduziert werden. Gleichzeitig erfolgt eine Tendenzwende in den Begründungen für Ansprüche und Gewährung solcher Leistungen. Die realen oder behaupteten "Grenzen des Sozialstaates" wirken sich damit sowohl in monetärer als auch in ideologischer Hinsicht aus.

Davon bleiben die Ansätze von betrieblicher Gesundheitspolitik nicht verschont, obwohl sie nicht zum klassischen Feld staatlich organisierter und kompensatorischer Sozialpolitik gehören. Als Geschehen im Betrieb geraten sie aber stets dann unter direkten Druck, wenn Forderungen nach höheren Aufwendungen für den Gesundheitsschutz die (tatsächlich und behauptet) schlechte ökonomische Lage des Unternehmens entgegengehalten wird. Indirekter Druck resultiert aus der ideologischen Tendenzwende, nach der betriebliche und kollektive Gefährdungen der Gesundheit gegenüber einer individualisierenden Sichtweise von Gesundheitsproblemen in den Hintergrund gedrängt werden. Betriebliche Gesundheitspolitik als wichtiger Ansatz der Prävention moderner Volkskrankheiten befindet sich demnach in einer überwiegend defensiven Lage.

Da die gesundheitsrelevanten Belastungen in der Arbeitswelt unter den Bedingungen der ökonomischen Krise und anhaltender Massenarbeitslosigkeit gleichzeitig insgesamt eher zunehmen, besteht die Gefahr einer Scherentwicklung zwischen realer Problementwicklung und gesundheitspolitischer Problembearbeitung. Die Chancen der gesellschaftlichen Thematisierung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme vermindern sich dabei aus den gleichen Gründen, die ihre Zunahme und Verschärfung bewirken.

In dieser Situation kann beobachtet werden, daß das Gewicht von Befunden und Argumenten nicht nur von ihrer empirischen Evidenz und theoretischen Konsistenz abhängt, sondern auch vom Ausmaß der politisch und ökonomisch zu erklärenden Aufmerksamkeit, die die gesellschaftlichen Gruppen diesen Problemen entgegenbringen.

Die Folgen einer gegenüber den 70er Jahren deutlich verminderten Thematisierung von Gesundheitsproblemen aus der Arbeitswelt kann exemplarisch am Schicksal sowohl der

Diskussionen als auch der praktisch-politischen Behandlung von Ansätzen der direkten Mitwirkung von Beschäftigten an der gesundheits- und sicherheitsgerechten Gestaltung ihrer Arbeitsplätze und -bedingungen beobachtet werden. Diese Ansätze waren während der 60er und 70er Jahre in verschiedenen westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern als Strategien zur Verminderung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme entstanden. Ihre besondere Sensibilität gegenüber Veränderungen des politischen Klimas ergibt sich daraus, daß sie meist in Opposition sowohl zu einer eng verstandenen Autonomie des Unternehmens hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitsbedingungen als auch zum vorherrschenden medizinpolitischen Paradigma stehen. Besonderes gesundheitspolitisches Interesse verdienen diese Ansätze deshalb, weil sie mit der Betonung der Aktivierung der Betroffenen den Kern eines neues gesundheitspolitischen Paradigmas enthalten, das mittlerweile auch Eingang in die gesundheitspolitischen Vorstellungen der WHO (WHO EUROPA 1984) gefunden hat. Sie gehen damit weit über die vorherrschende Reduzierung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme hinaus, wie sie durch den betrieblichen Arbeitsschutz und die staatliche Sozialpolitik bestimmt ist.

Um die über die Tagespolitik hinausreichende Bedeutung der nunmehr zu beobachtenden Zurückdrängung und Dethematisierung dieser Ansätze zu kennzeichnen, sollen im folgenden zunächst thesenartig die systematischen Defizite und Fehlsteuerungen des betrieblichen Gesundheitsschutzes zusammengefaßt werden, wie sie mehr oder weniger ausgeprägt in allen westeuropäischen Ländern vorzufinden waren und sind. Das Bild, das sich daraus ergibt, stellt die Ausgangslage vor der Tendenzwende gegen Ende der 70er Jahre dar. Es macht zudem deutlich, wie wenig wirksam und gefestigt die staatlich normierten Ansätze betrieblicher Gesundheitssicherung sind, auf die die gegenwärtige Entwicklung trifft (Abschnitt I.)

Sodann werden einige Entwicklungslinien der derzeit vorherrschenden regressiven Sozial- und Gesundheitspolitik skizziert, die sowohl den bestehenden Arbeitsschutz zumindest partiell unterminieren als auch das für direkte Partizipationsformen notwendige Verständnis von Gesundheit in Frage stellen (Abschnitt II).

Anschließend wird kurz auf jene Auswirkungen der ökonomischen und sozialpolitischen Krise eingegangen, die einer autonomen Artikulation von Gesundheitsproblemen und ihren Lösungsmöglichkeiten durch die Beschäftigten in den Betrieben selbst entgegenstehen (Abschnitt III).

Damit ist ein insgesamt eher dunkles Panorama für die Möglichkeiten der Aktivierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsprobleme auf der Ebene des einzelnen Betriebes gezeichnet. Interessanterweise korrespondiert diese Situation zeitlich mit einer Zunahme der Kritik vor allem aus dem Bereich der etablierten Arbeitsmedizin an den gesundheitspolitischen Möglichkeiten direkter Partizipation und ihrer betriebsepidemiologischen Fundierung. Es wäre jedoch verfehlt, diese Kritik nur als Ausdruck der krisenbedingten Regression arbeitsbezogener Gesundheitspolitik zu sehen. Da es sich vielmehr um den Beginn einer von Seiten der Sozialwissenschaften seit langem geforderten interdisziplinären Diskussion handeln kann, werden einige für den Fortgang der Debatte wichtig erscheinende Gesichtspunkte benannt (Abschnitt IV).

Daß es trotz der überwiegend regressiven Tendenzen in der Sozial- und Gesundheitspolitik nicht gänzlich zum Erliegen von Strategien der Aktivierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsprobleme kommen muß, zeigen Beispiele aus zahlreichen Ländern. In einem letzten Abschnitt werden deshalb die Engpässe, Fehlsteuerungen und Blockierungen einer beschäftigten-orientierten Gesundheitspolitik zusammengefaßt, wie sie sich als Resumée aus den internationalen Erfahrungen der letzten Jahre darstellen (Abschnitt V).

## I.

Die Defizite der Arbeitsschutz-Systeme in den westeuropäischen Industrieländern lassen sich nicht mehr als Anlaufschwierigkeiten der überwiegend in der Mitte der 70er Jahre verabschiedeten gesetzlichen und/oder tarifvertraglichen Regelungen (vgl. als Überblick GEVERS 1983) interpretieren. Vielmehr verweisen sie auf tieferliegende Fehlsteuerungen, denen keine ausreichenden Tendenzen der "Selbstheilung" gegenüberstehen. Diese Defizite lassen sich - stichpunktartig - zu acht Komplexen zusammenfassen:

- Zu geringe Reichweite der Vorschriften: Sie sind weder hinreichend flächendeckend für alle Beschäftigtengruppen, Betriebe bzw. Branchen noch decken sie die konkreten gesundheitlichen Schutzbedürfnisse der Beschäftigten ausreichend ab (Defizite in Breite und Tiefe der Regelwerke).
- Mangelnde Bindungswirkung staatlicher und kollektivrechtlicher Normen: Dies führt zu oft weitgehender Nicht-Erfüllung auch gesetzlicher Vorschriften.
- Mangelnde betriebliche Aktivitäten der staatlichen Aufsichtsbehörden, vor allem aufgrund mangelhafter Ausstattung. Zudem verstehen sich diese selber häufig eher als beratende Partner der Unternehmen und weniger als staatliche Kontrollorgane mit Sanktionsgewalt.
- Betriebliche Funktionalisierung des Arbeitsschutz-Systems für andere als gesundheitliche, z.B. personalpolitische Ziele (Personalselektion). Dies führt teilweise zu einer Wirkungsumkehrung des Arbeitsschutz-Systems, die die gesundheitliche Belastung der Beschäftigten direkt und indirekt verschärft sowie der Etablierung betrieblicher Kooperation in Fragen des Gesundheitsschutzes entgegensteht.

- Rechtlich und betriebspolitisch zu schwaches Gegengewicht der strukturell meist ohnehin überlasteten Beschäftigtenvertretungen (Betriebsräte, Arbeitsschutz-Delegierte, OHS-Committees, Shop Stewards etc.) in den Fragen von Arbeit und Gesundheit. Die Konsequenzen bestehen in weitreichenden Funktionsdefiziten bis hin zur Nicht-Wahrnehmung auch wichtiger Rechte.
- Dominanz einer naturwissenschaftlich-reduktionistischen Sichtweise der Experten (Ärzte, Psychologen, Ingenieure, Designer etc.) über die autonome Wahrnehmung von Belastungen und Gefahren durch die Beschäftigten selbst. Dadurch bleiben wichtige Bereiche und Aspekte der betrieblichen Gesundheitsgefährdung ausgeblendet.
- Immer noch weitgehend stummes Akzeptieren des mit Lohnarbeit verbundenen Gesundheitsverschleisses, besonders durch unterprivilegierte Beschäftigtengruppen. Trotz der Fortschritte des letzten Jahrzehnts herrscht auch bei den Betroffenen ein individualisierendes Krankheitsverständnis vor, das den Ideologien der Schuldzuweisung (blaming the victim) keinen ausreichenden Widerstand entgegensetzt.
- Keine Integration des professionellen Fachwissens im Arbeitsschutz mit dem informellen Arbeitsschutz-Potential der Beschäftigten. Dies führt auf beiden Seiten zu stabilen Defiziten großen Ausmaßes, die sich beim Auftreten von Belastungskonstellationen neuer Qualität infolge neuer Technologien und veränderter Arbeitsorganisation noch weiter vergrößern werden.

Weder von Staats- noch von Unternehmerseite zeichnen sich derzeit nennenswerte positive Anstöße zum Abbau dieser Defizite ab. Bekanntgewordene Ausnahmen stammen überwiegend aus wenigen Unternehmen mit meist sehr fortgeschrittener

Technologie, in denen sich eine neue Wertschätzung der Arbeitskraft andeuten könnte (neue Produktionsmodelle, "neosmithianische Wende", NASCHOLD 1984).

Die Schaffung menschengerechter Bedingungen für die Nutzung der gesellschaftlichen Arbeitskraft fällt damit als Aufgabe überwiegend der Gewerkschaftsbewegung zu, die dabei gesundheitspolitische Notwendigkeiten des Gesamtsystems gegenbornierte Einzelinteressen durchzusetzen hat.

## II.

Gesundheitspolitik als Teil der Sozialpolitik hat es seit Ende der 70er Jahre mit einer sehr tiefgreifenden Tendenzwende zu tun. Seit den Zeiten der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung vor ca. 100 Jahren war es der säkulare Trend der Sozialpolitik, die materiellen Voraussetzungen und Folgen von Lohnarbeit abzusichern. Im Kern geht es um die materielle Reproduktion während der unfreiwilligen Nicht-Lohnarbeits-Phasen im Lebens- und Generationsablauf der nicht-vermögenden, d.h. auf Lohnarbeit angewiesenen Schichten der Bevölkerung durch gesellschaftliche (d.h. in der Regel staatliche und parastaatliche) Institutionen und Systeme. Durch öffentliche Kontrolle und Organisation der Dienstleistungen soll dabei der Ausnutzung von Notlagen vorgebeugt werden. Diese Tendenz ist nunmehr in zahlreichen europäischen Ländern programmatisch ausdrücklich und durch Leistungsreduktion und Neuregelungen auch praktisch gewendet: Die Privatisierung von Risiken und öffentlichen Leistungen, vor allem des Gesundheitssystems; die Individualisierung und damit Entpolitisierung von Notlagen wie Krankheit und Arbeitslosigkeit; eine krisenpolitische Verfälschung des Subsidiaritätsprinzips der katholischen Soziallehre; die Zulassung privater (statt öffentlicher) Arbeitsvermittlung; Streichung von Ausbildungsbeihilfen, Kürzung von Familienunterstützung, systematische Verbreitung von Unsicherheit über die Sicherheit der Altersrenten; öffentliche Diskussionen über unbezahlte Zeiten im Krankheitsfall; Senkungen auch beim Existenzminimum öffentlicher Sozialhilfe:

All dies sind Elemente der Aufkündigung eines historischen Kompromisses, der seit 100 Jahren Bestand hat. Seit den Tagen der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung (und nicht erst seit der Übernahme keynesianischer Elemente in die Wirtschaftspolitik, wie manche meinen (vgl. WIDERSPRÜCHE 1984)) besteht die Substanz dieses labilen und sehr unterschiedlich motivierten Kompromisses darin, daß auf der

anderen Seite in den Bereichen der Investition, der Produktion und des Arbeitskräfte-Einsatzes die Gestaltungsautonomie bzw. Prerogative der Unternehmen weitgehend unangestastet bleibt. Die Bezugnahme auf das 19. Jahrhundert mag dabei angesichts des weithin erreichten hohen Niveaus der sozialen Sicherung zunächst überraschen. Jedoch liegt in der Logik der gegenwärtigen Tendenz die Rückkehr zu Gestaltungsprinzipien der Gesundheits- und Sozialpolitik, wie sie vor Bismarck gegolten haben. Es handelt sich dabei um den Versuch der direkten Unterordnung der Sozial- und Gesundheitspolitik unter die Logik der einzelwirtschaftlichen Unternehmung. Es konnte gezeigt werden, daß dabei neben den monetären Einsparungen eine tiefgreifende Veränderung der gesellschaftlichen Machtrelationen im Vordergrund steht (KÜHN 1984).

Die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitspolitik betreffen zunächst einmal das politische Klima, das für neue gesundheitspolitische Ansätze, die die unternehmerische Gestaltungsautonomie tangieren können, prinzipiell wenig förderlich ist. Darüber hinaus stehen drei speziellere Faktoren, die für direkte Partizipation der Beschäftigten in betrieblichen Gesundheitsfragen von zentraler Bedeutung sind, zur Debatte. Gemeinsamer Bezugspunkt ist die Tatsache, daß im Gesellschafts- und Menschenbild der derzeit dominanten neoliberalen Wirtschaftslehren der Einzelne seines Glückes Schmied - und auch der Schmied seines Unglücks - ist. Dem entspricht die - auch in der Wissenschaft um sich greifende - Re-Individualisierung von Lebensrisiken, die Auflösung bzw. das schlichte Bestreiten gesellschaftlicher und kollektiver Verursachungskonstellationen.

1. Diese zumindest in der Gesundheitspolitik wieder stark zunehmende Betrachtungsweise steht in direktem Gegensatz zu den teilweise bereits erprobten und wissen-

schaftlich weiter zu untermauernden Ansätzen kollektiver Abwehr gesundheitsgefährdender Risiken und Belastungen. Wenn sich die individualisierende Betrachtungsweise weiter durchsetzt, steht eine weit über die Probleme der Gesundheit hinausreichende Wirkung der Entsolidarisierung zu befürchten.

2. Die neoliberale Betrachtungsweise steht weiterhin in direktem Gegensatz zu gesundheitspolitischen Ansätzen, die den (in Morbidität und Mortalität) dominanten chronischen Volkskrankheiten mit Präventionsstrategien begegnen wollen, die an gesundheitsriskanten Verhältnissen ansetzen wollen. Im Gegensatz dazu verbreitet sich derzeit die Reduktion von Prävention auf individuelles Verhalten.
3. In der Konsequenz kann die gegenwärtige Tendenz der Sozial- und Gesundheitspolitik daher zu einer Renaissance verengt naturwissenschaftlicher Definitionen von Gesundheit und Krankheit führen. Nach diesen Definitionen ist ein Individuum erst dann gesundheitlich beeinträchtigt, wenn der naturwissenschaftlich vorgehende Mediziner bestimmte Veränderungen von Körperfunktionen messen kann. Diese engen Meßmethoden sind aber zur frühzeitigen Diagnose und für rechtzeitig eingeleitete Präventionsmaßnahmen besonders der modernen chronischen Volkskrankheiten wenig tauglich. Die Äußerung subjektiv empfundener Befindlichkeitsstörungen ist deshalb ein zentrales und unverzichtbares Element jeder Form von Arbeitermedizin (vgl. WINTERSBERGER 1982). Befindlichkeitsstörungen werden im Zuge der regressiven Sozial- und Gesundheitspolitik aus ihrer Rolle als ernsthafte Indikatoren für sich entwickelnde chronische (dann medizinisch meist nicht mehr heilbare) Krankheiten verdrängt. Sie werden zu Bagatellen herabgestuft, für die das Individuum allein verantwortlich ist (in der BRD wurden z.B. 1983 Arzneimittel für so-

genannte "Bagatell-Erkrankungen" aus den Leistungskatalogen der Gesetzlichen Krankenversicherung entfernt).

Diese Entwicklungen zielen auf die Wurzeln der Primärprävention auch im Betrieb und damit zugleich auf die Basis der direkten Partizipation der Beschäftigten (vgl. NASCHOLD/SCHÖNBÄCK et al. 1978). Solange die materielle und ideologische Offensive gegen die sozialstaatlichen Versorgungsprinzipien anhält, bleiben auch die betrieblichen Sozial- und Gesundheitsleistungen unter starkem Druck. Dies erschwert wegen der damit verbundenen Einschüchterungswirkungen auch den Aufbau von Gegenwehrpotentialen in den Betrieben.

### III.

Als betriebliches Geschehen unterliegt der Gesundheitsschutz unter den Bedingungen von Wirtschaftskrise und Massenarbeitslosigkeit zusätzlich zu der ohnehin wirksamen Machtasymmetrie einer ganzen Reihe von einschränkenden Faktoren. Diese erschweren die Durchsetzung gesundheitsbezogener Forderungen im Betrieb oft sehr erheblich, während die gesundheitliche Belastung gleichzeitig vielfach zunimmt.

So ist z.B. die Angst um den Arbeitsplatz eine eigenständige Belastungsdimension, deren qualitative und quantitative Zunahme derzeit kaum bestritten werden kann. Es ist zumindest plausibel, daß ihre Wirkung durch die international zu beobachtende Aufweichung der Schutzwirkung gesetzlicher und tarifvertraglicher Regelungen verstärkt wird. In einigen Ländern dringen durch staatliche Maßnahmen der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik Elemente von Zwangsarbeit in privatwirtschaftliche Betriebe ein (vgl. z.B. für Großbritannien: KLASSEN/WINTER 1984). Die aus solchen Entwicklungen resultierende Einschüchterung als Gesundheitsbelastung tritt zur Wirkung physikalischer, chemischer und psychomentaler Beanspruchungen nicht einfach hinzu. Vielmehr kann sie diese in ihrer Wirkung unter Umständen vervielfachen. Diese Faktoren wirken in einer Lage, in der - vor allem wegen der Angst um den Arbeitsplatz - gesundheitliche Zumutungen im Produktionsprozeß vielfach ohnehin über das normale, die Gesundheit bereits gefährdende Maß hinaus hingenommen werden. Häufig werden gesundheitsriskante Belastungen infolgedessen von den Betroffenen nicht einmal mehr thematisiert. Zahlreiche Berichte aus Betrieben zeigen, daß die vor allem arbeitsmarktbedingte Schwäche der Verhandlungsposition der Beschäftigten von Unternehmen regelrecht ausgenutzt wird (vgl. IG-METALL 1983a). Dabei werden sogar solche staatlich normierten Gesundheits-, Sicherheits- und Zumutbarkeitsstandards auf breiter Front unterschritten, die eindeutig meßbar und zuordnungsfähig geregelt sind

(vgl. Berichte in: WSI 1983).

Während so auch die rechtlichen Schutzmechanismen für die Gesundheit der Beschäftigten oft nicht mehr greifen, werden vielfach gleichzeitig die Arbeitsanforderungen gesteigert, ohne daß dabei gesundheitsbezogene Überlegungen zum Tragen kommen. Hierzu gehören Maßnahmen der Arbeitsintensivierung, innerbetriebliche Umsetzungen bei Rationalisierungen und Einführung neuer Technologien, Abgruppierungen, Änderungen der Vorgabezeiten etc. (vgl. IG-METALL 1983b). Das geschieht in einer Phase, die durch das Auftreten neuer und schwer zu erfassender ("zentraler") Belastungen infolge neuer Technologien gekennzeichnet ist, ohne daß die bekannten ("lokalen") Belastungen im gleichen Umfang abnehmen (vgl. DÖRR/NASCHOLD 1982). Die gesundheitlichen Folgen des schnellen Wandels der Arbeitsplätze und -organisation infolge von Rationalisierung und neuen Technologien werden bislang weder wissenschaftlich noch gesundheitspolitisch ausreichend bearbeitet.

Informelle Schutz- und Schonregelungen für besonders belastete Beschäftigtengruppen, wie sie im Rahmen des "betrieblichen Konfliktalltags" (LICHTE 1978) von den Betroffenen praktiziert und vom Management hingenommen werden, haben unter den gegenwärtigen Bedingungen nur stark verminderte Durchsetzungschancen und werden teilweise systematisch abgebaut. Die sich über solche Formen des "informellen Arbeitsschutzes" wölbende Sphäre rechtlich normierter Regelungen ist einerseits den neuen arbeitspolitischen Problemlagen und ihren gesundheitlichen Auswirkungen noch nicht angepaßt und erweist sich andererseits zumindest teilweise als nicht ausreichend widerstandsfähig gegenüber den veränderten Kräftekonstellationen im Betrieb.

Selbst in Betrieben, in denen das interessenpolitische Niveau der Belegschaft bzw. der Belegschaftsvertretung relativ hoch ist, erweisen sich etablierte Wege des Auf-

baus von Gegenwehr oft als versperrt: Die Vertretungsorgane der Belegschaft - im Arbeitsschutz ohnehin strukturell überlastet (KÜHN 1982) - haben unter den Bedingungen der Massenarbeitslosigkeit oft andere Prioritäten: Gesundheitsprobleme treten gegenüber Bemühungen um die Erhaltung von Arbeitsplätzen in den Hintergrund. Daß damit tendenziell die immer jüngeren Frührentner von morgen und übermorgen produziert werden, verdrängen beide, die Beschäftigten und ihre Vertretungsorgane (vgl. HAUSS et al. 1984).

Dies alles produziert beim einzelnen Beschäftigten leicht ein Gefühl des "hilflosen Ausgeliefertseins" ohne eigene produktive Handlungsmöglichkeiten. Dieses Gefühl ist seinerseits eine eigenständige psychomentele Belastung, die die gesundheitliche Wirkung der übrigen Belastungen erheblich verstärken kann. Die streßreduzierende Wirkung (coping) eigener Kontrolle über die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist dagegen - auch von medizinischer Seite - oft beschrieben worden (vgl. Überblick bei: ROSENBROCK/ABHOLZ 1984; GUSTAVSON 1982). Die dem einzelnen Beschäftigten verbleibenden Handlungsmöglichkeiten ("Zähne zusammenbeißen", "Durchhalten", individuelle Ausweichstrategien: Absentismus, Fluktuation, Frühverrentung) sind gesundheitlich durchweg kontraproduktiv (vgl. KÜHN 1982; FRICZEWSKI et al. 1983; MASCHESKY 1983). Sie tragen auch dazu bei, die Sichtweise von der "Selbstverschuldung" und der "eigenen Schwäche" in bezug auf Gesundheitsprobleme zu verstärken. Damit kommen sie dem sich abzeichnenden Paradigmenwechsel in der Sozial- und Gesundheitspolitik entgegen. Tatsächlich tragen sie zur Umkehrung der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit für die Verhütung und Bearbeitung von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen bei.

Die in den meisten westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren aus der Arbeitswelt eingesetzten Arbeitsschutz-Experten bilden über-

wiegend kein ernsthaftes Gegengewicht gegenüber solchen Entwicklungen. Schon unter Normalbedingungen stehen sie unter dem ständigen Sog, ihre Handlungen und Unterlassungen im Betrieb mit den Erwartungen und Wünschen des Managements in Einklang zu bringen. Unter den Bedingungen der Krise stehen sie häufig verstärkt unter teilweise offenem Druck, sowohl ideologisch als auch praktisch einen Beitrag zur Tendenzwende im Betrieb zu leisten.

Ideologisch läuft dies häufig auf eine Wiederbelebung längst überwunden geglaubter Konzepte der individuellen Schuldzuweisung auch bei arbeitsbedingten Erkrankungen und Unfällen hinaus. Damit einher geht die Verbreitung eines Klimas von Sozialdarwinismus und der Diskreditierung der Inanspruchnahme von sozialen Rechten als "Anspruchshaltung", "Mißbrauch" etc. (vgl. HAUSS et al. 1984; OPPEN 1984).

Praktisch führt dies unter anderem zu Verschärfungen der Personalauslese durch Einstellungsuntersuchungen und Entlassungss Selektion sowie zu einer restriktiveren Praxis bei Gutachten und Bewilligung sozialer Leistungen (vgl. ELSNER 1984; ROSENBROCK 1982).

Untersuchungen ergaben, daß besonders Betriebsärzte dann umso eher zu solchem Verhalten neigen, wenn sie den härter werdenden Wettbewerb um die wohldotierten arbeitsmedizinischen Betreuungsverträge mit den Unternehmen zu spüren beginnen (vgl. FLICK 1983). Bei der Konkurrenz auf diesem Markt geht es keineswegs nur um den Preis pro Einsatzstunde des Betriebsarztes, sondern auch um die Vereinbarkeit der angebotenen bzw. unterlassenen Leistungen mit impliziten oder explizit formulierten Erwartungen des betrieblichen Managements (vgl. ROSENBROCK 1982).

Als Fazit läßt sich festhalten, daß das Thema "Gesundheit im Betrieb" unter dem Einfluß von Wirtschaftskrise und Massenarbeitslosigkeit sowie des veränderten sozial- und

gesundheitsspolitischen Klimas deutlich weniger beachtet und bearbeitet wird als etwa in den 70er Jahren. Die betrieblichen Auswirkungen dieser Krise führen dazu, daß auch die Ansätze des überwiegend professionell geprägten Arbeitsschutzes in ihrer Wirksamkeit zurückgedrängt und teilweise umgekehrt werden. Für offensivere Ansätze eines wesentlich von den Beschäftigten gesteuerten Gesundheitsschutzes im Betrieb scheint bis auf Ausnahmefälle wenig Raum zu bestehen.

#### IV.

Zeitlich parallel zu dieser Entwicklung zeigen Diskussionsbeiträge vor allem aus der etablierten Arbeitsmedizin den Beginn einer ernsthaften wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Ansätzen der Arbeitermedizin und der Sozial-epidemiologie auf Betriebsebene an (für die BRD vgl. z.B. RUTENFRANZ 1983). Diese Diskussion war von sozialwissenschaftlicher und gewerkschaftlicher Seite seit langer Zeit gefordert worden. Sie ist u.a. deshalb von besonderer Bedeutung, weil die Arbeitsmedizin nach wie vor eine hohe Definitionsautorität für arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme inne hat. Solange diese Autorität von Arbeitsmedizinern ausgeübt wird, die sie aufgrund einer verengt naturwissenschaftlichen Sichtweise von Gesundheitsproblemen eher zur Abwehr von Forderungen der Beschäftigten verwenden, steht sie in einer naturwüchsigen Koalition mit dem unternehmerischen Interesse an Kostenminimierung und Autonomie bei der Gestaltung der betrieblichen Arbeitsbedingungen. Diese Konstellation konnte in den 70er Jahren - vor allem infolge einer Politisierung größerer Teile der medizinischen Intelligenz - in einigen Ländern partiell aufgebrochen werden (WINTERSBERGER 1982). Wenn diese Debatte unter den gegenwärtigen Bedingungen im Viereck von Medizinern und Sozialwissenschaftlern, Gewerkschaften und Unternehmen in Gang kommt, so wird sich in ihr entscheiden, ob wesentliche Fraktionen der medizinischen Professionals für eine beschäftigtenorientierte Gesundheitspolitik im Betrieb gewonnen werden können.

Dabei wird die Arbeitsmedizin ihre herkömmliche Orientierung auf die im Kern juristische Frage der Entschädigungspflicht für arbeitsbedingte Gesundheitsstörungen zugunsten einer Sichtweise zu überwinden haben, die vor allem anderen nach Möglichkeiten der gesundheitsgerechteren Gestaltung von Arbeitsbedingungen sucht. Damit würde auch ein derzeitiges Hauptproblem der Arbeitsmedizin, nämlich die Abgrenzung von Gesundheitsbelastungen aus der Arbeits-

welt von solchen aus der Reproduktionssphäre der Beschäftigten zum Zwecke der Zurechnung von Verschuldens-Anteilen in dieser Form obsolet werden. Dieses Problem könnte dann z.B. als Frage nach den "funktionalen Verschränkungen" (FRICZEWSKI et al. 1983) zwischen gesundheitsgefährdenden Verhältnissen und gesundheitsriskantem Verhalten mit dem Ziel des Aufbrechens pathologischer Zusammenhänge zwischen Verhältnissen und Verhalten gesundheitspolitisch fruchtbar bearbeitet werden.

Bei der Aufspürung solcher Zusammenhänge stößt jeder Forschungsansatz auf das Problem, daß die "objektiven" Indikatoren zur Feststellung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme nicht ausreichen. Der Arbeitsmedizin wie den Sozialwissenschaften stellt sich daher als gemeinsames Problem die Frage nach der Aussagekraft der subjektiven Wahrnehmung von Gesundheitsbelastungen und ihrer Artikulation durch die Betroffenen selbst. Diese Variable ist zugleich auch eine der zentralen Steuergrößen aller Modelle betrieblicher Gesundheitspolitik, die auf direkter Partizipation der Beschäftigten beruhen.

Gegen die Aussagekraft der subjektiven Belastungs-Wahrnehmung und -Artikulation gibt es in den gegenwärtigen Diskussionen sowohl zutreffende als auch unzutreffende Einwände. Die Debatte würde von Mißverständnissen entlastet, wenn dabei über die folgenden Punkte wenigstens ansatzweise ein Konsens hergestellt werden könnte.

- a) Es trifft zu, daß es Belastungen gibt, die die Beschäftigten nicht oder nur zu spät wahrnehmen. Dies gilt vor allem im Bereich chemischer Schadstoffe. In diesen Fällen muß die Wahrnehmung der naturwissenschaftlich ausgebildeten Experten die Wahrnehmung der Betroffenen ersetzen bzw. - soweit möglich - durch Sensibilisierung unterstützen (vgl. u.a. GUSTAVSEN 1982). Allerdings dürfen beim gegebenen Stand des Wissens über Kumulationswir-

kungen und Interferenzen zwischen verschiedenen chemischen Substanzen und ihre Wechselwirkung mit anderen Arbeitsbelastungen einfache Meßergebnisse durch Experten nicht mit Messungen der Gesamtbelastung verwechselt werden (vgl. ABOLZ et al. 1981).

- b) Unzutreffend ist der Einwand, daß die Beschäftigten ihre Arbeitsbelastungen systematisch überschätzen und durch Sensibilisierung oder Aktivierung zur "Wehleidigkeit" und/oder "Anspruchdenken" verführt werden. Vielmehr deuten Ergebnisse aus den einschlägigen Forschungsprojekten darauf hin, daß die Selbst-Wahrnehmung der Beschäftigten über ihre Belastung kaum jemals "zu hoch" liegt. Vielmehr zeigt sich - bei weit überlegener Erfassung der Komplexität - hinsichtlich des Niveaus ein hohes Maß an Übereinstimmung mit anderen, "objektiven" Erhebungs- und Diagnosemethoden (vgl. mit weiteren Nachweisen: MERGNER/MARSTEDT 1981; BAMBERG/MOHR 1983).
- c) Unzutreffend ist der Einwand, daß mit Methoden der Aktivierung der subjektiven Wahrnehmung und Artikulation durch die Beschäftigten die professionellen Experten (vor allem Arbeitsmediziner, Arbeitspsychologen, Ergonomen) aus dem Betrieb gedrängt werden sollen, um einer "Billig- und Barfuß-Arbeitsmedizin" Platz zu machen: Keines der weltweit existierenden Modelle behauptet, ohne diese Experten auskommen zu können. Freilich werden erhöhte Anforderungen an Qualifikation, Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft sowie Sensibilität der Professionals gestellt (WINTERSBERGER 1982).
- 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 allen betrieblichen Mo-

dellen subjektiver Artikulation stets die kollektive Thematisierung eine zentrale Rolle: Dadurch sowie durch objektiv erhebbare Variable wird in der Praxis ein begrenzender Rahmen für die Subjektivität gezogen, der angesichts der Lückenhaftigkeit "objektiver" Erhebungsmethoden eher zu eng als zu weit ist.

Wenn über diese Fragen eine gemeinsame Sichtweise zwischen Vertretern der verschiedenen beteiligten Disziplinen hergestellt werden kann, erscheinen die wissenschaftlichen Voraussetzungen interdisziplinärer Zusammenarbeit auf diesem Gebiet derzeit sogar günstiger als in den 70er Jahren, auch wenn auf diesem Wege noch zahlreiche Mißverständnisse behoben werden müssen (vgl.z.B. BRAUN et al. 1984 zu RUTENFRANZ 1983).

V.

Tatsächlich aber bietet die Konstruktion der Arbeitsschutz-Systeme in den meisten westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern für die praktische Durchführung solcher Vorhaben keine guten Voraussetzungen, selbst wenn man von den restriktiven Einflüssen der Wirtschaftskrise absieht: Zwar sind die Partizipationsrechte der Beschäftigten in fast allen Ländern während der 70er Jahre erweitert worden (GEVERS 1983; WINTERSBERGER 1982, 1978; ROSENBROCK 1982; KELMAN 1981; HAUSS 1981; BÖHLE/KAPLONEK 1980; NASCHOLD 1978). Doch ist der Arbeitsschutz fast durchgängig Angelegenheit des Arbeitgebers, der zu dessen Durchführung teilweise Experten zu berufen und zu beauftragen hat. Arbeitsschutz-Komitees u.ä. haben fast ausschließlich beratende Funktionen. Die Beschäftigten sind in dieser Logik keine Subjekte des Arbeitsschutzes, sondern Objekte. Aspekte von direkter Partizipation und autonomer Belastungsartikulation sind daher in den normierten Strukturen meist nicht vorgesehen. Andererseits sind solche Elemente bei entsprechender betriebspolitischer Handhabung in die gegebenen Strukturen und Regelungen in der Regel integrierbar. Die Untersuchung der Bedingungen und Chancen solcher Strategien stößt auf eine Reihe von Flaschenhälsen, Filtern und Blockierungen. Diese können als systematische Hindernisse auf dem Wege von der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Beschäftigten bis hin zu einer adäquaten Bearbeitung dieser Probleme im Betrieb beschrieben werden. Sie liegen auf verschiedenen Ebenen, und zu ihrer Beseitigung sind infolgedessen unterschiedliche Maßnahmen, Kampagnen und Politiken erforderlich. Überwiegend können Anstöße dazu nur von den Beschäftigten oder ihren Vertretungsorganen kommen, ihre erfolgreiche Bearbeitung bedarf zumeist der Kooperation mit Experten der verschiedenen Disziplinen.

Im folgenden werden acht aufeinander aufbauende Hindernisse einer beschäftigtenorientierten Gesundheitspolitik im Be-

trieb benannt. Diese Hindernisse stehen einer erfolgreichen Themenkarriere für Probleme von "Arbeit und Gesundheit" in der betrieblichen Politik-Arena (ROSENBROCK 1984) entgegen. Zu jeder Stufe werden dabei jeweils exemplarisch gemeinte Ansatzpunkte für gewerkschaftliche Politik und das Handeln von Experten zur Überwindung dieser Hindernisse benannt.

a) Wahrnehmung und Artikulation von gesundheitsrelevanten Arbeitsbelastungen durch die Beschäftigten bedürfen besonderer Förderung und Sensibilisierung, da Gesundheitsverschleiß durch Lohnarbeit immer noch weithin als normal erlebt wird. Zudem variieren Symptomtoleranz und Artikulationsfähigkeit schichten- und lebenslagenspezifisch (HAUSS/NASCHOLD/ROSENBROCK 1981; ABOLZ 1981). Deshalb artikulieren besonders hoch belastete Beschäftigte meistens besonders wenig (z.B. angelernte Frauen, Ausländer etc.; vgl. HAUSS 1983). Diese Defizite in der Artikulation dürfen nicht mit einem zu gering ausgeprägten "Gesundheitsbewußtsein" der Beschäftigten verwechselt werden. Untersuchungen haben vielmehr ergeben, daß ein Defizit an "Gesundheitsbewußtsein" auf dieser Ebene nicht existiert (KÜHN 1982; WINTERSBERGER 1982).

(Ansatzpunkte: Gruppenspezifische Sensibilisierung für Gesundheitsprobleme im Betrieb, gruppenspezifische Erfassung von Gesundheitsrisiken).

b) Betrieblich verläuft die Artikulation ebenfalls gruppenspezifisch unterschiedlich. Sie ist in starkem Umfang von der erlebten Möglichkeit abhängig, erkannte und artikuliert Mißstände auch tatsächlich beseitigen zu können (KRONLUND 1976; WOTSCHACK 1978). Auch dieser Faktor wirkt in der Praxis meist zu Lasten hochbelasteter Beschäftigtengruppen, besonders aus der Randbelegschaft.

(Ansatzpunkte: Pädagogisch gestützte Vermittlung und Rückkopplung von Informationen über erzielte Erfolge bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen durch Beschäftigte; gruppenspezifische Ansprache).

- c) Von der individuellen Wahrnehmung über die kollektive, aber unverbindliche Artikulation im Kollegenkreis bis hin zur betriebsöffentlichen Thematisierung von Gesundheitsproblemen mit dem Ziel der Veränderung krankmachender Bedingungen verläuft ein komplexer Prozeß. Dieser wird im gegenwärtigen Arbeitsschutz-System mit seiner Tendenz der Individualisierung, Entsolidarisierung und Entpolitisierung solcher Probleme nicht nur gefördert, sondern eher unterdrückt und abgebrochen (vgl. KÜHN 1982).

(Ansatzpunkte: Förderung kollektiver Artikulation durch Ansprache an Orten betrieblicher Öffentlichkeit (Betriebsversammlungen, Pausenräume etc.); Forderung von "Quality of Health Circles" statt oder zusammen mit "Quality Circles").

- d) Kollektive Thematisierung mit dem Ziel der Veränderung krankmachender Bedingungen, die die bisher genannten Engpässe und Filter überwunden hat, trifft z.B. in der Bundesrepublik in ca. 50% der Fälle zunächst auf den Betriebsrat (ROSENBROCK 1982). Die Zuständigkeit und Definitionsautorität von Experten (z.B. Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften) für Arbeitsschutz-Probleme hat in vielen Fällen dazu geführt, daß die Belegschaftsvertreter die an sie herangetragenen Arbeitsschutz-Probleme in die Sprache und Kategorien der Professionals "übersetzen". Damit sitzen sie zu meist deren Problemreduktion auf: Als betriebliches Gesundheitsproblem wird dann nur noch das anerkannt, was eindeutig zugeordnet, gemessen, gezählt und in gegebenem Rahmen staatlicher Normen mit dem Arbeit-

geber verhandelt werden kann.

(Ansatzpunkte: Schulungsmaßnahmen, die betriebliche Gesundheitspolitik als Feld der Austausch- und Konfliktbeziehungen zwischen Kapital und Arbeit verstehen und darstellen. Vermittlung von einfach handhabbaren Instrumenten und Maßstäben zur Beurteilung betrieblicher Gesundheitsgefährdung unter Einbeziehung des Fachwissens von Experten).

- e) 40% der (gegenüber den Wahrnehmungen bereits reduzierten) Thematisierungen von Gesundheitsproblemen gelangen in bundesdeutschen Betrieben an die betrieblichen Vorgesetzten (ROSENBROCK 1982). Bei diesen treten die Gesundheitsanliegen in Konkurrenz zu Zielen der Produktivität sowie der Kostenminimierung und unterliegen deshalb meistens.

(Ansatzpunkte: Förderung autonomer Artikulation durch die Beschäftigten; Etablierung unmittelbar gewählter Gesundheits-Vertrauensleute, die die Kriterien der Dezentralität, der sozialen Nähe, der (auch rechtlichen) Durchsetzungsfähigkeit sowie der Sachkompetenz erfüllen (KÜHN 1982)).

- f) Obwohl zum Beispiel in bundesdeutschen Betrieben die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte nur in ca. 1% der Fälle als Ansprechpartner für Gesundheitsprobleme gewählt werden (ROSENBROCK 1982), gelangt die Mehrzahl der artikulierten Arbeitsschutz-Probleme über den Umweg des Betriebsrates bzw. der betrieblichen Vorgesetzten letztendlich doch zu den Experten. Diese sind aber ökonomisch, juristisch und sozial eher vom Arbeitgeber abhängig. Auch denken und handeln sie in der Regel im Rahmen des zur Problembearbeitung nur eingeschränkt tauglichen naturwissenschaftlichen Paradigmas. Oft sind

Betriebsärzte zusätzlich durch gesundheitspolitisch kontraproduktive Maßnahmen, wie z.B. Personalselektion, bei den Beschäftigten diskreditiert.

(Ansatzpunkte: Einwirkung auf Inhalte und Ausbildung von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften; längerfristig: Herauslösung der Professionals aus der Abhängigkeit vom Arbeitgeber (in Italien sind die Betriebsärzte teilweise Angestellte der Kommunen; die Kosten zahlt der Arbeitgeber an die Kommunalverwaltung; ROSEN-BROCK/ABHOLZ 1984)).

- g) Die teilweise gesetzlich vorgeschriebenen Ebenen und Gelegenheiten der Kommunikation und Abklärung von Interessen und Maßnahmen des Arbeitsschutzes funktionieren nur in einer Minderheit der Betriebe (OHS-Committees, Arbeitsschutz-Ausschüsse etc.). Auch gemeinsame Betriebsbegehungen von Sicherheitsingenieuren, Betriebsärzten, Management und Beschäftigtenvertretung sowie transparente Arbeitsschutz-Programme finden sich nur in einer Minderzahl der Betriebe.

(Ansatzpunkte: Orientierung der Beschäftigtenvertreter auf die Durchsetzung dieser (meist einklagbaren) institutionellen Voraussetzungen des betrieblichen Arbeitsschutzes. (In der kanadischen Provinz Saskatchewan wird das Funktionieren dieser Gremien sogar staatlich kontrolliert: Die Aufsichtsbehörde erhält unterschriebene Kopien aller Sitzungsprotokolle)).

- h) Vor allem sozialpartnerschaftlich konzipierte Arbeitsschutz-Gremien (wie z.B. der Arbeitsschutz-Ausschuß in der Bundesrepublik) funktionieren überwiegend als zusätzliche Filter: Die Beschäftigtenvertretung bringt arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme 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, wodurch der Interessenvertretung der Beschäftigten ein zweistufiges Kompromißverhalten abgenötigt wird.

(Ansatzpunkte: Schaffung direkter Vertretungsorgane für Fragen der Gesundheit im Betrieb (vgl. oben b), c), d)).

Die Entscheidung über die Durchführung von Arbeitsschutzmaßnahmen liegt in den meisten Ländern beim Arbeitgeber. Die Durchsetzung gesundheitsgerechterer Arbeitsbedingungen richtet sich daher in der Regel nach dessen Einsicht bzw. nach dem betrieblichen Kräfteverhältnis. Doch scheint zu der Orientierung auf den Betrieb als Arena der Auseinandersetzung keine gangbare Alternative zu bestehen: Staatliche Normierungen des Arbeitsschutzes können fast immer nur Rahmenbedingungen setzen, deren Einhaltung zudem häufig erst durch betriebliche Aktivitäten durchgesetzt werden kann. Dies verweist z.B. gewerkschaftspolitische Bemühungen auf staatlicher Ebene keineswegs auf einen nachgeordneten Rang, es relativiert jedoch eine Politik, die sich auf diese Ebene beschränkt.

Sollen die skizzierten Engpässe schrittweise behoben und damit die Hindernisse der Thematisierung betrieblicher Gesundheitsprobleme überwunden werden, so sind - neben der Aktivierung und Mobilisierung der Beschäftigten - auf allen Stufen zwei Nebenbedingungen zu beachten.

1. Experten für Gesundheit und Arbeitsgestaltung sowie für die zielgruppengerechte Informationsvermittlung sollten auf jeder Stufe soweit als möglich einbezogen werden. Dies bedeutet keine Abkehr vom Prinzip des "non delega" der italienischen Arbeitermedizin. Vielmehr ist die Beachtung dieses Prinzips häufig eine Voraussetzung des Erfolgs bei der Konzipierung und Durchsetzung von Stra-

tegien der Primärprävention. Die systematische Einbeziehung von Professionals kann zudem einen wichtigen Beitrag zum notwendigen, gegenseitigen Lernprozeß leisten.

2. Die Erfahrungen der italienischen Arbeitermedizin unter den Bedingungen der Wirtschaftskrise zeigen die Notwendigkeit, erzielte Erfolge auf betrieblicher oder regionaler Ebene immer auch gesetzlich oder tarifvertraglich abzusichern (MISITI 1982). Dies bietet zwar, wie weiter oben gezeigt wurde (vgl. Abschnitt II und III), keinen absoluten Schutz vor Rückwärtsentwicklungen, es erhöht aber die Schwelle gegen solche Entwicklungen.

Unter den Bedingungen anhaltender Massenarbeitslosigkeit und ihrer wirtschafts- und sozialpolitischen Nutzung hat betriebliche Gesundheitspolitik derzeit keine guten Chancen, eine hohe Priorität zu erhalten. Dennoch sprechen Beobachtungen der letzten Monate dafür, daß die Dominanz der Arbeitsplatzsicherung nicht unbedingt in Konkurrenz zu offensiven Strategien betrieblicher Primärprävention stehen muß.

Berichte aus Betrieben vor allem der Metallindustrie deuten vielmehr auf eine gewisse Krisenresistenz und damit auch die Möglichkeit einer relativen Autonomisierung des Gesundheitsthemas im Betrieb (vgl. auch GESUNDHEITSLADEN 1984). Zum anderen zeichnen sich Ansätze ab, Aspekte des Gesundheitsschutzes mit Politiken der Arbeitsplatzsicherung und Verminderung der Arbeitslosigkeit zu verbinden. Die Auseinandersetzungen um eine tarifvertragliche Verkürzung der Wochenarbeitszeit in der Bundesrepublik Deutschland bieten hierfür wichtige Beispiele.

## Literaturverzeichnis

- H.H. ABHOLZ (1981): Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung, in: F. Hauss, F. Naschold, R. Rosenbrock (wiss. Bearb.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 55, Bonn, pp. 64 ff.
- H.H. ABHOLZ et al. (1981): Von den Grenzen der Ergonomie und den Möglichkeiten der Arbeitswissenschaft, in: Z.Arb.wiss. 35 (7 NF) 1981/4, pp. 193 ff.
- E. BAMBERG/G. MOHR (1983): Psychischer Streß unter der Lupe. Eine Untersuchung mit Industriearbeitern, in: Arbeit - Frauen - Gesundheit, Argument-Sonderband AS 107, Berlin 1983, pp. 49 ff.
- F. BÖHLE, H. KAPLONEK (1980): Interessenvertretung am Arbeitsplatz und Reformen im Gesundheitsschutz, Frankfurt/New York.
- B. BRAUN, A. GEORG, R. STUPPARDT, E. ZOIKE (1984): Die Notwendigkeit der Analyse arbeitsbedingter Erkrankungen zum Zwecke der Gesundheitssicherung, in: Arbeitsmed. Sozialmed. Präventivmed., No 6/1984, pp. 143 ff.
- G. DÖRR/F. NASCHOLD (1982): Arbeitspolitische Entwicklungen in der Industriearbeit. Zum Zusammenhang von Belastung, Qualifikation und Kontrolle, in: Materialien zur Industriesoziologie, Sonderheft 24/1982, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie.
- G. ELSNER (1984): Erwerbsminderung und ärztliche Begutachtung, in: dies. (Hrsg.): Was uns kaputt macht, Arbeitsmedizin und Arbeitsmarkt, Hamburg.
- H. FLICK (1983): Rezession - Bewährungsprobe für das Arbeitssicherheitsgesetz, in: Zbl. Arbeitsmed. 33 (1983) 1, pp. 12-14.
- F. FRICZEWSKI, W. MASCHEWSKY, F. NASCHOLD, P. WOTSCHACK, W. WOTSCHACK (1983): Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze, Forschungsbericht HdA, Berlin.
- GESUNDHEITSLADEN HAMBURG (Hrsg.) (1984): Die Betroffenen finden Zusammenhänge: Arbeitsbelastung - Beschwerden - Krankheit, Hamburg.
- J.K.M. GEVERS (1983): Worker Participation in Health and Safety in the EEC: The role of representative institutions, in: Labour Review Vol. 122, No. 4, pp. 411-428.
- B. GUSTAVSEN (1982): Direct Workers Participation in matters of Work Safety and Health: Scandinavian Strategies and Experiences, Ms., Oslo.
- F. HAUSS (1981): Betriebliche Mitbestimmung und Arbeitsschutz in Schweden, WZB-IIVG-preprint 81-218, Berlin.
- F. HAUSS (1983): Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb, Frankfurt/New York.

F. HAUSS, F. NASCHOLD, R. ROSENBROCK (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies. (wiss. Bearb.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 55, Bonn.

F. HAUSS et al. (1984): Krankenstand - Zwischen Unternehmerpolitik und Gesundheitsinteresse, Düsseldorf.

IG METALL (1983a): Unternehmerverhalten in der Krise und gewerkschaftliche Gegenwehr, Frankfurt (o.J.)

IG METALL (1983b): Maschinen wollen sie - uns Menschen nicht, Frankfurt.

St. KELMAN (1981): Regulating America, Regulating Sweden, Cambridge/London.

F. KLASSEN, G. WINTER (1984): Der staatlich organisierte "graue Arbeitsmarkt", WZB-IIVG-dp 84-215, Berlin.

J. KRONLUND (1976): Power Relations, Behavior Control Systems and Safety in Industry, Stockholm.

H. KÜHN (1984): Sozialpolitik bei Massenarbeitslosigkeit - Überlegungen zur sozialpolitischen Wende, in: Wie teuer ist uns Gesundheit?, Argument-Sonderband AS 113, Berlin, pp. 33 ff.

H. KÜHN (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Frankfurt/New York.

R. LICHTER (1978): Betriebsalltag von Industriearbeitern, Frankfurt/New York.

W. MASCHESKY (1983): Mehrbelastung durch Minderbelastung? Ms., WZB Berlin.

U. MERGNER/U. MARSTEDT (1981): Probleme restriktiver Arbeit, Soziologisches Forschungsinstitut (SOFI), Göttingen.

R. MISITI, S. BAGNARA (1982): La partecipazione nel controllo e nella prevenzione della salute nei luoghi di lavoro: elementi per un'analisi dell'esperienze e della situazione italiana, Ms., Rom.

F. NASCHOLD (1984): Arbeitspolitik. Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen, betriebliches Bezugsproblem und theoretische Ansätze der Arbeitspolitik, in: U. JÜRGENS/F.NASCHOLD (Hrsg.): Arbeitspolitik, Sonderheft Leviathan, Opladen.

F. NASCHOLD (1978): Arbeitsschutz in den USA und präventive Sozialpolitik, in: WSI-Mitteilungen Nr. 10/1978.

F. NASCHOLD, W. SCHÖNBÄCK et al. (1978): Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, 2 Bde., Wien.

M. OPPEN: Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den Krankenstand, in: Krankheiten und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin.

R. ROSENBROCK (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York.

R. ROSENBROCK (1984): Arbeitsweltbezogene Prävention durch Betriebskrankenkassen - eine Themenkarriere, Ms. WZB Berlin.

R. ROSENBROCK/H.H. ABHOLZ (1984): Streß-Prävention durch Arbeitsschutz?, in: Krankheiten und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin.

J. RUTENFRANZ (1983): Arbeitsbedingte Erkrankungen - Überlegungen aus arbeitsmedizinischer Sicht, in: Arbeitsmed. Sozialmed. Präventivmed., No. 11/1983, pp. 257-267.

WHO-Regionalbüro Europa (Hrsg.) (1984): Gesundheit 2000 - Krise und Hoffnung, Berlin.

WIDERSPRÜCHE-Reduktion (1984): Verteidigen, kritisieren und überwinden zugleich! Alternative Sozialpolitik - Gegen Resignation und Wende, Offenbach.

H. WINTERSBERGER (1982): Participative Approaches towards Work Safety and Health, Ms., Wien.

H. WINTERSBERGER (1978): Gesundheitskämpfe in Italien - von der Arbeitsmedizin zur Arbeitermedizin, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 3, Argument-Sonderband AS 27, Berlin, pp. 151 ff.

H. WINTERSBERGER (1982): Arbeitermedizin in Italien, IIVG/dp 82-202, WZB Berlin.

W. WOTSCHACK (1978): Belastungsfolgen des Produktionsprozesses, IIVG-Papers, WZB Berlin.

WSI (1983): Arbeit macht krank, Dokumentation, zusammengestellt v. R. Bispineck, Düsseldorf.