

Rainer Müller (1991): Macht Arbeit gesund? Vortrag Angestelltenkammer Bremen, Bremen 4.6.1991

Vorbemerkung

Meine nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf Lohnarbeit und Erwerbsarbeit. Formen der Reproduktionsarbeit, Hausarbeit bzw. Eigenarbeit klammere ich aus. Eine breite Perspektive auf Arbeit müsste ebenfalls die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau beinhalten. Allerdings hätte eine die Geschlechterfrage einbeziehende Erläuterung über das Verhältnis von Gesundheit und Arbeit sich eher von dem Gesundheitsdiskurs aus – einschließlich der feministischen Positionen – mit dem Thema zu beschäftigen.

Ich möchte lieber „bei meinen Leisten bleiben“ und mich von meinen Erfahrungen und Erkenntnissen als Arbeitsmediziner her mit der Frage „Macht Arbeit gesund?“ beschäftigen.

Im ersten Moment klingt die Frage ungewohnt. Viel geläufiger ist nämlich die Frage „Macht Arbeit krank“? oder die Aussage „Arbeit macht krank!“

Im Widerspruch zu offiziellen und inoffiziellen Gesundheitsbetern sowie herrschenden Lehrmeinungen haben nämlich diejenigen Arbeitswissenschaftler, die sich mit den Risiken, Gefährdungen und Schädigungen dieser Industriegesellschaft beschäftigen, große Mühen aufzuwenden, um die Berechtigung der Frage bzw. der Aussage zu begründen und entsprechende empirische Befunde über die industrielle Pathogenität vorzulegen.

Ein breites öffentliches Bewusstsein darüber, dass die industrielle Produktion (so genannter technischer Fortschritt) und damit die Industriearbeit zugleich Reichtum und Risiken produziert, also Natur, menschliches Leben und Gesundheit gefährdet, verschleißt sowie zerstört, hat sich erst in den letzten Jahren entwickelt. Alltägliche Erfahrungen wie wissenschaftliche Erkenntnisse waren die Basis solcher Thematisierungen. Die relativ hohe individuelle und öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber der ökologischen Krise macht jedoch vor den Betriebstoren, der Quelle der Risiken und Gefährdungen, noch immer halt.

In welchem Zusammenhang wird in den Betrieben die Frage nach der Gesundheit relevant?

Die Frage nach der Gesundheit der Beschäftigten stellt sich für die betriebliche Politik unmittelbar dort, wo sozialversicherungsrechtliche Regelungen den Einsatz bzw. das Fehlen von Beschäftigten steuern. Zu nennen sind hier vor allem Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen (Fehlzeit, Krankenstand), medizinische und berufliche Rehabilitation und Schwerbehinderung.

Ein weiterer wichtiger Anlass, sich im Betrieb mit Gesundheit zu beschäftigen, sind die Arbeitsschutzregelungen des Staates bzw. der Unfallversicherung bezüglich bestimmter Einzelbelastungen chemischer (z.B. Lösemittel), physikalischer (z.B. Lärm) oder biologischer (z.B. Viren) Gesundheitsrisiken.

Anlass zur Thematisierung von Gesundheitsschutzfragen können diese Vorschriften selbstverständlich nur dann werden, wenn sie auch von den Betriebsleitungen wahrgenommen und beachtet werden. In nicht wenigen Betrieben werden selbst vorge-

schriebene Schutzvorschriften missachtet. Es herrscht ein nicht geringes Umsetzungsdefizit. Rechtsansprüche der Erwerbstätigen auf Gesundheitsschutz bleiben so unerfüllt. Man kann auch für die Betriebsebene von der organisatorischen Unverantwortlichkeit sprechen.

Unabhängig von diesen Tatbeständen taucht die Gesundheitsproblematik in den Betrieben im Zusammenhang mit Arbeitsfähigen jedoch wegen einer chronischen Erkrankung, Alterung, Drogenabhängigkeit und anderen Behinderungen leistungsgeminderter Arbeitnehmer auf. Der betriebspolitische Umgang mit leistungsgeminderten Arbeitnehmern hängt wesentlich von dem Interesse des Unternehmers an der betroffenen Person (Qualifikation) und dem Stand der Sozialbeziehungen zwischen Belegschaft/Betriebs- bzw. Personalrat und Management/Unternehmer ab. Kotthoff und Ochs (1989) haben in ihrer Untersuchung über Arbeitseinsatz und Arbeitssituation von Behinderten und leistungsgeminderten Arbeitnehmern im gewerblichen Bereich sieben Muster des personalpolitischen Umgangs mit gesundheitlichen Beeinträchtigten herausgefunden:

1. instrumentell organisierte Politik der Diskriminierung und Ausgliederung
2. selbstgesteuerte Diskriminierung und Ausgliederung in überschaubaren Kleinbetrieben
3. durch einen konfliktbereiten Betriebsrat gebremste Diskriminierung und Ausgliederung
4. unbürokratische Integration durch sozialfürsorgliche Nähe
5. beiläufige Integration in der gering determinierten Arbeitsorganisation
6. Integration und Fürsorge im sozialen Schutzsystem des Mitbestimmungsbetriebes
7. das Stabsmodell: defensive Integration im Großbetrieb.

Auf die Frage, woran es liege, dass manche Betriebe eine Integration und andere eine Diskriminierung der Leistungsgeminderten betreiben, wird folgendes festgestellt: Entscheidend für die integrative Form ist die betriebliche Sozialbeziehung zwischen Arbeitgeber und Belegschaft. Hier wirkt insbesondere integrativ die Mitbestimmung. Eine Teilerklärung liefert auch die Art der Produktionsstruktur und das damit gegebene Niveau an nachgefragter Qualifikation. In stark entqualifizierten Arbeitsstrukturen ist die Chance für ein integratives Muster geringer als in Betrieben mit überwiegend qualifizierten angelernten Tätigkeiten oder in Facharbeiterbetrieben. Ebenso übt die Betriebsgröße einen Einfluss aus. Die wirtschaftliche Lage des Betriebes allerdings habe keine besondere Bedeutung. Das Thema der leistungsgeminderten Arbeitnehmer ist heute wie in den 50er Jahren zunehmend relevant. In nicht wenigen Betrieben und Branchen finden wir ein hohes Durchschnittsalter der Belegschaft bei gleichzeitiger Schwierigkeit der Betriebsleitungen, jüngere qualifizierte Kräfte zu bekommen. Wie groß die Zahl der gesundheitlich Beeinträchtigten nach Alter, Qualifikation, Tätigkeit und Geschlecht sowie Branche ist, darüber geben die Sozialstatistiken keine Auskunft. Exakte Zahlen liegen darüber nicht vor. Kotthoff und Ochs gehen für das Saarland für den Zeitraum Ende der 80er Jahre davon aus, dass etwa $\frac{1}{4}$ der gewerblichen Arbeitnehmer zu dieser leistungsgeminderten Arbeitnehmergruppe gehört. In $\frac{3}{5}$ sei die Quote der Leistungsgewandelten, d.h. gesundheitlich Beeinträchtigten in den letzten Jahren gestiegen. Dies geht ebenfalls auf den Anstieg des Durchschnittsalters zurück.

Ein weiterer wichtiger Impuls, sich mit Fragen von Gesundheit, Belastung und Arbeitsplatzgestaltung sowie Gesundheitsförderung in den Betrieben zu beschäftigen, geht von den neuen Problemlagen aus, die mit der breiten Diffusion neuer Technologien in den Betrieben verbunden sind. Durch die umfassende Einführung der Mikroelektronik als Basistechnologie, die Entwicklung und breite Anwendung der Informationstechnologie, der Bio- und Gentechnologie sowie neuer Werkstoffe und Energietechniken, entstehen neue Gefährdungen und Gesundheitsrisiken. Zwar argumentieren manche Studien der Qualifikationsforschung und der Industriesoziologie, dass für Facharbeiter in Betrieben mit neuen Technologien (Automobilindustrie, Großchemie, Werkzeugmaschinenproduktion) sich Arbeitsanforderungen einstellen, die mehr Entscheidungskompetenz und Handlungsspielräume mit sich bringen würden, jedoch belegen andere Studien, dass der breite Einsatz der neuen Automations- und Computertechnologien in Bereich der industriellen Arbeit und bei Angestelltentätigkeiten eine weitere Verschärfung der Arbeitszergliederung und Leistungsverdichtung zur Folge haben werden (Benz-Overhage u.a. 1982, Kern, Schumann 1984). Für Angestelltentätigkeiten sprechen Baethge und Overbeck (1986) von der Refeudalisierung der Arbeitsverhältnisse.

Die Unternehmensstrategien würden darauf abzielen, die bisher noch verborgenen Zeitreserven in Arbeitsvorgängen zu beseitigen, um mittels der Informationstechnologie eine komplette Kontrolle über die Verausgabung der Arbeitskraft zu bekommen. Der Handlungs- und Entscheidungsspielraum der einzelnen Arbeitnehmer nehme ab. Die Arbeiten würden monotoner und sinnentleerter. Vermehrt müsse Schichtarbeit mit z.T. Nachtarbeit geleistet werden. An Restarbeitsplätzen würden sich die psychischen und physischen Belastungen (z.B. Monotonie und körperliche Beanspruchungen, wie z.B. statische Haltearbeit und Zwangshaltung) vermehren. Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten würden sich in den Betrieben verringern. Es komme zu einer Reizverarmung in einer hoch technisierten, meistens ergonomisch gestalteten, jedoch sterilen Arbeitsumgebung. Das Zeitgefühl der Arbeitnehmer zerfließe (Brandt u.a. 1978).

Die Belastungssyndrome, wie sie beispielhaft beim Umgang mit Computern, insbesondere an Datensichtgeräten auftreten, sollen kurz genannt werden:

1. Psychomentele Belastung bzw. Beanspruchung

Es kommt zu Problemen wegen der erheblichen Unterschiede zwischen der menschlichen Informationsverarbeitung und der angewandten maschinellen Datenverarbeitung. Das Denken wird auf eine binäre Logik mit starren Ja–nein- bzw. Wenn-dann-Entscheidungen eingeengt. Kreativität geht verloren bzw. kann sich nicht entwickeln. Der stundenlange Umgang mit entsinnlichten, entstofflichten und immateriellen Arbeitsvollzügen formaler logischer oder symbolischer Art bringt Umstellungsschwierigkeiten auf die Alltagsfragen und die allgemeinen Lebensbedürfnisse mit sich. Zwischen lebensgeschichtlichen Erfahrungen des Alltags und der Symbole des Computers bestehen keinerlei Beziehungen. Es kommt zu einem Zerfließen von Raum- und Zeitvorstellungen. Der Computer wird zu einem Objekt emotionaler Fixierung. Er vermittelt das Gefühl von Macht und Unfehlbarkeit, andererseits auch von Ohnmacht und Minderwertigkeit (Volpert 1984).

2. Sensomotorische Belastungsprobleme

Die Bewegungen des Maschinensystems weichen von den menschlichen Bewegungen bezüglich Art und Schnelligkeit erheblich ab. Es kommt zu Koordinierungsproblemen und zu Fehlerhäufungen sowie zu Unfällen.

3. Problem/Störungen bei kognitiven Wahrnehmungsprozessen

An computergesteuerten Maschinen werden Zeichen und Symbole verwandt. Es wachsen die Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten.

4. Probleme bei kommunikativen Wahrnehmungsprozessen

Die neuen Arbeitsplätze verlangen eine permanente örtliche Anbindung des Überwachungs-/Bedienungspersonals. Kontakte und Dialoge zu Kollegen bzw. zu Vorgesetzten sind äußerst reduziert. Emotionale und soziale Unterstützung, für die Bewältigung von Problemen und Belastungen sehr wesentlich, sind stark eingeschränkt.

5. Störungen bei interaktiven Wahrnehmungsprozessen

Das Ziel des Arbeitsprozesses wird vom Einzelnen nicht mehr erkannt. Die Identifikationsmöglichkeit mit dem Gesamtprozess und dem Betrieb kann verloren gehen.

Diese geschilderten Veränderungen der Belastungsstrukturen bringen Veränderungen der Beanspruchungsfolgen bei den Beschäftigten in Form von Unwohlsein, Befindlichkeitsstörungen und psychosomatischen Krankheiten mit sich. Zugleich bleiben allerdings akute Folgen der Arbeit in Form von Unfällen, erkannten und nicht erkannten Berufskrankheiten weiterhin von großer Bedeutung. Das Krankheitsspektrum verschiebt sich mehr von akuten zu chronischen Erkrankungen. Chronische Erkrankungen sind dadurch zu charakterisieren, dass die kurative Medizin ihnen zumeist machtlos gegenübersteht. Sie kann keine Wiederherstellung von Gesundheit herbeiführen, sondern nur Linderung verschaffen. Bei diesen geschilderten unspezifischen Belastungssyndromen treten keine spezifischen Erkrankungen wie bei den Unfällen und Berufskrankheiten als Reaktionen auf. Die Erkrankung muss vielmehr als unspezifische Reaktionsweise verstanden werden. Diese unspezifischen psychosomatischen Reaktionsformen lassen eine Zusammenhangsfrage bezogen auf die verursachenden Arbeitsbedingungen mit den monokausalen Kategorien von Arbeitsunfall und Berufskrankheit nicht mehr zu. Sie sind in diesen einfachen Modellvorstellungen, wie sie in der Arbeitsmedizin herrschend sind, über die Entwicklung und Verursachung von Krankheit nicht mehr zu fassen. Gefährdungen und Beschädigungen bzw. Belastung und Beanspruchung sowie deren Bewältigung wirken bei der Arbeitsperson in einer funktionalen Verschränkung.

In der Auseinandersetzung mit diesen Entwicklungen haben kritische Arbeitswissenschaftler eine Defizitliste zum Arbeitsschutz erstellt.

Ich möchte sie stichwortartig vorstellen:

- geringe Reichweite der Vorschriften
- konkrete und verbindliche Vorschriften richten sich nur punktuell und isoliert auf jeweils einzelne Aspekte des Arbeitsplatzes, wie z.B. Lärm oder Lufttemperatur.

Das komplexe Zusammenwirken verschiedener Faktoren etwa in Form kombinierter Belastungen ist dagegen wenig oder gar nicht erfasst. Der

Schwerpunkt der Regelung liegt auf der Arbeitsumgebung (Licht, räumliche Verhältnisse, Klima usw.) und der sicherheitstechnischen Gestaltung von Arbeitsumgebung und Arbeitsmitteln, um Unfälle zu verhüten. Arbeitsorganisation, Einfluss- und Entscheidungsspielräume der Betroffenen bleiben – auch als ursächliche Faktoren für den eingegrenzten Aspekt der körperlichen Gesundheit – ausgeklammert.

- Nichteinhaltung staatlicher und berufsgenossenschaftlicher Vorschriften (Vollzugsdefizit)
- geringe Kontrollfunktion staatlicher und berufsgenossenschaftlicher Organe
- häufiges und weitgehendes Akzeptieren und Hinnehmen des mit Lohnarbeit verbundenen Gesundheitsverschleißes
- Funktionalisierung des Arbeitsschutzsystems für nichtgesundheitliche betriebliche Interessen (Selektion von Personal durch Betriebsmedizin)
- rechtliche und betriebspolitische schwache Stellung des an sich schon überlasteten Betriebsrates (Wahrnehmungsdefizite)
- Übergewicht einer naturwissenschaftlich verkürzten Sichtweise der Betriebsärzte und Ingenieure sowie der Verantwortlichen in den Betrieben bezüglich arbeitsbedingter Risiken und Erkrankungen, Fixierung auf Unfall und Berufskrankheitenmodell mit der entsprechenden Monokausalität
- Maßnahmen bleiben häufig auf rein technische oder ärztliche Untersuchungen beschränkt
- unzulängliche Qualifikation der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte
- fehlende Verknüpfung von professionellem Fachwissen der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte mit den informellen Kenntnissen und Bewältigungsstrategien der Beschäftigten
- Blockierung der Kompetenz, der Problemnähe und kontinuierlichen Erfahrung von betroffenen Arbeitnehmern
- fehlende Integration der Sicherheitsbeauftragten, mangelnde Qualifizierung dieser Gruppe.

Es wird festgestellt, „dass sowohl die Normierungsbereiche als auch die zur Verfügung stehenden Instrumente des Arbeitsschutzes einen Großteil der neuen Problemkonstellationen nicht erfassen und auf absehbare Zeit nicht erfassen werden“ Es stellt sich die Frage, ob nicht der traditionelle Arbeitsschutz zu weicheren Formen greifen muss, wie Beratung von Betriebsparteien, in Konkurrenz zu freien Trägern und privaten Einrichtungen. Der Arbeitsschutz sollte auch programmatisch sich eindeutiger an dem Ziel der Sicherung oder Herstellung von Mindestarbeitsbedingungen (Ausführbarkeit, Erträglichkeit) orientieren. Fragen der Zumutbarkeit und des Wohlbefindens sollten mehr einer erweiterten Tarifpolitik und betrieblichen Regelungen zugewiesen werden. Die Frage der Mitbestimmung am Arbeitsplatz könnte dabei umfassend einbezogen werden (Peter 1992).

Diese knappe Darstellung – selbstverständlich summarisch, verallgemeinernd – der Problemlagen in den Betrieben und der Defizite des Arbeitsschutzes soll im folgenden kontrastiert werden mit Gedanken, die eine breitere Sicht auf die Situation werfen.

Eine Analyse und darauf basierende Bewältigung von Gesundheitsgefährdungen durch und in Erwerbsarbeit hat nämlich mit einer Reihe verschiedener, miteinander verknüpfter, z.T. schon angesprochener Fragestellungen zu tun. Erst recht müssen die nachfolgend angesprochenen Themen beachtet werden, wenn wir uns theoretisch wie praktisch mit der gesundheitsgerechten, sozial- und umweltverträglichen Gestaltung von Arbeit und Techniksystemen auseinandersetzen.

1. Ebene der Risikolagen und Gefährdungsmuster auf dem Arbeitsmarkt, in verschiedenen Branchen, Betrieben, Tätigkeiten und an den unterschiedlichen Arbeitsplätzen sowie ihre Entwicklungsprozesse

Die Risiken reichen von Arbeitslosigkeit über die klassischen arbeitshygienischen Belastungsfaktoren aus der stofflichen Seite des Arbeitsprozesses (z.B. gefährliche Arbeitsstoffe) bis hin zu den Gefährdungen aus der Arbeitsorganisation (z.B. Nachtarbeit, Isolation, Monotonie), der Zeitstrukturierung (z.B. Zeitverdichtung, Flexibilisierung) und den inhaltlichen Arbeitsforderungen (z.B. Computerdialog).

2. Ebene der betrieblichen Aushandlungsprozesse zwischen den Interessen der Unternehmer (Management und der Belegschaft/Betriebs- bzw. Personalrat), Niveau der Sozialbeziehung zwischen Kapital und Lohnarbeit bzw. Stand der Mitbestimmung

Ob in Betrieben Gesundheitsrisiken wahrgenommen, thematisiert und präventiv angegangen werden und wie mit gesundheitlich Gefährdeten bzw. Beeinträchtigten umgegangen wird (diskriminierend oder integrativ fürsorglich), ob die Notwendigkeit einer aktiven gesundheitsgestalterischen Betriebspolitik gesehen wird, hängt entscheidend davon ab, ob Mitbestimmung vorhanden ist und welche Qualität sie hat.

3. Ebene der institutionellen und normativen Regulierung von Gefährdung und Schädigung bzw. individueller Problemlagen (Gesundheits- und Sozialpolitik, betriebliches/überbetriebliches Arbeitsschutzsystem)

Das derzeitige Schutzsystem wirkt selbst bei traditionellen Risiken höchst selektiv (Einzelbelastung, Einzelfälle, Unfallparadigma). Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren im Umgang mit Erkrankten fördert diese Individualisierung und Verrechtlichung im Rahmen der finanziellen Kompensation (Verrentung) und Kuration (medizinisch behandeln).

Regulierungsformen der Gesundheitsgefährdungen aufgrund der neuen technologischen und arbeitsorganisatorischen Entwicklung stehen kaum zur Verfügung. Auf eine sozial- bzw. humanverträgliche Arbeits- und Technikgestaltung ist das System gar nicht oder nur sehr unzureichend vorbereitet. Es bedarf der Ergänzung und Strategien der Gesundheitsförderung und der menschengerechten Arbeits- und Technikgestaltung.

4. Ebene der geschlechts- und gruppenspezifischen Lebens- und Berufsverläufe

Die Chancen, in stabile und inhaltlich anspruchsvolle sowie gesundheitsverträgliche Berufsverlaufsmuster zu kommen, sind ungleich verteilt. Von einer Kumulation von Arbeits- und Lebensrisiken in ihrem Lebenslauf sind insbesondere Unqualifizierte (häufig Frauen und Ausländer) betroffen.

Sozialpolitische Interventionen blenden gerade Zeitstrukturen, Prozesscharakteristiken aus. Vorstellungen über die Zeitgestaltung von Leben und Lebensanforderungen, Arbeit und Arbeitsanforderungen sind in diesem Zusammenhang anzusprechen (Nachtarbeit, Rhythmus). In diesen Zusammenhang gehören auch alle diejenigen Gesichtspunkte, die mit den Stichworten Individualisierung und Aushandlungsprozesse zwischen Mann und Frau, um Orientierung auf Beruf, gesellschaftliche Teilhabe in Einklang zu bringen mit Wünschen nach emotionaler, sozialer Bindung (Kinder, Hilfe in Problemlagen, Familienleben).

5. Ebene der individuellen bzw. subjektiven Bewältigungs- bzw. Auseinandersetzungskompetenz, lebensweltlicher Horizont, in dem sich Individuen

orientieren und ihr Handeln planen, ihr Tätigsein immer wieder neu strukturieren

Die Erhaltung von Gesundheit bzw. Entwicklung von Krankheit hängt wesentlich davon ab, welche biologische und psychosoziale (miteinander verschränkt) „Immunität“ eine Person erworben hat und von welcher Art bzw. von welchem Niveau die soziale Unterstützung des Umfeldes ist (Kollegen, Familie, Nachbarschaft, Freunde).

Bildung, berufliche Qualifikation, Konfliktfähigkeit, Einkommen, soziale Kontakte, emotionale Beziehungen, politische Teilnahme spielen hier eine entscheidende Rolle. In diesem Kontext im Zusammenhang mit Punkt 4 „Geschlechts- und sozialschichtenspezifische Lebens- und Berufsverläufe“ kommen alle die Fragen zum Tragen, die mit der Thematik der Veranstaltungsreihe „Identitäten in der Krise – Krise der Normalarbeit“ verbunden sind.

6. Ebene der theoretischen Modellbildung über Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsverursachung und Entwicklung

Für den Arbeitsschutz wie für Gesundheitsförderungspolitik und Strategien der Arbeits- und Technikgestaltung ist es notwendig, sich theoretisch auf ein Modell zum Wechselverhältnis von Umwelt und Individuum im Rahmen von beruflicher Tätigkeit zu verständigen. In diesem zunächst einfachen Modell von Umwelt und Individuum gilt es zu unterscheiden zwischen Risiken/Gefährdungen und den Ressourcen. Sowohl Risiko als auch Ressource müssen danach unterschieden werden, ob sie in der Umwelt bzw. im Individuum vorhanden sind. In diesem Modell müssen folgende Aspekte beachtet werden:

1. Es muss zwischen krankheitsgebünstigten und krankheitshemmenden Einflüssen bzw. gesundheitsgefährdenden und gesundheitsfördernden Einflüssen unterschieden werden. Sie können sowohl in der Person als auch in der Umwelt liegen (z.B. Qualität der Arbeit, Arbeitsgestaltung, Zugang zur sozialen Hilfeleistung, Giftstoffe in Nahrungsmitteln, Kontrolle über Arbeitsbedingungen).
2. Die Einflüsse aus der Umwelt auf die Person können direkt oder indirekt über Verhalten und Handeln (z.B. Rauchen, Konfliktleugnung bzw. Konfliktbereitschaft, Konfliktaustragung oder Bearbeitung) wirken. Gerade die Betonung des Handlungsaspektes in der Vermittlung von Umwelt und Individuum eröffnet dem Verständnis von arbeitsbedingten Erkrankungen und ihrer präventiven Bekämpfung grundlegende wichtige Erkenntnisse. Umwelt wird als gestaltbar begriffen und die Arbeitnehmer werden nicht nur als Opfer von schädlichen Einflüssen angesehen, sondern als handelnde Subjekte akzeptiert. Ihre Kompetenz bei der Wahrnehmung und Bewältigung von Arbeits- und Umweltbelastungen, wie bei der gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeit, werden einbezogen.
3. Es muss zwischen spezifischen (z.B. Erregern, gefährlichen Arbeitsstoffen und Lärm) Belastungen am Arbeitsplatz und in der Umwelt sowie zwischen unspezifischen Einwirkungen (z.B. Zugehörigkeit zur sozialen Schicht, Betriebsklima, Niveau der Lebensqualität, Rangordnung in der Betriebshierarchie, Maß an sozialer Kontrolle über die eigene Lebens- und Arbeitssituation) unterschieden werden. Es soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass die Medizin und auch die Arbeits- und Sozialmedizin bislang kein „Gesundheitskonzept“ bzw. eine Theorie der Gesundheit entwickelt hat. Insgesamt muss festgestellt werden, dass eine gesundheitswissenschaftliche Begründung der

Bedingungen zur Gesunderhaltung bislang nicht vorliegt. Die bisherige arbeitsmedizinische Forschung hat sich fast ausschließlich mit der Risikoseite des Krankheitsprozesses beschäftigt, kaum mit der Bewältigungsseite (biologische soziale Immunkompetenz). Ihr Modell fußt auf dem Dosis-Wirkungs-Prinzip bzw. dem monokausalen Reiz-Reaktions-Konzept. Insbesondere hat es bislang an konzeptionellen Untersuchungen der internen und externen Ressourcen zum Stabilisierungsverhalten bei der Krankheitsverhütung gefehlt.

7. Ebene der verschiedenen betrieblichen und überbetrieblichen Politikfelder (z.B. Technologie-, Arbeits-, Betriebs- und Umweltpolitik)

Wenn man nicht bei einer Analyse der Gesundheitsgefährdungen und einer technischen Prävention stehen bleiben will, sondern zu einer gestalterischen Gesundheitsförderungspolitik übergehen will, wird man auf eine Integration der Gesundheitsfrage in alle Politikbereiche übergehen müssen (Healthy Public Policy). Dies gilt auch für die verschiedenen Politikfelder und Politikbereiche in den Betrieben.

Vor diesem geschilderten Hintergrund der Problemfelder in den Betrieben und den Defiziten des Arbeitsschutzes – eher aus „klassischer“ arbeitswissenschaftlicher Sichtweise möchte ich mich mit dem Stichwort „Gesundheitsförderung“ noch ein wenig auseinandersetzen.

Zunächst muss gefragt werden, was denn unter Gesundheitsförderung verstanden wird, welche Programme durch wen initiiert und verantwortet in den Betrieben durchgeführt werden bzw. wurden.

Die Programme zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – „health promotion in the working world“ kommen aus den USA. Sie wurden in der Welt von Konzernen zur Veränderung von Lebensweisen bzw. Lebensstilen kreiert. Es sind Managementkonzepte. Die folgenden Auflistungen aus einem Papier eines amerikanischen Gesundheitsförderers mögen dies verdeutlichen: „Es sind dieselben Faktoren, die die Qualität und Quantität der Gesundheit einer Person ausmachen, welche auch für die Organisation als solche gelten. Gesundheitsförderungsprogramme nutzen sowohl dem Individuum als auch der Organisation“ (Pelletier 1989, S. 182)

Als nachweisbarer **Nutzen für die Arbeitnehmer** werden von diesem Experten genannt:

1. Beschäftigte konnten ihren Arbeitsplatz behalten, den sie vielleicht anderweitig verloren hätten
2. größere körperliche Fitness
3. bessere Möglichkeiten, mit Stress umzugehen
4. glücklicher und erhöhtes Selbstwertgefühl
5. Fähigkeit, mit spezifischen Problemen (Übergewicht, Rauchen) besser umzugehen
6. Entdeckung bestimmter Krankheiten (z.B. Hypertonie)
7. größere Arbeitszufriedenheit
8. besseres geistiges und physisches Wohlbefinden
9. verbesserte Arbeitsmoral
10. größere Klarheit im Denken und in der Kreativität
11. finanzielle Vergütung oder höheres Einkommen

12. Reduzierung des Konkurrenzdrucks am Arbeitsplatz
13. Verbesserung der Zusammenarbeit unter den Beschäftigten und den Abteilungen
14. Verbesserung der Arbeitsleistung ohne außergewöhnliche Anstrengung
15. Reduzierung von Arbeitssüchtigen (workaholic-Verhalten)
16. geringere Erschöpfung (burn-out und reduzierter Zynismus)
17. Reduzierung des Gebrauchs der medizinischen Einrichtungen
18. weniger Erkrankung/Behinderung und Krankheitstage und Erhöhung von „Gesundheitstagen“
19. andere zu spezifizierende Vorteile

Als **Nutzen für die Arbeitgeber** werden als nachweisbar angegeben:

1. Reduzierung gesundheitlicher Risiken
2. Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen und Verhaltensweisen
3. Reduzierung der Gesamtkosten für Gesundheitsversorgung (hier spielt das amerikanische Sozialversicherungs- bzw. Nichtsozialversicherungssystem eine Rolle, da die soziale Sicherung über den Betrieb mehrheitlich läuft)
4. Steigerung der Produktivität der Firma
5. Rückgang der Fehlzeiten
6. Rückgang der Fluktuation bei den Beschäftigten
7. geringere Versicherungsprämien für die Gesundheitsversorgung (die Firmen sind nämlich bei privaten Versicherungsgesellschaften mit ihren einzelnen Belegschaften versichert)
8. besseres Firmenimage und Darstellung als verantwortungsbewusstes Unternehmen
9. bessere öffentliche Beziehung zur Gemeinde
10. Reduzierung von Ansprüchen wegen Berufskrankheiten und Reduzierung von Arbeitszeitverlusten
11. Reduzierung der medizinischen bzw. Krankenhauskosten
12. Reduzierung der Kosten für Berufskrankheiten
13. geringere Kompensationszahlen an Beschäftigte
14. größere Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten
15. verbesserte Arbeitsmoral
16. Rückgang der Arbeitsunfälle
17. Verbesserung der Beziehung zwischen Arbeitgeber/Arbeitnehmer
18. höhere Attraktivität für besser qualifiziertes Personal
19. besseres Wettbewerbsprofil
20. Verbesserung der Personalrekrutierung

21. Reduzierung von Dienst nach Vorschrift
22. Publizität für Produkte, die mit dem Firmenimage in Beziehung stehen „gesunde Produkte von gesunden Mitarbeitern für gesunde Kunden“
23. Reduzierung von Erkrankungen und frühzeitigem Tod bei Schlüsselpersonen
24. angemessener Gebrauch der medizinischen Einrichtungen
25. andere zu spezifizierende (Vorteile (ebenda, S. 182-184)

Was machen solche Health Promotion Programme?

Pelletier nennt folgende Programm-Elemente:

1. Allgemeine Gesundheitserziehung
2. Raucherentwöhnungstraining
3. Ernährungsberatung
4. Gewichtskontrolle
5. Stressmanagement
6. psychologische Beratung
7. physische Fitness
8. allgemeinmedizinische Untersuchung
9. Gesundheitsuntersuchungen für bestimmte Leiden
10. Prävention bestimmter Krankheiten
11. Immunisierung
12. Feststellung von Gesundheitsgefährdungen
13. Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
14. Hypertonieuntersuchung
15. Sicherheit außerhalb der Arbeitswelt für Arbeitnehmer und Angehörige
16. Rückenprobleme
17. Physische Rehabilitation für langfristig Erkrankte
18. Drogen-/Alkoholmissbrauch
19. Erziehung bezüglich Krebsrisiken
20. Asthma
21. Verbesserung des funktionalen Status trotz Erkrankungen (Asthma, Rückenschmerzen, Herzerkrankungen, chronischer Schmerz)
22. persönliche Finanzen
23. Nutzung von Personalcomputern
24. medizinische Selbstuntersuchung wie Brust- und Hodenuntersuchung und Versorgung der Kinder
25. angemessener Gebrauch der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, um ihre exzessive und unberechtigte Nutzung zu begrenzen

- 26. Gebrauch von Sicherheitsgurten und Kindersicherheitssitzen sowohl in Privat- als auch Firmenauto
- 27. Augen- und Augendruckkontrolle
- 28. gesundheitsbezogene Erholungsprogramme: Fußball, Softball, Bowling, Aerobic
- 29. „Parcours“ Gymnastik oder Übungseinrichtungen

Es stellt sich die Frage, ob mit dieser Strategie, Möglichkeiten einer Gesundheitsförderung, die nicht nur in der Verhinderung von Krankheit besteht, sondern Gestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten der Individuen aufgreift, umgesetzt werden können.

Macht also Arbeit gesund?

Ja, selbst entfremdete und entfremdende Arbeit scheint eine Bedingung zu sein, um gesund zu bleiben oder anders herum: Entfremdete Arbeit führt nicht automatisch in die Abstiegskarriere: frühe Leiden, chronische Erkrankung, früher Tod. Arbeitstherapie, Rehabilitation, Arbeitslosigkeit, Krankheit. Allerdings Arbeit macht ebenfalls krank!

Literatur

- Baethge, M.; Oberbeck, H., 1986: Zukunft der Angestellten. Neue Technologien und berufliche Perspektiven in Büro und Verwaltung, Frankfurt a.M./New York
- Benz-Overhage, K. u.a., 1982: Computertechnologien im industriellen Arbeitsprozeß, in: G. Schmidt u.a. (Hg.): Materialien zur Industriesoziologie, Sonderband 24 der KfZSS
- Brandt, G. u.a., 1978: Computer und Arbeitsprozeß, Frankfurt a.M./New York
- Kern, H.; Schumann, M., 1984: Ende der Arbeitsteilung, München
- Kotthoff, H.; Ochs, P., 1989: Ausgliederung oder Integration? Behinderte und Leistungsgeminderte im Betrieb, ISO-Institut, Saarbrücken
- Pelletier, K.R., 1989: Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung und WHO (Hg.): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, Berlin, S. 182
- Peter, G.: Zur grundlegenden Bedeutung von Kooperation für den Betriebsalltag im Arbeitsschutz, in: Martens, H. u.a.: Arbeitsschutz und Betriebsalltag – Zusammenarbeit für Sicherheit und Gesundheitsschutz im Betrieb, sfs-Beiträge aus der Forschung, Band 63, Dortmund 1992
- Volpert, W.: Das Ende der Kopfarbeit oder: Daniel Düsentrieb enteignet sich selbst, in: Psychologie heute, Nr. 10 und 11, S. 29-39 1984