

Rainer Müller (1992): Arbeitsbedingte Erkrankungen als medizinisches und sozialstaatliches Konstrukt, Vortrag auf der SFB D1-Konferenz, Arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken und soziale Sicherungen in der Geschichte am 22.-23.05.1992, Sonderforschungsbereich 186, Universität Bremen

1. Industrielle Pathogenität und sozialstaatliche Regulierungen. Eine kurze Chronologie und Charakterisierung

1871 Haftpflichtgesetz

- Schadensersatz bei Arbeitsunfall
- Klage durch Arbeiter
- Haftung des Unternehmers

1884 Unfallversicherungsgesetz

- rechtliche und medizinische Definition: Arbeitsunfall definiert

- Wahrnehmungskontext: Meldepflicht durch Arbeitgeber; sichtbar für alle Akteure im Betrieb, öffentliches Geschehen; eindeutige Betroffenheit

- Verfahren, Umgang: Regelung vorhanden

- Adressat:
 1. Staatliche Gewerbeaufsicht
 2. Unfallversicherung

- Handlungskonsequenzen
- medizinische Behandlung (Kuration), Rehabilitation (Bezahlung Unfallversicherung)
- finanzielle Entschädigung (Kompensation)
- eventuell Prävention: technischer Arbeitsschutz

1925 Berufskrankheitenverordnung

- rechtliche und medizinische Definition: Orientiert am Unfallbegriff wurden Berufskrankheiten definiert, 1925 Liste mit 11 Krankheiten, 1992 Liste mit 59 Positionen

- Wahrnehmungskontext: Anzeigepflicht durch Ärzte

- Verfahren/Umgang: Regelung vorhanden

- Adressat:
 1. Staatliche Gewerbeaufsicht
 2. Unfallversicherung

- Handlungskonsequenzen

- medizinische Behandlung (Kuration), Rehabilitation (Bezahlung Unfallversicherung)

- finanzielle Entschädigung (Kompensation); eventuell Prävention: technischer Arbeitsschutz

1973 Arbeitssicherheitsgesetz

(regelt Wirken von Betriebsärzten und Sicherheitsingenieuren im Betrieb und führt den Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen ein)

- rechtliche und medizinische Definition: arbeitsbedingte Erkrankungen wurden nicht definiert

- Wahrnehmungskontext

- nur Betriebsärzte aufgefordert (§ 3 "Aufgaben der Betriebsärzte 3.10) 'Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen

und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen"

- kein Wahrnehmungs- bzw. Erkennungsverfahren entwickelt
- keine Anzeigepflicht für Ärzte

- Verfahren/Umgang

rechtlich nicht geregelt

medizinisch wurde kein Verfahren entwickelt

- Adressat: Arbeitgeber
- Handlungskonsequenzen, wenn als arbeitsbedingt durch Betriebsarzt definiert: Kuration (Bezahlung durch die Gesetzliche Krankenversicherung)
- keine Kompensation
- eventuelle Prävention

wenn nicht als arbeitsbedingt definiert

- Kuration (Bezahlung durch GKV)
- keine Kompensation
- keine Prävention

1989 "Gesundheitsreformgesetz" (SGBV)

§ 20 "Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung"

"Die Krankenkassen können bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken. Sie arbeiten mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben."

- rechtliche und medizinische Definition:

nicht definiert

- Wahrnehmungskontext

- Gesetzliche Krankenversicherung
Auswertung der Routinedaten über Morbidität der Versicherten
(Gesundheitsberichterstattung)
- z.T. von Kassen Verfahren entwickelt und praktiziert
- Unterrichtungspflicht von Unfallversicherungsträgern

- Verfahren/Umgang

rechtlich nicht eindeutig geregelt; z.T. von Kassen entwickelt und praktiziert;
setzt auf Aushandlung und Einsicht bei Unternehmen und der Unfallversicherung

- Adressat
 - Versicherte
 - Unfallversicherung
 - Unternehmer
 - staatliche Gewerbeaufsicht
- Handlungskonsequenzen
abhängig vom Aushandlungsprozeß und dem Diskurs über die Zusammenhänge

2. Der Begriff "Arbeitsbedingte Erkrankung" steht für die Dethematisierung der industriellen Pathogenität

Erst 102 Jahre nach dem Haftpflichtgesetz wird mit dem Begriff der arbeitsbedingten Erkrankung im Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 eine über Arbeitsunfall und Berufskrankheit hinaus gehende gesundheitliche Gefährdung und Schädigung von abhängig Erwerbstätigen vom deutschen Sozialstaat anerkannt.

Dieses Jahrhundert ist die Geschichte der Dethematisierung der industriellen Pathogenität in der öffentlichen Wahrnehmung und sozialstaatlichen Bearbeitung.

Unter dem Konzept der Dethematisierung haben Dietrich Milles und ich den Prozeß der Benennung und zugleich Nichtbearbeitung des Gesundheitsverschleißes der Erwerbsbevölkerung durch die kapitalistische Produktions- und Arbeitsweise beschrieben.

Sozialstaatliche Regulierungen und medizinische Definitionsmacht haben an diesem Prozeß der Dethematisierung nicht unwesentlich mitgewirkt.

Der Begriff "Arbeitsbedingte Erkrankung" im Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 markiert somit die Vergangenheit des gesellschaftlichen medizinisch-ärztlichen und sozialstaatlichen Umgangs mit der Risikoproduktion. Zugleich steht er auch für die gegenwärtige medizinische und sozialstaatliche Auseinandersetzung mit der Gesundheits- und Naturzerstörung durch und in Lohnarbeit.

Einerseits wird mit dem Begriff einer gesellschaftlichen und ebenfalls individuellen Erfahrung Rechnung getragen, daß nämlich Arbeitnehmer durch und in ihrer Erwerbsarbeit erkranken, andererseits bleibt der Begriff jedoch sowohl im sozialstaatlichen Regulierungskontext wie auch in der medizinischen Deutung und Operationalisierung merkwürdig schemenhaft und unpräzis. Der Begriff wirkt wie ein Konstrukt, das etwas anzeigt, es jedoch zugleich undefiniert und unbearbeitet läßt.

3. Arbeitsbedingte Erkrankung als sozialstaatliches Konstrukt

Die Funktion dieses Konstrukts besteht im Arbeitssicherungsgesetz zunächst unmittelbar darin, den Staat zu legitimieren, daß Unternehmer in Fragen des Arbeitsschutzes sich Betriebsärzte als Berater halten müssen. Im Gesundheitsreformgesetz legitimiert dieser Begriff, Krankenkassen nach Zusammenhängen von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Schädigungen zu fragen sowie Unfallversicherungen darüber zu unterrichten.

Das erstmalige Auftauchen dieses Begriffs im Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 hängt mit der damaligen Reform des westdeutschen Sozialstaates zusammen.

So wurde Ende der 60er Jahre bzw. Anfang der 70er Jahre die Notwendigkeit gesehen, die westdeutsche Wirtschaft und die sozialstaatlichen Regulierungen zu modernisieren. Es ging darum, die Arbeitsfähigkeit und die Wettbewerbsfähigkeit der westdeutschen Erwerbsbevölkerung zu sichern. Es kam zu einer Reihe von gesetzlichen Regelungen, die von einigen Autoren als präventive sozialstaatliche Wende beschrieben wurden. Diese rechtlichen Regelungen hatten die Gefährdungsmomente und Schädigungswirklichkeiten

durch Erwerbsarbeit durchaus im Blick, ohne sie jedoch zentral anzusprechen. In der damaligen Zeit wurden u.a. folgende Gesetze erlassen:

- 1968 Gerätesicherheitsgesetz
- 1969 Lohnfortzahlungsgesetz (Gleichstellung Arbeiter mit Angestellten - 6 Wochen Lohnfortzahlung)
- 1971 Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe
- 1972 Betriebsverfassungsgesetz
- 1972 Rentenreformgesetz
- 1973 Arbeitssicherheitsgesetz
- 1974 Schwerbehindertengesetz
- 1974 Rehabilitationsangleichungsgesetz
- 1975 Arbeitsstättenverordnung
- 1974 Aktionsprogramm "Humanisierung des Arbeitslebens"

Ob die damalige Politik tatsächlich eine Wende von der Kuration und Kompensation zur Prävention eingeleitet hat, muß allerdings entschieden bestritten werden.

Die Gesetze sind nicht zuletzt auch Reaktionen auf die in den Sozialversicherungen auftretenden Folgeprobleme des gesundheitlichen Verschleißes der Arbeitskraft durch inhumane gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen zu deuten. Die Externalisierung der industriellen Pathogenität war in den Krankenversicherungen ablesbar im Krankenstand und bei der erhöhten Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher Leistungen.

In den Rentenversicherungen drückte sich der Gesundheitsverschleiß in der hohen Rate von Frühinvalidität und vorzeitigem Tod, insbesondere bei den Arbeitern und Arbeiterinnen aus.

Die Zunahme von chronisch Erkrankten schlug sich auch in den Zahlen über Schwerbehinderung nieder.

Das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 versuchte mit dem Konzept: "Reha vor Rente" und "Reha-Gesamtplan" ebenfalls eine Antwort auf das Problem der chronischen Erkrankung als Massenphänomen zu geben.

All diese Gesetze waren auf die Sicherung der Arbeitskraft gerichtet und gingen von der prinzipiellen Gefährdung der Arbeitskraft durch arbeitsbedingte Belastungen, Risiken und Schädigungen aus, ohne jedoch den Tatbestand genauer zu fassen und präventiv zu operationalisieren.

An diesem Punkt muß auf die ambivalente Wirkung sozialpolitischen Maßnahmen hingewiesen werden, die den Schutzgedanken zum strategischen Inhalt haben und nicht die positive menschengerechte, sozial- und umweltverträgliche Arbeits- und Technikgestaltung. Das Schutzkonzept geht nämlich von der grundlegenden Annahme aus, dass jeder betrieblichen und beruflichen Arbeit Gesundheitsgefährdungen und -schädigungen immer „eigentümlich“ sind. „Die Natur des Betriebes“ (Gewerbeordnung) beinhaltet in diesem Verständnis in jedem Fall die Vernutzung der Arbeitskraft; wobei nicht nur die tägliche Ermüdung und Erschöpfung, sondern auch eine langfristige chronische Erkrankung mit unter Umständen tödlichem Ausgang, wie auch das Risiko eines Arbeitsunfalls einkalkuliert sind. In Abhängigkeit von den allgemeinen politischen und

wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und den Machtverhältnissen innerhalb der betrieblichen Sozialbeziehungen kommt höchstens eine ökonomische Rationalität der Vernutzung des Humankapitals zum Zuge (Menschenökonomie).

Einen zentralen Stellenwert in dieser sozialstaatlichen Schutzstrategie haben das Grenzwertkonzept und arbeitsmedizinische Tauglichkeits- bzw. Früherkennungsuntersuchungen. Euphemistisch werden sie auch als Vorsorgeuntersuchungen bezeichnet. Die ambivalenten Wirkungen der Arbeits-Schutz-Politik liegen nun darin, dass zwar Beschäftigte vor extremen Belastungen geschützt werden bzw. nur kurzfristig ihnen ausgesetzt sein dürfen, die Zahl der grenzwertig belasteten Arbeitnehmer jedoch zunimmt. Technische und arbeitsorganisatorische Schutzmaßnahmen orientieren sich nicht an der prinzipiellen Minimierung bzw. Beseitigung von Risiken, sondern an der minimalen Unterschreitung der Grenzwerte. Grenzwerte schreiben geradezu die schlechten Arbeitsbedingungen auf Dauer fest, und zwar auf einem Gefährdungsniveau, bei dem Befindlichkeitsstörungen die Regel und Krankheiten bzw. Todesfälle (z.B. bei Grenzwerten von cancerogenen Stoffen) statistisch einkalkuliert sind.

Nicht nur in der Kollektivierung gesundheitsgefährdender Arbeitsverhältnisse zeigt sich die Ambivalenz der Schutzpolitik, sondern weiterhin in der Selektion von anpassungsfähigen und leistungsfähigen Arbeitnehmern bzw. anders herum in der Auslese der Leistungsgeminderten sowie in der Verlagerung von Belastungen und Gesundheitsrisiken auf andere Tätigkeiten. Solche Belastungsverschiebungen treten gerade dort auf, wo technisch-organisatorische Veränderungen bislang bedeutungslose Belastungen verstärken. Typischerweise treten nun Kombinationen von Belastungen und Risiken auf, deren simultane bzw. sukzessive Wirkungen mittel- bzw. langfristig unspezifisch zu Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und psychische Beeinträchtigungen führen.

Gerade diese unspezifischen arbeitsbedingten Erkrankungen werden im sozialstaatlichen Regulierungssystem zwar als Problem angesprochen (siehe § 3 ASiG bzw. § 20 SGB V), eine operationale Definition und eine präventive sozial- bzw. gesundheitspolitische Bearbeitung findet allerdings nicht statt.

4. Arbeitsbedingte Erkrankungen als medizinisches Konstrukt

Die Unfähigkeit zu einer sozialstaatlichen präzisen Definition einer präventiven Umsetzung arbeitsbedingter Erkrankungen lag und liegt sicherlich an der ordnungspolitischen Grundeinstellung, nämlich nicht in die Autonomie des Unternehmens eingreifen zu wollen; so richten sich alle Arbeitsschutzgesetze und die daraus abgeleiteten Regulierungen grundsätzlich an die Verantwortung des Unternehmers. Zugleich muß jedoch gesehen werden, daß vom Sozialstaat eine Präzisierung des Komplexes "arbeitsbedingte Erkrankung", "arbeitsbedingter Gesundheitsverschleiß" nicht vorgenommen wurde, weil die Institution, auf die der Sozialstaat sich in Fragen von Krankheit, körperlichem Schaden und Schädigung als definierende und begutachtende Instanz alternativlos eingelassen hatte, nämlich das Medizinsystem, ihm auch kein ausgearbeitetes Konzept "arbeitsbedingte Erkrankung" anbot.

Im Medizinsystem hatte sich ein Krankheitsverständnis durchgesetzt, das die soziale

Ätiologie und Genese von Krankheit, also die Arbeitsbedingtheit, fast gänzlich ausschloß. Die klinische-naturwissenschaftliche Medizin hatte gegenüber bescheidenen Ansätzen der Gewerbe- und Sozialhygiene bzw. Sozialmedizin absolute Definitionsmacht und Begutachtungskompetenz erworben.

Zwar konnte auch diese Medizin sich nicht der empirischen Evidenz von sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod entziehen, Erklärungen dafür wurden allerdings weniger in den gesellschaftlich bestimmten Arbeits- und Lebensverhältnissen gesucht, sondern mehr in endogenen und genetischen Minderwertigkeiten der Unterschichten gesehen. Wenn diese Deutung nicht abgenommen wurde, dann rekurrierte die Medizin auf Fehlverhalten und Unsittlichkeit als Quelle von Krankheit und vorzeitigem Tod. Eine moderne Variante letzterer Sicht finden wir in der Risikofaktorenmedizin und in dem, was ihre Apologeten auch als Verhaltensmedizin bezeichnen.

Eine Arbeitsbedingtheit hat die klinisch-naturwissenschaftliche Medizin nur in der Kategorie Arbeitsunfall und darauf bezogen, im Begriff Berufskrankheit in ihr Verständnis aufgenommen, worauf ich später noch zurückkommen werde.

Die naturwissenschaftlich-klinische Medizin operiert mit einer Krankheitslehre, die von Krankheiten (Entität) mit mehr oder weniger typischen Zeichen (Symptomen, Syndromkomplexen) und Krankheitsabläufen ausgeht. Die Krankheitseinheiten, Krankheitsbilder oder auch Krankheiten werden nach ätiologisch-pathogenetischen, nach anatomisch-morphologischen (z.B. schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome), nach funktionellen (z.B. Bluthochdruck) oder nach biochemischen (z.B. Stoffwechselstörungen) Kriterien definiert. Die naturwissenschaftliche Medizin geht in ihrer Reinform von einem erlebnisunabhängigen pathogenetischen Prozeß aus oder weist dem Erleben, dem Subjektiven, dem Sinnhaften bzw. dem Biographischen und der Sozialität der Person auch auf der Ebene des Körperlich-Leiblichen nur eine Parallelfunktion zu. Für diesen Teil des Erkrankens und Krankseins, wenn sie ihn überhaupt sieht, erklärt sie sich nicht für zuständig.

Gemäß diesem naturwissenschaftlichen Reduktionismus werden Diagnosen durch anatomisch-morphologische, physikalische, chemische und biologische Untersuchungsmethoden erstellt. Es werden Daten über biochemische, physiologische, morphologische Parameter erhoben und zu einem Krankheitsbild zusammengefaßt. Die erhobenen Daten werden nach Vorstellungen über Normalität bzw. Grad der Normabweichung in ihrer pathologischen Wertigkeit beurteilt und einem Stadium des pathogenetischen Prozesses (biologischer Determinismus) zugeordnet. Die naturwissenschaftlich-klinische Medizin definiert sich also vom Defekt, vom Anormalen, vom Krankhaften her. Ihr ätiologisches bzw. pathogenetisches Modell bezieht nur monokausale, spezifische, endogene und z.T. auch exogene Krankheitsursachen ein. Moderne Varianten bedienen sich kybernetischer Rückkoppelungs-Konzepte.

Es werden spezifische Ursachen für den Erkrankungsprozeß verantwortlich gemacht (Spezifitätsthese). Die impliziten und expliziten Kausalitätstheorien bleiben jedoch unbefriedigend. Monokausale Theorien wurden zwar zurückgedrängt, die Vorstellungen über additive bzw. multifaktorielle Verursachungen verweisen zwar auf hohe Komplexität, können die Krankheitsprozesse aber nicht darstellen. Unterscheidungen über wesentliche und unwesentliche, beeinflussbare und unbeeinflussbare Bedingungen, Disposition und Auslöser von Krankheiten verbleiben erkenntnistheoretisch und methodisch auf einem

unzulänglichen Niveau.

Tendenziell verlagert die naturwissenschaftliche Medizin ihre Analyse- und Handlungsebenen immer weiter in den Mikrobereich hinein. Waren früher Körpersäfte, Organe, Gewebe und Zellen Orte der Krankheit (Lokalismusthese), so wird heute durch die Molekularbiologie (Genetik) der Sitz der Krankheit in die Gene, die Erbsubstanz, verlegt. Krankheiten, insbesondere Alterskrankheiten, d.h. chronische Krankheiten, werden der Disposition, also dem genetischen Code zugeschlagen. Humangenetische Diagnostik und Therapie wird zunehmend propagiert.

Die fortschreitende Molekularisierung des Krankheitsverständnisses mit seiner weiteren Technisierung, besonders von Diagnostik und von Therapie, führt zu einer stärkeren Arbeitsteilung und Spezialisierung im Medizinsystem mit seinen negativen Konsequenzen der Depersonalisierung der Kranken und der Angehörigen der Gesundheitsberufe (Iatrogenesis). Diese biomedizinische Fortschrittseuphorie der Humangenetik als fachübergreifende Grundlage einer allgemeinen Krankheitslehre hat auch die Arbeitsmedizin ergriffen, die traditionell sich mit dem Verhältnis von Disposition und Exposition auseinandergesetzt hat. Gald der Exposition gegenüber physikalischen, chemischen und biologischen Einzelfaktoren das traditionelle Interesse, so schwingt derzeit die Orientierung in Richtung genetisch geprägter Empfindlichkeit gegenüber z.B. chemischen Stoffen mit der Konsequenz, dass Präventionshoffnungen im Gene-Screening verlagert werden.

Eine soziale Ätiologie und Pathogenese von Krankwerden und Kranksein schließt die Medizin aus.

Entsprechend dem synthetisierten bzw. konstruierten Krankheitsbild und seinen zeitlichen Entwicklungsstadien wird therapeutisch interveniert. Die Interventionsmaßnahmen sind wiederum naturwissenschaftlich-technisch ausgelegt. Es wird durch chirurgisch-operative Eingriffe, durch physikalisch-technische Interventionen und durch chemische Maßnahmen in physikalisch, biochemisch definierte Organprozesse eingegriffen.

Vor diesem Hintergrund der Kurzcharakterisierung der Kurzcharakterisierung der aktuellen Situation der naturwissenschaftlichen Medizin und der Arbeitsmedizin möchte ich mich nun meiner These zusenden, die besagt, dass auch für die Arbeitsmedizin arbeitsbedingte Erkrankungen ein Konstrukt geblieben sind. Ein Konstrukt insofern, als die Arbeitsmedizin arbeitsbedingte Gefährdungen, Belastungen und Risiken zwar sieht, ihr Gefährdungspotential jedoch nur in der Monokausalität und ihren multifaktoriellen Prozeß jedoch negiert. Die Krankheitsfolgen solcher Risiken, insbesondere mit größerer Latenzzeit werden nur selektiv und reduktionistisch im Sinne von einer Ursache und einer Wirkung wahrgenommen.

Das Problem der Arbeitsmedizin besteht darin, dass sie sich mit der industriellen Pathogenität generell konfrontiert sieht, diesen Problembezug allerdings nicht konsequenz mit dem Spektrum der relevanten wissenschaftlichen Modelle und Methoden präzisiert und bearbeitet. Besondere Schwierigkeiten hat die Arbeitsmedizin mit normativen Orientierungen, die ihren Sichtweisen, Aufgabenstellungen und Handlungsmustern implizit wie expliziert unterliegen. Es lassen sich hier zwei Charakterisierungen vornehmen:

1. die gesellschaftskritische und emanzipatorische Annahme: Die Aufdeckung von Gesundheitsbelastungen wird als ein Teil einer allgemeinen Ausdehnung medizinischen

Wissens und ärztlicher Interventions-Fähigkeiten auf Arbeitsprozesse und Arbeitnehmer verstanden, um zu geringeren sozialen und gesundheitlichen Schäden sowie größerer sozialer Gerechtigkeit zu kommen.

2. die definitorisch-begutachtende und regulative Annahme: In der Verbindung von naturwissenschaftlich exakten Modellen und Instrumenten sowie juristisch abgeklärten Aussagen wird ein ausreichend effektives und begrenztes Steuerungsmittel für gesellschaftlich zu akzeptierende Risikolagen bereitgestellt.

Zu welcher Seite die Orientierung tendiert, hängt jeweils davon ab, welche Verortung relevante Fachvertreter bzw. dominierende Gruppierungen des Faches an den Schnittstellen verschiedener Problembezüge vornehmen. Solche Problembezüge liegen einmal im sozialen Kontext: so z.B. zwischen

- Arbeitgeber – Arbeitnehmer
- Arzt – Patient
- soziale Bewegungen – soziale Institutionen/Staat/Kapital
- Subjekt – Gesellschaft
- Arbeitsschutz – Gesundheitsförderung bzw. Arbeit- und Technikgestaltung
- Public Health – private Produktion
- soziale Verantwortung – expertokratische Distanzierung.

Zum anderen sind Markierungen und Verortungen im wissenschaftlichen bzw. professionalen Wissenssystem vorzunehmen: Problemlinien hier sind u.a.:

- Individualmedizin – Bevölkerungsmedizin
- klinische Medizin – Sozialmedizin
- Kasuistik – Epidemiologie
- Disposition – Exposition
- Spezifität – Unspezifität
- sozialwissenschaftliche Modelle (Streß) – monokausales naturwissenschaftliches Reizreaktionskonzept
- akut – chronisch.

Bilanzierend lässt sich konstatieren, dass die Arbeitsmedizin mehrheitlich sich auf die enge versicherungsrechtliche Position festgelegt hat. Die Kompatibilität von naturwissenschaftlich beschreibbaren Zusammenhängen von Belastung und Schädigung mit juristischen Kausalitätsvorstellungen hat zu der schon vorne angesprochenen Dethematisierung der industriellen Pathogenität auch in der Arbeitsmedizin geführt. Die industrielle Pathologie blieb auf ein Verständnis reduziert, welches Schädigung lediglich als Unfallfolge in den Blick nimmt. So wurden Arbeiterkrankheiten nur dann als arbeits- bzw. berufsbedingt gewertet, wenn sie mit dem Unfallparadigma vereinbar waren.

5. Arbeitsbedingte Erkrankungen als sozialstaatliches Problem, welches auf verschiedenen Ebenen angegangen werden muß

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. Nacharbeit, Isolation, Monotonie), der Zeitstrukturierung (z.B. Zeitverdichtung, Flexibilisierung) und den inhaltlichen Arbeitsanforderungen (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 Arbeit- und Technikgestaltung.

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

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 (Nacharbeit, Rhythmus). In diesen Zusammenhang gehören auch all 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

Die Erhaltung von Gesundheit bzw. Entwicklung von Krankheit hängt wesentlich davon ab, welche biologische und psychosoziale (miteinander verschränkt) "Immunlage" 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 sozial-schichtenspezifische 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 Gesundheitsförderungspolitiken und Strategien der Arbeit 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 krankheitsbegünstigenden und krankheitshemmenden Einflüssen bzw. gesundheitsgefährdenden und gesundheitshemmenden Einflüssen unterschieden werden. Sie können sowohl in der Person als auch in der Umwelt liegen (z.B. Qualität der Arbeit, Arbeitsbelastung, 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 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 und 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. Ihr Modell fußt auf dem Dosis-Wirkungsprinzip bzw. dem monokausalen Reiz-Reaktionskonzept. 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 Gesundheitsförderungs- politik 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.