

**Rainer Müller (1993): Arbeitsbedingte Erkrankungen als medizinisches und sozialpolitisches Problem, veröffentlicht in: D. Milles (Hg.), *Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherungen in der Geschichte*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag, 479-497.**

Im folgenden Beitrag werden die Schwierigkeiten vorgestellt, die sich aus dem Bemühen ergeben, Gesundheitsrisiken in modernen Gesellschaften von ihrer Verursachung in der Erwerbsarbeit her zu erkennen und abzubauen. Dieses Bemühen, das nunmehr seit dreißig Jahren mit dem Begriff 'arbeitsbedingte Erkrankungen' verbunden ist, gilt nämlich einem Problemfeld, das offenkundig an einer Schnittstelle konkurrierender professioneller Bearbeitung liegt. Insbesondere medizinische und sozialpolitische Argumentationslinien markieren dieses Problemfeld unter strenger Abgrenzung gegeneinander ganz verschieden. Im folgenden wird versucht, diese Abgrenzungen zu erklären und für einen Abbau ineffektiver Gegensätze zu plädieren.

## 1. Gesundheitliche Risiken in der Erwerbsarbeit als Gegenstand sozialstaatlichen Handelns

Die existentielle Sicherung der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung ist an die Erwerbsarbeit gebunden. Die Sicherung des ökonomischen und sozialen Status wird durch Risikolagen wie Krankheit, Unfall, Alter und Arbeitslosigkeit bedroht. Krankheiten und Unfälle, aber auch Altersprozesse werden zwar im Alltag wie natürliche Ereignisse betrachtet, müssen aber in ihrer gesellschaftlichen Risikostruktur begriffen werden: in Bezug auf ihre Entstehung, ihre Folgen für den gesundheitlichen und sozialen Status, deren Bearbeitung und die Folgeprobleme ihrer Bearbeitung.

Auf diese Risiken kann die Sozialpolitik mit drei unterschiedlichen Strategien sozialer Sicherung reagieren, denen auch unterschiedliche Risikodefinitionen zugrunde liegen: Die erste zielt auf finanzielle Überbrückung krankheitsbedingter Lohnausfälle und Behandlungskosten; sie ist als Sicherung des in der Erwerbsarbeit erreichten ökonomischen Status zu bezeichnen. Die zweite Strategie baut auf die schnellstmögliche Reparatur und Rehabilitation, wenn die Risiken dennoch eingetreten sind; diese Strategie bezieht sich im Gegensatz zur ersten auf die gesamte "Bevölkerung", also nicht nur auf Arbeitsbürger, deren individuell erreichten Status die erste Strategie sichern soll, nicht einmal nur auf Staatsbürger, sondern auf alle Einwohner eines Territoriums. Die dritte Strategie zielt gegenüber den beiden vorherigen auf Prävention von Gesundheitsschäden; diese Strategie soll sowohl der gruppenspezifischen Statussicherung als auch der allgemeinen Gesundheitsicherung dienen.

Alle Strategien sind für jeweilige Traditionen der Sozialpolitik paradigmatisch geworden: für soziale Sicherung als Politik monetären Transfers, als Politik sozialer Dienste und als materielle Eingriffe in Handlungsfreiheit von Arbeits- und Sozialbürgern wie Unternehmern und Umwelt. Ihnen liegen jeweils verschiedene Vorstellungen von ursächlichen Problemkonstellationen, kontinuierlichen Problembearbeitungen und sozialpolitischen Zielsetzungen zugrunde. Unter

Medizinern herrscht herkömmlicher Weise die Vorstellung, daß Problembearbeitungen und Zielsetzungen ausschließlich durch ursächliche Problemkonstellationen bestimmt sein müssen. Doch ist diese Vorstellung nur tauglich, soweit und solange Wirkungen und Folgen von bestimmten Ursachen nach dem Muster von Infektionen, Seuchen oder Unfällen begriffen werden können.

Die medizinische Kausalität reduziert dabei menschliche, soziale Handlungszusammenhänge so, daß ursächliche Zusammenhänge nur dann mit Wirkungen und Folgen verknüpft werden, wenn diese auffällig sind. Die Auffälligkeit zwischen Ursache und Wirkung ermöglicht eine merkwürdige Spaltung zwischen Normalitätsunterstellungen auf der einen Seite, nach denen die meisten Erkrankungen lediglich von den Folgen her behandelt werden und Spezifitätsforderungen auf der anderen Seite, nach denen manche Erkrankungen nur durch strenge Kausalnachweise auf Verursachungen bezogen werden.

Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit werden allerdings sowohl durch natürliche oder schicksalshafte Erkrankungen und Alterungsprozesse gefährdet als auch durch mit der Erwerbstätigkeit selbst produzierten, besonderen Gesundheitsrisiken. Diese Risiken sind den industriegesellschaftlichen Arbeitsbedingungen per se inhärent und rühren aus den stofflichen, organisatorischen und inhaltlichen Dimensionen des Arbeitsprozesses (G. Marstedt; U. Mergner 1986). Sie werden "der Natur des Betriebes" als eigentümlich zugeschrieben, wie es seit der bis heute gültigen Gewerbeordnung von 1869 bzw. 1891 in staatlicher Normierung geschieht. Analog werden in den Arbeitswissenschaften Gesundheitsgefährdungen mit dem Begriffspaar Belastung und Beanspruchung gefaßt und differenziert.

Die soziologische Diskussion bietet mittlerweile Ansätze, mit denen die sozialpolitischen Strategien gegenüber industrieller Pathogenität genauer hinterfragt werden können. Franz-Xaver Kaufmann hat die Steuerungsproblematik als Koordination von sozialpolitischen Handlungsketten vorgestellt, die drei Probleme zu lösen habe:

"a) Die Entwicklung von Richtwerten, an denen die Akteure die Nützlichkeit ihres Handelns für Dritte beurteilen können (Guidance)

b) Information und Motivation zu richtwertorientierten Verhaltensweisen (Control)

c) Sicherung der Kommunikation über Ergebnisbewertung als Voraussetzung von Lernprozessen." (F.-X. Kaufmann 1985, S. 196)

Aufeinander bezogene Handlungen müssen dabei wiederholbar sein, initiiert und erhalten werden, die Leistungsfähigkeit steigern können. Kaufmann hat die sozialstaatlichen Interventionsweisen nach den Eingriffsmöglichkeiten Recht, Geld, Dienstleistung und pädagogische Intervention klassifiziert und gefragt, welche Wirkungsfähigkeit diese jeweilige Eingriffsform zur Lösung von gesellschaftlichen Problemlagen haben (F.-X. Kaufmann 1988).

Adrienne Windhoff-Heritiér hat im internationalen Vergleich Wirksamkeitsbedingungen sozialpolitischer Instrumente analysiert. Sie erläuterte die

Rolle der Wissenschaft bei der institutionellen Interessenvermittlung im Sozialsektor am Beispiel des Ausschusses für Berufskrankheiten beim Arbeitsministerium. Abgestimmte Interessenorganisation, persönliche Verbindungen und absichernde Anonymität der materiellen Entscheidung ersetzen eine öffentliche Evaluation wissenschaftlicher Verantwortlichkeit. Das "Beharrungsvermögen der bestehenden Institutionen" und die "verkarsteten Strukturen" sind demnach zwar historisch zu erklären, können aber den heute anstehenden Problemen nicht mehr gerecht werden. (A. Windhoff-Héritier; S. Gräbe 1989, S. 119)

Auch andere Beiträge der Policy-Forschung machten klar, daß gesetzliche Vorgaben oder staatliche Programme, wie sie Arbeitssicherheitsgesetz und HdA-Programm darstellten, "in ein vielschichtiges Handlungsfeld staatlicher und privater Akteure" (A. Windhoff-Héritier 1989, S. 89) hineinwirken und nicht als Wenn-dann-Konstruktionen bilanziert werden können. Dieses Zusammenwirken von Akteurszielen und Strategien sind im Bereich des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in hohem Maße konsenspflichtig. Hierfür sind die Übertragungen staatlicher Aufgabenstellungen an Sozialversicherungsträger, vor allem Berufsgenossenschaften historisch verantwortlich, so daß die Aufgliederung sozialpolitischer Verantwortlichkeit in Betriebe, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Gewerkschaften, Unternehmerverbände, Expertenverbände oder Behörden marginalisierend wirkt. Windhoff-Héritier weist darauf hin, daß dieser Umstand vor allem durch den Formwandel arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen hin zu langfristigen und unspezifischen Wirkungen, zu nicht-körperlichen psychischen Belastungen fatal wird: "Dies bedeutet aber, daß arbeitsbedingte Erkrankungen immer häufiger multifaktoriell verursacht sind und auch nicht eindeutig quantifiziert werden können. Weil dies so ist, fällt es dem Gesetzgeber schwerer, eindeutige regulative Normen zu erlassen und fällt es den Behörden schwerer zu kontrollieren, ob ein Arbeitsplatz nun wirklich gefährdet ist oder nicht. 'Das Problem' entzieht sich einer eindeutigen Definition, daher können keine präzisen Maßnahmen abgeleitet und aus diesem Grunde kann nicht klar kontrolliert werden." (1989, S. 94) Vor allem diese Beispiele unterstreichen, "daß eine effektive sozialregulative Politik von einem wertmäßigen Konsens der Beteiligten getragen werden muß, wenn sie wirksam formuliert und angewendet werden soll." (ebd., S. 97)

Bezogen auf die erwerbsarbeitsbedingten Risiken und damit verbundenen Gesundheitsschädigungen wurde in den angesprochenen Strategien sozialer Sicherung eine Spezialisierung eingerichtet. Wie in den sozialstaatlichen institutionellen Bearbeitungsweisen generell, wurden auch hier Institutionen und Teilorganisationen sowie Professionen installiert, die in einem Netz von Akteuren die arbeitsbedingten Risiken und ihre gesundheitlichen Folgen bearbeiten und bewältigen sollen. Dies sind einmal die Unfallversicherung und zum anderen die staatliche Gewerbeaufsicht. Sie haben durch materielle Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Unternehmen "mit allen geeigneten Mitteln" den berufsbedingten Gesundheitsgefährdungen entgegenzuwirken. Mit anderen Sozialversicherungen, Einrichtungen des Medizinsystems, verschiedenen Professionen und den Akteuren in den Betrieben bilden sie ein System, das durch Prävention, Kuration und Kompensation die arbeitsbedingten

Gesundheitsgefährdungen bearbeiten sollen und zur Statussicherung der Arbeitnehmer gesundheitlich wie finanziell beitragen sollen.

Ärzte sind innerhalb dieses gesundheitspolitischen, arbeitsweltbezogenen Akteursnetzes nur eine Gruppe. Ihre Bedeutung beschränkt sich aber keineswegs auf Therapie. Erst aus den Abgrenzungsbedürfnissen der anderen Institutionen, was die Zuständigkeit für Risiken und Fälle angeht, ergab sich für Mediziner eine Funktion, die mit Therapie eigentlich nichts zu tun hat, nämlich die des gatekeeping: Die Medizin definiert, reguliert und ermöglicht dadurch den Zugang zu Sozialversicherungsleistungen und sozialen Diensten. Sie vermittelt damit wechselseitig zwischen Individuen, Betrieben, allgemeinem Arbeitsmarkt und den Institutionen der sozialen Sicherung (J. Behrens u.a. 1990). Risikoverständnis, Konzepte der Rehabilitation und Prävention sowie Verständnisse von Leistungswandel und Behinderung werden ebenso so stark durch medizinisch-ärztliche Vorstellung über Krankheit geprägt, wie Beurteilungen von beruflicher Leistungsfähigkeit.

Vorherrschende Konzepte in diesem Teilsystem der sozialen Sicherung basieren auf Verständnissen von Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Jedoch muß deutlich gesagt werden, daß das Konzept von Arbeitsunfall und Berufskrankheit kein rein medizinisches, sondern ein juristisch-medizinisches Konstrukt darstellt. Die Chiffre arbeitsbedingter Erkrankung harret noch einer konzeptionellen Entfaltung in Theorie und Praxis, um die industrielle Pathogenität in ihrer je spezifischen Konkretion zu erkennen, sie zu bewerten und sie präventiv bearbeiten zu können.

Bei der Ausarbeitung der Chiffre stellt sich die Frage, ob nicht wie früher Hoffnungen auf ein Konzept 'Berufskrankheit' bzw. 'arbeitsbedingte Erkrankung' gesetzt werden, mit denen die versicherungsförmige Einbindung in System der sozialen Sicherung unterschätzt wird. Zu fragen ist auch, ob nicht die Prägekraft der Institution so groß ist, daß sie die Problemdefinitionen und Aufgabenstellungen durchdringt, und nicht umgekehrt, daß Problemlagen ihrerseits die versicherungsmäßige Problemdefinition und -bearbeitung ausdifferenziert.

## 2. Marginalisierung und Dethematisierung von Risiken und Schädigungen in der Erwerbsarbeit

Angesichts der strategischen Schwierigkeiten im sozialpolitischen Umgang mit erwerbsarbeitsbedingten Risikolagen wird die Überlegung bestärkt, daß die versicherungsförmige Problembehandlung an sich auf Marginalisierung und Dethematisierung angelegt ist. Dies könnte mit einer bestimmten 'gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit' erklärt werden, mit der Risikolagen als Berufskrankheit, Gewerbekrankheit oder arbeitsbedingte Erkrankung umgedeutet werden, damit höhere gesellschaftliche Werte oder effektive Steuerungen nicht in Frage gestellt werden können. Insofern scheint es auch sinnvoll, den Begriff 'industrielle Pathogenität' als allgemeinere Beschreibung der Erkrankungsprozesse und ihrer Verursachung zu benutzen.

Das, was Karl Marx als Aufgabe der "industriellen Pathologie" benannte (Marx 1963, S. 384), kann heute in einem relevanten Maß wieder in den Diskussionen über Umweltprobleme ausgemacht werden. (vgl. D. Milles; R. Müller 1985; dies. 1987) Öffentlich gefordert wird die Auseinandersetzung mit dem verschiedenen ökologischen Problemlagen (von Pestiziden, Wasserqualität, Waldsterben, Ozonloch bis zu Energiesystemen), während der ursächliche Kern industrieller Pathogenität, der nach wie vor im Produktionsbereich zu suchen ist, wenig Aufmerksamkeit findet. Der hohe Stellenwert, den die Produktivität in unserer Gesellschaft genießt, geht einher mit einer spezifischen Immunisierung: Diskutabel sind die sozialen oder politischen Folgen; die Gefährdungen und Schädigungen der Gesundheit selbst, wie sie in der industriellen Produktion entstehen, finden jedoch in einer individualisierenden und technizistisch gesellschaftlichen Optik keine entsprechende Artikulation und keinen Weg zur wegsamen Politisierung.

Industrielle Pathogenität stellt also eine schwerwiegende Beeinträchtigung einer größeren Bevölkerungsgruppe dar, die gleichwohl in einem erstaunlichen Maße verdrängt werden kann. Die große und erschreckende Diskrepanz zwischen der gesellschaftlichen Bedeutung der industriellen Pathogenität und ihrer wissenschaftlichen wie öffentlichen Problemwahrnehmung hat sich historisch entwickelt und verfestigt (R. Müller u.a. 1985; R. Müller; D. Milles 1984). Hierfür ist in erster Linie die Ausdifferenzierung des Systems sozialer Sicherheit verantwortlich, wobei der Gesundheitsschutz für Arbeiter einerseits in Sozialversicherungspolitik aufging, andererseits als "Restproblem" ebenso aufwendig wie folgenlos betont, praktisch aber mehr und mehr von staatlicher zu berufsgenossenschaftlicher Zuständigkeit verschoben wurde.

Sozialpolitische Maßnahmen gegen industrielle Pathogenität unterlagen so einer Selektivität, die auf formal begründetem Wege wegführte von ursächlichen Zusammenhängen. Staatliche Interventionen wie auch arbeitsmedizinische Behandlung in Forschung und Praxis blieben weitgehend ineffektiv. Die Dominanz ausgrenzender, marginalisierender und auf Produktionsinteresse fixierter Selektivität kann historisch-analytisch erklärt werden.

## 2.1. Individualisierung von Gesundheit und Krankheit

In der Geschichte der Aufklärung und ebenso in der Geschichte der Medizin besteht eine Tradition zur Individualisierung und Privatisierung von Gesundheit und Krankheit, die durch die Betonung des bürgerlichen Subjektes und dessen Sinnestätigkeiten wie Vernunftbegabung gestützt wurde. (A. Labisch 1992) Verständnisse von public health bzw. von öffentlicher Gesundheitssicherung, im städtischen Kulturraum entwickelt, blieben vornämlich auf Modelle der technisch-naturwissenschaftlichen Hygiene und des sich sittlichen Verhaltens beschränkt. Krankheit wurde auch durch das Verhältnis von Arzt und Patient sowie durch den verrechtlichten Zugang zu Sozialversicherungsleistungen zu einem Individualproblem. Mit der Focussierung der Medizin auf körperliche Symptome und pathologische Substrate gerieten die ursächlichen Zusammenhänge gesundheitlicher Gefährdungen oder Schädigungen der Erwerbsarbeit aus dem Blick.

## 2.2. Auslagerung sozialpolitischer Verantwortlichkeit

Die Verantwortlichkeit für arbeitsbedingte Gesundheitsschäden wurde durch die Individualisierungsprozesse und einer entsprechenden Vergesellschaftung der Haftpflicht aus der Produktions- in die Reproduktionssphäre verlagert. Die sozialstaatlichen präventiven Interventionen durch Berufsgenossenschaften und Gewerbeaufsicht in die pathogenen Arbeitsbedingungen wurden zugunsten privatwirtschaftlicher Prioritäten sehr begrenzt. Dies war durch die Berufsgenossenschaften, deren Mitglieder die Unternehmen, nicht die versicherten Arbeitnehmer bildeten, institutionell vorgegeben. Aber auch die deutsche Fabrik- bzw. Gewerbeaufsicht wurde von 1878 an, anders als in England, als beratende Instanz für Unternehmen konzipiert. So wurde sozialpolitische Verantwortlichkeit an unternehmerische Fürsorgepflicht oder marktwirtschaftliche Vorteile eines 'gesunden Stammes tüchtiger Arbeiter' gekoppelt.

## 2.3. Überlagerung des staatlichen Arbeitsschutzes durch Sozialversicherung

Mit der Gewerbeordnung von 1869 für den Norddeutschen Bund und von 1891 für das Deutsche Reich griff der Staat in das Arbeitsverhältnis ein. Die Gewerbeunternehmer wurden zum Schutz "gegen Gefahren für Leben und Gesundheit" der Arbeiter verpflichtet, "wie es die Natur des Betriebes gestattet". Die technische staatliche Gewerbeaufsicht wurde daraufhin aufgebaut. Parallel dazu etablierten sich mit dem Unfallversicherungsgesetz ab 1884 die Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Sozialversicherung. Mit diesem Gesetz wurden die Unternehmer zur Mitwirkung an der staatlichen Sozialpolitik verpflichtet. Ein Jahr zuvor hatte durch das Krankenversicherungsgesetz die Integration (auch als Negative bezeichnet) der Arbeiter in den Obrigkeiten zum Sozialstaat begonnen.

Die Trennung in eine staatliche Arbeitsschutzeinrichtung einerseits und in eine versicherungsförmige interminäre Institution auf der anderen Seite, erst recht die Spaltung der Arbeiterversicherung "in Unfall- und Krankenversicherung hat zu einer enormen Selektivität hinsichtlich der Zurechnung und Verantwortung von lohnarbeitsbedingten Gesundheitsschädigungen geführt".

Ohne Zurechnung und Verantwortlichkeit läßt sich der Zusammenhang von Arbeitsrisiko, Erkrankung, Diagnose und Therapie mit Prävention nicht zu einem einheitlichen Konzept zusammenfügen. Die Zurechnung von Morbilität und Mortalität auf gesundheitsschädliche Verursachungshintergründe der Erwerbsarbeit wurde massiv eingeengt auf den restriktiven Unfallbegriff. Eine einzige pathogene Ursache und eine dadurch verursachte gesundheitliche Schadenswirkung wurde nur dann als Arbeitsunfall anerkannt, wenn sie in einem sehr eng begrenzten zeitlichen Zusammenhang stand. Langzeitige und multifaktorielle Effekte hinsichtlich der arbeitsbedingten Erkrankungen mit z.T. vorzeitigem Tod kamen durch die Aufspaltung der Institutionen und die Filterfunktion der Unfalldefinition nicht in den Blick. Selbst monokausal verursachte Vergiftungen wurden bis zur ersten Berufskrankheitenverordnung im Jahre 1925 schlicht ignoriert bzw. polemisch als

nicht berufsbedingt etikettiert und als Leistungsfall den Krankenkassen überlassen. Da im Erfahrungshorizont der Sozialversicherung Krankheit und Tod, abgesehen vom akuten Unfall, nicht ursächlichen bzw. verschlimmernden sozialen, d.h. auch betrieblichen Entstehungsbedingungen zugerechnet wurden, unterblieb es, bis auf wenige Beispiele, die Verantwortlichkeit für die soziale bzw. berufliche Ungleichheit vor Krankheit und Tod in den Betrieben konkret festzumachen. Mit dem Unfallversicherungsgesetz von 1884 wurde bekanntlich die vorher bestehende individuelle Haftung, nämlich Verantwortung des Gewerbetreibenden, in die kollektive Gefährdungshaftung der Berufsgenossen (also Unternehmer) überführt.

Eine arbeitsweltbezogene Präventionspolitik wurde durch weitere dem Arbeitsschutz bzw. der Sozialversicherung immanente Bedingungen erschwert. Zu nennen sind folgende Punkte:

Die Arbeitnehmer und ihre Interessenvertreter blieben aus dem Arbeitsschutz ausgegrenzt. Die Parität in den gewerblichen Unfallversicherungen besteht erst seit 1951. In den Unfallverhütungsvorschriften sind die Arbeitnehmer lediglich Objekte von Verhaltensdirektiven. Partizipation war nicht vorgesehen. Die Selbsthilfepotentiale der Arbeitnehmer wurden für Prävention nicht systematisch integriert und auch die Finanzierung von medizinischer Kurration und Kompensation von Gesundheitsschäden bei individuellen Bearbeitungsformen beschränkt. Im Krankenversicherungsrecht wurde 1989 mit dem § 20 im SGB V ein arbeitsweltbezogener Präventionsauftrag aufgenommen. Auch die Rentenversicherung ist rechtlich nicht gehalten, der Arbeitsbedingtheit des Massenphänomens "Frühverrentung" durch chronische Erkrankungen wissenschaftlich nachzugehen und auf Prävention zu drängen.

Der Präventionsauftrag des Arbeitsschutzes wurde auf Unfallverhütung durch technische Maßnahmen verengt. Die systematische Begründung des Arbeiterschutzes von den entstandenen Schäden her war unterlaufen, und es gab keine zwingende Veranlassung, staatlicherseits die betrieblichen Einrichtungen dahingehend zu kontrollieren und auf die pathogenen Bedingungen einzuwirken. Der staatlichen Förderung industriekapitalistischen Wachstums stand keine andere Verpflichtung im Wege, während das industriekapitalistische Wachstum gleichzeitig von allen unmittelbaren Rücksichten auf Schadensverhütung oder -verminderung grundsätzlich unbehelligt blieb.

Präventive Maßnahmen des Staates standen vor dem Dilemma, nur an den Symptomen und nicht an den Ursachen der Gesundheitsgefährdung ansetzen zu können, so lange die gesellschaftliche Wohlfahrt an die Entwicklung des Industriekapitalismus gebunden wurde. Strukturelle Zusammenhänge zwischen Gesundheitsschäden und -gefährdungen auf der einen, und Organisation der Arbeit auf der anderen Seite konnten somit dethematisiert werden. Bis heute hat ein produktivitätsorientiertes Wirtschaften den Vorrang vor einer sozial-, human- und umweltverträglichen Arbeitsgestaltung. Dies hat in der östlichen wie westlichen Industriegeschichte zu einem Raubbau an gesundheitlichen und natürlichen Lebensbedingungen geführt.

## 2.4. Reduktion der industriellen Pathogenität auf Unfall

Die sozialpolitische Dethematisierung der industriellen Pathogenität erfolgte über die Konstruktion des Unfallbegriffs. Der Unfall wurde als plötzliches und von außen kommendes Ereignis definiert, das wesentlich von den Folgen her angegangen werden mußte, während zur Prävention lediglich technische Vorkehrungen und pädagogische Vorhaltungen dienten. Das Unfallparadigma legitimierte die Normalität der Gesundheitsrisiken und grenzte die chronischen, strukturell verursachten Gefährdungen aus. Als Arbeitsunfälle gelten seit 1925 auch berufsbedingte Krankheiten, wenn sie in einer entsprechenden Liste aufgeführt sind. Die restriktive Fassung von arbeitsbedingten Risiken und Gefährdungen ausschließlich auf der Basis des Unfallbegriffs wirkte höchst effektiv. Der große Komplex arbeits- bzw. berufsbedingte Erkrankungen wurde dadurch von einer sozial- bzw. gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Beschäftigung ausgegrenzt. Deshalb unterblieb eine öffentliche sozialpolitisch relevante Thematisierung. Noch heute dominiert dieses Konzept, das durch die Bedingungen der Unfallversicherung seit über einem Jahrhundert ausgeformt wurde und das von einfachen Beziehungen zwischen einer Ursache und einer Wirkung ausgeht. Physiologisch spricht man von Reiz und Reaktion, toxikologisch von Dosis und Wirkung. In naturwissenschaftlichen Experimenten wurde gemessen, was außerhalb des Labors immer seltener in monokausalen Zusammenhängen vorkam.

Im Ergebnis nahm die 1925 erstmalig aufgestellte Liste der Berufskrankheiten, wie die Unfälle zu entschädigen sind, im wesentlichen nur Krankheiten auf, die durch chemische oder physikalische Einzelfaktoren verursacht werden. Die Berufskrankheiten-Verordnung wies der Arbeitsmedizin zwar erstmals ein eigenständiges Aufgabengebiet zu, stülpte ihr aber dabei sozusagen die Scheuklappen des Unfallrechts über. Die zugrundeliegende Auffassung über Arbeit und Gesundheitsgefährdungen, wie die Möglichkeiten der Prävention und Prophylaxe erwiesen sich als untauglich. Selbst bei der Erfassung derjenigen Erkrankung, die in der Liste der anerkannten Berufskrankheiten aufgeführt sind, muß von einer Dunkelziffer ausgegangen werden, die z.T. bis an die 100 % reicht, so z.B. bei einigen Berufskrebserkrankungen.

Eine erste Erweiterung des traditionellen Berufskrankheitenkonzepts brachte das Belastungs-Beanspruchungskonzept. Es wurde als Verfahren zur Materialprüfung in den Ingenieurwissenschaften entwickelt. Dieses technische Modell ließ sich in die angesprochenen Vorstellungen von Reiz und Reaktion, oder Dosis und Wirkung integrieren. Bei der Beurteilung von dynamischer und statischer Körperarbeit sowie physikalischen oder chemischen Einzelbelastungen hat dieses Konzept gute Dienste geleistet. Doch die tatsächlich an den Arbeitsplätzen vorkommenden physikalisch-chemischen Mehrfachbelastungen sind mit dem Konzept nicht zu erfassen und zu quantifizieren. Erst recht versagt es bei psychisch-mentaler Beanspruchung, weil sich langfristige Effekte und die Ausbildung von chronisch-degenerativen Erkrankungen nicht als dynamische Wechselwirkung untersuchen lassen.

Überlegungen zu komplexeren Konzepten, die das Handeln der einzelnen Menschen in der Beziehung zur Arbeitswelt und Individuen berücksichtigen, sind in der Soziologie, Psychologie und auch Biologie angestellt und in der Sozialmedizin bzw.



im öffentlichen Gesundheitswesen, in der Psychosomatik, der Streßforschung und der Sozialepidemiologie benutzt worden. (Vgl. u.a. M. Blohmke; F. Reimer 1980; J. Siegrist 1975; Ch. v. Ferber u.a. 1982; F. Hauß 1982; R. Schiele 1983) Gerade die Betonung des Handelns der Individuen auch als Arbeitnehmer öffnet den Blick auf grundlegende Zusammenhänge in der Verursachung und präventiven Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen und industrieller Pathologie. Umwelt wird als gestaltbar begriffen. Arbeitnehmer sind nicht nur Opfer normaler Schädigungen, sondern als kompetente und autonome Individuen angesehen, ohne deren Mitwirken keine ausreichende Wahrnehmung und Bewältigung von Belastungen und Gefährdungen in Gang zu setzen sind. Unter Gesundheit kann somit die autonome Fähigkeit verstanden werden, sich in verschiedenen sozialen und individuellen Beziehungen zu behaupten und sich mit den unterschiedlichen Anforderungen aktiv auseinandersetzen zu können.

### 3. Arbeitsbedingte Erkrankungen als Thematisierung industrieller Pathogenität

Ein Jahrhundert nach dem Unfallhaftpflichtgesetz von 1871 und ein halbes Jahrhundert nach der Berufskrankheitenverordnung von 1925 verpflichtet der Staat in § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes von 1974 Betriebsärzte dazu, Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen. Mit diesen und anderen Gesetzen wurde in den 70er Jahren der Bundesrepublik eine sozialstaatliche Wende angegangen, die im Zuge einer Modernisierung der Wirtschaft durch staatliche Interventionen die Erwerbsfähigkeit der Arbeitnehmer verstärkt zu sichern suchte. (Vgl. u.a. R. Konstanty 1978; H. Funke 1983; M. Schmidt u.a. 1982; H. Westmüller 1983; L. Zimmermann 1982)

Das Gerätesicherheitsgesetz von 1968 sollte die Unfallgefährdung, die Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe aus dem Jahre 1971 die Vergiftungen minimieren. Mit dem Schwerbehinderten- und dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1974 sollten chronisch Kranke und Leistungsgewandelte rehabilitiert wieder in den Arbeitsprozeß integriert werden. Das Betriebsverfassungsgesetz von 1972 stärkt die Mitbestimmungsrechte der Belegschaftsvertretungen ebenfalls in Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Die Arbeitsstättenverordnung aus dem Jahre 1975 definierte Standards für die räumlichen und hygienischen Gestaltungen (Luft, Licht, Akustik) der Arbeitsplätze. Über das Arbeitssicherheitsgesetz wurden die Unternehmer verpflichtet, sich expertlicher Beratung in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes durch Sicherheitsingenieure und Betriebsärzte zu bedienen.

Die Funktion des Begriffs arbeitsbedingter Erkrankungen besteht im Arbeitssicherheitsgesetz zunächst unmittelbar darin, den Staat zu legitimieren, daß Unternehmer in Fragen des Arbeitsschutzes sich Betriebsärzte als Berater halten müssen.

Der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankung im Arbeitssicherheitsgesetz markiert in gewisser Weise die Vergangenheit des gesellschaftlichen medizinisch-ärztlichen sozialstaatlichen Umgangs mit der Risikoproduktion. Zugleich steht er auch für die

gegenwärtige medizinisch-sozialstaatliche Auseinandersetzung mit der Gesundheit - 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 Erwerbsarbeit erkranken. Andererseits bleibt der Begriff jedoch sowohl im sozialstaatlichen Regulierungskontext wie auch in der medizinischen Deutung und Operationalisierung merkwürdig schemenhaft und unpräzise. Der Begriff wirkt wie ein Konstrukt, das etwas einzeigt, es jedoch zugleich undefiniert und unbearbeitet läßt; obwohl dieser Begriff jedoch auch zu einer neuen Orientierung und präventiven Praxis gegenüber den industriellen Risiken führen könnte.

Die Unfähigkeit zu einer sozialstaatlichen präzisen Definition und einer präventiven Umsetzung arbeitsbedingter Erkrankungen lag und liegt sicherlich an der ordnungspolitischen Grundeinstellung, nämlich nicht in die Autonomie des Unternehmens eingreifen zu wollen. Alle Arbeitsschutzgesetze und die daraus abgeleiteten Regulierungen richteten sich so grundsätzlich an die Verantwortung des Unternehmers. Zugleich muß jedoch gesehen werden, daß vom Sozialstaat eine Präzisierung des Komplexes "arbeitsbedingte Erkrankung" bzw. "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 keine medizinischen Anteile für ein 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.

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 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 (Lokalismussthese), 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 (Iatrogenese). 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. Galt 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 gesehen werden.

Eine soziale Ätiologie und Pathogenese von Krankwerden und Kranksein schließt die Schulmedizin 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 aktuellen Situation der naturwissenschaftlichen Medizin und der Arbeitsmedizin kann man die These formulieren, daß auch für die Arbeitsmedizin arbeitsbedingte Erkrankungen ein Konstrukt geblieben sind. Ein Konstrukt insofern, als die Arbeitsmedizin arbeitsbedingte Gefährdungen, Belastungen und Risiken zwar selektiv sieht, ihr Gefährdungspotential jedoch nur in der Monokausalität wahrnimmt, ihren gesellschaftlichen Prozeß der Ätiologie und Genese jedoch negiert. Die Krankheitsfolgen solcher Risiken, insbesondere mit größerer Latenzzeit werden nur selektiv und reduktionistisch im Sinne von einer Ursache und einer Wirkung wahrgenommen (Berufskrankheitenkonzept).

Das Problem der Arbeitsmedizin besteht darin, daß sie sich mit der industriellen Pathogenität generell konfrontiert sieht, diesen Problembezug allerdings nicht konsequent mit dem Spektrum der relevanten wissenschaftlichen Modelle und Methoden präzisiert und in einem interdisziplinären Kontext bearbeitet. Besondere Schwierigkeiten hat die Arbeitsmedizin mit normativen Orientierungen, die ihren Sichtweisen, Aufgabenstellungen und Handlungsmuster implizit wie explizit 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 Modelle 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 und Arbeitnehmer, Arzt und Patient, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung bzw. Arbeit- und Technikgestaltung, Public Health und private Produktion und soziale Verantwortung und expertokratische Distanzierung.

Zum anderen sind Markierungen und Verortungen im wissenschaftlichen bzw. professionalen Wissenssystem vorzunehmen. Problemlinien hier sind u.a.: Individualmedizin versus Bevölkerungsmedizin, klinische Medizin versus Sozialmedizin, Kasuistik versus Epidemiologie, Disposition versus Exposition Spezifität versus Unspezifität, sozialwissenschaftliche Modelle (Streß) versus monokausales naturwissenschaftliches Reiz-Reaktions-Konzept, akut versus chronisch.

Die Arbeitsmedizin hat sich mehrheitlich auf die enge versicherungsrechtliche Position festgelegt. 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 werden wie vor hundert Jahren Arbeiterkrankheiten nur dann als arbeits- bzw. berufsbedingt gewertet, wenn sie mit dem Unfallparadigma vereinbar sind.

#### 4. Arbeitsbedingte Erkrankungen als Gegenstand der Betriebsmedizin

Der Begriff "arbeitsbedingte Erkrankungen" wurde in das Arbeitssicherheitsgesetz aufgenommen, um eine betriebliche Praxis der gesundheits- bzw. menschengerechten, sozial- und umweltverträglichen Arbeits- und Technikgestaltung - über den klassischen auf Unfallverhütung ausgerichteten Arbeitsschutz hinausgehend - Wirklichkeit werden zu lassen. Das Gesetz versteht Betriebsärzte als soziale Akteure mit professioneller Kompetenz im Betrieb. Sie sollen "in allen Fragen des Gesundheitsschutzes" aktiv werden und "Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen" untersuchen, "Maßnahmen zur Verhütung" vorschlagen und über Gesundheitsgefahren aufklären. Der Begriff "arbeitsbedingte Erkrankungen" wurde eben nicht als sozialversicherungsrechtliche Kategorie, wie Arbeitsunfall und Berufskrankheit, in die sozialstaatliche Regulierung von industrieller Pathogenität eingeführt und eben nicht der Definitionsmacht von Juristen und begutachtenden Medizinern überantwortet. Die Kategorie arbeitsbedingte Erkrankungen als gesellschaftliches Problemfeld wurde eben den betrieblichen Akteuren insgesamt als ein zu lösendes Problem aufgegeben, wobei die besondere Verantwortung des Unternehmers und die des Betriebsarztes herausgestellt und betont wurden.

Die Arbeitsmedizin als Fachwissenschaft des Betriebsarztes hat sich im Ausdruck ihrer Fachgesellschaft zunächst widerständig gegenüber diesem gesetzlichen Auftrag gezeigt, wenn sie auf ihrer Jahrestagung von 1980 die Frage "Arbeitsbedingte Gesundheitsschäden - Fiktion oder Wirklichkeit?" eher in Richtung Fiktion abqualifizierte (W. Brenner u.a. 1980). Der Widerstand der Arbeitsmedizin bzw. ihr

bis heute zögerlicher Umgang mit dem Problemfeld der arbeitsbedingten Erkrankungen rührt von Schwierigkeiten her, die mit den widersprüchlichen und ambivalenten Eigen- und Fremdansprüchen des Faches als Wissenschaft einerseits und als Teil einer gesellschaftlichen Praxis im Betrieb andererseits verbunden sind. Als Wissenschaft steht die Arbeitsmedizin noch sehr stark in den Denk- und Handlungsmustern der naturwissenschaftlich-klinischen Medizin (Toxikologie, Physiologie, klinische Medizin). Den Arbeitsmedizinern fällt es, ebenso wie den anderen medizinischen Fachvertretern, schwer, in einen fächerübergreifenden interdisziplinären Dialog im Rahmen der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsforschung zu treten (A. Renner 1986). Wie bei den anderen medizinischen Fachdisziplinen, bestehen gerade gegenüber sozial-, human- und kulturwissenschaftlichen Disziplinen große Hemmnisse und z.T. Vorurteile aus Unkenntnis. Als betriebliche Praxis hat die Arbeitsmedizin ihre Funktion und Rolle als sozialer Akteur im Kontext betrieblicher Kommunikationsstrukturen nicht hinreichend reflektiert und professionelle Routinen und Handlungsmuster in Bezug auf arbeitsbedingte Risiken, Gefährdungen und Gesundheitsschädigungen in komplexer Sicht ausgebildet. Die Arbeitsmedizin als Wissenschaftssystem und als betriebliche Praxis steht in der Gefahr, sich von den Entwicklungen auf dem Gebiet der interdisziplinären Arbeitswissenschaft/Arbeitsforschung und der kooperativen Arbeits- und Technikgestaltung abzukoppeln (U. Pröll, G. Peter 1990; Von Alemann u.a. 1992). Mit der theoretischen und praktischen Entfaltung des Begriffs arbeitsbedingte Erkrankungen böte sich der Arbeitsmedizin die Chance, potenter Partner einer arbeitsbezogenen Gesundheitsforschung bzw. einer gesundheitsbezogenen Arbeitsforschung zu werden. Jedoch käme es darauf an, ein komplexes Verständnis von Arbeitsbedingungen im Zuge des technischen und sozialen Wandels wie auch der Arbeitsperson im Sinne einer Arbeitsbiographie zu entwickeln (M. L. Kohn 1985).

## 5. Sozialpolitische Ebenen arbeitsbedingter Erkrankungen

### 5.1. 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 Arbeitsanforderungen (z.B. Computerdiallog).

### 5.2. 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 in der betriebliche Sozialordnung hat.

### 5.3. 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 (medizinische Behandlung).

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.

### 5.4. 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 (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).

### 5.5. 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) "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 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.

#### 5.6. Ebene der theoretischen Modellbildung über Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsverursachung und Entwicklung

Für den Arbeitsschutz wie für Gesundheitsförderungspolitik 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 dann unterschieden werden, ob sie in der Umwelt bzw. im Individuum vorhanden sind. In diesem Modell müssen folgende Aspekte beachtet werden.

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 Betriebs-hierarchie 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.

#### 5.7. 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 stehenbleiben 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.

#### Literatur

Alemann, U. v.; Schatz, H.; Simonis, G. u.a. (Hrsg.): Leitbilder sozialverträglicher Technikgestaltung. Ergebnisbericht des Projektträgers zum Landesprogramm "Mensch und Technik - sozialverträgliche Technikgestaltung".- Opladen 1992

Behrens, J.; Milles, D.; Müller, R.: Zur Medikalisierung sozialpolitischer Konflikte. Gutachtermedizin zwischen Sozialstaat und Individuum- In: W. Dressel u.a. (Hrsg.): Lebenslauf, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik.- Nürnberg 1990, S. 151-173

Blohmke, M.; Reimer, F.: Krankheit und Beruf.- Heidelberg 1980

Brenner, W. u.a. (Hrsg.): Arbeitsbedingte Gesundheitsschäden, Fiktion oder Wirklichkeit?, Tagungsbericht über die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin 1980 in Innsbruck.- Stuttgart 1980

Deiß, M. u.a.: Schutz durch Arbeitsschutz? Was Arbeitsrecht und Sozialpolitik zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen können.- In: Bolte, K.M. (Hrsg.): Mensch, Arbeit und Betrieb.- Weinheim 1988, S. 183-213

Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.): Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland.- Boppard 1980

Ferber, Ch. v.; Ferber, L.v.; Slesina, W.: Medizinsoziologie und Prävention.- In: U. Beck (Hrsg.): Soziologie und Praxis.- Göttingen 1982, S.277-306 (Soziale Welt, Sonderheft)

Fruhmann, G.: Arbeitsmedizin. Querschnittsfach im Spannungsfeld.- In: Deutsches Ärzteblatt 85, H. 14, 1988, S. B-693-695

Fuchs, K.-D.: Die gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse. Ein umstrittener Begriff im Arbeitsschutz.- Frankfurt/M., New York 1984

Fuchs, K.-D.: Die Entschädigung als Leitgedanke und die Folgen versicherungsrechtlichen Denkens.- In: D. Milles; R. Müller (Hrsg.) Berufsarbeit und Krankheit.- Frankfurt/M. 1985, S.166-193

Funke, H.: Arbeit darf nicht krank machen. Alternativen zur betrieblichen Gesundheitspolitik.- Frankfurt/M. 1983

Hamacher, E.: Die Problemstellung der Berufskrankheit.- In: Zeitschrift für Sozialreform 4, 1989, S. 193-213

Hauß, F. (Hrsg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik.- Frankfurt/M. 1982

Kasiske, R. (Hrsg.): Gesundheit am Arbeitsplatz.- Reinbek b. Hamburg 1976

Kaufmann, F.-X.: Steuerungsprobleme im Sozialstaat.- In: St. Leibfried; R. Müller (Hrsg.): Sozialpolitische Bilanz.- Bremen 1985, S. 196-198

Kaufmann, F.-X.: Steuerung wohlfahrtsstaatlicher Abläufe durch Recht.- In: D. Grimm; W. Maihofer (Hrsg.): Gesetzgebungstheorie und Rechtspolitik (Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie Bd. 13).- Opladen 1988, S. 65-108

Keil, A.; Milles, D.; Müller, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung.- Bremerhaven 1991

Kliesch, G.; Nöthlich, M.; Wagner, R.: Arbeitssicherheitsgesetz. Kommentar.- Berlin 1978

Kohn, M. L.: Arbeit und Persönlichkeit. Ungelöste Probleme der Forschung.- In: Hoff, E.-H. u.a. (Hrsg.): Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung.- Bern, Stuttgart, Toronto 1985, S. 41-73

Konstanty, R.: Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfällen.- Soziale Sicherheit 12, 1978, S. 237-245

Labisch, A.: Homo Hygienikus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit.- Frankfurt/M., New York 1992

Marschall, B.; Brandenburg, U.; Grimm, H.-G.: Überlegungen zur Situation der Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Betrachtung aus betriebsärztlicher Sicht.- Dortmund 1989

Marstedt, G.; Mergner, U.: Psychische Belastungen in der Arbeitswelt.- Opladen 1986

Milles, D.; Müller, R. (Hrsg.): Berufsarbeit und Krankheit.- Frankfurt a.M. 1985

Milles, D.; Müller, R.: Zur Dethematisierung sozialpolitischer Aufgaben am Beispiel des Gesundheitsschutzes für Arbeiter im historischen Rückblick.- In: F.-X. Kaufmann

(Hrsg.): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention.- München 1987, S. 67-89

Müller, R.: Die Möglichkeit des Nachweises arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse.- In: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (Hrsg.): Sozialpolitik und Produktionsprozeß.- Köln 1981, S. 15-35

Müller, R.: Der 'amputierte' Mensch. Kritik des Belastungs-Beanspruchungs-Konzept der traditionellen Arbeitswissenschaft und der Arbeitsmedizin.- In: WSI-Mitteilungen 4, 1985, S. 239-246

Müller, R.: Arbeitsbedingte Erkrankungen, ihre Wahrnehmung, Thematisierung und Bewältigung als Aufgabe der betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitssicherheit.- In: H. Krause u.a. (Hrsg.): Arbeitssicherheit. Loseblattsammlung.- Freiburg 1984, S. 161-194

Müller, R.; Volkholz, V.: Arbeitsbelastungen, arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühinvalidität.- In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin 11, 1980, S. 416-423

Müller, R. u.a.: Gesundheitsschutz durch arbeitsmedizinische Betreuung. Fiktion oder Wirklichkeit. In: L. F. Neumann (Hrsg.): Arbeits- und Gesundheitsschutz aktuell, Köln 1992, S. 81-99

Naschold, F.: Gesellschaftliche Entwicklung der Belastungsstrukturen.- In: F. R. Friczewski u.a.: Arbeitsbelastung und Krankheit bei Industriearbeitern.- Frankfurt/M. New York 1982

Pröll, U.; Peter, G. (Hrsg.): Prävention als betriebliches Alltagshandeln. Sozialwissenschaftliche Aspekte eines gestaltungsorientierten Umgangs mit Sicherheit und Gesundheit im Betrieb.- Dortmund 1980

Renner, A.: Konzepte arbeitsweltbezogener Gesundheitsforschung - ausgewählte Problemstellungen und Konzepte.- Manuskript, Düsseldorf, November 1986

Rutenfranz, J.: Arbeitsbedingte Erkrankungen - Überlegungen aus arbeitsmedizinischer Sicht.- In: ASP 11, 1983, S. 257-267

Schiele, R.: Stress am Arbeitsplatz.- Dortmund 1983 (BAU-Forschungsbericht Nr.339)

Schmidt, M.; Müller, R.; Volz, F. R.; Funke, U.; Weiser, R. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheitsgefährdung. Materialien zu Entstehung und Bewältigung arbeitsbedingter Erkrankungen.- Frankfurt/M. 1982 (SWI Studienhefte 2)

Schulte, A.; Riese, U.: Arbeitssicherheitsgesetz als Rahmen für den betrieblichen Gesundheitsschutz.- In: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Prävention im Betrieb. Arbeitsbedingungen gesundheitsgerecht gestalten.- Bonn 1992, S. 19-31

Siegrist, J.: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie.- München 1975

Slesina, W.: Arbeitsbedingte Erkrankungen und Arbeitsanalyse.- Stuttgart 1987

Valentin, H.; Klosterkötter, W.; Lehnert, G. u.a.: Arbeitsmedizin.- 2 Bde., Stuttgart 1979

Westmüller, H. (Hrsg.): Gesundheitsrisiko Arbeitswelt. Aufgaben und Chancen einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsvorsorge.- Locomer Protokolle 10, 1983

Windhoff-Héritier, A.: Wirksamkeitsbedingungen politischer Instrumente.- In: Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft Bd.3, 1989, S. 89-118

Windhoff-Héritier, A.; Gräbe, S.: Verwaltung und ihre Klientele. Eine international vergleichende Untersuchung anhand des Beispiels Arbeitsschutz.- Opladen 1989

Woitowitz, H. J.: Wesensverschiedenheiten zwischen Arbeitsunfall und Berufskrankheit.- In: Der medizinische Sachverständige 3, 1991, S. 75-80

Zimmermann, L. (Hrsg.): Humane Arbeit. Leitfaden für Arbeitnehmer.- 5 Bde., Reinbek b. Hamburg 1982