

**Rainer Müller (2000) Vortrag: „Gesunde Beschäftigte und Qualität der Arbeit. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“
Stadt Heidelberg, Amt für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung,
Heidelberg 23.11.2000**

Sehr geehrte Frau Oberbürgermeisterin, meine sehr verehrten Damen und Herren,

Gesundheit und Arbeit – hier Erwerbsarbeit – stehen in einem fundamentalen spannungsgeladenen und problematischen Wechselverhältnis. Gesundheit ist die Voraussetzung und notwendige Bedingung für Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitstätigkeit, zugleich schafft Arbeit die Voraussetzungen und Bedingungen für Wohlergehen und Wohlbefinden, also für Gesundheit. Gesundheit kann als Leistungsfähigkeit gedeutet werden.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit bzw. konkreter Arbeitsleistung ergibt sich aus der Ordnung marktwirtschaftlicher Gesellschaften. Das Überleben in psycho-physischen und sozialen Dimensionen ist nämlich in industriell und marktförmig organisierten Gesellschaften an Einkommen und letzteres an Erwerbstätigkeit gebunden. Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit wiederum setzt Leistungsfähigkeit, d.h. Gesundheit voraus. Dem Zwang zur Erwerbsarbeit kann man nur entgegengehen, wenn man massiv privilegiert oder bereit ist, einen schwerwiegenden sozialen, gesundheitlichen und damit existentiellen Preis zu zahlen.

Bereitschaft und Fähigkeit zur Erwerbsarbeit sowie die faktische Erwerbstätigkeit ist Grundlage für die Produktivität von Wirtschaft und damit für die Stabilität und Ordnung des politischen und gesellschaftlichen Systems. Die Einsicht, daß Arbeit und Gesundheit fundamental in einem Wechselverhältnis stehen, wurde zur grundlegenden Erkenntnis in der Ausgestaltung der westlichen Sozialstaaten in den letzten 120 Jahren. Denn individuelle und kollektive Wohlfahrt basiert auf der nachhaltigen Ausbildung und Pflege des Arbeitsvermögens als Teil des Humanvermögens.

Wohlfahrtsstaatliche Entwicklung von Gesellschaften war zugleich mehr oder weniger verbunden mit der ökonomischen, politischen und sozialen Emanzipation des Individuums, eben auch in seinem sozialen Status als abhängig Erwerbstätiger.

Gesundheit kann in dieser sozialgeschichtlichen Verortung verstanden werden als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe im Lebensverlauf in den je konkreten lebens- und arbeitsweltlichen Situationen, also als Kompetenz interpretiert werden, mit eigenen Ansprüchen und Erwartungen auf der einen Seite und mit Anforderungen und Notwendigkeiten der Lebens- und Arbeitswelt auf der anderen Seite souverän umgehen zu können. Soziologisch gesprochen sagt man, Gesundheit ist optimale Leistungsfähigkeit, um den Aufgaben und sozialen Rollen nachgehen zu können, für die das Individuum sozialisiert wurde.

Dieser Definition von Gesundheit unterliegt stillschweigend die Vorstellung eines funktionierenden ständig verfügbaren normalen und leistungsfähigen Körpers bzw. Leibes. Gerade im arbeitsweltlichen Zusammenhang wird in Betrieben stillschweigend die permanente Verfügbarkeit eines funktionierenden Körpers vorausgesetzt. Betriebliche Leistungs politik und arbeitswissenschaftliche Konzeptionen zur Ermittlung von Lohn und Leistung unterstellen eine prinzipiell verfügbare Normalleistung.

Bei der angesprochenen Definition von Gesundheit wird deutlich, daß der Gesundheitsbegriff nicht von Wertvorstellungen über Person bzw. Individuum und Gesellschaft zu trennen ist. Der Gesundheitsbegriff verknüpft die Welt der Natur, also das Biologische mit der Welt der Gesellschaft, d.h. mit dem Handeln und den Normen bzw. Werten und kulturellen Mustern von Personen bzw. Gruppen. In der viel zitierten Definition der Weltorganisation kommt dieser Zusammenhang zum Ausdruck, wenn es heißt: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Mit dem Gesundheitsbegriff wird also das Naturhafte, das Biologische, das Körperlich-Leibliche und zugleich das Normative, Wertende für das soziale Handeln, also das Tätigsein von Personen im gesellschaftlichen Kontext angesprochen.

Gesundheit, d.h. physische, psychische und soziale Leistungsfähigkeit wurde im Verlauf der Entwicklung der modernen Industriegesellschaften, gerade in der heutigen Postmoderne, zur einzigen gültigen Konstante für uns Menschen, erst recht für eine Gesellschaft, in der die überwiegende Mehrheit nicht mehr an ein ewiges Leben nach dem Tode glaubt. Vor diesem Hintergrund wird Gesundheit in der Wertschätzung der Bevölkerung als höchstes Gut betrachtet und in den Industriegesellschaften als zentraler Wert nicht angezweifelt. Gesundheit wird sowohl als individuelles, privates als auch als öffentlich-allgemeines Gut angesehen. Dieser Doppelaspekt, nämlich ein privates und zugleich ein öffentliches-meritorisches Gut zu sein, macht die Grundauffassung von Public Health aus. Öffentliche Gesundheit durchdringt tendentiell alle gesellschaftlichen Bereiche und kann nicht auf Krankenversorgungspolitik, schon gar nicht auf Medizin reduziert werden. Öffentliche Gesundheit kommt implizit in allen gesellschaftlichen Teilbereichen vor, sei es Bildung, Erwerbsarbeit, Familie, Verkehr, Ernährung oder städtisches Leben. Gesundheit wird folglich von Aspekten von Macht und Herrschaft, von Interessen und Konflikten durchdrungen. Gesundheit unterliegt also politischen Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen. Dies gilt eben auch für den Bereich Gesundheit und Erwerbsarbeit. Die politische Durchsetzung von Public health in private company, also die Feststellung von öffentlicher, sozialstaatlicher Verantwortung im privatwirtschaftlichen Betrieb, ist die Geschichte des Arbeitsschutzes. Die Risiken der industriellen Welt mit ihren gesundheitlichen Schädigungen und Zerstörungen wurden historisch betrachtet etwa ab Mitte des 19. Jahrhunderts als gravierendes Problem wahrgenommen und thematisiert.

Wenn Sie in Ihrer schönen Stadt Heidelberg in Ihrer Gemeinschaftsaktion „Heidelberg – gesunde Stadt“ das Thema „Arbeit – ein Gesundheitsfaktor. Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität durch gute Arbeitsbedingungen“ zum wiederholten Male öffentlich behandeln, dann stehen Sie in der Erfolgsgeschichte der städtischen, kommunalen Public-Health-Tradition. Die Relevanz einer öffentlichen Gesundheit wurde angesichts der negativen Folgen bzw. Begleiterscheinungen der frühkapitalistischen Entwicklungen, wie Armut, Hunger, Seuchen und Gefährdung sowie der öffentlichen Ordnung durch die führenden städtischen Schichten entdeckt, die handeln mußten, wenn die Stadt als soziale Einheit überleben sollte. Die aufkommende Arbeiterbewegung hat nicht unwesentlich dazu beigetragen, daß auf kommunaler und zentralstaatlicher Ebene der öffentlichen und damit ebenfalls individuellen Gesundheit eine sozialstaatliche rechtliche wie praktische Ausgestaltung im Arbeitnehmerschutz und anderen sozialstaatlichen Leistungen gegeben wurde.

Public Health geht der uralten Frage nach den Bedingungen eines guten Lebens nach und eben dies unter den Bedingungen der Marktökonomie. Wie sollte Erwerbsarbeit gestaltet sein, damit ein gesundes Leben möglich ist oder anders herum: Welche gesundheitlichen Sach- und Dienstleistungen sowie Bedingungen, z.B. Ernährung, Wohnen und Bildung, sollten dem Einzelnen zur Verfügung stehen, damit Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit gegeben ist und im langen Leben erhalten bleibt?

Public Health wird als ein soziales und politisches Konzept verstanden, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Arbeits- und Lebensqualität von ganzen Bevölkerungsgruppen abzielt (Acheson Report 1988). Eine ökologisch orientierte Public Health-Konzeption betont die Gemeinsamkeiten im Streben nach Gesundheit und einer nachhaltigen Entwicklung (sustainable development, Rio-Konferenz 1992). Bei der Definition von Nachhaltigkeit besteht Konsens in folgenden Punkten:

- Gerechtigkeit innerhalb einer und zwischen den Generationen,
- internationale Gerechtigkeit,
- Abstimmung zwischen sozialen, ökonomischen und ökologischen Interessen,
- Beteiligung aller gesellschaftlichen Gruppen am Prozeß der Strategiefindung und -umsetzung.

Dem Begriff von Nachhaltigkeit wie dem Verständnis von Public Health sind gemeinsam wirtschafts- und umweltpolitische Regelungsvorstellungen, demokratische Prinzipien und ethische Gerechtigkeitspostulate.

Public Health und nachhaltige Entwicklung meint deshalb nicht nur Schadensbegrenzung und -reparatur der Schäden, sondern in einer ökonomischen Terminologie gefaßt, dauerhafte Erhaltung von Human-, Real- und Naturkapital als Quelle von Einkommen und damit Wohlfahrt auch für nächsten Generationen. Sicherung von Human- und Arbeitsvermögen gewährleistet also Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Produktivität. Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeit und Maßnahmen von Gesundheitsförderung erhalten von daher ihre ökonomische Begründung in volkswirtschaftlicher wie auch betriebswirtschaftlicher Bilanzierung. Allerdings erfordert dies eine erweiterte Wirtschaftlichkeitsrechnung zum Verhältnis von Aufwand und Ertrag, wie es Ökonomen für die betriebliche Gesundheitssicherung ja auch bereits tun.

Vorsorgliches Handeln bzw. Unterlassen im Interesse der Schadensvermeidung, also Prävention gegenüber dem Human- und Arbeitsvermögen, gebietet sich nicht nur wegen der industriellen Risiken, den Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen, sondern auch angesichts der demographischen Entwicklung.

Eine historisch erstmalige Situation hat sich mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen eingestellt. Zwischen der demographischen Entwicklung und der Sicherung von Gesundheit als individuelles wie öffentliches Gut bestehen enge Wechselverhältnisse. Trotz Migration muß für die Zukunft mit einer schrumpfenden, alternden und älteren Bevölkerung, also auch einer älteren Erwerbsbevölkerung, gerechnet werden. Wie Japan und andere westliche Industrienationen, ist die Bundesrepublik Deutschland eine Gesellschaft mit langem Leben.

Der Anteil der über 50jährigen Erwerbspersonen übersteigt mittlerweile den Anteil der unter 30jährigen Erwerbspersonen.

Die Erwerbsquoten wie auch Zahlen über Frühinvalidität und Arbeitslosigkeit sowie Behinderung weisen darauf hin, daß Altern bzw. das Älterwerden und Erwerbstätigkeit in den marktförmigen Industriegesellschaften schwer miteinander in Einklang zu bringen sind.

Obwohl eine bewußtseinsmäßige wie kulturelle und ideologische Orientierung auf Erwerbsarbeit als Norm generell stark verankert ist, zeigt sich eine Abschwächung der Erwerbszentrierung mit zunehmendem Alter. Wir haben das kulturelle Phänomen, daß Arbeitnehmergruppen sich um das Alter von 50 Jahren herum innerlich mit ihren Lebensentwürfen von der Erwerbsarbeit abmelden. Es gibt eine faktische wie auch eine innere Emigration aus der Erwerbsarbeit. In den Betrieben läßt sich immer noch eine Politik der Ausgrenzung von Älteren und Leistungsgeminderten beobachten und weniger eine Politik der Arbeitsplatzgestaltung in Verbindung mit einer Personalpolitik, die eine berufliche Laufbahn organisiert.

Diese Relativierung der Zentralität von Erwerbsarbeit hängt unter anderem mit den negativen Erfahrungen in der Erwerbsarbeit zusammen und mit dem Wissen, daß erworbener Erwerbsstatus bzw. eingenommener Arbeitsplatz nicht sicher sind, man also keine geordnete, altersgemäße sichere Karriere im Berufsverlauf durchlaufen kann, denn Flexibilisierung und Dynamisierung sowie innerbetriebliche wie auch räumliche Mobilität und nicht mehr beamtenförmige Karriere sind das Muster der heutigen und ganz sicher der zukünftigen Erwerbsbiographien.

Eine Gesellschaft mit langem Leben und in einer Zeit der Verschärfung der sozialen, organisatorischen und technischen Rationalisierung der Erwerbsarbeit, auch als systemische Rationalisierung in den Betrieben und vor allem zwischen den Betrieben beschrieben, hat neue Konzeptionen sozialstaatlichen und gesundheitspolitischen Umgangs mit der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe eben auch in der Erwerbsarbeit zu entwickeln.

Die Erwerbsarbeit ist unter den Bedingungen der internationalen Wettbewerbswirtschaft, der massiven Durchdringung neuer Technologien, des Strukturwandels in Richtung Dienstleistungsgesellschaft einem beschleunigten Wandel unterworfen. Eine Zukunftsperspektive von Arbeit hat einen erweiterten Arbeitsbegriff deshalb zu entfalten und praktisch werden zu lassen.

Ein neues Leitbild von Arbeit hat zentrale Faktoren von Nachhaltigkeit und Public Health zu integrieren:

- Abnahme des Anteils der Erwerbsarbeit an der Lebenszeit,
- größere Vielfalt und Diskontinuität von Arbeitsbiographien,
- Berücksichtigung von Versorgungsarbeit (z.B. Krankenpflege oder Erziehung von Kindern in Familie) sowie Gemeinschafts- und Eigenarbeit neben der entlohnten Erwerbsarbeit,
- Gleichstellung von Mann und Frau (Geschlechterdemokratie),
- Wissen, daß ein ökologisches, gesundheitsgemäßes und sozialverantwortliches Handeln der Bürgerinnen und Bürger außerhalb der Erwerbsarbeit mit entsprechenden Erfahrungen innerhalb der Erwerbssphäre verknüpft ist.

Allerdings wird durch die angesprochenen dynamischen Veränderungen der Erwerbssphäre die Beziehung von Erwerbsarbeit und Leben im Alltag vieler Menschen komplizierter, vielfältiger und stellt zunehmend Anforderungen an eine stärkere aktive individuelle Gestaltung der alltäglichen Lebensführung.

Eine Arbeit, die eine nachhaltige, man sagt heute auch reflexive alltägliche Lebensführung ermöglicht, ist u.a. dadurch charakterisiert, daß die Arbeit so gestaltet ist, daß die langfristige Erhaltung der Gesundheit gewährleistet und ein aktives Gesundheitsverhalten möglich ist. Mit den Begriffen Nachhaltigkeit und Langfristigkeit kommt die hohe Relevanz von Zeit bei der Strukturierung von Erwerbstätigkeit über den Tag, in der Woche, im Jahr sowie im Lebenslauf in den Blick. Arbeitszeitmuster bestimmen als zentrales Stellglied die alltägliche Lebensführung (Hildebrandt u.a. 2000, S. 31). Beginn und Ende, also Dauer und Rhythmus sowie Lage und Intensität bzw. Zeitverdichtung von Tätigkeitssequenzen sind für eine gesundheitsgerechte Arbeits- und Lebensführung von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Allerdings setzen hier gerade die unternehmerischen Rationalisierungsstrategien an. Strategien und Maßnahmen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes haben sich unbedingt mit der Zeitgestaltung auseinanderzusetzen. Wie und wer Zeitstrukturen vorgibt und in welcher Weise Betroffene demgegenüber eine eigene Zeitsouveränität definieren können, unterliegt den Aushandlungsprozessen der Arbeits- wie auch Gesundheitspolitik.

Mit welchen gesundheitlichen Risiken die derzeitigen dynamischen Veränderungen in der Erwerbssphäre gerade unter Zeitaspekten verbunden sind, belegen Umfragen zu den arbeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungen und arbeitsbedingten bzw. arbeitsmitbedingten Erkrankungen.

Aus der letzten repräsentativen Umfrage des Bundesinstituts für Berufsbildung und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung von 1998 bzw. 1999 sollen einige Zahlen zur Arbeitszeit und zu den Belastungen und Beanspruchungen vorgestellt werden.

In der Tabelle wird deutlich, daß lange Arbeitszeit, wie auch Wechselschicht bzw. Arbeit an Sonn- und Feiertagen oder auch am Wochenende von einer relevanten Größe der Erwerbsbevölkerung und hier gerade von Männern und Frauen über 45 Jahre ausgeführt werden muß. Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterliegen also, was Zeitsouveränität angeht, durchaus restriktiven Bedingungen.

Betrachtet man die Angaben zu den psychosozialen Streßfaktoren, so wird hier die hohe zeitliche Beanspruchung während der Arbeit bei den über 45jährigen Männern und Frauen offenkundig. Über die Hälfte von ihnen steht unter Termin- und Leistungsdruck, fast die Hälfte der Befragten muß gleichzeitig verschiedene Tätigkeiten ausführen.

Tabelle 1: Psychosoziale Belastungen, Streß
Männer und Frauen über 45 Jahre (praktisch immer bzw. häufig; in Prozent)

| Streßfaktor | Prod. Gw. | Handel | Gesu. | Verkehr |
|------------------------------------|-----------|--------|-------|---------|
| Termin-, Leistungsdruck | 56 | 49 | 52 | 61 |
| verschiedene Arbeiten gleichzeitig | 44 | 39 | 49 | 47 |
| hohe Konzentration | 40 | 28 | 40 | 45 |
| kleine Fehler mit hohem Schaden | 37 | 27 | 25 | 40 |
| neue Aufgaben | 35 | 23 | 30 | 29 |
| an Grenzen der Leistungsfähigkeit | 25 | 20 | 27 | 27 |

Quelle: BIBB/IAB 1998/99

Wie klassische Belastungen von den älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erlebt werden, veranschaulicht die Tabelle 2.

Tabelle 2: Arbeitsbelastungen
Männer und Frauen über 45 Jahre (praktisch immer; häufig; in Prozent)

| Belastungen | Prod. Gw. | Handel | Gesu. | Verkehr |
|-------------------------------|-----------|--------|-------|---------|
| Arbeit im Stehen | 43 | 44 | 45 | 24 |
| Schwere Lasten | 35 | 30 | 40 | 20 |
| Zwangshaltungen | 25 | 10 | 23 | 11 |
| Erschütterungen, Schwingungen | 12 | 4 | 2 | 11 |
| Lärm | 35 | 7 | 11 | 17 |
| Beleuchtung | 12 | 8 | 7 | 13 |
| Rauch, Staub, Gase | 28 | 5 | 8 | 12 |
| Klima | 31 | 13 | 12 | 23 |
| Öl, Schmutz | 30 | 8 | 13 | 14 |
| Gefährliche Stoffe | 8 | 3 | 8 | 3 |

Quelle: BIBB/IAB 1998/99

Nicht unerwähnt lassen möchte ich die gesundheitlichen Beschwerden während oder unmittelbar nach der Arbeit für die älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Tabelle 3: Häufige gesundheitliche Beschwerden während oder unmittelbar nach der Arbeit Männer und Frauen über 45 Jahre (in Prozent)

| Beschwerden | Prod.Gw. | Handel | Gesu. | Verkehr |
|-----------------------|----------|--------|-------|---------|
| Rücken | 46 | 44 | 49 | 47 |
| Schulter, Nacken | 34 | 34 | 35 | 36 |
| Beine, Füße | 20 | 26 | 27 | 18 |
| Kopfschmerzen | 15 | 20 | 19 | 19 |
| Herz | 5 | 5 | 6 | 5 |
| Augen | 11 | 7 | 9 | 12 |
| Schlafstörungen | 12 | 11 | 14 | 15 |
| Allgem. Müdigkeit | 19 | 19 | 24 | 22 |
| Nervosität, Reizbark. | 15 | 13 | 13 | 16 |
| keine | 24 | 24 | 23 | 22 |

Quelle: BIBB/IAB 1998/99

Zunächst ist festzustellen, daß nur ein Viertel der Befragten angeben, frei von Beschwerden zu sein. Im Vordergrund stehen Schmerzerfahrungen im Bereich des Muskel- und Skelettbereichs. Wie gesagt geht es um gesundheitliche Beschwerden während oder unmittelbar nach der Arbeit.

Wie sehr bereits junge Auszubildende die Risiken und gesundheitlichen Belastungen in der Erwerbsarbeit wahrnehmen, ist in Befragungen von etwa 8.000 Auszubildenden im Handwerk in unseren Studien deutlich geworden. Bereits im 1. Lehrjahr sind Auszubildende zu fast 40 % der Auffassung, daß „... viele Kolleginnen und Kollegen mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen zu tun haben“. Diese Gruppe ist zu 25 % der Auffassung, daß man die Tätigkeit im Handwerk nicht bis zum 50. Lebensjahr ausüben kann. Erstaunlich ist, daß diese negative Einschätzung der Arbeitsbedingungen in der Wahrnehmung bei den Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen und in der Projektion auf Zukunft sogar mit Dauer der Ausbildung zunimmt, also je länger man in der Sozialisation auf einen Beruf hin eingebunden ist, umso bedenklicher werden die Einschätzungen bezüglich der Leistungsfähigkeit und der Aufrechterhaltung von Leistungsfähigkeit.

Frau Oberbürgermeisterin, Sie haben 1998 zur Eröffnung des Forums Gesundheit unter dem Titel „Moderne Zeiten – Gesunde Zeiten?“ gefragt, „Haben z.B. die Programme zur Humanisierung des Arbeitslebens zu gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen geführt?“

Bei der Suche nach einer Antwort zeigt sich ein widersprüchliches Bild. Auf der einen Seite belegen die repräsentativen Befragungen, daß Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingte bzw. -mitbedingte Erkrankungen weiterhin zu den verbreiteten negativen Arbeitserfahrungen gehören, die Qualität der Arbeit also zu wünschen übrig läßt. Von Humanisierung des Arbeitslebens läßt sich also nicht durchgängig sprechen.

Auf der anderen Seite können wir im Hinblick auf Public Health in Private Company, einschließlich der Betriebe im Öffentlichen Dienst, sowohl auf der normativ rechtlichen Ebene, wie auch im Problembewußtsein von einem nicht geringen Anteil des Managements und erst recht im Bewußtsein der Erwerbsbevölkerung eine Veranke-

rung der Wertidee „Humanisierung des Arbeitslebens „, oder “Nachhaltigkeit des Wirtschaftens“ beobachten.

Mit den Arbeitsschutzregelungen der Europäischen Union, die nationales Recht geworden sind, wurde dem Konzept „Public Health“ bzw. Nachhaltigkeit in dem privaten Verfügungsbereich des Betriebes zu einer wesentlich stärkeren Legitimation als bislang verholfen. Public-Health-Strategien waren und sind, wie gesagt, Teil der sozialstaatlichen Regulation und Steuerung, eben auch der, durch die industrielle Produktion verursachten Gesundheitsgefahren und Schädigungen. Die europäischen Regelungen folgen einem neuen Leitbild, statt technischer Orientierung, obrigkeitlicher Aufsicht, passiver Rolle der Beschäftigten, Schädigung nur im Verständnis von Unfall und Berufskrankheit nun eine Wendung zu einem Arbeitsrecht, in dem Gefährdung umfassend verstanden, frühzeitig und präventiv erfaßt werden soll und alle Akteure im Betrieb auf die humane Gestaltung der Arbeit und ihrer Bedingungen einwirken sollen.

Orientierte sich der Arbeitsschutz früher fast ausschließlich an Schädigungen und Gefährdungen physikalischer, chemischer und biologischer Art, so ist die normative Orientierung in den neuen Arbeitsschutzregelungen: Gesundheit, Gesundheitsförderung, Aufrechterhaltung von Produktivität sowie Vereinbarkeit von persönlicher Disponibilität mit den Arbeitsanforderungen. Die neuen Arbeitsschutzregelungen haben die Rechte der Arbeitnehmer im Sinne einer zivilgesellschaftlichen, demokratischen Intention gestärkt. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben das Recht auf Beratung und Information über Risiken und über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung sowie auf Beratung in mit der beruflichen Tätigkeit zusammenhängenden Gesundheitsproblemen. Gestärkt wurde in gewisser Weise so gesehen das Partizipationsrecht, also Teilhaberecht in den Betrieben. Die Ausdehnung des Public-Health-Prinzips in der Produktionssphäre einschließlich der Dienstleistungsarbeit kommt weiterhin darin zum Ausdruck, daß die neuen Arbeitsschutzregelungen der Europäischen Union und damit der Bundesrepublik auf die gesamte Erwerbsbevölkerung ausgedehnt wurden. Klein- und Kleinstunternehmen müssen sich den Anforderungen wohlfahrtsstaatlicher Intervention stellen und haben sich normativ an der Sicherung und Erhaltung von Gesundheit ihrer Beschäftigten zu orientieren.

Die neuen Anforderungen an den Arbeitsschutz lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Erweitertes Gesundheitsverständnis, nicht nur rein körperliche Schädigungen, sondern auch psychosoziale Aspekte werden einbezogen, ebenso Aspekte der Gesundheitsförderung (ganzheitlicher Arbeitsschutz).
- Präventive Gesundheitspolitik wird als eine Querschnittsaufgabe von Betriebs- und Unternehmenspolitik verstanden (Sicherheitsmanagement).
- Arbeitsschutz wird als eine dynamische Herausforderung angesehen. Er hat sich an die Fortschritte der technischen Entwicklung und die neuesten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen (Anpassungspflicht).
- Abbau des Vollzugsdefizits, insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben, Verantwortung des Unternehmers (Betriebsorientierung).

- Kooperation von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten mit effektiver Beteiligung der Betriebs- und Personalräte sowie der Sicherheitsbeauftragten und der einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Kooperationsprinzip).
- Aktive Einbeziehung der einzelnen Beschäftigten in der Wahrnehmung und Bewältigung der Gefährdungen und Risiken sowie des gesundheitsgerechten Verhaltens; Beschäftigte sind nicht nur als Objekte fürsorglichen Schutzes, sondern als Interessensvertreter ihrer eigenen Gesundheit zu achten und zu akzeptieren (Partizipationsprinzip).
- Einheitliche und transparente Normierung der rechtlichen Anforderungen und Pflichten (einheitliches Arbeitsschutzrecht) (Bücker u.a.: Vom Arbeitsschutz zur Arbeitsumwelt. Europäische Herausforderungen für das deutsche Arbeitsrecht, Neuwied, Kriftel, Berlin 1994, S. 43-44).

Doch nicht nur das staatliche Arbeitsschutzgesetz, sondern auch die rechtlichen Regelungen zur Krankenversicherung und Unfallversicherung haben ein neues modernes Präventionshandeln zur menschengerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen zum Ziel. Ich verweise auf den § 20 „Prävention und Selbsthilfe“ im SGB V. Danach haben Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. Sie haben Leistungen zur Primärprävention zu erbringen, um einen Beitrag zur Verminderung sozialbedingter Ungleichheit vor Gesundheitschancen zu erbringen. Die Unfallversicherungen haben ebenfalls mit dem § 1 und § 14 einen erweiterten Präventionsauftrag, der sich nicht mehr ausschließlich auf Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bezieht, sondern eben auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren für Leben und Gesundheit. Sie haben den Ursachen dieser Gefährdung nachzugehen und mit den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

Diese rechtlichen Verpflichtungen des Zusammenwirkens von Unfallversicherung und Krankenversicherung mit den Betrieben und den dortigen Akteuren, nämlich Management, Betriebsrat bzw. Personalrat und den Experten für Arbeitsschutz, d.h. Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit, sind aufgefordert, zu einem neuen Arrangement bei der humanen Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der Prävention von Gesundheitsrisiken zusammen zu kommen. In einer Reihe von Projekten wurde gerade dieser neue Typus von betrieblicher Gesundheits- und Sozialpolitik mit den Zielen Humanisierung des Arbeitslebens, Verbesserung der Arbeitsqualität und damit erhöhte Arbeitsproduktivität erfolgreich erprobt.

Ihre langjährigen Bemühungen, in Ihrer Stadt gesundheitsgerechte Arbeits- und Lebensbedingungen zum Thema zu machen und entsprechende Aktivitäten anzustoßen und zu fördern, zeigt, daß nicht nur die klassischen sozialpolitischen Akteure, sondern eben auch öffentliche Verantwortung auf kommunaler Ebene sich in die Thematisierung der Notwendigkeit von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen einmischt. Ihr kommunalpolitisches Engagement auf dem Gebiete von Gesundheitssicherung schließt die konkreten arbeitsweltlichen Gestaltungsnotwendigkeiten ein und macht deutlich, daß Ihr Verständnis von Public Health bzw. Nachhaltigkeit nicht fragmentiert, sondern einem ganzheitlichen Leitbild verpflichtet ist, den Menschen also nicht aufspaltet in Arbeitskraft, Zivilbürger und Konsument.

Ein zentrales Moment moderner Arbeits- und Gesundheitspolitik ist die Förderung und qualifizierte Ausgestaltung der Teilhabe, also der Partizipation der Bürgerinnen und Bürger innerhalb wie außerhalb der Arbeitswelt an den sie betreffenden Belangen.

Unser demokratisches Grundverständnis sieht Beteiligung als ein notwendiges Element im Prozeß reflexiver Modernisierung von Wirtschaft und Gesellschaft an und sichert dies grundrechtlich auch ab. Die faktische Einbeziehung der Menschen in Willensbildungsprozesse und Teilhabeprozeduren sind für Innovation und Organisationsentwicklung der Betriebe unabdingbar. Denn wie die erfolgreiche Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements zeigen, sind solche Prozeduren nur dann erfolgreich, wenn die Arbeitenden als Subjekte bei der Analyse ihrer Situation, bei der Entwicklung und Vereinbarung von Gestaltungsvorschlägen sowie bei ihrer Anwendung selbst zur Sprache kommen und mitwirken. Ihr lokales Wissen ist unabdingbar, wenn Lösungen zur Gestaltung ihrer Arbeitssituation ermittelt und praktiziert werden sollen. Die Beteiligungsinteressen der abhängig Beschäftigten richten sich auf zentrale Dimensionen des Arbeitsprozesses, wie Aufhebung der Trennung von planenden und ausführenden Tätigkeiten, Einflußnahme auf Leistungsbedingungen, also Gestaltung von Arbeitszeit und Kooperation, Mitwirkung bei der Ausgestaltung des Arbeitsprozesses, um Lernmöglichkeiten zu schaffen, Mitwirkung bei der Produktion neuen Wissens, also Teilhabe als Akteur in der Entwicklung einer lernenden Organisation; Interesse an einer körperlichen Unversehrtheit, Interesse an einer angemessenen gerechten Bezahlung sowie Interesse an einem gerechten Verhältnis von Geben und Nehmen im Arbeitsprozeß.

Innovation und Modernisierung im Betrieb bedarf der Entwicklung von fachlicher und sozialer Kompetenz aller Beteiligten, vor allem der sozialen Kompetenzen wie Selbstbestimmung, Vertrauen, Offenheit, Herstellung einer befriedigenden sozialen Beziehung. Möglichkeit zur Anerkennung von Leistung, Fürsorge und Empathie auch in Krisensituationen kennzeichnen die Qualität des Arbeitsklimas. Beteiligungsprozesse sind geradezu dazu prädestiniert, solche sozialen Kompetenzen und befriedigende Arbeitsbedingungen herzustellen. Partizipation ermöglicht es, die subjektiven sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten ins Spiel bringen zu können, um die Qualität des Arbeitsprozesses wie auch die Qualität des Arbeitsproduktes zu ermöglichen.

Es wäre unredlich zu unterschlagen, daß Kalküle der betrieblichen und überbetrieblichen Rationalisierung mit den Bedarfen und Bedürfnissen nach Humanisierung und Demokratisierung der Arbeit sich nicht so ohne weiteres zur Deckung bringen lassen. Allerdings fällt auf, daß nicht nur in modernen Managementlehren, sondern konkret in Betrieben direkte Partizipation der Beschäftigten an sie betreffende Entscheidungsprozesse zu einem Schlüsselbegriff betrieblicher Reorganisation geworden ist. Innovationsbereite Manager haben Beteiligung als Rationalisierungsressource entdeckt. Partizipation gilt ihnen als ein geeigneter Weg zur optimalen Nutzung des Erfahrungswissens und Kreativitätspotentials ihrer Beschäftigten (Dörre, in: Denisov, Fricke: Partizipation und Produktivität, Friedrich-Ebert-Stiftung, 1996, S. 69). Zentriert um die Idee von Bürgerstatus, also Citizenship und Bürgerrechten im Betrieb, also Industrial Rights zielen Konzepte prozeduraler Vernunft demokratischer Verfahren auf eine diskursive Umgestaltung des Herrschaftscharakters von Arbeitsverhältnissen, um eine Verbesserung der Lebenslage arbeitender Menschen im Betrieb zu ermöglichen. Inwieweit diese zivilgesellschaftlich orientierten Konzeptionen mit partizi-

pativen Managementkonzepten kompatibel sind, muß sich noch zeigen. Allerdings sind die Strategien zur Produktivitätsverbesserung und damit Sicherung von Qualität der Arbeitsprodukte ohne Einbeziehung der subjektiven Interessen der Beschäftigten, eben auch an Gesundheit, mittel- und längerfristig kaum möglich. Vor dem Hintergrund komplexer Umwelten (Globalisierung) und unsicherer Märkte erhöhen solche organisatorischen Unternehmenskonzepte die Flexibilität des unternehmerischen Handelns. Ein integrierter Managementstil, der Gesundheit zur wichtigen Größe auch des Managements ansieht und dabei systematisch auf Partizipation setzt, entwickelt die Humanressource im Betrieb und sichert damit das entscheidende und überlebensnotwendige Potential für den Betrieb.

Aus den sozialwissenschaftlichen Analysen über die betriebliche Mikropolitik wissen wir, daß Managementkonzepte, die auf Effizienz und Effektivitätssteigerung, also auf soziale, technische, d.h. systemische Rationalisierung setzen, ohne innerbetriebliche Aushandlungen, Kompromisse und wechselseitige Anerkennung legitimer Ziele nicht auskommt. Effizienzorientierte Ansätze können gegen die legitimen Interessen der Beschäftigten, hier Sicherung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und damit Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nicht in reiner Form durchgesetzt werden.

Versteht sich Stadt als Sozialgemeinde, in der eine Gesamtverantwortung für alle Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde sich artikuliert, dann sorgt die Herstellung von Öffentlichkeit in der Stadt zum Thema Public Health bzw. Nachhaltigkeit dafür, daß Public Health und Nachhaltigkeit zum Prinzip der Gestaltung von Arbeitswelten wird.

Sie tun dies gerade hier in Heidelberg und dazu gratuliere ich Ihnen und wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg.