

Rainer Müller (2002): „Sicherheit und Gesundheit als sozialpolitische Herausforderungen des Arbeitsschutzes“, in: Müller, R. (Hg.): *Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung*. Schriftenreihe *Gesundheit – Arbeit – Medizin*. Bremerhaven: *Wirtschaftsverlag NW*, S. 325-343

Sicherheit und Gesundheit sind weiterhin zentrale Herausforderungen an die Sozialpolitik und damit den deutschen und „europäischen“ Sozialstaat.

Es geht nicht bloß um Sicherung eines Existenzminimums von Personen, sondern um soziale Sicherheit als Teil des gesellschaftlichen Wertes „Sicherheit“, welcher öffentliche Sicherheit, technische Sicherheit, Rechtssicherheit und Gewißheit als sicheres Wissen zum Handeln umfaßt (Kaufmann 1970).

Arbeitsschutz ist Teil dieser öffentlich verantworteten sozialen Sicherheit. Historisch betrachtet war der Arbeitsschutz als Arbeiterschutz nicht nur die Auseinandersetzung mit den unmittelbaren technischen Gefährdungen, sondern eben zugleich Schutz vor den sozialen Risiken einer gesundheitsschädigenden Ausbeutung menschlicher Arbeitskraft und war Kern der Entwicklung staatlicher Sozialpolitiken. Arbeitsschutz bloß als Unfallverhütung und technischen Schutz zu verstehen, stellt eine Verengung der sozialpolitischen Herausforderung dar.

Sicherheit und Gesundheit wurden in der Ausbildung der Industriegesellschaft in den vergangenen 150 Jahren zu normativen Konzepten, die gestaltende Kraft entfalteten. Sicherheit und Gesundheit wurden zu allgemein verbindlichen Lebens- und Verhaltensrichtlinien im privaten, öffentlichen und im privatwirtschaftlich betrieblichen Zusammenhang. Gesundheit wurde als Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit zur ausschließlichen Basis der Existenz lohnabhängiger Schichten und Gegenstand wissenschaftlicher Deutung der Physiologie, Hygiene und später der Soziologie und Psychologie. Mit der Erfindung des Homo oeconomicus wurde zugleich um 1900 der Homo hygienicus kreiert. In der Verpflichtung zur rationalen Lebens- und Betriebsführung wurden beide Konzepte miteinander verflochten.

Die Einsicht, daß Erwerbsarbeit 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 Biologisch-Körperlich-Leibliche und zugleich das Normative, Wertende für das soziale Handeln, also das Tätigsein von Personen im gesellschaftlichen Kontext angesprochen (Labisch 1992).

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 auch im privatwirtschaftlichen Betrieb, ist die Geschichte des Arbeiterschutzes. Die Risiken der industriellen Welt mit ihren gesundheitlichen Schädigungen und Zerstörungen wurden historisch betrachtet etwa ab Mitte des 19. Jahrhunderts als gravierendes Problem wahrgenommen sowie thematisiert und Gegenstand staatlicher bzw. parastaatlicher Regulationen und Intervention mit dem Ziel Gesundheitsschutz und Sicherheit.

Die Relevanz einer öffentlichen Gesundheit wurde angesichts der negativen Folgen bzw. Begleiterscheinungen der frühkapitalistischen Entwicklungen, wie Armut, Hunger, Seuchen und Gefährdung der öffentlichen Ordnung durch die führenden Schichten auf kommunaler wie zentralstaatlicher Ebene entdeckt, die handeln mußten, wenn Stadt, Land und Staat als soziale Einheit überleben sollt. Die aufkommende Arbeiterbewegung hat nicht unwesentlich dazu beigetragen, daß auf kommunaler und zentralstaatlicher Ebene der öffentlichen und damit ebenfalls individuellen Ge-

sundheit eine sozialstaatliche rechtliche wie praktische Ausgestaltung im Arbeitnehmerschutz und anderen sozialstaatlichen Institutionen 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, sicheres und sozial angemessenes Leben möglich ist oder anders herum: Welche gesundheitlichen Sach- und Dienstleistungen sowie Bedingungen in der Erwerbssphäre wie außerhalb davon sollten dem Einzelnen zur Verfügung stehen, damit Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit gegeben ist und im langen Leben erhalten bleibt und wie sollte dies in der Generationsfolge gestaltet sein?

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 (Hillebrand, Löbbe 2000; DIW, WI, WZB 2000).

Public Health und nachhaltige Entwicklung meint deshalb nicht nur Schadensbegrenzung und –reparatur, 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.

Soziale Sicherheit meint im deutschen bzw. europäischen Kontext die staatliche Gewährleistung sozialer Rechte, wie sie zum ersten Mal in der allgemeinen Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte der Vereinten Nationen von 1948 und ebenso in der Europäischen Sozialcharta von 1961 als Ergänzung zu den bürgerlichen (ökonomischen) und politischen Rechten des Staatsbürgers formuliert worden sind.

Die sozialstaatliche Verantwortung zielt auf Inklusion, also auf soziale Integration, auf Teilhabe jeder Person als Mitglied eines gesellschaftlichen Zusammenhangs. Jede

Person muß danach Zugang zu allen Funktionskreisen der Gesellschaft erhalten können, so zum Recht, zum Bildungssystem, zur Gesundheitsversorgung, zur Möglichkeit der eigenen Familiengründung wie auch zum Wirtschaftsleben (Kaufmann 2000, S. 176).

Soziale Sicherheit und Gesundheit sind in diesem Verständnis also relevante Aufgaben sozialstaatlicher Politik, nämlich der Gewährleistung der Reproduktion von Humanvermögen und dem Arbeitsvermögen als Teil davon. Qualifiziertes Human- bzw. Arbeitsvermögen ist die Grundlage jeder entwickelten demokratischen Wirtschaftsgesellschaft. Zum Humanvermögen zählen neben dem wirtschaftlichen Humankapital, also dem Arbeitsvermögen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Elternverantwortung, zum politischen und gemeinnützigen Engagement, zur Betreuung von nahestehenden Alten und Kranken. Der größte Teil der Reproduktion von Humanvermögen findet in privaten Haushalten, also der Familie statt. Für die Ausbildung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Arbeitsvermögens sind Bildungseinrichtungen und konkrete berufliche Tätigkeiten die entscheidenden Orte, d.h. Humankapitalbildung findet im Verhältnis von privaten Haushalten (Familie), Wirtschaft (Markt) und Staat statt.

Soziale Sicherheit und Gesundheit sind in ihrer Begrifflichkeit wie auch in der praktischen Ausgestaltung durchaus aufeinander bezogen. So u.a. über Verständnisse und Maßnahmen von Schutz gegenüber Gefahren z.B. der Arbeitswelt oder bei Hilflosigkeit im Falle von Armut, Krankheit oder Alter. Sozialpolitische Maßnahmen bewirken Sicherheit, wenn die Schutzfunktion zuverlässig erfüllt wird und das subjektive Sicherheitsgefühl des Geschützten erhöht und sein Vertrauen in die schützende Institution gestärkt wird.

Soziale Sicherheit und Gesundheit ist gemeinsam, wie gesagt, der Doppelaspekt von privat bzw. individuell und öffentlich bzw. gesellschaftlich. Sicherheit und Gesundheit sind sowohl private als auch öffentliche Güter. Für öffentliche Güter gilt, daß sie nicht als Waren über Marktprozesse zu realisieren sind, sondern der öffentlichen Bereitstellung und des gesamtwirtschaftlichen Denkens und Handelns bedürfen.

Soziale Sicherheit und Gesundheit sind außerdem, wie bereits angesprochen, theoretisch wie praktisch in der Konzeption von Nachhaltigkeit (sustainable development) aufgehoben. In dieser Konzeption kommt die Zeitperspektive der Zukunftsfähigkeit, also das lange Leben des Einzelnen sowie das Leben der nächsten Generationen in den Blick.

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 ein 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. Dies deckt sich mit Vorurteilen von Teilen des Managements gegenüber älteren Arbeitnehmern. 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 in der Perspektive eines langen Lebens 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. Soll Arbeit auch in der Zukunft zentrale Bestimmung für den individuellen Lebensentwurf und die Gesellschaft bleiben, dann ist ein erweiterter Arbeitsbegriff zu entfalten und praktisch werden zu lassen.

Ein neues Leitbild von Arbeit hat zentrale Dimensionen 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 von Tätigkeitssequenzen sind für eine gesundheitsgerechte Arbeits- und Lebensführung von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Allerdings setzen hier gerade die unternehmerischen Rationalisierungsstrategien an und es kommt zu gesundheitsriskanten Zeitregimen. Strategien und Maßnahmen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes haben sich deshalb unbedingt mit Zeitgestaltung auseinanderzusetzen. Intensivierung der Arbeit führt zwangsweise zu einer schnelleren und erhöhten Ermüdung und Erschöpfung und verlangt zur Erholung notwendigerweise frühzeitige und ausreichende Pausen und Erholungszeiten. Wer Zeitstrukturen vorgibt und in welcher Weise Betroffene demgegenüber eine eigene Zeitsouveränität definieren können, unterliegt zwar den Aushandlungsprozessen der Arbeits- und Wirtschaftspolitik, doch da das biologisch-rhythmisch strukturierte Leben der Menschen nicht unendlich plastisch und formbar ist, sind Natur- wie Sozialwissenschaften stärker gefordert, Wissen für die gesundheitsgerechte Gestaltung von Zeitmustern zur Verfügung zu stellen.

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.

Tabelle 1: Arbeitszeit und Arbeitsort
Männer und Frauen über 45 Jahre (in Prozent auf-, abgerundet)

Arbeitszeit	Prod.Gw.	Handel	Gesu.	Verkehr
Wechselschicht	18	19	39	35
regel. Nachtarbeit	10	4	15	18
Samstags	10	36	39	34
an Sonn-/Feiertagen	5	4	33	24
regel. Überstunden	21	28	22	26

Quelle: BIBB/IAB 1998/99

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 2: 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
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 3.

Tabelle 3: 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
Lärm	35	7	11	17
Rauch, Staub, Gase	28	5	8	12
Klima	31	13	12	23
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 4: 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
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 (Marstedt, Müller 1998).

Man kann nun die Frage stellen: Haben die Programme zur Humanisierung des Arbeitslebens in den 80er bis 90er Jahren in Deutschland und die neuen EU-Arbeitsschutzgesetze 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 Verankerung 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. 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.

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 der 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. 1994, S. 43-44).

Doch nicht nur das staatliche Arbeitsschutzgesetz, sondern auch die rechtlichen Regelungen zur Krankenversicherung und Unfallversicherung haben in Deutschland ein neues modernes Präventionshandeln zur menschengerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen zum Ziel. Zu verweisen ist auf den § 20 „Prävention und Selbsthilfe“ im Sozialgesetzbuch 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.

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 erfolgreiche Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsmanagement sowie zur Qualitätssicherung 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 1996). 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 partizipativen 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 Sicherheit und Gesundheit und damit Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nicht in reiner Form durchgesetzt werden.

Mit dem Nestor der deutschsprachigen Sozialpolitikforschung, Prof. Franz Xaver Kaufmann aus Bielefeld, läßt sich zusammenfassend festhalten, daß eine Sozialpolitik, die den Zielen „soziale Sicherheit und Gesundheit“ verpflichtet ist und den Arbeitsschutz theoretisch wie praktisch daran ausrichtet, sich folgender Nutzen konstatieren läßt:

1. In kultureller Hinsicht trägt Arbeitsschutz als Teil der Sozialpolitik zur Gewährleistung einer als gerecht und human angesehenen Sozialordnung bei und erhöht damit die Legitimität der gesellschaftlichen Verfassung und des deutschen Staates wie auch der Europäischen Union.
2. In politischer Hinsicht wirkt Arbeitsschutz pazifizierend. Der institutionelle Konflikt von Lohnarbeit und Kapital wird im Betrieb wie auch außerhalb gemindert und die Interessensgegensätze werden insgesamt in produktivere Formen der Konfliktaustragung transformiert.
3. In ökonomischer Hinsicht verbessert Arbeitsschutz die Humankapitalbildung. Es wird die Arbeitsbereitschaft gefördert und die Arbeitsproduktivität gesteigert.
4. In sozialer Hinsicht gewährleistet Arbeitsschutz die sozialen Bedingungen der Wohlfahrtsproduktion, indem die privaten Lebensformen außerhalb der Erwerbsarbeit stabilisiert werden und die auch von anderen Gesellschaftsbereichen beanspruchten Anteile des Humanvermögens nicht verschlissen, sondern sozialverträglich genutzt werden. Arbeitsschutz entfaltet so gesehen eine synergetische Wirkung und wirkt auch auf andere gesellschaftliche Teilbereiche und eben nicht nur auf die Erwerbssphäre, sondern gesellschaftlich multifunktional. Arbeitsschutz hat also eine sehr starke Modernisierungsfunktion der Produktionssphäre wie der Gesellschaft insgesamt (Kaufmann 1997, S. 46).

Literatur

Acheson 1988

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung; Wuppertaler Institut für Klima, Umwelt, Energie; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Verbundprojekt Arbeit und Ökologie, Abschlußbericht, herausgegeben von der Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf 2000

Dörre, Klaus: Partizipatives Management - ein Schritt zum demokratischen Betrieb?, in: Denisow, Karin, Fricke, Werner; Stieler-Lorenz, Brigitte (Hg.): Partizipation und

Produktivität. Zu einigen kulturellen Aspekten der Ökonomie, Forum Zukunft der Arbeit, Heft 5, 1998 A, Friedrich-Ebert-Stiftung, Düsseldorf 1996, S. 69

Hildebrandt, E. u.a.: Zeitwandel und reflexive Lebensführung, in: Hildebrandt, E. (Hg.): Reflexive Lebensführung, Berlin 200, S. 9-45

Hillebrand, B.; Löbbe, K. u.a.: Nachhaltige Entwicklung in Deutschland – Ausgewählte Problemfelder und Lösungsansätze. Untersuchungen des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung, Heft 36, Essen 2000

Kaufmann, F.-X.: Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem, Stuttgart 1970

Kaufmann, F.-X.: Herausforderungen des Sozialstaates, Frankfurt 1997

Kaufmann, F.-X.: Der deutsche Sozialstaat als Standortbelastung? Vergleichende Perspektiven, in: Leibfried, St.; Wagschal, U. (Hg.): Der deutsche Sozialstaat – Bilanzen – Reformen – Perspektiven, Frankfurt, New York 2000, S. 171-198

Labisch, A.: Homo hygienicus, Frankfurt/New York 1992

Marstedt, G.; Müller, R.: Ausbildungsbeschwerden, Bremerhaven 1998