

## **Rainer Müller (1989): Perspektiven einer präventiven betrieblichen Gesundheitspolitik**

**veröffentlicht in: S. Habicht-Erenler (Hg.), *Genom-Analyse an Arbeitnehmern: Schutz oder Auslese?* Evangelische Akademie Loccum, Loccumer Protokolle 11/89, S. 169-189**

### **1. Das Dilemma mit der Prävention**

Vordergründig gesehen besteht ein breiter, gesellschaftlicher Konsens über die Notwendigkeit von Prävention. Geht man jedoch den jeweiligen Vorstellungen und Politiken der verschiedenen Positionen nach, so findet man völlig unterschiedliche, ja konträre Konzepte zur Prävention. Differenzen und Widersprüchlichkeiten liegen nicht nur auf der Ebene des Verständnisses von Risiko und Schädigung und damit Krankheit, sondern auch bei den daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen für präventive Interventionen.

Das Spektrum der Auffassungen reicht von einer auf Humangenetik fixierten Position über die Risikofaktorenmedizin bis hin zu einer auf der Basis von Umwelt - Individuum - Konzepten argumentierenden Sozialwissenschaft.

Spektakulär kam erstere in der Begründung zum geplanten Forschungsprogramm des Rates der Europäischen Gemeinschaft "Prädiktive Medizin. Analyse des menschlichen Genoms" zum Ausdruck: "Zusammengefasst zielt prädiktive Medizin darauf ab, Personen vor Krankheiten zu schützen, für die sie von der genetischen Struktur her äußerst anfällig sind und gegebenenfalls, die Weitergabe der genetischen Disponiertheit an die folgende Generation zu verhindern." (Bundesrat, Drucksache 407/88 vom 25.11.1988, Seite 3) Prävention in dieser Hinsicht heißt dann letztlich Genscreening, Selektion und Keim-Bahn-Therapie, also Eugenik.

Die Risikofaktorenmedizin bleibt im Kern ebenfalls auf eine rein somatische Perspektive beschränkt und dem engen biomedizinischen Paradigma behaftet. Obwohl sich als Verhaltensmedizin etikettierend, bleibt in diesem Verständnis soziales Handeln auf schuldhaftes Fehlverhalten in Bezug auf Bewegung und Konsum von Alkohol, Tabak sowie Nahrung reduziert. Das spannungsvolle Wechselverhältnis zwischen individuellem Verhalten und sozialen Verhältnissen bleibt theoretisch unbegriffen und praktisch ausgeblendet. Die sozialen und kulturellen Anteile gesundheitsriskanten Verhaltens kommen nicht in den Blick. Prävention bedeutet in diesem Zusammenhang Screening (Massenuntersuchungen) nach biologischen Risikofaktoren wie z. B. erhöhtes Cholesterin im Blut und medikamentöse Intervention, eventuell auch By-pass-Operation am Herzen. Auch hier definieren Experten, während Laien Weisungen zu befolgen haben (Compliance). Durch Kampagnen wurde die Risikofaktorenmedizin unter die Leute gebracht, so dass mittlerweile auf die hohe individuelle Nachfrage nach entsprechenden medizinischen Leistungen verwiesen werden kann. Eine zweifelhafte Praxis legitimiert sich somit durch massenhafte individuelle Nachfrage.

Innerhalb der Sozialwissenschaften dagegen wurden fundierte Vorstellungen und eine Fülle von Erkenntnissen erarbeitet, die sowohl die Dimensionen des Risikos als auch

diejenigen der Bewältigung im Wechselverhältnis des Individuums mit seiner stofflichen und sozialen Umwelt benennen. (Nitsch 1981, Badura 1981, Semmer 1984, Hohner 1987) In einer Reihe von Modellversuchen innerhalb und außerhalb von Betrieben wurde praktische präventive Gesundheitsförderung betrieben, in dem die verschütteten bzw. rudimentären Kompetenzen von Laien Thematisierungs- und Gestaltungsspielraum erhielten. (Duell, Frei 1986, Trojan 1986)

Auf die hohe Bedeutung der durch soziale, ökonomische und technische Bedingungen geprägten Qualität der Lebens- und Arbeitsweisen für Gesundheit und Krankheit haben nicht nur sozialwissenschaftliche Analysen wiederholt hingewiesen (Antonovsky 1979, Wenzel 1986) sondern eben auch sozialgeschichtliche Studien. Sie haben den geringen Einfluss der Medizin auf Morbidität und Mortalität in den vergangenen 150 Jahren der Industrialisierung belegt. (Mc Keown 1982)

Hinter dem Begriff Prävention kann sich also auf der einen Seite ein technokratisches Gesellschaftskonzept mit schlimmstenfalls Rasterfahndung und polizeiförmige Intervention (Wambach 1983, Beck 1988) und auf der anderen Seite ein Verständnis von Gesellschaft verbergen, welches in der Tradition emanzipatorischer Wissenschaft und sozialer Bewegung steht.

## **2. Erwerbsarbeit und Gesundheitsförderung**

Nachfolgend kann nur grob skizzierend auf das Gefährdungspotential und das Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch Erwerbsarbeit eingegangen werden. Zugleich muss folgendes betont werden. Gemessen an den vorhandenen Datenbeständen in den Sozialversicherungen, den entwickelten theoretischen und methodischen Möglichkeiten sowie verglichen mit anderen Teilbereichen der Gesellschaft, wie z. B. Volkswirtschaft, wurde die Berichterstattung über arbeitsweltbezogene Morbidität und Mortalität, d. h. also über die industrielle Pathogenität, in der Bundesrepublik sehr unzulänglich ausgebildet.

Hat sich als Folge von sozialen Bewegungen gegen Naturzerstörung außerhalb der Betriebe in den letzten Jahren ein hohes gesellschaftliches Bewußtsein entwickelt, so bleibt der Gesundheitsverschleiß innerhalb der Betriebe mehr oder weniger im Dunkeln. Allerdings erhält die Gegenwehr der Belegschaften und Gewerkschaften, wie sie mit der Industrialisierung immer verbunden war, durch das geschärfte öffentliche Bewußtsein über die ökologische Krise eine verstärkte Unterstützung. Diese neue Qualität des gesellschaftlichen Problembewußtsein zur Gesundheitsgefährdung und -schädigung durch Erwerbsarbeit wird ebenfalls gespeist aus der Tatsache, daß von den negativen Auswirkungen einer betriebswirtschaftlich legitimierten Technisierung und Rationalisierung zunehmend auch breite Schichten der qualifizierten "Kopfarbeiter" und Dienstleister betroffen sind. Von diesen Arbeitnehmergruppen wird ein Mißverhältnis zwischen steigenden subjektiv erfahrenen Kosten der Arbeit, eben "Arbeitsleid", und sinkendem Nutzen der Arbeit wahrgenommen. Erwerbstätige stellen zunehmend immer höhere Ansprüche an die Qualität der Arbeit, doch zugleich werden diese höheren Erwartungen in einem geringeren Umfang erfüllt. Arbeitnehmer haben gegenüber den physischen und psychischen Belastungen der Erwerbsarbeit und den damit verbundenen Gesundheits- und Qualifikationsrisiken ein erhöhtes Niveau an Sensibilität

entwickelt. Humanisierung des Arbeitslebens wird nicht mehr nur als ein fernliegendes, staatliches Forschungsprogramm angesehen, sondern als individueller Anspruch gegenüber der eigenen beruflichen Tätigkeit reklamiert. In Bereichen mit knapp werdenden qualifizierten leistungsfähigen Arbeitskräften wird man sich auf diesen "Wertewandel" einzustellen haben.

Inwieweit dies bereits in den Betrieben geschieht, wurde bisher nicht systematisch erforscht. Arbeitswissenschaftliche Studien zu Chancen und Risiken der neuen Technologien (Mikroelektronik, Informations- und Kommunikationstechnologie) stoßen eher auf einen sich verschärfenden Zugriff der Betriebe auf das Leistungsvermögen der Arbeitnehmer als auf eine Betriebspolitik der Humanisierung des Arbeitslebens. Die EDV-Technologien führen, obwohl prinzipiell als soziotechnisches System auch anders gestaltbar, eher zur permanenten Kontrolle des Arbeitshandelns und der Arbeitsergebnisse. Laut Baethge und Oberbeck kann man im Bereich der Angestellten keine durchgängige "Mechanisierung geistiger Arbeit" bzw. "Programmierung des Kopfes" jedoch eine "Entmythologisierung" geistiger Arbeit und eine drastische Reduzierung der Möglichkeit zur qualifizierten Tätigkeit beobachten. Als Konsequenzen ergibt sich daraus, so die Autoren, eine "Refeudalisierung" der Arbeitsverhältnisse in Betrieben und auf dem Arbeitsmarkt. (Baethge, Oberbeck 1986)

Arbeitspsychologisch wurden bei der beruflichen Tätigkeit mit Computern insbesondere an Datensichtgeräten folgende Belastungsschwerpunkte festgestellt:

- Psychomentele Belastungsschwerpunkte: Wegen der erheblichen Unterschiede in der menschlichen Informationsverarbeitung und der angewandten maschinellen Datenverarbeitung kommt es zu psychomentalen Beanspruchungen.
- Senso-motorische Belastungsprobleme: Die Bewegungen des Maschinesystems weichen von den menschlichen Bewegungen bezüglich Art und Schnelligkeit nämlich erheblich von einander ab.
- Probleme/Störungen bei kognitiven Wahrnehmungsprozessen: An computergesteuerten Maschinen werden abstrakte Zeichen und Symbole verwandt. Dadurch wachsen die Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten.
- Probleme bei kommunikativen Wahrnehmungsprozessen: Die neuen Arbeitsplätze verlangen eine permanente örtliche Anbindung des Überwachungs- und Bedienungspersonals. Kontakte und Dialoge zu Kollegen bzw. Vorgesetzten werden stark reduziert. Emotionale und soziale Unterstützung wird erheblich eingeschränkt.
- Störung bei interaktiven Wahrnehmungsprozessen: Das Ziel des Arbeitsprozesses wird vom Einzelnen nicht mehr erkannt. Die Identifikationsmöglichkeit mit dem Gesamtprozeß und dem Betrieb kann verloren gehen. (Kuhn, Schreiber 1984)

Welche neuartigen Arbeitsprobleme und Belastungen bei Facharbeitern hinsichtlich sinnlicher Erfahrung und dem gefühlsmäßig geleitetem Handeln im Arbeitsprozeß an CNC-Werkzeugmaschinen auftauchen, haben Böhle und Milkau studiert. (Böhle, Milkau 1988)

Dabei soll nicht vergessen werden, daß neben den "neuen" gesundheitlichen Gefährdungen alte, klassische Risiken der Industriearbeit weiterhin bestehen. Sie rühren her aus:

- Arbeitsvollzug (Körperliche Schwerarbeit, Statische Haltearbeit, Zwangshaltung, Konzentration, Restriktivität, Zeitdruck, Unter-/Überforderung)
- Arbeitsmittel (Handhabbarkeit, Gefährlichkeit)
- Arbeitsstoffe (Toxizität)
- Arbeitsplatzabmessungen
- Arbeitsumgebung (Klima, Schall, Beleuchtung, mechanische Schwingung, Strahlung)
- Arbeitszeit (Verteilung auf Leben, Jahr, Woche, Tag, Nacht/-Schichtarbeit, Pausen, Überstunden, Rhythmus; Ökonomisierung der Zeit)

Wie weit verbreitet selbst heute noch bei einer angeblichen Modernisierung der Arbeitswelt gesundheitsschädliche Arbeitsbelastungen sind, zeigen die Tabellen 1 und 2. (v. Henniges 1987) Quelle: IAB/BiBB-Befragung 1985/86

5,2 Mill. der deutschen Erwerbstätigen (25 %) arbeiten praktisch immer bzw. häufig unter Lärm (Tabelle 1). Ständig oder häufig sind 15 % (2,1 Mill.) der Erwerbstätigen gesundheitsschädlichen Rauchen, Gasen, Stäuben und Dämpfen ausgesetzt. Fast die Hälfte (etwa 10 Mill.) leiden unter Monotonie und starker Reglementierung ihrer Arbeit (Termindruck, hohe Konzentration, immer dasselbe tun). 84 % der Hilfsarbeiter und 71 % der Facharbeiter klagen über restriktive Arbeitsbedingungen (Tabelle 2). Die Kummulation dieser Arbeitsrisiken in der aktuellen Arbeitssituation wie auch im Erwerbsleben insgesamt stellt die Basis für die Ausbildung von chronischen Leiden dar. Frühinvalidität, d. h. Verrentung wegen chronischer, nicht heilbarer Erkrankungen, geht häufig auf im Arbeitsleben erlittene Mehrfachbelastungen zurück. (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung 1987) Die gesundheitliche Abstiegskarriere über hohe und mehrfache Arbeitsbelastungen, chronische Erkrankung, Frühinvalidität endet nicht selten mit dem vorzeitigen Tod. (Volkholz, Schwarz 1984) Frührentner haben eine eindeutig verkürztere Lebenserwartung als der Durchschnitt der gleichaltrigen Männer. So liegt z. B. die Lebenserwartung eines 50jährigen Frührentners im Durchschnitt gegenüber gleichaltrigen Männern der Gesamtbevölkerung um 8 Jahre niedriger. Bei den gleichaltrigen Frauen beträgt der Unterschied 6 Jahre. (Rehfeld, Scheitel 1986) Das Risiko der Frühverrentung liegt bei Arbeitern deutlich höher als bei Angestellten. Im Alter von 54 Jahren waren 1979 bereits 20 % des Ausgangsbestandes der Arbeiter in Frührente gegangen. Bei den Angestellten waren es erst 5 %. (Schuntermann 1986)

### **3. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt**

#### **3.1 Struktur und Mängel des Arbeitsschutzes**

In der Bundesrepublik existiert ein gesetzlich vorgeschriebenes System zum Gesundheitsschutz von Arbeitnehmern. Staatliche und berufsgenossenschaftliche Gesetze, Vorschriften und Regeln beziehen sich auf:

- Arbeitsstätten, einschließlich Betriebshygiene (z. B. Gewerbeordnung, Arbeitsstättenverordnung)
- Maschinen, Geräte, technische Anlagen (z. B. Gerätesicherheitsgesetz, Dampfkesselverordnung)

- Gefährliche Arbeitsstoffe (Chemikaliengesetz, Gefahrstoffverordnung, Störfallverordnung)
- Arbeitszeitregelung (z. B. Arbeitszeitordnung, Ladenschlußgesetz, Fahrpersonalgesetz)
- Schutz bestimmter Personengruppen (Mutterschutz-, Jugendschutz-, Heimarbeitschutzgesetz)
- Arbeitsschutz, Organisation im Betrieb (z. B. Reichsversicherungsordnung, Arbeitssicherheitsgesetz)
- Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten (§ 551 RVO, Berufskrankheitenverordnung)

In Bezug auf die Reichsversicherungsordnung haben Berufsgenossenschaften Unfallverhütungsvorschriften (UVV) erlassen hinsichtlich:

- technischer Sicherheit (z. B. Gabelstapler)
- Belastungen (z. B. gefährliche Arbeitsstoffe, Lärm)
- betriebliche Arbeitsschutzorganisation (z. B. erste Hilfe, Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte)
- arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Technische Aufsichtsbeamte des Staates und der Unfallversicherungen sollen die Betriebe beraten und kontrollieren. Neben den staatlichen Gesetzen und berufsgenossenschaftlichen Regelungen spielen Verträge zwischen Tarifpartnern und Vereinbarungen innerhalb der Bestimmung eine wichtige Rolle.

## Übersicht 1

### Funktionen und Aufgaben des betrieblichen Arbeitsschutzes

Aufgaben/Funktionen	Rechtsgrundlagen
Unternehmer, Betriebsleiter, Meister	Verantwortung für den Arbeitsschutz, gegebenenfalls im Rahmen der Pflichtübertragung § 120a GewO, §§ 2, 12 VBG 1
Betriebsrat	Einsetzen für die Durchführung der Vorschriften, Anregung, Beratung, Auskunft, Mitbestimmung § 80 Abs. 1 Nr. 1, § 87 Abs. 1 Nr. 7, § 87 Abs. 2 und § 89 BetrVG
Sicherheitsfachkraft, Betriebsarzt	Weisungsfreiheit, fachliche Unterstützung und Beratung des Arbeitgebers und des Betriebsrates §§ 3, 6, 8 und 9 ASiG
Sicherheitsbeauftragte	Unterstützung und Beratung des Arbeitgebers und der Vorgesetzten ohne Verantwortung, Unterstützung der Arbeitnehmer, des Betriebsrates und der Fachkräfte § 719 RVO § 9 VBG 1

Die Mängel des betrieblichen Arbeitsschutzes lassen sich stichwortartig folgendermaßen benennen:

- geringe Reichweite der Vorschriften
- Nichteinhaltung staatlicher und berufsgenossenschaftlicher Normen (enormes Vollzugsdefizit)
- nicht selten Fehlen von Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft sowie auch von Betriebsrat in Mittel- und Kleinbetrieben
- Externalisierung (z. B. Frührente) und finanzielle Kompensation (z. B. Unfall-/Berufskrankheitenrente auch Arbeitsunfähigkeit) der arbeitsbedingten Gesundheitsschäden statt Prävention
- geringe Kontrollfunktion staatlicher und berufsgenossenschaftlicher Organe
- Funktionalisierung des Arbeitsschutzes für nichtgesundheitliche, betriebliche Interessen (Selektion von Personal)
- rechtliche und betriebspolitisch schwache Stellung des überlasteten Betriebsrates (Wahrnehmungsdefizite)
- Schwache Stellung der Sicherheitsfachkräfte (Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure), fast keine Interventionsrechte
- Übergewicht einer auf Naturwissenschaft bzw. Technik verkürzten Sichtweise der Betriebsärzte und Ingenieure bezüglich arbeitsbedingter Risiken und Erkrankungen, Fixierungen auf Unfall- und Berufskrankheit sowie auf Grenzwerte für Einzelbelastungen
- Maßnahmen bleiben häufig auf rein technische Maßnahmen oder ärztliche Körperuntersuchungen beschränkt
- unzulängliche Qualifikation der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte
- häufiges und weitgehendes Akzeptieren des mit Lohnarbeit verbundenen Gesundheitsverschleißes, auch durch Arbeitnehmer
- fehlende Verknüpfung von professionellem Fachwissen der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte mit den informellen Kenntnissen über Bewältigungsstrategien der Beschäftigten
- Blockierung der Kompetenz, der Problemnähe und der Erfahrungen von betroffenen Arbeitnehmern
- Fehlende Integration der Sicherheitsbeauftragten, mangelnde Qualifizierung dieser Gruppe

Der Gesetzgeber hat den Institutionen des betrieblichen, staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Arbeitsschutzes einen großen Beratungsauftrag – nur der staatlichen Gewerbeaufsicht und der Unfallversicherung auch eine begrenzte Interventionsmacht – formal zugewiesen. Ob diese Institutionen jedoch diesen Auftrag im Sinne eines umfassenden Gesundheitsschutzes auch erfüllen, indem sie auf die humane, ökologische und sozialverträgliche Arbeit- und Technikgestaltung dringen, muß mehr als bezweifelt werden. Ein Mangel des Arbeitsschutzsystems besteht eben auch darin, daß eine Bilanzierung bzw. Evaluation des Systems bisher systematisch und fortlaufend nicht erfolgt ist. (Deiß u. a. 1988)

Die Sozialforschungsstelle in Dortmund ist ansatzweise dieser Frage in einer Untersuchung vor dem Hintergrund des derzeitigen breiten Einsatzes neuer Technologien nachgegangen. Die Autoren stellen fest, daß die Handlungsfähigkeit des Arbeits-

schutzes heutiger Prägung den veränderten Handlungsanforderungen immer weniger entspricht und ein präventiver betrieblicher Gesundheitsschutz zunehmend um andere Arenen und Regulierungsformen als den Arbeitsschutz ergänzt werden muß. "Im Sinne einer gestalterischen Erweiterung des Arbeitsschutzes ist das ASIG (Arbeitssicherheitsgesetz, R.M.) weitgehend gescheitert. Unser Fazit: Die Gestaltung von Arbeit und Technik kann vom institutionalisierten Arbeitsschutz nicht erwartet werden, aber man sollte ihn im Rahmen von Konzeptentwürfen, Schwerpunktaktionen usw. auch nicht übersehen und aus der Verantwortung nehmen. Er kann einen begrenzten, aber definierbaren Beitrag zur Sicherung von Mindestarbeitsbedingungen auch im Zusammenhang mit Gestaltungsprozessen leisten." (Pröll, Thon 1986, Seite 584)

Eine derartige positive Integration des ingenieurwissenschaftlichen und betriebsmedizinischen Arbeitsschutzes setzt allerdings zweierlei voraus. Erstens müssen die Beschäftigten und ihre Interessenvertreter systematisch und ernsthaft an den Gestaltungsprozessen beteiligt werden und zweitens sind auf der Expertenebene interdisziplinär arbeitende Gruppen unter Einschluß von Arbeitswissenschaftlern auch aus den Sozial- und Humanwissenschaften einzurichten. Die Beteiligten in betrieblichen Gestaltungsprozessen müssen sich über die Kriterien der Gestaltung von Arbeit- und Techniksysteme verständigen. Nachfolgend werden sieben Kriterien für eine menschengerechte, sozial- und umweltverträgliche Technikgestaltung aufgeführt.

### **Kriterien zur Gestaltung von Arbeit- und Techniksystemen**

#### **1. Beschädigungslosigkeit und Erträglichkeit, bezogen auf die physiologische Ebene des Tätigen**

Hierzu stellt die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin im begrenzten Umfang und mit relativer Tiefe Handlungsanleitungen zur Verfügung. Allerdings sind sie auf Arbeitsunfall, Berufskrankheit und nur zum Teil auf arbeitsbedingte Erkrankungen ausgerichtet. Einzelne spezifische Arbeitsbelastungen chemischer, physikalischer und biologischer Art unterliegen mit ihren jeweiligen Grenzwerten speziellen normativen Regelungen.

#### **2. Ausführbarkeit der Arbeit bezogen auf die Ebenen der Operationen des Arbeitenden mit Werkzeugen und anderen Maschinen**

Die Arbeitsmedizin hat für körperliche Arbeit Leistungsgrenzen und ergonomische Kriterien definiert. Solche Bewertungsmaßstäbe konnten bisher aus wissenschaftstheoretischen Gründen nicht für psychisch-mentale Arbeit formuliert werden.

#### **3. Zumutbarkeit**

Von Bedeutung ist hier besonders das Verhältnis von Arbeitsanforderung und Qualifikation (Über-, Unterforderung). Weiterhin spielt der Handlungs- und Tätigkeitsspielraum hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitsaufgaben eine entscheidende Rolle.

#### **4. Zufriedenheit**

Wichtig sind hier vor allem inhaltsreiche Arbeitsanforderung, Zeitautonomie, Möglichkeit zu menschlichen Kontakten, Mitbestimmung, guter Lohn und Arbeitsplatzsicherheit.

### **5. Persönlichkeitsförderlichkeit**

Als wesentliche Voraussetzung gilt hier die Möglichkeit zur Eigenverantwortung und Qualifizierung während der Arbeit sowie zur ernsthaften Beteiligung an der Gestaltung der Arbeitsbedingungen.

### **6. Sozialverträglichkeit**

Hierunter fallen alle Fragen der Mitbestimmung und der Beteiligung der Beschäftigten bei der Gestaltung von Arbeit und Technik sowie auch Fragen zur familiengerechten Arbeitsgestaltung einschließlich der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. (Gleichheit der Geschlechter)

### **7. Umweltverträglichkeit**

Als umweltverträglich gilt Arbeit, wenn sparsam mit Rohstoffen und Energie sowie mit menschlichen Ressourcen umgegangen wird und außerdem nützliche Produkte hergestellt werden. (zu den Punkten 1 bis 6 siehe Luczak, Volpert 1987, S. 58).

## **3.2 Nicht Schutz, sondern Förderung von Gesundheit**

Der Begriff der Gesundheitsförderung wurde vor allem durch programmatische Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (Alma Ata 1978 und Ottawa 1986, "Gesundheit für alle im Jahre 2000", 1985) in die gesundheitspolitische Diskussion gebracht. Er grenzt sich bewußt von Vorstellungen zur Gesundheitserziehung bzw. -aufklärung ab, die sich fast gänzlich auf die Biomedizin und deren Präventionsstrategie beziehen. Das Konzept der Gesundheitsförderung hat die sozialen, kulturellen, politischen, ökonomischen, technischen und ökologischen Aspekte der Lebens- und Arbeitsbedingungen, im Hinblick auf die Entwicklung gesundheitsfördernder Arbeits- und Lebensweisen zum Inhalt. Die Orientierung an Lebensweisen bzw. Lebensstilen und nicht an individuellem Verhalten ermöglicht es, widersprüchliche Aneignungsprozesse sozialer Realität in den je spezifischen sozio-ökonomischen Lebensumständen durch Individuum zu verstehen.

Das Konzept von Gesundheitsförderung wurde mit der Vorstellung von "social empowerment" verbunden. Der Begriff läßt sich eher mit "sozialer Aktivierung" als mit Befähigung übersetzen, da Befähigung zu stark die individuelle Seite betont. (Kieselbach 1989) Rappaport, der als amerikanischer Gemeindepsychologe dieses Konzept entwickelt hat, versteht darunter sowohl die individuelle Selbstbestimmung über das eigene Leben in Kommune und Betrieb, als auch die demokratische Partizipation an den gesellschaftlichen Lebenszusammenhängen und an den politischen Entscheidungsprozessen. Sozialen Organisationen und professionalen Experten wird die Aufgabe zugewiesen, Menschen darin zu unterstützen, selbständig ihre Interessen vertreten zu können. (Rappaport 1985)

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986 zur Gesundheitsförderung läßt sich mit folgenden Kernsätzen zusammenfassen:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Ge-



sundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden. Voraussetzung für die Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.

Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierung, in Gesundheit-, Sozial-, und Wirtschaftssektoren, in nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien.

Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muß auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Eine Politik der Gesundheitsförderung muß Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechten Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen.

Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen. Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Die Gesundheitsdienste sind neu zu orientieren.

Das Konzept der Gesundheitsförderung stellt qualitativ einen anderen politischen Zugang dar als Schutzpolitiken wie etwa Arbeitsschutz, Frauenarbeitsschutz, Umweltschutz, Jugendschutz usw. Der etablierte Arbeitsschutz stellt Form und Inhalt der Produktion bzw. Dienstleistung nicht in Frage. Für ihn gilt weiterhin das "Grundgesetz" des Arbeitsschutzes nämlich der § 120a der Gewerbeordnung: "Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften so einzurichten und zu unterhalten und den Betrieb so zu regeln, daß die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet".

Schutz wird von den Experten erst dann für notwendig erachtet, wenn das Ausmaß der Gefährdung durch physikalische, chemische und biologische Einwirkungen ein bestimmtes Maß (Grenzwert) überschritten hat. Durch periodische quantitative Bestimmung des einzelnen Gefahrstoffes bzw. ihrer Stoffwechselprodukte in biologischem Material (Blut, Urin) oder biologischer Parameter (Biologischer Arbeitstoff-Toleranz-Wert, BAT-Wert) meint man, individuellen Gesundheitsschutz betreiben zu können.

Solches "biological monitoring" führt, wenn es denn überhaupt in den Betrieben angewandt wird, zu einem Gefährdungsmanagement, welches an der manipulativen Exposition/Nichtexposition des Beschäftigten und nicht an der Schadstoffquelle an-

setzt.

Die in der Regel in der Arbeitssituation übliche mehrfache Belastung durch physikalische und chemische Faktoren wird dadurch in seiner kombinatorischen Schädlichkeitswirkung im übrigen gar nicht erfaßt. Gegenüber allergisierenden Stoffen verspricht das BAT-Konzept sowieso keine Sicherheit. 1989 waren erst für 29 gefährliche Arbeitsstoffe BAT-Werte festgelegt.

Mit dem biological-monitoring-"Schutz"-Konzept wird die Individualisierung der Schädlichkeit vorangetrieben. Nicht die äußere Gefahr sondern die innere individuelle Belastbarkeit/Empfindlichkeit des Wirts wird zum Maßstab der Giftigkeit der Arbeitssituation.

"Es ist leicht einzusehen, daß Produktionsverhältnisse und Definitionsverhältnisse einiges gemeinsam haben: Sie sind Machtverhältnisse... Definitionsverhältnisse sind keine Eigentumsverhältnisse, sondern Grundlagen der Industrieproduktion, des Rechts und der Wissenschaft, Beteiligungsmöglichkeiten von Öffentlichkeit und Politik. Mit ihnen wird über die Giftigkeit entschieden und damit auch über Gebrauchswert und Tauschwert der Waren... Es handelt sich um Regeln der Anerkennung von Verletzungen, Zerstörungen und Bedrohungen, ... (Beck 1988, S. 211, 212). Die Praxis kann als "legalisierte Allvergiftung" als "Vergiftungsnormalität" (Beck 1988, S. 214, 215) bezeichnet werden.

Als Konsequenz aus dieser Individualisierung der Giftigkeit und der herrschenden Definitionsmacht über den "Gebrauchswert" von Erwerbstätigen ergibt es sich geradezu als eine Selbstverständlichkeit, wenn Screening nach genetischen Anlagen, die besondere Anfälligkeiten für bestimmte Arbeitsstoffe bedingen, als Chance zur Verbesserung der arbeitsmedizinischen Vorsorge ausgegeben wird. (Bericht der Enquete-Kommission "Chancen und Risiken der Gentechnologie" des 10. Deutschen Bundestages, 1987, S. 168)

Angesichts der etablierten "Definitionsverhältnisse" ist man dann auch nicht sonderlich überrascht, wenn Repräsentanten der Arbeitsmedizin Genomanalysen auf der DNA-Ebene als verzichtbar erklären, genetische Analysen auf den Ebenen des Phänotyps, der Chromosomen und der Genprodukte jedoch zu unverzichtbaren Präventionsinstrumenten des Arbeitsschutzes erklären. (Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin 1987)

### **3.3 Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Vergleich**

In der Übersicht 2 werden die jeweiligen Ausprägungen der beiden Konzepte Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung für eine Reihe von Dimensionen gegenüber gestellt. Dieses schematische Verfahren soll es erleichtern, die Unterschiede der beiden Konzepte zu erkennen. Vertreter des Arbeitsschutzes sollen befähigt werden, sich selbstkritisch mit den Grenzen des eigenen Faches auseinanderzusetzen und zur Zurückhaltung gegenüber plakativen Äußerungen über Prävention angeregt werden. Befürwortern und Akteuren der Gesundheitsförderung soll veranschaulicht werden, daß im Arbeitsschutz – bei aller Begrenztheit – Anknüpfungspunkte für die

gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsweisen vorhandenen sind.  
Die Aufstellung kann auch wie eine Checkliste benutzt werden, um vom Management inzenierte Aktionen, die unter dem Etikett "Gesundheitsförderung" firmieren, auf ihren Gehalt hin zu überprüfen. (Herzlinger, Calkins 1986)

## Literatur

Antonovsky, A.: Health stress and coping, San Francisco 1979

Badura, W. (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt 1981

Baethge, M., Oberbeck, H.: Zukunft der Angestellten, Frankfurt, New York 1986

Beck, U.: Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit, Frankfurt 1988

Böhle, F., Milkau, B.: Vom Handrad zum Bildschirm. Eine Untersuchung zur sinnlichen Erfahrung im Arbeitsprozeß, Frankfurt a. M. 1988

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

Duell, W., Frey, F. (Hg.): Arbeit gestalten, Mitarbeiter beteiligen, Frankfurt 1986

v. Henniges, H.: Auswirkungen moderner Technologie auf Arbeitsbedingungen, in: Beiträge für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 1987, S. 309-418

Herzlinger, R. E., Calkins D.: Gesundheitsvorsorge in US-Unternehmen, in: Harvard-Manager, 4, 1986, S. 49-60

Hohner, H.-U.: Kontrollbewußtsein und berufliches Handeln, Bern, Stuttgart, Toronto 1987

Mc Keown, T.: Die Bedeutung der Medizin, Frankfurt 1982

Kieselbach, T.: Perspektiven einer gemeindeorientierten Gesundheitspsychologie, Bremen 1989

Kuhn, K., Schreiber, B.: Arbeitsschutz und neue Technologien, Dortmund 1984

Luczak, H., Volpert, W.: Arbeitswissenschaft RKW, 1987

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Baden-Württemberg (Hg.): Frühinvalidität, Stuttgart 1984

Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, "Genomanalyse" bei Ar-

beitnehmern: Eine Klärung der Begriffe aus arbeitsmedizinischer Sicht, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventionsmedizin, 22, 1987, S. 90

Nitsch, J. R.: Streß, Bern, Stuttgart, Wien 1981

Pröll, U., Thon, G.: Die Institutionen des Arbeitsschutzes und die Gestaltung von Arbeit und Technik, in: Mitbestimmung, 11, 1986, S. 582-584

Rappaport, J.: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze, in: Verhaltenstherapie und die psychosoziale Praxis, 17, 1985, S. 257-278

Rehfeld, U., Scheitel, O.: Die Rentnersterblichkeit 1985, in: Deutsche Rentenversicherung, 11, 1986, S. 729-750

Semmer, N.: Streßbezogene Tätigkeitsanalyse, Weinheim, Basel 1984

Schuntermann, M. F.: Das Berentungsrisiko wegen Erwerbsminderung: Begriff, Struktur und Entwicklung in der Zeit von 1973 bis 1982, in: Deutsche Rentenversicherung, 3/4, 1986, S. 237-257

Trojan, A. (Hg.): Wissen ist Macht, Frankfurt 1986

Wambach, M. M. (Hg.): Der Mensch als Risiko, Frankfurt 1983

Volkholz, V., Schwarz, F.: Längsschnittanalyse von Mobilität und Krankenstand, Dortmund 1984

Wenzel, E. (Hg.): Die Ökologie des Körpers, Frankfurt 1986