

Hagen Kühn

Gesundheitsförderung und Interessenvertretung

Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung*

Zur aktuellen Diskussion um die Gesundheitsförderung

Könnte man von den Titeln gesundheitswissenschaftlicher Publikationen, von den Themen der Kongresse, von Konzeptpapieren und Programmen, ja sogar vom Buchstaben des sogenannten Gesundheitsreformgesetzes (GRG) auf die gesellschaftliche Realität schließen, so drängte sich der starke Eindruck auf, die Bundesrepublik sei von einer Woge umfassender Anstrengungen zur Förderung der Gesundheit ihrer Bürger erfaßt.

Das Thema »Gesundheitsförderung« hat derzeit Konjunktur. Wenn der Alltag der Arbeiter und Angestellten, der Kinder, Jugendlichen und Rentner davon (noch?) weitgehend unberührt ist, so ist das dem Diskurs über die Gesundheitsförderung zwar nicht vorzuwerfen, auch wird er dadurch keineswegs irrelevant, aber seine spezifische Relevanz sollte in diesem Licht bewertet werden. Überhaupt ist ein wesentliches Kennzeichen dieses Diskurses ein sozialer, ökonomischer und politischer Indeterminismus. Es scheint, als betrachte man die Verhältnisse als ein weißes und leeres Blatt Papier und als ginge es in einer Art Ideenwettbewerb darum, dieses nun mit Begriffen, Konzepten und Modellen zu beschriften. Nur so ist es wahrscheinlich auch zu erklären, daß über den Erfolg auf diesem Feld der Meinungen und Medien, die Formulierungskünste von Gesundheitswissenschaftlern, der Marketing-Etat von Krankenkassenverbänden und die Gefälligkeit des Konzeptdesigns einen größeren Ausschlag zu geben scheint, als die Alltagspraxis der jeweiligen Akteure.

Es ist keine besondere Kunst, das weitere Schicksal solcher »idealistischen« Konzepte vorherzusagen. Beim Auftreffen auf die Realität haben ihre einzelnen Komponenten nur in dem Maße eine Überlebenschance, wie sie von den bestehenden Strukturen, Interessen und Machtkonstellationen möglichst rückstandsfrei assimiliert werden können. Das Charakteristische von Konzepten wie dem der »Risikofaktoren« oder

* Überarbeitete und erweiterte deutsche Fassung eines Referates, gehalten auf dem internationalen Symposium »Community Participation and Empowerment Strategies in Health Promotion« im Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld (5.-9.Juni 1989).

wie die gängige Praxis der »Gesundheitserziehung« ist ja gerade, daß sie diesen interessen- und machtkonformen Verdauungsprozeß bereits hinter sich haben. Ausgespart werden nicht nur die Verhältnisse, sondern auch das Verhalten soweit es sich auf die soziale Umwelt und deren Veränderungen bezieht, z.B. auf die Abwehr gesundheitsgefährdender Belastungen in der Arbeit oder im Wohngebiet. Nur über jenen Ausschnitt des Verhaltens, in dem das Individuum mit sich und seinen Konsumgütern allein ist, werden Lehren vom »richtigen Leben« erteilt.¹

Die gegenwärtige Diskussion um das Thema Gesundheitsförderung ist allerdings noch offener und keineswegs darauf schon reduziert. Sie enthält viele Einsichten über Zusammenhänge von Gesundheit und Gesellschaft und es wird auch versucht, Schlußfolgerungen aus den Erfahrungen mit der bisherigen Medikalisation von Krankheit zu ziehen. Wenn man einmal nicht die Praxis, sondern die Inhalte dieses Diskurses als Anhaltspunkt wählt, so dominieren folgende Gedanken, durch die ein Konzept zur Gesundheitsförderung sich sowohl vom traditionell medizinisch-technischen Krankenversorgungskonzept als auch von solchen der Gesundheitserziehung unterscheidet:

- Das positiv definierte Ziel »Gesundheit« als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden soll verfolgt werden durch
- eine prinzipiell *präventive* Orientierung, die der Medizin ihren Vorrang streitig macht;
 - Maßnahmen, die sich auf die *ganze Person* statt auf eine Krankheit beziehen;
 - die Gestaltung gesundheitsförderlicher *Lebensbedingungen* als eine Voraussetzung gesünderer Lebensweisen und nicht zuletzt durch
 - die Hilfe zur gesundheitsbezogenen *Aktionsfähigkeit* durch Selbsthilfe, soziale Netze und ähnliches mehr.

Diese Elemente von Gesundheitsförderung enthalten die Möglichkeit zur strategischen Richtungsänderung in der Gesundheitspolitik.

Nachdem sich entgeltig herausgestellt hat, daß »Gesundheitsförderung« im sogenannten Gesundheitsreformgesetz verrechtlicht und in den gesetzlichen Krankenkassen institutionalisiert wird, scheint jetzt die zunächst unverbindliche Innovations- und Diskussionsphase um diesen Begriff weitgehend abgeschlossen und in ein verbindlicheres Stadium eingetreten zu sein.

Es sieht so aus, als werde nun ein weiteres Mal ein praktischer Beleg dafür geliefert, daß sich die Idee blamieren muß, wo sie dem Interesse nicht entspricht. Darauf deuten beispielsweise die Thesen zur Prävention hin, die 1988 vom Bundesverband der Ortskrankenkassen veröffentlicht

wurden. Sie sind gereinigt von allem, was den Status quo verletzen und Anstoß erregen könnte²:

Hier geht es ausschließlich um Konsumentenverhalten. Mit »Angeboten, die alle Menschen Vergnügen an ihrer Gesundheit empfinden und erleben lassen« zielt man die »Dinge« an, »die die Gesundheit direkt untergraben: Tabak, Alkohol, zu viel und zu ungesunde Kost« und »gesundheitliche Einflüsse der hochindustrialisierten Gesellschaft ... wie Streß, Bewegungsarmut, falsche Tagesrhythmen.« (These 2) Die in Wahrheit interessenbedingte Fixierung auf das Konsumverhalten der Versicherten wird 'positiv' als Resultat pragmatischer Überlegungen dargestellt: Zwar müsse Prävention »auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen zugleich ansetzen«, aber »um uns nicht zu verzetteln, konzentrieren wir uns auf das, was wir am besten können — die Beeinflussung des persönlichen Lebensstils unserer Mitglieder« (These 4). Nun könnte ja auch dieser persönliche Lebensstil dahingehend beeinflusst werden, daß die Mitglieder ermuntert und befähigt werden, ihre Rechte zur Abwehr gesundheitsschädigender Belastungen wahrzunehmen und ihnen zu helfen, nicht nur individuell, sondern auch kollektiv konflikt- und aktionsfähig zu werden. Die praxisbezogeneren »AOK-Handlungsschwerpunkte« (n. Bückel/Stein 1989) zur Realisierung der neuen Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (§20 GRG) lassen noch deutlicher werden, daß man ausnahmslos Tugenden der Anpassung ins Auge gefaßt hat. Geplant sind vier »Bereiche«:

1. Ernährung und Gewichtsreduktion
2. Bewegung (im Sinne von Lauftreffs, »Trimming«, Gymnastikkursen usw.)
3. Streßvermeidung (i.S.v. Entspannungstraining usw.) sowie
4. Raucherentwöhnung.

Die Rechtfertigungen solcher Vorgehensweisen lassen sich in zwei Kategorien einteilen: Zum einen die ideologisch-moralisierenden Versuche, den Machtunterlegenen in der Gesellschaft die 'Verantwortung' für Krise und Krankheit im doppelten Sinne von Schuld und von Verhaltenslast zuzuweisen. Auf diese konservative Strategie soll im weiteren nicht eingegangen werden (vgl. Kühn 1987). Zum anderen wird pragmatisch-realpolitisch argumentiert, zugunsten der politischen Durchsetzbarkeit müßten Abstriche in Kauf genommen werden. Dabei werden als Resultate stets 'kleine Schritte in die richtige Richtung' unterstellt. Gerade das ist aber zweifelhaft. Mit Blick auf die empirischen Erfahrungen, die über eine solcherart individualistisch verkürzte Gesundheitsförderung in den USA seit den 70er Jahren vorliegen, sind

erhebliche Zweifel angebracht, ob überhaupt gesundheitlich positive Effekte saldiert werden können. Kritische Studien zur Praxis zeigen:

1. Nachweise über tatsächliche positive gesundheitliche Wirkungen in der Bevölkerung sind bisher nicht erbracht worden (Reed 1985; Conrad 1987; Milio 1988);
2. Die Angebote werden überwiegend von speziell jenen sozialen Schichten in Anspruch genommen, deren Gesundheitsstatus am besten ist (Conrad 1987);
3. Die ideologischen Wirkungen sind doppelt negativ: die Opfer krankheitsverursachender Lebensverhältnisse werden beschuldigt und — als Kehrseite davon — passiviert und isoliert (Milio 1986).
4. In einer solchermaßen verengten Perspektive entsteht ferner eine Gesundheitsideologie, bei der »Gesundheit« von einem Ziel eigener Aktivitäten zur Ware wird, die man kaufen und verkaufen kann. Das Verhalten zur Gesundheit wird konsequent als ein simples Problem der richtigen Verbraucherentscheidung betrachtet (Minkler 1989).

Man wird allerdings der aktuellen Diskussion zur Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik nicht gerecht, wenn nicht hervorgehoben wird, daß sie keineswegs generell in dieser Weise vereinnahmt und angepaßt ist. Gerade im Bereich der Gesundheitswissenschaften sind auch Stimmen laut, die — unter dem Einfluß der Gesundheits- und Ökologiebewegung — die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Gestaltung der Umwelt-, Arbeits- und Freizeitbedingungen hervorheben. Dennoch ist es zu leicht gesagt, dieser Diskurs sei »ambivalent«. Ob sich nämlich tatsächlich auch das positive gesundheitspolitische Potential dieses Konzepts realisiert, muß erst noch entschieden werden.

Ein springender Punkt wird dabei sein, ob die 'idealistische' Struktur des Diskurses überwunden werden kann, d.h. ob einer gleichgültigen und widerstrebenden Realität weiterhin immer neue Konzepte entgegengehalten werden oder ob Konzepte auf der unvoreingenommenen Analyse aufbauen, die danach fragt, wo in der antagonistischen und partikularen Gesellschaft ein Interesse an gesundheitsbezogenen Veränderungen existiert, was die Subjekte daran hindert, handlungsmächtig zu werden und welchen Beitrag dazu Gesundheitsforschung und Gesundheitsbewegung leisten könnten.

In diesem Kontext komme ich nun auf die *Gewerkschaftsbewegung* zu sprechen. Sie macht in der eingangs angesprochenen Diskussion ein eher farbloses Bild. Meine These ist allerdings, daß dies anders wäre, wenn die Diskussion von Ideen, Konzepten, Symbolen und Modellen gewichtet werden könnte mit ihrer tatsächlichen Erfahrbarkeit für das Leben der Arbeiter, Angestellten und Rentner.

Im folgenden frage ich zunächst an aktuellen Beispielen nach realen gewerkschaftlichen Bewegungen, die im Sinne der oben skizzierten immanenten Kriterien »Gesundheitsförderung« sind, ohne daß dies bislang so gesehen worden ist. Eine kurze Einschätzung von Veränderungsansätzen in der gewerkschaftlichen Gesundheitspolitik schließt sich an. Der Versuch, Kriterien dafür zu entwickeln, wie gesundheitswissenschaftliche Erkenntnis strukturiert sein müßte, um in diesem Kontext praktisch wirksam werden zu können wird abgeschlossen mit einer Überlegung zu einer arbeitsteiligen Kooperation zwischen Gesundheitswissenschaftlern und Gewerkschaften auf der Grundlage unterschiedlicher Interessenlagen.

Arbeitsverhältnis und Gesundheit

Das zentrale Problem für jedes Bemühen, Gesundheit in der Arbeit zu verbessern und Krankheit zu verhindern, ist die bewußte oder unbewußte *Angst um den Bestand des Arbeitsverhältnisses*, um den 'Arbeitsplatz'.

Ernst Fischer berichtet in seinen »Erinnerungen und Reflexionen« über den bewaffneten Widerstand der Wiener Arbeiter gegen den Austrofaschismus 1934: Nachdem die Arbeiter das Vertrauen in ihre Führung verloren hatten, kam der beabsichtigte Streik der Eisenbahn- und Energiearbeiter nicht mehr zustande, jedoch ging der bewaffnete Kampf weiter. »Nicht nur die Eisenbahnen, auch die meisten Betriebsarbeiter gingen wie sonst zur Arbeit. Mancher (sozialistische) Schutzbündler stand an seinem Arbeitsplatz und griff nach Arbeitsschluß zum Gewehr, um abends oder nachts am bewaffneten Widerstand teilzunehmen. Die Angst um den Arbeitsplatz war größer als die Angst vor dem Tod.« Diese Episode aus dem 'Laboratorium' unserer wechselvollen Geschichte beleuchtet das Verhältnis von Arbeitsplatzsicherheit und Gesundheit deutlicher, als manche empirische Studie dies könnte.

Entscheidender noch als die Arbeitsbedingungen wird das Arbeitsverhältnis angesehen. Wenn immer die Beschäftigten den Eindruck haben, die gesundheitliche Sanierung ihrer Arbeit gefährde ihren Arbeitsplatz — und diesen Eindruck zu erzeugen und zu verstärken ist die zentrale Abwehrstrategie der Unternehmen — dann werden selbst Krankheit und Unfälle eher in Kauf genommen. Diese Haltung ist zunächst die subjektive Seite eines objektiven, für viele unausweichlichen Widerspruchs, der nicht vorschnell psychologisiert oder zum Phänomen der »Arbeitskultur« erklärt werden sollte (Guthke/Göbel 1989). Denn sie hat — wo die Angst eine reale Entsprechung hat — sogar eine

gewisse gesundheitsbezogene Folgerichtigkeit: Eine Vielzahl epidemiologischer Studien belegt nämlich die überdurchschnittliche Morbidität und Mortalität bei Arbeitslosen und ihren Ehepartnern (D'Arcy/Siddique 1985; Moser/Fox/Jones 1986; Brenner 1987; Forbes/McGregor 1987).

Gesundheitspolitische und ökologische Konzepte, die sich diesem Problem nicht ausdrücklich und praktisch stellen, sind von vornherein zum Scheitern verurteilt. Gesundheitsförderung in der Arbeit wird darum immer zwischen zwei Abgründen balancieren müssen: Auf der einen Seite die gesundheitliche Wirkungslosigkeit, die man sich mit der Konfliktvermeidung einhandelt, da die Arbeitsbedingungen unverändert bleiben, und auf der anderen Seite das Scheitern, weil die Konfliktfähigkeit für 'Gesundheit' angesichts des übermächtigen Arbeitsplatzarguments (und komplexer psychologischer Prozesse um Angst, Verdrängung, Projektion usw.) nicht erreicht werden kann.

Arbeitszeit und Gesundheit

Ein zweites Kernproblem von übergreifender Bedeutung ist das der Arbeitszeit. Die Ordnung der Zeit regelt alle gemeinsamen Aktivitäten der Menschen.

Es spricht weder für den gesellschaftlichen Realitätssinn der gegenwärtigen Gesundheitsbewegung noch für ihren Willen, über den Horizont der eigenen sozialen Schicht und 'Scene' hinauszuschauen, daß die enorme gesundheitliche Bedeutung der aktuellen gewerkschaftlichen Kämpfe um die Dauer und Struktur der Arbeitszeit kaum erkannt und noch weniger unterstützt wird. Das ist um so unverständlicher, als sich — wie oben skizziert — die Mehrzahl der progressiven Gesundheitsforscher und -aktivisten am WHO-Konzept der Gesundheitsförderung orientiert, das ausdrücklich auf Prozesse zielt, die »allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen.«

Hingegen werden in den Gewerkschaften (vor allem die IG Metall, IG Medien und Gewerkschaft Handel, Banken u. Versicherungen, HBV) die Zusammenhänge zwischen Arbeitszeit und Gesundheit vorrangig thematisiert: Zum einen sieht man einen unmittelbaren Zusammenhang: Kürzere Arbeitszeit, regelmäßige Freizeit an den Wochenenden und weniger Schichtarbeit wirken sich über die geringere Belastung und verbesserte Lebensqualität unmittelbar im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung aus. Zugleich kann diese Arbeitszeitpolitik über

die positive Beschäftigungswirkung gesundheitsförderlich wirken: Allein in der Metallindustrie hat die bisherige Verkürzung der Wochenarbeitszeit mehr als 200 000 zusätzliche Arbeitsplätze nach sich gezogen. Das wirkt tendenziell dem Druck des Arbeitsmarktes entgegen, gesundheitliche Belastungen hinzunehmen, zu verdrängen oder zu bagatellisieren.

Gewerkschaftliche Arbeitszeitpolitik

Die Antwort auf die Frage nach dem derzeit im Sinne der Gesundheitsförderung relevantesten Engagement der (meisten) Gewerkschaften ist die *Arbeitszeitpolitik*.

Die Arbeitszeitpolitik wird im Zusammenspiel zwischen betrieblicher Mobilisierung, überbetrieblichen Kampagnen und Tarifabkommen auf Branchenebene entwickelt und zu realisieren versucht. Soweit es sich um die Wochenend-, Nacht- und Schichtarbeit handelt, haben wir es weitgehend mit Problemen zu tun, die den Gewerkschaften aufgenötigt worden sind: Die Bundesrepublik hat laut OECD mit 18 Prozent der Beschäftigten die Spitze bei der Schichtarbeit. Nach Angaben der ILO verrichten 13 Prozent der Beschäftigten Nachtarbeit (USA: 8,5). Nach einer aktuellen Erhebung der Institute ISO und Emnid ist der Anteil im Hotel- und Gaststättengewerbe mit 44 Prozent, in der chemischen Industrie mit 29 Prozent und in der Metallindustrie mit 20 Prozent noch höher (Süddt. Zeitg. v. 29.7.1989). In allen Industrienationen ist der Sonntag ein gesetzlich geschützter Ruhetag, und in der Bundesrepublik sehen sich die Gewerkschaften einem starken und zunehmenden Druck auf das freie Wochenende ausgesetzt.

Wöchentliche Arbeitszeit

Eine gewisse Sonderstellung nimmt der Kampf um die Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit ein. Die Gesundheit spielt hier bei der Mobilisierung und Legitimation nur die Rolle einer zusätzlichen Argumentation. Im Vordergrund stehen der Beschäftigungseffekt und die Solidarität mit den Arbeitslosen. In der Metallindustrie ist in den letzten vier Jahren die Arbeitszeit von 40 auf jetzt 37 Stunden reduziert worden.

Für die Einschätzung der weiteren Entwicklung sind zwei Haupthindernisse zu benennen: Das ist zum einen die starke Position der Arbeitgeber angesichts der Massenarbeitslosigkeit, die in anderen Industrieländern (USA, Großbritannien, Italien) zu einer noch größeren Schwächung der Gewerkschaften geführt hat. Zum anderen ist es die

verschlechterte Lohnquote für die abhängig Beschäftigten. Ihr Anteil am Sozialprodukt ist weiter rückläufig und ihre Belastung durch Sozialabbau nimmt zu. Das verschlechtert die Möglichkeiten der Gewerkschaften, von den unteren Einkommensbeziehern Unterstützung für die Kämpfe um kürzere Arbeitszeit zu bekommen, da man lieber höhere Löhne haben will. Jenseits der öffentlichen Debatten um den Lohnausgleich bei Arbeitszeitverkürzung bleibt es immer eine Entscheidung, ob man seine Kampfkraft und Konfliktfähigkeit in mehr Geld oder in weniger Zeit investiert. Derzeit stehen die Zeichen noch für weitere Arbeitszeitverkürzung.

2. Wochenend-, Nacht- und Schichtarbeit

Gemessen an ihren Zielen und an der allgemeinen Einschätzung zu Beginn der Arbeitszeitkampagne 1984 haben die Arbeitgeber eine Niederlage hinnehmen müssen. Um diese zu kompensieren, setzen sie auf die 'Flexibilisierung' der Arbeitszeit und betreten damit den engeren Bereich der gesundheitlich relevanten Arbeitsbedingungen. Von den in diesen Konflikt zunächst involvierten Gewerkschaften wird dies von vornherein auch als *Gesundheitsproblem* öffentlich thematisiert.

Es zeigt sich, daß die Gewerkschaften in einer Defensivposition sind. Aber dort, wo sie sich bisher dieser Herausforderung gestellt haben, resultierte aus dieser Defensive und der damit zusammenhängenden Mobilisierung ein Fortschritt. In der Druckindustrie wurde im März 1989 in einem Manteltarifvertrag nach mehrwöchigen Streiks die Fünf-Tage-Woche von Montag bis Freitag (bei klar umrissenen Ausnahmen) festgelegt und zusätzliche Rechte der Beschäftigten bei der Erhaltung ihrer Gesundheit (s.u.) erkämpft.

Die Gewerkschaft HBV konnte die gesetzlich vorgesehene Ausdehnung der Arbeitszeitflexibilität für das Verkaufspersonal nach wochenlangen Streiks tariflich blockieren.

Für die Metallindustrie stehen neue Verträge erst 1990 an. Die Unternehmer fordern mit Unterstützung der Regierungsparteien, eines Teils der SPD (Lafontaine) und der überwiegenden Zahl der Medien die »Flexibilisierung« der Arbeitszeit in das Wochenende. Im selben Jahr, in dem die Bundesrepublik den höchsten Handelsbilanzüberschuß ihrer Geschichte und den höchsten Exportumsatz der Welt realisiert, wird mit der internationalen Konkurrenz argumentiert. Die IG Metall stellt zwei Begründungen entgegen:

Erstens — Gesundheitsförderer herhören! — es geht ihr um den Schutz vor gesundheitlichen Verschlechterungen, und zweitens geht

es — damit zusammenhängend — darum, Dämme zu errichten gegen die weitere soziale Insolierung des einzelnen, die (wie die bisherigen Erfahrungen zeigen) mit der Zerstörung des einheitlichen Arbeitszeitgefüges einhergehen. Die Kommunikation in der Familie, Nachbarschaft und anderen kleinen sozialen 'Netzwerken', damit letztlich auch die Politikfähigkeit, hätte nach der Realisierung der Unternehmerforderungen noch schlechtere Bedingungen. Konzepte individualisierter Arbeitszeiten müßten nachweisen, daß sie diese Probleme nicht verschärfen.

Ein umfangreiches Aktionsprogramm der IG Metall bis zur Tarifauseinandersetzung 1990 ist schon jetzt angelaufen und wartet auf Unterstützung durch Gesundheitswissenschaftler.

3. Überstundenarbeit

Ein enormes Problem für die Gewerkschaften in den Reihen ihrer Mitglieder ist die — noch immer wachsende — Zahl der Überstunden. Warum — so ist zu fragen — kann sich die Ideologie der Risikofaktoren und des 'Fehlverhaltens' der Menschen in ihrer privaten Konsumsphäre fast ungehindert verbreiten, ohne daß in der Gesundheitsforschung wenigstens einmal die Bedingungen untersucht werden für das gesundheitsschädliche Verhalten in der Arbeit, für die Übernahme von Mehrarbeit, Nacht- und Schichtarbeit (auch wo sie nicht direkt erzwungen wird)? Es fehlt an fundierten Kenntnissen, auf deren Basis sinnvolle Gegenstrategien entwickelt werden können. 'Aufklärung' durch Hinweise auf die Gesundheitsschädlichkeit und den unsolidarischen Charakter nützen nichts. Notwendig wäre die Erforschung der objektiven und subjektiven Bedingungen für Verbesserungen.

Gesundheit im Betrieb

Welche Ansatzpunkte gibt es für eine umfassende, von der Gesundheitsförderung und Prävention bis zur medizinischen Versorgung bei Unfällen usw. reichende, *betriebliche Gesundheitspolitik*? Ein entscheidendes konzeptionelles Problem besteht darin, ob und wie das bestehende *Arbeitsschutzsystem* so weiterentwickelt werden kann, daß es eine dienende Funktion für die Gesundheit der Beschäftigten erfüllt und nicht länger ein Teilsystem der 'Bewirtschaftung von Menschen' bleibt.

Die institutionelle Realität ist geprägt von zwei Gesetzen: Erstens vom Arbeitssicherheitsgesetz von 1974, das u.a. für alle Betriebe den Einsatz von Sicherheitsexperten und Betriebsärzten sowie einige sozial-

partnerschaftliche Regulierungsformen vorschreibt. Zweitens gibt das Betriebsverfassungsgesetz den Betriebsräten relativ viele Mitbestimmungsmöglichkeiten. Allerdings gilt hier: je näher man den Kernbereichen der Unternehmensentscheidungen kommt (Investitionen, Produktplanung, Personalpolitik, Arbeitsorganisation usw.), desto unverbindlicher sind diese Rechte (Kühn 1982, 89).

Diese Disproportionalität der Einwirkungsmöglichkeiten durch die Interessenverwertung auf der Basis des Ungleichgewichts von Kapital und Arbeit stellt den Arbeitsschutz von vornherein auf eine sehr schiefe Ebene, die sich stark in Richtung zu den verhaltensbezogenen Maßnahmen neigt. Die Hochkonjunktur von 'Health Promotion' und 'Health Education' in den Konzernen der USA fällt nicht zufällig in die Zeit der Reagan'schen Deregulierung, des Abbaus des Arbeitsschutzes und des Zerfalls der Gewerkschaftsmacht.

Zwar sieht die Realität des betrieblichen Arbeitsschutzes je nach Branche, Betriebsgröße und gewerkschaftlicher Präsenz verschieden aus, aber folgende generelle gesundheitspolitische Defizite lassen sich feststellen:

Schon bei der *Problemwahrnehmung* bleibt systematisch ein großer Teil der unmittelbar und mittelbar arbeitsbedingten Gesundheitsstörungen unberücksichtigt. Dabei wirken das ökonomische Interesse des Unternehmens, der Reduktionismus der Experten und die rechtlichen Regelungen zusammen. Viele Sozialwissenschaftler übersehen, daß nicht nur die psychosozialen Belastungen der Arbeit ausgespart werden, sondern auch große und wesentliche Teile der mechanischen, physikalischen und chemischen Belastungen — insbesondere deren kombiniertes Auftreten in der konkreten Arbeitssituation.

Die dann tatsächlich durchgeführten *Maßnahmen* betreffen also nur einen Teil der Gesundheitsprobleme und sind zudem noch höchst einseitig gewichtet. Sie konzentrieren sich in viel höherem Maße auf das *Arbeitsverhalten* als auf die Arbeitsbedingungen. Beispielsweise rangieren die Ausstattung mit persönlicher Körperschutzausrüstung und die damit verbundenen Kontrollen und Sanktionen weit vor der Ursachenbeseitigung. Wenn Gesundheitsförderung lediglich die Verhaltensorientierung um Aspekte des privaten Konsum- und Freizeitverhaltens erweitert, wird sie von den Gewerkschaften wohl kaum als Verbesserung betrachtet werden.

Ein gravierendes Problem ist der Mißbrauch des Arbeitsschutzes als rentabilitätsorientiertes Instrument der Personalpolitik. So untersuchen die Betriebsärzte häufiger die gesundheitliche Belastungsfähigkeit der Beschäftigten als die menschengerechte Gestaltung der Arbeit.

Gesundheitsrisiken werden dadurch noch zusätzlich zu Beschäftigungsrisiken.

Gewerkschaftliche Lernprozesse

Die gewerkschaftliche Diskussion um die Gesundheitspolitik hat sich durch die Erfahrungen seit den 70er Jahren verändert. 1988 legte eine Kommission beim Bundesvorstand des Deutschen Gewerkschaftsbundes ein Konzept zur Reform des Gesundheitswesens vor, das geeignet ist, Maßstäbe zu setzen (Strukturkommission 1988). Man darf es zwar nicht als repräsentativ für das gesundheitspolitische Bewußtsein in den Gewerkschaften ansehen, aber es signalisiert die Richtung, in der Erfahrungen verarbeitet werden. Folgende allgemeine Prinzipien werden in konkrete Forderungen umgesetzt: Solidarität, Mitwirkung und Bürgernähe (durch Dezentralisierung und Integration), Vorsorge- und Patientenorientierung.

Für den Bereich von Arbeit und Gesundheit schätze ich die Richtung der gewerkschaftlichen Lernprozesse in der Zukunft folgendermaßen ein: Trotz der Tatsache, daß das Arbeitsrecht den professionellen *Experten* (besonders der Arbeitsmedizin) eine zentrale Rolle zuschreibt und von daher die Gewerkschaften auch auf sie angewiesen sind, ist heute die frühere Expertengläubigkeit nicht mehr unangetastet. Die jetzt 15jährige Erfahrung mit Betriebsärzten hat ernüchternd gewirkt. Auch die Hoffnung, der *Staat* würde von sich aus für die Gesundheit der Arbeitnehmer tätig werden, hat sich als trügerisch erwiesen. Der *politische Charakter* der Gesundheit wird heute deutlicher gesehen. Es zeigt sich, daß selbst bescheidene Fortschritte im Arbeitsschutz fast ausschließlich in solchen Betrieben erzielt werden, in denen die Beschäftigten gewerkschaftlich gut organisiert und konfliktfähig sind. Nur wo sie ihre Interessen generell wahrnehmen, wird auch Gesundheit als ein eigenständiges Interesse erkannt, das innerhalb der Kapital-Arbeit-Beziehung permanent gesichert und immer wieder neu durchgesetzt werden muß.

Eine weitere Einsicht wird sich bezüglich der *Kompetenz der Beschäftigten* für ihre eigene Gesundheit durchsetzen, wenngleich dies nicht mit der Ausschließlichkeit und mit mehr Skepsis geäußert wird wie in der alternativen Gesundheitsbewegung. Es geht vor allem um ein betroffenenorientiertes Gegengewicht zu den professionellen Experten im Betrieb (Kühn 1982, 110ff.; Rosenbrock 1982; Strukturkommission 1988, 46ff.).

Die Notwendigkeit von mehr Kompetenz der Betroffenen findet sich

nicht nur in Konzeptionen (wie denen der IG Metall und des DGB), sondern auch schon in der Praxis der Tarifikämpfe. So konnte die Gewerkschaft der Druckindustrie im März 1989 in dem bereits erwähnten Manteltarifvertrag die kollektiven und individuellen Rechte der Arbeitnehmer bei der Sicherung ihrer Gesundheit verbessern. Erreicht werden konnte u.a. die Verpflichtung des Unternehmens zur aktiven Information über Unfallgefahren und Belastungen, besonders über Gefahrstoffe, und ein individuelles Beschwerderecht gegenüber externen Stellen sowie das Verbot von Sanktionen seitens der Arbeitgeber (Zwingmann 1989).

Bewußter ist auch der Zusammenhang zwischen Arbeit, Gesundheit und *Ökologie* geworden. Die praktischen Konsequenzen gehen oft noch nicht über Programmatik und vereinzelte lokale Arbeitsgruppen hinaus, sie sind aber vorhanden. Ein Beispiel für betriebliche Umwelt-Arbeitskreise ist derjenige der IG-Metall-Vertrauensleute bei Krupp Stahl in Dillenburg (Rode 1989). Das Engagement richtet sich konkret auf die Beseitigung ökologischer Belastungen (FCKW, Asbest, Dioxine, Stickoxyde, Abfälle usw.), die oft zugleich Gesundheitsgefährdungen in der Arbeit sind. Verglichen mit anderen Formen der Ökologiebewegung gibt es hier zwei entscheidende Effektivitätsvorteile: Erstens können die Beschäftigten als Experten der Produktion die Gefährdungen am Ort ihrer Entstehung lokalisieren, und zweitens haben erfahrungsgemäß die guten ökologischen Argumente erst dann eine Chance, wenn sie mit dem politischen Gewicht einer selbstbewußten Interessenvertretung verbunden sind. Auch dieses Beispiel macht den artifiziellen Charakter von Typologierungsversuchen deutlich, welche die sozialen Bewegungen nach »Macht«- und »Kultur«-Orientierung unterscheiden wollen, womit auch eine versteckte Bewertung transportiert wird (Raschke 1985). Eine neue »Kultur« der Gesundheit wird allenfalls in Gestalt einer vorübergehenden Aufbruchstimmung, als kommerziell verwertete Illusion oder als Habitus einer kleinen sozialen Gruppe (Salmon 1989) erreichbar sein, wenn sie nicht im Bereich der Produktion verankert ist. Und dort wird der enge Horizont einzelwirtschaftliche Verwertbarkeit nur durch veränderte Machtverhältnisse überschritten werden können.

Gesundheitswissenschaften, Ökologiebewegung und Gewerkschaften

Die Kritik an einer mangelnden Sensibilität und Enge gewerkschaftlicher Haltungen zur Gesundheit, wie sie von Gesundheitswissenschaftlern häufig geäußert wird, trifft zwar noch immer in vielen Aspekten zu. Aber meist erfüllt diese Kritik selbst nicht die Voraussetzungen, die

notwendig wären, damit sie als überzeugend angesehen werden und zu Veränderungen führen kann. Häufig werden Zusammenhänge und Werthaltungen, die für den Erfahrungsbereich von sozialen Mittelschichten durchaus zutreffend sein können, verallgemeinert und als Bewertungskriterium an gewerkschaftliche Politik und Arbeitnehmersverhalten in der Arbeitswelt angelegt. Die Kritik gibt oft keine oder nur unzureichende Antworten auf die Fragen, die sich gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik in der Arbeit unausweichlich stellen.

So wird der geringe Stellenwert, den die Gesundheit für viele Produktionsarbeiter im praktischen Alltag hat, meist als Problem fehlender Aufklärtheit gewertet, oder die Ursachen werden in der Psyche, der »Arbeitskultur« und/oder dem Stereotyp »Gewerkschaftsapparat« geortet (Guthke/Göbel 1989). Als Resultat einer umfangreichen Untersuchung konnten wir (d.i. Hauß/Rosenbrock/Kühn 1982) folgenden Zusammenhang aufzeigen: Je mehr eine Belegschaft durch ihre nicht gesundheitsspezifische Interessenpolitik den realen Gestaltungsraum erweitert, und je mehr sich damit auch Erfahrungen eigener Gestaltungsfähigkeit bei den Beschäftigten entwickeln (z.B. durch Erfolge des Betriebsrats), desto eher thematisieren sie auch Probleme von Arbeit und Gesundheit. Umgekehrt stellte ich in meiner persönlichen Erfahrung in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit fest, daß viele Arbeiterinnen und Arbeiter ihre restriktiven Arbeitsbedingungen ohne reale Aussicht auf die Veränderung ihrer Situation individuell überhaupt nicht ertragen könnten, wenn sie ihrer Gesundheit gegenüber eine größere Sensibilität entwickeln würden. Die individuelle »Selbsterfahrung und -erforschung«, die Guthke und Göbel außerhalb des Betriebes anempfehlen, würde aber *in der Arbeit* allenfalls dann produktiv für die Gesundheit, wo ihre Entfaltung durch solidarisches politisches Verhalten geschützt und ermutigt wird. Vor der unkritischen Übertragung von Erfahrungen mittelschichtspezifischen Gesundheitsverhaltens auf die Welt der Produktionsbetriebe ist zu warnen.

Nicht nur die Arbeitnehmer unter restriktiven Bedingungen, sondern auch die Gewerkschaftsorganisationen insgesamt haben Schwierigkeiten, Probleme, für die man keine Bewältigungschance sieht, überhaupt wahrzunehmen. Exemplarisch ist hierfür die Taubheit gegenüber der von Sozialwissenschaftlern vorgebrachten Kritik an der prinzipiellen Funktionsweise des Arbeitsschutzsystems mit seiner extremen Verrechtlichung, dem Prinzip der Grenzwerte für die Belastungen, der problemdefinierenden und -selektierenden Macht der Experten usw. Diese Kritik wird aber so lange kein Gehör finden, solange sie nicht zugleich den spezifischen Handlungsdruck der Gewerkschaften einbezieht:

Fraglos ist das Regelungssystem angesichts der heutigen und künftigen Arbeitswelt eine Sackgasse; eine betriebliche Gesundheitspolitik im eigentlichen Sinn ist damit kaum möglich. Aber es muß täglich angewendet und ausgebaut werden, weil es die einzigen handhabbaren Instrumente bietet gegen das tägliche Asbest, den täglichen Lärm usw., solange die errichteten Dämme gegen den Verschleiß der Arbeitskraft nicht durch Besseres ersetzt worden sind. Mehr noch: durch den EG-Binnenmarkt 1992 sind die bundesdeutschen Gewerkschaften gezwungen, dieses systematisch falsche und immanent unzureichende System zu verteidigen; sie werden es gegen jede Kritik in Schutz nehmen, da alle anderen europäischen Regelungen zu teilweise erheblichen Verschlechterungen führen würden. Gefragt wäre also ein implementierbares Alternativmodell und Übergangskonzepte, die den erreichten Standard absichern können.

Überhaupt scheint es ein typischer Mangel vieler Alternativkonzepte zu sein, daß sie die Notwendigkeit gering achten, daß jeweils Erreichte in seiner Substanz zu sichern. Aus ähnlichen Gründen ist es auch höchst unsensibel, wenn die Kritik im Sinne von mehr Prävention und Gesundheitsförderung mit medizinnihilistischen Argumentationen vorgebracht wird. Welche Resonanz versprechen sich alternative Gesundheitswissenschaftler davon in einer Situation, in der die Gewerkschaften das Recht der ArbeiternehmerInnen verteidigen müssen, medizinisch ohne Rücksicht auf das persönliche Einkommen versorgt zu werden?

Eine weitere Hauptschwierigkeit der Gewerkschaften, der Gesundheit ein stärkeres Gewicht zu verleihen, liegt in ihren enormen Kapazitätsproblemen. Der permanente alltägliche Druck auf Beschäftigung, Löhne, Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen absorbiert die Gewerkschaftsorganisation und die betrieblichen Interessenvertretungen fast völlig. Konzeptionelle Arbeit bleibt die Ausnahme und ist auf die Unterstützung durch gewerkschaftsnahe kritische Wissenschaftler angewiesen. Die gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand wäre als Beispiel zu nennen. Aber die Möglichkeiten der *Kooperation zwischen Gesundheitswissenschaftlern und Gewerkschaften* sind weitgehend unausgeschöpft. Sie erforderten *beiderseitiges* Umdenken.

Unterstellt man einmal, daß die meisten kritischen Gesundheitswissenschaftler eher der Ökologiebewegung nahestehen; und denkt in diesem Zusammenhang an Kooperationsmöglichkeiten, so kann man zunächst eine eher ironische Feststellung machen: Während gerade die aktiven und engagierten Gewerkschaftsfunktionäre einen großen Teil ihrer früheren Vorurteile gegenüber kritischen Intellektuellen und der

Ökologiebewegung überwunden haben und sich auch an deren Aktionen beteiligen, scheint man sich dort inzwischen selbst genug zu sein. Ich wundere mich häufig über die stereotype Oberflächlichkeit gegenüber der Gewerkschaftsbewegung, die man bei sonst klugen Köpfen antreffen kann. Ein Beispiel dafür ist die Unkenntnis des Ausmaßes und der Bedeutung der gegenwärtigen Arbeitszeitkämpfe für die Gesundheit und Lebensqualität der Mehrheit der Bevölkerung. Ich führe dies nicht zuletzt auf *real unterschiedliche Interessenlagen* zurück. Eine Kooperation zwischen ökologisch orientierten Gesundheitswissenschaftlern und Gewerkschaften scheint mir aber nur möglich zu sein, wenn das Wesen dieser Unterschiede begriffen wird:

Die neuen sozialen Bewegungen wie die Ökologie- und Friedensbewegung, denen sich wohl die meisten kritischen Gesundheitswissenschaftler nahe fühlen, werden dominiert durch Angehörige einer sozialen Schicht, die sich durch ein überdurchschnittliches Bildungsniveau und eine meist komfortable individuelle materielle Reproduktion auszeichnet. Ihr konnten als erstes und am deutlichsten solche globalen Probleme in den Blick kommen wie Umwelt, Rüstung, Dritte Welt usw. (Knobloch 1987). Bemerkenswert ist nun, daß sowohl diese Themen als auch der Ort der Konflikte *außerhalb der eigenen Berufsarbeit* liegen. Ein Teil der Radikalität dieser themenbezogenen Bewegungen verdankt sich dem Umstand, daß das Engagement im Maße der Distanz vom eigenen Arbeitsplatz die materielle Reproduktionsgrundlage ihrer Teilnehmer nicht gefährdet. (Man denke im Vergleich dazu an die Haltung der Beschäftigten von Atomkraftwerken oder Rüstungsbetrieben.)

Das hat seinen Preis. Die nicht geringen Erfolge der neuen Bewegungen finden meist auf dem Gebiet der Meinungen und Medien statt, während die Bereiche der Produktion und Herrschaft, welche die Probleme erzeugen und perpetuieren, fast unberührt geblieben sind. Die *Umgehung der Berufsarbeit als Konfliktfeld* und die Art des Erfolges verstärken wiederum die Neigung, sich mit Lösungsangeboten in der Sphäre des Privatverhaltens und des Konsums zu begnügen (Bio-Lebensmittel, Jutetaschen, Nicaragua-Kaffee, Therapien usw.). Es berühren sich hier Tendenzen in der Gesundheitsbewegung mit den eingangs angeführten, ganz anders bedingten Entwicklungen der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen.

Die Gewerkschaftsbewegung auf der anderen Seite hat es meist mit Problemen zu tun, die die Menschen unmittelbar am Ort ihrer individuellen materiellen Reproduktionssicherung treffen und zugleich auch dort verursacht sind. Damit ist freilich das zentrale *Hemmnis* für die Mobilisierung angesprochen. Sicher liegt hier auch ein Grund für die

Scheu vor den neuen Bewegungen. Man sieht sich in den Gewerkschaften existentiell angewiesen auf große Mitgliederzahlen, Mehrheiten und solidarisches Kollektivverhalten und meint, sich am Ort dieser Auseinandersetzungen deren Radikalität und Individualismus nicht erlauben zu können. (Übrigens meinen das die Teilnehmer der sozialen Bewegungen an ihrem eigenen Arbeitsplatz auch.)

Zugleich liegt aber auch eine große *Chance* darin, daß die gewerkschaftlichen Kämpfe im Zentrum von Produktion und Herrschaft stattfinden. Ohne deren Veränderung sind auch die gesundheitlichen und ökologischen Perspektiven düster. Eine bewußte, gegenseitig kritische und selbstkritische Kooperation würde sowohl die Gewerkschaften in den Konflikten um die Arbeits- und Lebensbedingungen stärken als auch die Gesundheits- und Ökologiebewegung dichter an die zentralen Verursachungsbereiche heranführen.

Anmerkungen

- 1 In ihrer materialreichen historischen Darstellung der Gesundheitspolitik in Preußen von 1770 bis 1880 zeigt Ute Frevert (1984) sehr eindrucksvoll, wie und in welchem Maße es sich bei den medizinischen und hygienischen Verhaltensregeln gegenüber der Bevölkerung um maskierte Herrschafts- und Gewinninteressen handelt.
- 2 Meine Kritik soll nicht wertend gegenüber der Institution AOK verstanden werden, besonders weil gerade die Ortskrankenkassen gezwungen sind, unter unfairen Bedingungen um die Gunst von Versicherten zu konkurrieren. Sie meinen, dies nur durch ausgeprägte Pflege eines positiven »Image« durch »Marketing« erreichen zu können. Eine unvermeidliche Eigenschaft von Veränderungen ist es aber, daß es potentielle Verlierer gibt und somit Konflikte unvermeidlich sind. Darum sind auf Veränderungen von Verhältnissen und Bedingungen gerichtete Strategien mit »Marketing« unvereinbar. Außerdem sorgt die Struktur der paritätischen Selbstverwaltung dafür, daß Eingriffe in Arbeit und Umwelt unterbleiben. Diese Gründe mögen es der Bundesregierung leicht gemacht haben, Gesundheitsförderung und Prävention zur Aufgabe der Krankenkassen zu machen.

Literaturverzeichnis

- Brenner, H.M., 1987: Economic Instability, Unemployment Rates, Behavioral Risks, and Mortality Rates in Scotland, 1952-1983. In: International Journal of Health Services Vol. 17, 3, 475ff.
- Brückel, S., und R. Klein, 1989: Gesundheitsreform und Prävention. In: Die Ortskrankenkasse 10- 11, 290ff.
- D'Arcy, C., und C.M. Siddique, 1985: Unemployment and Health: An Analysis of 'Canada Health Suvey' Data. In: International Journal of Health Services, Vol.15, 4, 609ff.

- Conrad, P., 1987: Wellness in the Work Place: Potentials and Pitfalls of Worksite Health Promotion. In: *The Milbank Quarterly*, Vol.65, 2, 255ff.
- Frevort, U., 1984: Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen
- Fischer, E., 1987: *Erinnerungen und Reflexionen*. Frankfurt/M. (2.Aufl.)
- Forbes, J.F., und A. McGregor: Male Unemployment and Cause-Specific Mortality in Postwar Scotland. In: *International Journal of Health Services*, Vol.17, 2, 233ff.
- Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, 1988: *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bd.II: Vorschläge zur Strukturreform*. Köln
- Guthke, B., und E. Göbel, 1989: Gesundheit — ein Stiefkind der Arbeitskultur. In: *Der ganze Mensch und die Medizin. Argument-Sonderband 162*. Hamburg
- Hauß, F. (Hg.), 1982: *Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik*. Frankfurt, New York
- Knobloch, C., 1987: Über die erweiterte Reproduktion der Individuen. In: *Düsseldorfer Debatte 6-7*
- Kühn, H., 1982: *Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenpolitik der Beschäftigten*. Frankfurt, New York
- Kühn, H., 1987: Die rationalisierte Ethik: Zur Moralisierung von Krise und Krankheit. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin. Bd.12. Medizin, Moral und Markt. Argument-Sonderband 146*. Berlin/West
- Milio, N., 1986: *Promoting Health through Public Policy*. Ottawa
- Milio, N., 1988: The Profitization of Health Promotion. In: *International Journal of Health Services*. Vol.18, No.4
- Minkler, M., 1989: Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. In: *Health Education Quarterly*, Vol.16, 1, 17ff.
- Moser, K.A., A.J. Fox, D.R. Jones, 1986: Unemployment and Mortality in the OPCS Longitudinal Study. In: Wilkinson, R.G. (ed.): *Class and Health*. London, New York, 75ff.
- Raschke, J., 1985: *Soziale Bewegungen. Ein historisch-systematischer Grundriß*. Frankfurt/M.
- Reed, R., 1985: *Health Promotion Services: Evaluation and Impact Study*. Blue Cross Blue Shiled. Indianapolis
- Rode, J., 1989: Öko-Krupp? In: *Der Gewerkschafter*, 37.Jg., 7, 36f.
- Rosenbrock, R., 1982: *Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb*. Frankfurt, New York
- Salmon, W.J., 1989: Zur Entwicklung der alternativen Medizin in den USA. In diesem Band
- Weltgesundheitsorganisation, 1985: Einzelziele für 'Gesundheit 2000'
- Zwingmann, B., 1989: Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz durch neue Arbeitnehmerrechte. Tarifvertrag der Druckindustrie hat Pionierfunktion. In: *Soziale Sicherheit 5*, 135ff.