

- 2 Vgl. Kluncker, H.: Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen. Der Versuch, sozialstaatliche Errungenschaften abzubauen, in: WSI-Mitteilungen (Sonderheft) 1977, (Gewerkschaftsstaat oder Unternehmerstaat, II), S. 39ff.; Däubler, W.: Privatisierung – Speerspitze der Gegenreform?, in: Leviathan, Sonderheft 1/1978, S. 173ff. Sorgfältig aufgearbeitete Materialien und Analysen finden sich in der Schriftenreihe der Gewerkschaft ÖTV: „Zur Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen“, Stuttgart, lfd.
- 3 Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre, Bd. I, (2. Aufl.), Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1974, S. 24)
- 4 Vgl. ebenda, S. 15
- 5 Holler, A.: Strukturelle Wirkungen, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 8/9 – 1977, S. 306
- 6 wie Anm. 2
- 7 Die amtliche Statistik faßt (im Unterschied zum Gesetzgeber) unter „Sonderkrankenhäusern“ vorwiegend jene Anstalten zusammen, die eine längere Behandlungszeit zur Heilung, Linderung oder Rehabilitation benötigen. Entsprechend werden als „Akutkrankenhäuser“ Allgemein- und Fachkrankenhäuser mit (meist) kürzerer Verweildauer bezeichnet. Die Akutkrankenhäuser machen 1977 einen Anteil von 64 Prozent der gesamten Krankenhäuser und 67,4 Prozent der planmäßigen Betten aus und leisten 67,2 Prozent der gesamten Pflage tage, werden jedoch von 87,4 Prozent der insgesamt stationär behandelten Patienten in Anspruch genommen. In dieser Differenz drückt sich die stark unterschiedlich durchschnittliche Verweildauer aus.
- 8 Vgl.: Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze v. 30.12.1975 (BT-DS 7/4530); Müller, H.-W.: Zur permanenten Kritik an den Krankenhäusern, in: Das Krankenhaus, Nr. 9/1976, S. 293
- 9 Auerbach, W.: Problem Krankenhaus – Alternativen, in: Patient – Arzt, Krankenhaus – Krankenkasse, Berlin/W 1969, S. 33
- 10 Z. B.: „Arzt + Presse“ v. 9.3.1978: Thesen und Argumente der Bundesärztekammer zur Novellierung des KHG. Pkt. X; oder: Antwort der Bundesregierung auf die „kleine Anfrage“ der CDU/CSU-Fraktion zur „Beeinträchtigung der menschlichen Atmosphäre im Krankenhaus“, Bundestags-DS 8/1652 v. 20.3.1978

Giovanni Berlinguer

Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften

Einige italienische Erfahrungen*

Die Entwicklung der Produktivkräfte schafft immer gleichzeitig neue Gesundheits- und neue Krankheitsfaktoren. Die erste historische Analyse dieser gegensätzlichen Tendenzen erschien im Jahre 1700 mit

* Referat in englischer Sprache auf der 2. Konferenz der „International Advanced Study Group on Political Economy of Health“, 23.–27. 7. 1979, Ariccia. Übersetzung von Udo Schagen.

Ramazzinis Buch: *De morbis artificum diatriba*. Bis dahin existierten nur lückenhafte Studien über diese Frage. Woher kam dieses plötzliche Interesse an der Gesundheit der Arbeiter? Das Jahr 1700 beschloß das Jahrhundert der Wissenschaft, das 1610 mit Galileis „*Sidereus Nuncius*“ begann und 1687 mit Newtons „*Principia*“ endete. Außerdem gab es im 17. Jahrhundert eine unvorhergesehene demographische Krise mit einem Mangel an Arbeitskräften gerade zu dem Zeitpunkt, als die moderne Produktionsweise sich entfaltete. Im Interesse des Profits und nicht etwa einer stärkeren Beachtung der Menschenwürde entstand auch das wissenschaftliche Interesse an der Gesundheit der Arbeiter.

Danach herrschte für etwa 150 Jahre innerhalb der offiziellen Wissenschaft wieder große Stille, nur vereinzelte Stimmen sprachen überhaupt von Berufskrankheiten. Zwischenzeitlich hatte sich die demographische Situation aber verändert; die industrielle Produktion fand Überfluß an Arbeitskräften aus der Landbevölkerung; Arbeiter kamen unorganisiert und unausgebildet auf den Arbeitsmarkt. Grundlage des bürgerlichen Staates war der totale Liberalismus: die ersten Arbeitsgesetze fixierten ein *Maximum* für Löhne und ein *Minimum* für die Arbeitszeit. Sogar in einer Zeitung des Großbürgertums, wie der Times, stand am 5. November 1851: „Obwohl die Gesundheit der Bevölkerung ein sehr bedeutender Faktor des Kapitals einer Nation ist, bedauern wir, sagen zu müssen, daß die Kapitalisten nicht einmal daran denken, diesen Schatz anzuerkennen und zu erhalten.“ Und Marx klagte an: „Dem Kapital sind Gesundheit und Lebenserwartung des Arbeiters gleichgültig, wenn es nicht durch die Gesellschaft gezwungen wird, sie zu erhalten und zu bessern.“

In dieser Situation verbreiteten sich Krankheiten verschiedener Ursachen massenhaft unter den Arbeitern: Infektionskrankheiten aller Art, insbesondere die Tuberkulose in den Städten und die Malaria auf dem Lande; Fehllernährungskrankheiten wie die Pellagra, verursacht durch einseitige Maisernährung, sowie Unterernährung und Rachitis bei Kindern und Jugendlichen; toxische Erkrankungen wie die Bleivergiftung bei Druckern und die Staublunge bei Bergleuten und Eisenarbeitern. Wegen der steigenden Bedeutung dieser Erkrankungen wurde die Lebenserwartung trotz der Fortschritte der Medizin nicht größer; im Gegenteil wurden Klassenunterschiede in der Sterblichkeitsrate größer; sie hatten zwar vorher schon, aber in geringerem Umfang, existiert, weil die großen Epidemien (Cholera, Pocken, Syphilis, Pest etc.) jeden trafen. Dieses war die erste Phase.

Schon im 19. Jahrhundert machte die Organisation der Arbeiter Fortschritte. Löhne, Ernährungs- und Wohnbedingungen wurden verbessert. Die Zielsetzung der Sozialgesetze wurde verändert, sie legten nun ein *Maximum* für die Arbeitszeit und ein *Minimum* für Löhne fest.

Kinderarbeit wurde teilweise oder ganz verboten und die Frauenarbeit nur in bestimmten Grenzen gestattet. Der Staat intervenierte, wenn auch nicht in ausreichender Weise, mit Kontrollen durch eingesetzte Arbeitsinspektoren. Die Ausweitung der Sozialversicherung brachte den Fortschritt der medizinischen und biologischen Wissenschaften teilweise auch zu den Arbeitern. Allerdings nahm die Erkrankungshäufigkeit der Arbeiter fast immer schon ab, *bevor* neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen wurden und bevor spezifische präventive Maßnahmen ergriffen werden konnten. So nahm die Tuberkulose z. B. schon in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, vor den Entdeckungen Robert Kochs und lange vor der Einführung der Chemotherapie, ab; die Pellagra nahm mit einer vollständigen und variationsreichen Ernährung ab, ohne daß das Vitamin B₂ entdeckt war; das Fleckfieber (Rickettiose) nahm ab, als wollene Kleider durch solche aus Baumwolle mit der stärkeren Ausbeutung der Kolonien ersetzt wurden. Allgemein kann gesagt werden, daß Ernährung und Gesundheit der Arbeiter in den kapitalistischen Ländern sowohl dank ihrer Arbeitskämpfe als auch zu Lasten des in den Kolonien produzierten Hungers und der Unterdrückung dort meßbar besser wurden.

In dieser zweiten Phase erhöhte sich die Lebenserwartung der Arbeiter, ihr Gesundheitszustand wurde verbessert. Eine vergleichsweise hohe Zahl von Erkrankungen, von Unfällen, ein schlechter Gesundheitszustand bestanden weiterhin, insgesamt aber gab es eine deutliche Verbesserung von der Mitte des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts.

Heute müssen wir fragen: Hat mit neuen Schwierigkeiten eine dritte Phase begonnen? Die Antwort ist offensichtlich: ja. Tatsächlich geben heutige Technik, gesellschaftliche Anlage der Produktion, Organisation der Gesundheitsdienste einigen Spielraum für die Entwicklung nicht nur der medizinischen Behandlung, sondern auch der Verbesserung der Gesundheit. Gleichzeitig gibt es aber eine Reihe negativ wirkender Umstände. Sie können wie folgt zusammengefaßt werden:

a) Die Lebenserwartung wird nicht größer, sondern scheint sogar abzunehmen

Ein nur ökonomistisch orientierter und damit deformierter Marxismus, der biologische Faktoren nicht genügend berücksichtigt, hat bisher auch zu wenig beachtet, daß der derzeitige Fortschritt in den Mortalitätsraten ausschließlich durch Verbesserungen bei der Säuglingssterblichkeit und der Lebenserwartung der Frauen zu erklären ist, während es bei den männlichen Erwachsenen eine Stagnation und teilweise sogar eine Rückentwicklung gibt.

b) Die Entwicklung einer neuen Pathologie der Berufskrankheiten

Die arbeitsbedingten Erkrankungen weisen Entstehungsursachen verschiedenster Art und eine massenhafte Verbreitung auf; ihre Erscheinungsformen sind nicht wie früher durch Mangelernährung und Müdigkeit geprägt, sondern durch unangepaßte und falsche Ernährungsweise, Bewegungsarmut und Fehlbelastung; es überwiegen Krankheiten psychosomatischer Herkunft (Streß- oder cortico-visceraler Bedingtheit); sie sind gekennzeichnet durch äußere gewaltsame Einwirkungen, z.B. Verletzungen und Selbstverletzungen wie Unfälle und Drogenabhängigkeit.

c) Die Umweltverschmutzung durch Fabriken

Giftstoffe, wie Blei, Asbest und Einflüsse, die durch die Art der Produktionsweise verursacht sind, wie nicht mit der Physiologie der Körperfunktionen übereinstimmende Arbeitsrhythmen, ergreifen krankheitsverursachend einen immer größeren Teil der gesamten Bevölkerung. Wir erkennen dabei, daß es unmöglich ist, die Medizin, vor allem in ihren Präventionsaufgaben auf die Konsumptionssphäre zu begrenzen, da doch zunehmend offensichtlich ist, daß krankheitsverursachende Faktoren aus der Produktion stammen.

Diese Phänomene liegen der Krise der Medizin wie der Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Berufe zugrunde. Keine dieser Institutionen kann ihrer traditionellen Aufgabe, der Bekämpfung von Krankheiten, gerecht werden, ohne gleichzeitig die neuen Aufgaben einer Veränderung der Technologie in der Produktion, einer Änderung der sozialen Beziehungen und einer Umwandlung des Staates in Angriff zu nehmen. Die Erweiterung des „Marktes für Gesundheit“, die Vermehrung medizinischer Aktivitäten, die Zunahme medizinischer Berufe bleiben ohne Nutzen; positive Ergebnisse für die Gesundheit des Menschen bleiben aus.

Was soll die Marschrichtung in dieser dritten Phase der gegenseitigen Abhängigkeit von Arbeit und Gesundheit sein? Den folgenden Beobachtungen liegen hauptsächlich die italienischen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zugrunde. Diese Erfahrungen sind noch unvollständig und unsicher, aber sie basieren auf großen Massenbewegungen, auf kulturellen Konfrontationen, auf sozialen und politischen Kämpfen, in die Millionen Männer und Frauen einbezogen waren. Bis in die Jahre 66/67 folgte die Arbeiterbewegung noch folgenden Prinzipien: In der Gesundheitspolitik sollte die medizinische Betreuung über die Sozialversicherung ausgeweitet werden, ohne daß dabei auf Qualität und Kontrolle der Dienste Einfluß genommen wurde; in der Gewerkschaftspolitik sollten bei einer Kompensation der Risikofaktoren durch

Geld die Löhne zunehmen und garantiert werden. Erst später wurden neue Formen und neue Ziele im Anschluß an politische Bewegungen mit der Wiederentdeckung der Feststellung von Marx über den Standpunkt des bewußten Arbeiters entwickelt: „Die Arbeitskraft nützlich anzuwenden und sie auszubeuten, sind zwei vollständig verschiedene Dinge.“

Diese neuentwickelten Ziele basierten auf der Erkenntnis, daß Einkommensverbesserungen schnell durch Inflation aufgehoben werden konnten, wohingegen Verbesserungen der Gesundheit dem Arbeiter direkt zugute kamen, stärkeren Einfluß auf sein Bewußtsein, auf die Technologie und seine Macht hatten. Die Gewerkschaftspolitik wurde deshalb in der Weise verbessert, daß Forderungen nach lediglich ökonomischer Kompensation schrittweise gegen Forderungen nach Kontrolle und Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitsumwelt ausgetauscht wurden. Gleichzeitig wurde berücksichtigt, daß die beiden traditionellen Beurteilungskriterien für den Gesundheitszustand der Arbeiter, die ärztliche Untersuchung und die objektive Analyse der Umwelt und der Organisation der Arbeit, um folgendes Kriterium ergänzt werden mußte: die subjektive Beurteilung durch die Arbeiter selbst und durch Gruppen, die den gleichen Risiken ausgesetzt waren. Hier handelt es sich um neue, aber nicht ausschließlich wissenschaftliche Kriterien.

In der Gesundheitspolitik bestand der Wechsel in folgendem: Ausgangspunkt war nicht mehr die Hilfe oder der Kontakt mit den medizinischen Berufen, sondern die Krankheiten selbst als Zeichen falscher Beziehungen im Mensch-Umweltverhältnis; Kämpfe für soziale Verbesserungen und wissenschaftliche Forschung, administrative Experimente und Gesetze, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und eine Reform der Gesundheitsdienste zielten, wurden unterstützt.

Einige Unternehmungen endeten in Niederlagen oder darin, daß zunächst erreichte Erfolge relativ bald durch das System so absorbiert wurden, daß die gefährlichen Arbeitsbedingungen zu gewerkschaftlich schlechter organisierten Firmen oder in andere Länder mit weniger wirksamer Kontrolle exportiert wurden. Die größte Schwierigkeit auf nationaler Ebene liegt derzeit darin, soziale Kämpfe für die Gesundheit bei einer wirtschaftlichen Situation der Massenarbeitslosigkeit zu fördern.

Nichtsdestotrotz kann auf positive Ergebnisse hingewiesen werden. Diese können wie folgt zusammengefaßt werden:

- a) Partielle Reduktion der Arbeitsunfälle und einiger Berufskrankheiten, allerdings noch in einem völlig unbefriedigenden Ausmaß.
- b) Eine positive Veränderung in der Kommunikation zwischen Wissenschaft und Arbeit. Nicht nur wird das vorhandene Wissen schneller

verallgemeinert, sondern es werden auch neue Forschungsrichtungen und Informationskanäle angeregt. Diese Vorstellung von einer ‚auf Wissenschaft aufgebauten Gesellschaft‘ konnte durch Einbeziehung von Arbeitern *und* Bürgern als deren Vorreiter erweitert werden.

c) Gesundheitsberufe und die arbeitenden Schichten kommen sich näher (immer noch ungenügend), indem beide neue Sprachen lernen und indem die soziale Rolle eines Teils der Gesundheitsarbeiter verändert wird.

d) Die Stärkung eines revolutionären Modells von Aktionen für die Gesundheit. Revolutionär deshalb, weil es auf einer Umwandlung der Arbeits- und Lebensumwelt und der führenden Rolle der Arbeiterklasse beruht. Die objektive Basis, nicht nur verbal oder als Idee, dieser Rolle besteht darin, die Ansteckungskette Fabrik – Umwelt vom Kopf auf die Füße zu stellen: die Arbeiterklasse bestimmt ihre eigenen Erkrankungen, bekämpft sie, steckt damit die Bevölkerung, die denselben Risiken unterworfen ist, an und führt sie so zu einer Umwandlung der Gesundheitsorganisation und des sozialen Systems.

e) Die Machtausübung in der Gesellschaft und die Beziehungen zwischen den Massen und dem Staat verändern sich. Diese Veränderung hat im inneren Leben der Gewerkschaften teilweise schon stattgefunden und sie findet statt im Leben des Staates durch die Transformation der Sozialversicherungen in einen nationalen Gesundheitsdienst.

Ich muß wiederholen, daß diese Erfahrungen und ihre Umsetzung zum großen Teil noch ungenügend sind, mehr noch, es muß damit gerechnet werden, daß das ohnedies vorhandene Risiko, sie weiter zu befestigen, in der ökonomischen und politischen Krise Italiens und anderer kapitalistischer Länder größer wird. Sie stehen unter großem Druck, den Perioden des Fortschritts folgen auch Perioden des Rückschritts. Trotzdem gehören sie, insbesondere in der Periode von 66/67 bis heute, zu den grundlegenden Fragen, an denen sich die Aktivitäten der arbeitenden Schichten und der fortschrittlichen Kräfte in der Medizin entwickelt haben. Dabei haben sie in erstaunlichem Umfang die ganze politische und kulturelle Situation Italiens beeinflußt.