

**Rainer Müller, Rolf Rosenbrock (1998): Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen – Perspektiven des Arbeitsschutzes. In: R. Müller, R. Rosenbrock: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven, St. Augustin. S. 10-32**

## 1. Arbeitsschutz als Teil der Sozialpolitik

Arbeitsschutz in seiner inhaltlichen und institutionellen Ausgestaltung wird gemeinhin als Teil der sozialstaatlichen Sicherung der menschlichen Existenz und des geordneten sozialen Lebens verstanden. Vornehmlich erfolgt die Sicherung der Existenzüber Einkommen aus abhängiger Erwerbsarbeit. Sozialpolitik schützt gegen materielle Not und Risiken, die mit den Wechselfällen des Lebens, wie Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Pflegebedürftigkeit, Alter und Tod des Ernährers verbunden sein können. Die genannten Risiken können ihre Quelle in der Erwerbstätigkeit selbst haben und als Unfall, Berufskrankheit bzw. arbeitsbedingte Erkrankung auftreten. Hier setzt nun der Arbeitsschutz an.

In theoretischen Erörterungen zur Sozialpolitik bzw. zu den wohlfahrtsstaatlichen Arrangements wird der Sicherung der Arbeitsfähigkeit und damit dem Arbeitsschutz eine wichtige Funktion zugeschrieben. Es werden vier Politikebenen unterschieden:

1. (re-)distributive Politik öffentlicher Ausgaben in Form von Geld und Sachleistungen zur Kompensation und Prävention von sozialen Risiken (z.B. Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit),
2. regulative Politik als staatliche Intervention zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit (z.B. Arbeitsschutz).
3. Politik der öffentlichen Anerkennung von Arbeitsmarktverbänden, Sozial- bzw. Tarifpartner, Verwaltungen in den Sozialversicherungen,
4. Politiken der Arbeitsmarktsteuerung bzw. der aktiven Einflußnahme auf das Beschäftigungsniveau bzw. Niveau des Arbeitsvermögens (z.B. berufliche und medizinische Rehabilitation, berufliche Bildung) (Hinrichs 1996).

Ähnlich argumentiert Ludwig Preller (1962), wenn er die Schutzfunktion, die Verteilungsfunktion und die Funktion zur Hebung und Stärkung der Produktivität des wirtschaftlichen Handelns herausstellt. Preller stellt das Arbeitsleben als wesentlichen Teil des menschlichen Lebens in den Mittelpunkt seiner theoretischen Erörterungen. So diskutiert er den Zusammenhang von Arbeit und Muße in technischer und physischer Hinsicht, er referiert die psychophysischen Dimensionen menschlicher Arbeit und beschreibt die gesellschaftlichen Wirkungen von Arbeit für das menschliche Zusammenleben.

Erwerbsarbeit kann gesundheitsgefährdend, aber auch gesundheitsfördernd wirken, sie definiert den sozialen Status, bestimmt den Lebensstil des Menschen und ermöglicht seine soziale existentielle Sicherung. Rein zeitlich nimmt die Erwerbsarbeit und auch die Vorbereitung auf die Erwerbsarbeit im Bildungssystem einen großen Teil unseres Lebens ein. Beim immer noch überwiegenden Vollarbeitsverhältnis verbringen die Beschäftigten den größten Teil ihrer wachen Zeit im Betrieb bzw. gehen ihrer Erwerbsarbeit nach und sind dem dort produzierten Belastungen und Anreizen sowie Risiken

ausgesetzt. Darüber hinaus beeinflussen die Art der Arbeit und die Höhe des Lohnes in erheblichem Umfang auch die Lebenslage und den Lebensstil mit seinen Bewältigungen der Belastungen und der Herausforderungen. Die Erwerbsarbeit wirkt damit auf Chancen und Risiken für Gesundheit und Krankheit auch außerhalb der Erwerbssphäre. In lohnarbeitszentrierten Verfassungen der sozialen Sicherung, wie in Deutschland seit Bismarck, definiert das Erwerbsarbeitsverhältnis darüber hinaus auch die materiellen Seiten der Lebenslage in Phasen der Nicht-Arbeit. Es ist, so gesehen, berechtigt, im Hinblick auf Gesundheit vom „langen Arm der Erwerbsarbeit“ zu sprechen, um zwischen primären, sekundären und tertiären gesundheitlichen Wirkungen zu unterscheiden: Die sozial bedingte Ungleichheit vor Krankheit und Tod lässt sich immer noch weitgehend entlang den Hierarchielinien von Beruf, Qualifikation und Einkommen ablesen (Oppolzer 1993). Historisch betrachtet hat gerade die Schutzfunktion früh zu Interventionen des Staates in die Verfügungshoheit des Unternehmens geführt durch z.B. Verbot der Kinderarbeit. Später kamen weitere gesetzliche Regelungen zum Mutterschutz, zu Arbeitszeitbeschränkungen und zu den technischen und organisatorischen Gefährdungen hinzu.

Die Verteilungsfunktion der Sozialpolitik stellt eine Reaktion auf die ungesicherte ökonomische Existenz der Erwerbstätigen als Arbeitskräfte und zugleich als Konsumenten dar. Basierend auf dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit wirkt die Verteilungsfunktion bei der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des einzelnen während der Phase der Erwerbsfähigkeit innerhalb wie auch zwischen den Generationen. Zu dieser Sphäre der sozialstaatlichen Regulierung gehört die Sicherung eines gerechten Lohnes für die geleistete Arbeit und ebenso Leistungen zur Sicherung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind ebenfalls unter Gesichtspunkten der Verteilungsgerechtigkeit zu betrachten.

Sozialpolitik in ihrer Funktion im Hinblick auf Produktivität zielt auf die Sicherung des Produktionsfaktors Arbeitskraft bzw. auf die Ausbildung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Arbeitsvermögens. In modernen Verständnissen des Arbeitsschutzes wird gerade dieser Aspekt in den Mittelpunkt gerückt, wenn eine Integration von Arbeitsschutz mit betrieblicher Gesundheitsförderung und Personal- sowie Organisationsentwicklung betrieben wird. Zwischen industriegesellschaftlicher Erwerbsarbeit und individueller wie kollektiver Wohlfahrt besteht historisch wie aktuell eine widersprüchliche Einheit. Trotz aller nationaler und branchenmäßiger Unterschiede war die industrielle Entwicklung in Industrieländern schon recht früh auf ein Mindestmaß an staatlich-gesellschaftlicher Wohlfahrtsregulation angewiesen. Solche sozialstaatlichen Regulationen und Steuerungen dienten dazu, daß psychophysische Arbeitsvermögen bereitzustellen und eine soziale Integration der abhängig Erwerbstätigen und ihrer Familien in die Gesellschaft zu ermöglichen. Die mit der Industrialisierung verbundenen Risiken und Risikofolgen, wie z.B. Krankheit, vorzeitiger Tod, Arbeitslosigkeit, Invalidität, Alter, machten eine intertemporale, intersektorale und interpersonale sowie intergenerationaler Verteilung von monetären und anderen Leistungen zur Prävention, Kuration und Kompensation der Risiken erforderlich. Soziale Kosten der industriellen Pathogenität in Form von Gesundheitsverschleiß und Umweltverschmutzung bzw. -zerstörung wurden durch die Institutionen der sozialstaatlichen Sicherung, wie Krankenkasse, Renten-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung, aufgefangen. Man spricht in diesem Zusammenhang von der Externalisierung der negativen Produktionswirkungen hinsichtlich des Humanvermögens wie auch der Naturressourcen.

Daß Arbeitsschutz als Sicherung des individuellen wie kollektiven Arbeitsvermögens nicht nur ein aus den Menschenrechten hergeleitetes normatives Gebot, sondern eine wesentliche Bedingung für die wirtschaftliche Produktivität ist, belegen Vergleiche der langfristigen Entwicklung der Produktivität der westlichen Industrieländer. Das Technology-Economy-Programme der OECD von 1992 kommt zu dem Ergebnis, daß bei gleichem Grad an technologischer Struktur die strategischen Kernressourcen zur Wertschöpfung in der intelligenten Organisation und Nutzung der menschlichen Arbeit liegen. Der strategische Wettbewerbsvorteil wird in der Qualität des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens und dessen langfristiger Nutzung im Kontext neuer Technologien gesehen (Naschold 1993). Zu einer ähnlichen Bewertung des menschlichen Arbeitsvermögens für die Produktivitätsentwicklung kommt die Generaldirektion Science, Research and Developement der Kommission der Europäischen Gemeinschaft. Sie stellt fest: „human resources are the core of future growth and Europe's innovation capability“ (Commission of the European Communities (CEC) 1989, S. 2). Als Konsequenz wird entgegen technozentrierten Entwicklungspfaden die Entwicklung von „anthropozentrischen“ Produktions- und Dienstleistungssystemen gefordert. In diesem liegt die Priorität bei der Entwicklung und Nutzung der Humanressourcen. Neue Technologien werden in erster Linie dazu benutzt, die menschlichen Fähigkeiten und Kompetenzen angemessen zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund der Neubewertung des Produktionsfaktors „menschliche Arbeit“ erscheint die innovative ganzheitliche Arbeitsschutzgesetzgebung der Europäischen Union als konsequente arbeitsweltbezogene Sozialpolitik. In diesem Kontext ist auch der enge Zusammenhang von Arbeits- mit Umweltschutz zu bedenken. Der verheerende Verbrauch der Naturressourcen und die Vernutzung von Arbeitsvermögen mit Externalisierung der dadurch verursachten sozialen Kosten aus den Betrieben in das soziale Sicherungssystem folgen nämlich derselben Produktionslogik. Die Notwendigkeit zu einer ökologischen Umsteuerung bezieht in dieser Perspektive die menschengerechte Gestaltung der Erwerbsarbeit zentral mit ein. Arbeitsschutz als Teil des wohlfahrtsstaatlichen Arrangements, auch auf der europäischen Ebene, ist in seinem Nutzen sowohl auf ökonomischer, politischer, kultureller und sozialer Ebene zu bewerten. Die Wirkungen auf diesen verschiedenen Ebenen verstärken sich wechselseitig und stabilisieren die Gesellschaft als Ganzes.

Zu Recht stellen OECD-Experten fest, daß die Sozialpolitik die demokratischen Industriestaaten, „effizienter, stabiler und gerechter“ gemacht hat (OECD 1994, S. 7).

So wie die Sozialpolitik insgesamt, lassen sich idealtypisch Vorteile und Nutzen von Arbeitsschutz folgendermaßen zusammenfassen (siehe Kaufmann 1997, S. 34-48):

- a) 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 Staates wie auch der Europäischen Union und stärkt damit Vertrauen in staatliche wie supranationale Institutionen.
- b) In politischer Hinsicht wirkt Arbeitsschutz als Teil des wohlfahrtsstaatlichen Arrangements pazifizierend. Der institutionelle Konflikt von Lohnarbeit und Kapital wird im Betrieb wie auch außerhalb gemindert. Die Interessensgegensätze werden insgesamt in produktivere Formen der Konfliktaustragung transformiert. Das Konfliktfeld „Gesundheitsverschleiß“ wird zumindestens partiell aus dem Bereich harter Interessensgegensätze „ausgeklammert“ und dadurch zum beiderseitigen Nutzen produktiver bearbeitet.

- c) In ökonomischer Hinsicht verbessert Arbeitsschutz als Teil der Sozialpolitik die Humankapitalbildung. Die Arbeitsbereitschaft wird gefördert und die Arbeitsproduktivität gesteigert. Wenn in betriebswirtschaftlicher Sicht der Wert nicht ohne weiteres sichtbar wird, so ist der volkswirtschaftliche Nutzen leichter darstellbar (BAUA 1997).
- d) In sozialer Hinsicht verbessert Arbeitsschutz die sozialen Bedingungen der Wohlfahrtsproduktion. Die Lebensformen außerhalb der Erwerbsarbeit werden stabilisiert. Die auch von anderen Gesellschaftsbereichen benötigten Anteile des Humanvermögens werden nicht verschlissen, sondern sozialverträglich genutzt. Arbeitsschutz entfaltet so gesehen eine synergetische Wirkung und wirkt ebenso auf andere gesellschaftliche Teilbereiche und nicht nur auf die Erwerbssphäre. Er wirkt gesellschaftlich multifunktional. Arbeitsschutz ist damit auch eine wesentliche Voraussetzung für Modernisierung der Erwerbssphäre wie der Gesellschaft insgesamt.

Für die Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes als Teil des wohlfahrtsstaatlichen Arrangements gilt, was für die Modernisierung der Sozialpolitik generell als Kernfrage aufgeworfen ist: Wie ist Sozialpolitik und Arbeitsschutz zu gestalten und ggfs. zu reformieren, daß zugleich:

- ein hohes Maß an Sozialschutz und Verteilungsgerechtigkeit (Aspekt des Sozialschutzes und der Verteilungsgerechtigkeit) und
- somit das soziale Staatsziel (Zacher 1987) des Grundgesetzes erreicht (Aspekt der Verfassungsverträglichkeit),
- ihre politischen, sozialen und ökonomischen Stabilisierungsfunktionen entfaltet (Stabilisierungsaspekt),
- politisch von ihren Finanzierern, ihren Nutznießern und den an der Gesetzgebung beteiligten Instanzen akzeptiert wird (Akzeptanzaspekt)

und

- die allokativen Funktion von Märkten auf nationaler und internationaler Ebene nicht so belastet wird, daß diese weniger zum Verteilen produzieren, als u.a. zur Aufrechterhaltung eines hohen Sozialstaatsniveaus erforderlich ist (Aspekt der Ökonomieverträglichkeit)? (Zentrum für Sozialpolitik 1998, S. 4)

## 2. Neue gesetzliche Rahmenbedingungen - ein neues Leitbild

Das deutsche Arbeitsschutzrecht hat durch die Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft in den 90er Jahren einen deutlichen inhaltlichen neuen Zuschnitt erhalten. Die jahrelange Verzögerung der verpflichtenden Formulierung der Richtlinien ins deutsche Recht und seine nicht in einem Verhältnis 1 : 1 erfolgte Umsetzung ist Ausdruck für den Widerstand einflußreicher politischer Akteure in der Bundesrepublik. Die Modernisierung des in seinen Grundverständnissen noch aus dem wilhelminischen Kaiserreich herrührenden Arbeitsschutzes geht also nur bedingt von der Innovationsfähigkeit der deutschen Arbeitsschutzinstitutionen bzw. seiner Akteure aus (Konstanty, Zwingmann

1996). Nicht die erfolgreichen Erfahrungen mit Forschungen und Praxisprojekten zur „Humanisierung des Arbeitslebens“, sondern Debatten über Lohnnebenkosten, Standortsicherung und Deregulierung bestimmten die widerständige Arbeits- und Sozialpolitik. Mittlerweile wurde die EG-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit, die bis zum 31.12.1992 in nationales Recht hätte umgesetzt werden müssen, im August 1996 als neues deutsches Arbeitsschutzgesetz in Kraft gesetzt. Ebenso wurden andere Richtlinien der Europäischen Union, wie z.B. die Bildschirm-, Maschinen-, Lärm-, Arbeitsmittelrichtlinie in nationales Recht umgesetzt. Die europäischen Regelungen folgen einem neuen Leitbild. Statt technischer Orientierung, obrigkeitlicher Aufsicht, passiver Rolle der Beschäftigten, Schädigungen nur im Verständnis von Unfall- und Berufskrankheit nun ein Wechsel zu einem Arbeitsumweltrecht, in dem Gefährdung umfassend verstanden, frühzeitig und präventiv erfaßt werden soll und alle im Betrieb auf die Gestaltung der Arbeit und ihrer Bedingungen einwirken können.

Die Politik der Europäischen Union und ihre rechtlichen Regulierungen zur Arbeitswelt haben sicherlicher zentral die Schaffung eines einheitlichen Wirtschaftsraumes zum Ziel. In einem solchen offenen Binnenmarkt soll ein freier Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital gesichert sein. Allerdings werden ebenso explizit soziale Ziele verfolgt. Im Vertrag von Maastricht vom 07.02.1992 haben die Mitgliedsstaaten mit Ausnahme von Großbritannien im Protokoll über Sozialpolitik den Artikel 118a EWG-Vertrag ausdrücklich bestätigt und festgelegt, daß der Schutz von Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer/innen zukünftig eine wesentliche Aufgabe sozialpolitischen Handelns sein solle. Der Artikel 118a EWG enthält eine umfassende Ermächtigung, um Rechtsetzungen zum Schutze der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit qualifizierter Mehrheit möglich zu machen (Bücker, Feldhoff, Kothe 1994, S. 45-55). Auf europäischer Ebene wurden damit sozialpolitische Forderungen zur Reform des deutschen Arbeitsschutzsystems in Gang gebracht, wie sie seit geraumer Zeit innerhalb der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften erhoben wurde (Neumann 1992, Marstedt/Mergner 1995, Schulte/Bieneck 1991). Die neuen Anforderungen an den Arbeitsschutz lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen (Bücker u.a. 1994, S. 43-44, Lehnhardt 1998):

- Erweitertes Gesundheitsverständnis, nicht nur rein körperliche Schädigungen, sondern auch psychosoziale Aspekte werden einbezogen, ebenso Aspekte der Gesundheitsförderung (ganzheitlicher Arbeitsschutz).  
Explizit wird die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit als Aufgabe gefordert (§ 2, 1).  
Der Arbeitgeber hat außerdem eine „Verbesserung“ des Gesundheitsschutzes anzustreben (§ 3, Abs. 1).  
Der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, daß bei der Maßnahmeplanung „Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht“ verknüpft werden (§ 4).
- Präventive Gesundheitspolitik wird als eine Querschnittsaufgabe von Betriebs- und Unternehmenspolitik verstanden (Sicherheitsmanagement).  
Die Durchführung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes hat „eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen“ zu erfolgen (§ 3, 2).

- Arbeitsschutz wird als eine dynamische Herausforderung angesehen. Er hat sich an die Fortschritte der technischen Entwicklung und der neuesten arbeitswissenschaftlichen Entkenntnisse anzupassen (Anpassungspflicht).  
Der Arbeitgeber hat die „Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen“ (§ 3, 1).
- Abbau des Vollzugsdefizits, insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben, Verantwortung des Unternehmers (Betriebsorientierung).  
Der Arbeits- und Gesundheitsschutz „gilt in allen Tätigkeitsbereichen“ (§ 1,1).
- 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).  
Die Beschäftigten haben „nach ihren Möglichkeiten“ für Sicherheit und Gesundheit Sorge zu tragen (§ 15, 1) und „gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit“ den Arbeitgeber bei der Gewährleistung des Arbeitsschutzes zu unterstützen (§ 16, 2). Ferner besitzen sie in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ein Vorschlagsrecht (§ 17, 1). Im Falle unzureichender Schutzmaßnahmen können sie nach erfolgloser Beschwerde beim Arbeitgeber sich an die zuständige Behörde wenden (§ 17, 2).
- Einheitliche und transparente Normierung der rechtlichen Anforderungen und Pflichten (einheitliches Arbeitsschutzrecht).
- Grundlage des planmäßig durchgeführten Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind Gefährdungsbeurteilungen, die der Arbeitgeber „je nach Art der Tätigkeiten“ vorzunehmen und aus denen er die erforderlichen Maßnahmen abzuleiten hat. Mögliche Gefährdungsquellen sind umfassend zu berücksichtigen, so auch die Gestaltung von Arbeitsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeiten (§ 5) (Gefährdungsbeurteilung).
- Eine Erhöhung von Transparenz, Systematik und Verbindlichkeit im Arbeits- und Gesundheitsschutz wird durch die Pflicht des Arbeitgebers zur Dokumentation (§ 6) gefordert. Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung, die festgelegten Schutzmaßnahmen und die Resultate der Wirksamkeitsprüfung sind schriftlich zu dokumentieren (§ 6) (Wirksamkeitsprüfung).

Nicht nur das Arbeitsschutzgesetz folgt neuen Leitbildern, sondern auch andere Verordnungen zum Arbeitsschutz folgen modernen Verständnissen von Public Health. Zu erwähnen sind die Bildschirmarbeit und die Lastenhandhabungs-Verordnung vom Dezember 1996.

Entsprechend dem deutschen Dualismus im Arbeitsschutz wurden die Aufgaben für die gesetzliche Unfallversicherung diesen innovativen Veränderungen des Arbeitsschutzes angepaßt. Mit dem Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz vom 07.08.1996 (Sozialge-

setzbuch VII) haben die Unfallversicherungsträger eine beträchtliche Ausweitung ihrer Aufgabenstellung erhalten. Hatten sie bis dahin mit „allen geeigneten Mitteln“ lediglich Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu verhüten, so erstreckte sich nun der Präventionsauftrag ebenfalls auf „arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ (§ 1 SGB VII). Im § 14 SGB VII werden die Grundsätze zur Prävention genannt. Sie sollen „den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen“, „bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen“ (§ 14, 2). Die Verpflichtung zur Ermittlung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen in diesem Umfang ist für die Unfallversicherungsträger neu. Es werden nun tendentiell alle betrieblich generierten Gesundheitsrisiken in den rechtlichen Kompetenzbereich der Unfallversicherungen gerückt. Sie werden verpflichtet, bei der Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren mit den Krankenversicherungen zusammenzuarbeiten. Die Krankenkassen sind nach Inkrafttreten des § 20 SGB V verpflichtet, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. Sie haben diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben, zu unterrichten. Dieser erweiterte Präventionsauftrag an die Unfallversicherungsträger trifft auf eine Institution, deren gewachsenes Problemverständnis- und Handlungskonzepte mehr oder weniger quer zu den Anforderungen eines modernen betrieblichen Gesundheitsschutzes stehen. Denn, wie bereits vorne angesprochen, hat eine moderne betriebliche Gesundheitsschutzpolitik mit Gesundheitsgefahren zu tun, die sehr komplex und unspezifisch wirken und nicht dem Muster einer eindeutigen Ursache- (bzw. Dosis)-Wirkungs-Beziehungen folgen. Die Belastungen und erst recht die gesundheitlichen Wirkungen sind nur begrenzt quantitativ faßbar. Schutzverständnisse der Ingenieurwissenschaften und der Toxikologie greifen hier nur sehr bedingt. Die präventive Bearbeitung der komplexen Probleme hat ein Verständnis vom Betrieb zu entwickeln, in dem ein ganzheitlicher Blick auf die technischen, organisatorischen, sozialen und kommunikativen Dimensionen geworfen wird. Er erfordert einen Handlungstypus, der auf Partizipation, auf diskursive Problembewertung und betriebliche Aushandlungsprozesse setzt (Lehnhardt 1997, S. 275-276). Die Leitbilder und Handlungsverständnisse der Berufsgenossenschaften sind bislang stark geprägt von einem primär naturwissenschaftlich-technischen Verständnis von Ursache und Wirkung. In einem sehr klassischen monokausalen Denken. Ihre Orientierungen sind sehr juristisch und eher einem Kontrollverständnis folgend und expertenzentriert (Marstedt/Mergner 1995). Eine ernsthafte Inangriffnahme der gesetzlichen Verpflichtungen, nämlich arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, würde bei den Berufsgenossenschaften in Zusammenarbeit mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen eine grundlegende Veränderung in den Problemverständnissen, Handlungskonzepten und -routinen sowie den entsprechenden Qualifikationsprofilen erfordern. Inwieweit die Unfallversicherungen diesem neuen Handlungsauftrag nachkommen werden und wie sie diese gesetzliche Aufforderung in die institutionelle Praxis umsetzen werden, muß bislang als mehr oder weniger offen angesehen werden. Bislang ist wenig Konkretes bei den Berufsgenossenschaften zu beobachten (Sokoll 1997). Zwar existiert eine Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Trägern der Unfallversicherung seit 1992, bislang ist aber praktisch aus dieser Vereinbarung wenig erfolgt (MeierJürgen/Knorn 1997). Gemeinsame Anstrengungen, den Anforderungen der Gesetze und Verordnungen nachzukommen, waren bislang eher rar und bezogen sich bislang auf Datenermittlung und Analyse sowie Austausch. Seit 1994 arbeitet der Bundesverband der Betriebskrankenkassen mit dem Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften im Projekt „Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG)“ zusammen. Welche Erkenntnisse aus diesem Forschungsprojekt

sich ergeben werden und wie diese in die Praxis diffundieren werden, muß bislang als offen angesehen werden (Lehnhardt 1997, S. 278).

Mit den europäischen und nationalen Arbeitsschutzregelungen wurde dem demokratischen bzw. zivilgesellschaftlichen Konzept „Public Health“ in dem privaten Verfügungs- bereich des Betriebes zu einer wesentlich stärkeren Legitimation als bislang verholfen. In Public Health-Konzepten sind je nach nationalstaatlich-historischer Entwicklung die gemeinschaftlichen bzw. gesellschaftlichen und kommunalen bzw. staatlichen Auseinandersetzungen mit Krankheit und Gesundheitsgefährdung verfaßt. Public Health-Strategien waren immer Teil der sozialstaatlichen Regulationen und Steuerungen, eben auch der durch die industrielle Produktion verursachten Gesundheitsgefahren und - schädigungen. Zwar lassen sich in den westlichen Industriestaaten verschiedene Typen sozial- bzw. wohlfahrtsstaatlicher Regime darstellen (Esping-Andersen 1990), dennoch verfolgen Public-Health-Strategien idealtypisch gesehen gleiche Ziele in allen Ländern und benutzen ähnliche strukturelle und prozedurale Konzeptionen. Die sozialpolitische Intervention des Arbeitsschutzes in den Betrieb mit der Verpflichtung, Experten für Arbeitssicherheit dort zu integrieren und die Belegschaften an der Wahrnehmung und Umsetzung der Arbeitsschutzziele partizipativ, angemessen zu integrieren, läßt sich ökonomisch mit dem Konzept zur Sicherung des öffentlichen Gutes Gesundheit begründen. Die Erhaltung und Verbesser der Gesundheit als öffentliches Gut liegt im Interesse aller Bürgerinnen und Bürger. Die eigene Art von öffentlichen Gütern besteht darin, daß sich die Kosten und Nutzen nicht eindeutig aufeinander beziehen lassen. Es wird auch von sogenannten meritorischen Gütern gesprochen. Solche Güter erzeugen bei der Produktion oder Konsumtion einen Zusatznutzen, der über den eigentlichen Konsumnutzen hinausgeht. Gesundheit ist als ein solches meritorisches Gut anzusehen. Die Relevanz solcher Güter besteht in den externen Effekten, weil nämlich durch sozialpolitische Maßnahmen negative Effekte, wie Berufskrankheit, Arbeitsunfall, Ge- sundheitsverschleiß von Arbeitskraft, bekämpft werden oder durch Prävention und Ge- sundheitsförderung der Erhalt von Produktivität und Kompetenzen über den Nutzen für den einzelnen hinausgehen. Damit wird für die gesamte Volkswohlfahrt ein kollektiver Nutzen erbracht (siehe Kaufmann 1997, S. 36-37).

Das Wirken von Arbeitsschutz im Betrieb kann also unter der Denkfigur „Public Health in private company“ diskutiert werden. Arbeitsschutz soll insofern eine wohlfahrtsstaatliche Funktion erfüllen, indem er die sozialen Kosten dadurch minimiert, daß er den sozialen Schutz des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin mit entsprechender rechtsstaatlicher Gewährung zur Verfügung stellt. Arbeitsschutz als Aktion von Public Health sichert in dieser Sichtweise die Individualrechte des einzelnen Arbeitnehmers bzw. der einzelnen Arbeitnehmerin, wie es auch im Grundgesetz als Recht auf körperliche Unversehrt- heit garantiert ist.

Eine solche explizite Public Health-Orientierung in einer wohlfahrtsstaatlichen bzw. sozialstaatlichen Rahmung, nicht nur orientiert an den Schädigungen und Risiken, sondern an der Gestaltung und Aufrechterhaltung von Gesundheit, findet sich nunmehr auch in den Richtlinien und Regelungen der Europäischen Union. 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 Arbeitsanforde rungen. Die neuen Arbeitsschutzregelungen haben die Rechte der Arbeitnehmer im Sinne einer zivilgesellschaftlichen, demokratischen Intention gestärkt. Die Arbeitnehme-

rinnen 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 ebenso das Partizipationsrecht. Die Ausdehnung des Public Health-Prinzipes auf die Produktionsphäre einschließlich der Dienstleistungsarbeit kommt weiterhin darin zum Ausdruck, daß die neuen Arbeitsschutzregelungen der Europäischen Union und damit der Bundesrepublik auf die gesamte Erwerbsbevölkerung ausgedehnt wurde. Klein- und Kleinstunternehmen müssen sich den Anforderungen wohlfahrtsstaatlicher Intervention unterwerfen und haben sich normativ an der Sicherung und Erhaltung von Gesundheit zu orientieren.

Der integrierende Ansatz von Public Health in der Arbeits- wie Gesundheitswissenschaft betrachtet den Betrieb als technische, organisatorische und gesellschaftliche Einheit, in der physische und technische Arbeitsbedingungen, Arbeitsinhalte, Arbeitszeitregime, Anreiz- und Sanktionssysteme sowie das Sozialklima für unterschiedliche Beschäftigungsgruppen unterschiedliche Gesundheits- und Erkrankungschancen herstellen. Gerade Forschungen und Interventionen im Betrieb haben darüber hinaus auch bestätigt, daß gesundheitsriskantes Verhalten effizient durch vorherige oder zumindest gleichzeitige Veränderung verhaltensprägender Strukturen und Anreize zu beeinflussen ist (Pelikan, Demmer, Hurrelmann 1993). Faktoren wie monotone Arbeit, zyklisch und/oder hierarchisch unvollständige Arbeitsaufgaben, geringe Gestaltungsspielräume und Lernchancen, Zeitdruck, inkonsistente Arbeitsanforderungen, situative und strategische Intransparenz und Unbeeinflußbarkeit der Arbeitssituation, externe Störungen des Arbeitshandelns, autoritärer Führungsstil, Über- und Unterforderung und mangelnde Anerkennung (Gratifikationskrisen) u.a. beanspruchen auf Dauer nicht nur direkt die Gesundheit, sondern beeinflussen auch das oft gesundheitsriskante Bewältigungsverhalten (Hacker 1991, Karasek, Theorell 1990, Siegrist 1991). Für die Arbeitswissenschaft wie auch für die Gesundheitswissenschaft und für den praktischen Teil der Public Health-Aktivitäten in der Arbeitswelt stellt die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO (1986) eine wichtige programmatische Erklärung dar. Deren arbeitsbezogene Passagen können als gültige Zusammenfassung von epidemiologisch vergleichsweise gut gesichertem Wissen über die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit/Krankheit gelesen werden. Zugleich liefert diese Charta angehbare Agenda für Wissenschaft und Praxis von Public Health in Private Companies.

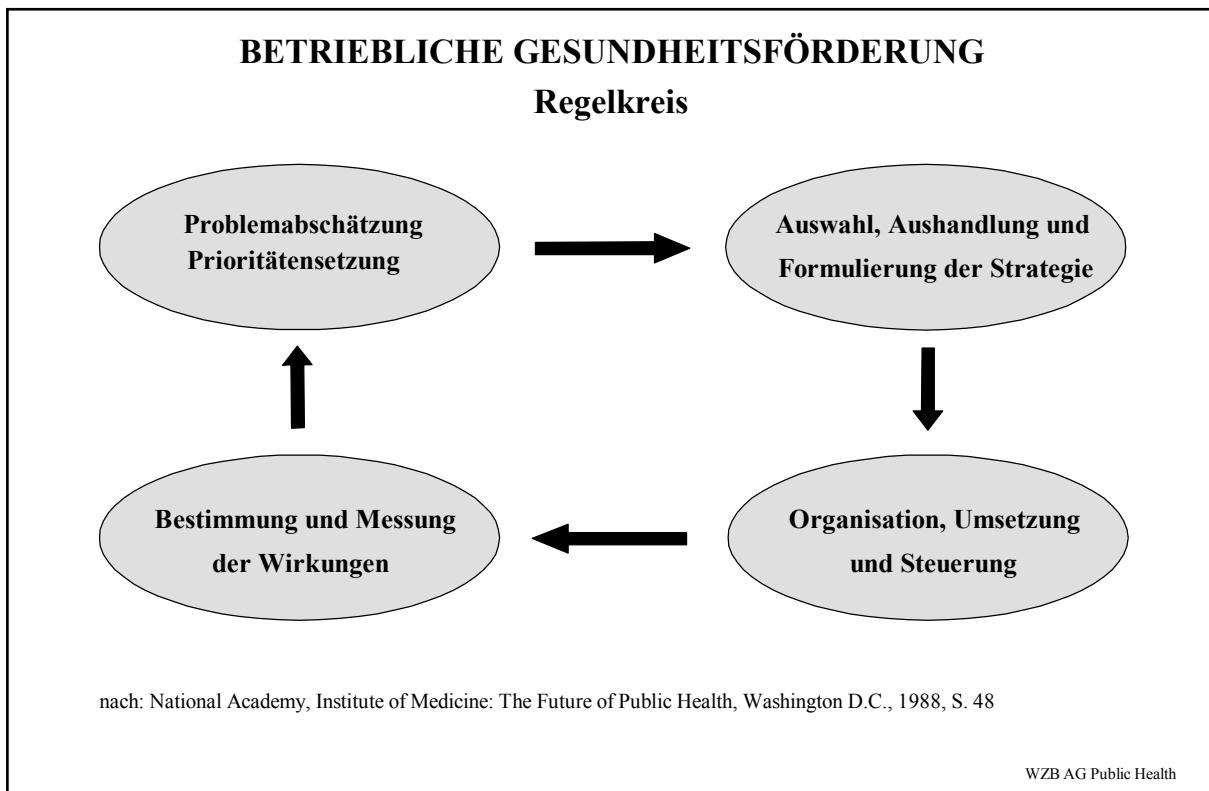
### 3. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung als soziale Innovation im Betrieb

Ob Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung als soziale Innovation in Betrieben tatsächlich vorhanden ist und ein neuer Umfang mit Gesundheit zu beobachten ist, läßt sich an fünf Kriterien bewerten.

#### **Systematik von Planen und Handeln**

Das erste Kriterium bezieht sich auf die Systematik des Vorgehens: In Anlehnung an den Public Health Action Cycle, wie er von der US-amerikanischen Academy of Science für alle Gesundheitsinterventionen vorgeschlagen worden ist, werden die Aktionen, Kampagnen, Maßnahmen, Projekte und Strategien des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung als Regelkreis betrachtet.

**Abbildung 1:**



Danach beginnt jede Aktion mit (1) einer epidemiologisch begründeten Problemabschätzung und Prioritätensetzung, auf deren Basis (2) eine Strategie ausgewählt, formuliert und zwischen den Akteuren ausgehandelt wird. Daraus folgt (3) die Organisierung der Umsetzung, die Umsetzung selbst und ihre Steuerung. Dann gilt es (4) schließlich, zu bestimmen, welche Wirkungen die Maßnahme hat oder haben soll und wie man sie messen kann. Mit den Ergebnissen dieser Evaluation soll dann der gesundheitliche Ausgangszustand daraufhin geprüft werden, ob die Maßnahme weiterlaufen soll, ob sie verändert oder abgebrochen werden muß, oder ob das Problem gelöst ist.

Ein Blick auf die Praxis zeigt, daß dieses erste Kriterium, das Kriterium des systematischen Herangehens an die Gesundheitsprobleme, nach wie vor eher die Ausnahme als die Regel darstellt. Oft genug fängt Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung irgendwo an, ohne daß die Größe des Problems, die Optionen der Strategie oder die Möglichkeiten der Wirkungsmessung auch nur angedacht worden sind.

Freilich bietet die Einhaltung der Systematik noch keinerlei Garantie für Erfolg oder leichte Umsetzung. Sie stellt eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung dar. Entscheidend ist, was auf den vier Stufen des Regelkreises passiert, ob dort nach gesundheitlichen Regeln und mit betriebspolitischer Klugheit vorgegangen wird.

Im folgenden soll deshalb zu jeder der vier Stufen kurz erläutert werden, was das Neue an einem ganzheitlichen Arbeitsschutz mit betrieblicher Gesundheitsförderung ist bzw. sein soll, worin also die Innovation gegenüber der alten Kombination aus technischem Arbeitsschutz und belehrender Gesundheitserziehung liegt. Die Kriterien sind keine fi-

xierten Check-Listen für die Gestaltung von betrieblicher Gesundheitsförderung, nicht alles paßt zu allen Maßnahmen.

### **Problemabschätzung, Prioritätensetzung (assessment)**

**Abbildung 2: Betriebliche Gesundheitsförderung  
Problemabschätzung/Prioritätensetzung**

	bisheriger Standard	Public Health Innovation
Problemdefinition	fallbezogen	populationsbezogen
Risikokonzept	physiologisch quantitativ	zusätzlich psychosozial qualitativ
Resourcenkonzept	Geld, Recht, Information	zusätzlich sozial und psychosozial
Ätiologiekonzept	Belastungen, Noxen	Ungleichgewicht Belastungen/Ressourcen

Auf der ersten Stufe – also der Identifikation und Abschätzung von Gesundheitsproblemen bzw. -risiken – findet sich die soziale Innovation in mindestens vier Dimensionen.

- An die Stelle fallbezogener *Problemdefinitionen* treten epidemiologische Sichtweisen, gefordert ist ein Denken in Wahrscheinlichkeiten. Betrieblich bedeutet dies, daß die Belegschaft nicht primär als Ansammlung von Individuen gesehen wird, die in individuell unterschiedlichem Ausmaß Träger von physiologischen und Verhaltens-Risiken und somit Gegenstand von Früherkennung oder Belehrung und Gesundheitserziehung sein sollen. Vielmehr impliziert die geforderte Sichtweise, den Betrieb als technische, organisatorische und sozialklimatische Einheit zu sehen, der für unterschiedliche Beschäftigte und Beschäftigtengruppen unterschiedliche Risiken und Gesundheitschancen setzt.
- Zum *Risikokonzept*: Gegenstandsbereich sind nicht nur physiologisch meß- und quantifizierbare Noxen und Belastungen, sondern auch die überwiegend nur qualitativ zu beschreibenden psychosozialen und psychomentalen Risiken. Damit werden neben der Ergonomie und den physikalisch-chemischen Belastungen auch monotone Arbeit, Zeitdruck, inkonsistente Arbeitsanforderungen, mangelnde situative und strategische Transparenz in der Arbeitssituation, externe Störungen des Arbeitshandelns, Leistungs- und Verhaltensanreize aus der Betriebsorganisation

und dem Entlohnungssystem, autoritärer Führungsstil, Über- und Unterforderung etc. Gegenstandsbereiche betrieblicher Gesundheitsförderung.

- Zum *Ressourcenkonzept*: Es sollen nicht nur Risiken gesenkt, sondern auch Ressourcen gestärkt werden. Auch bei den Ressourcen geht es nicht nur um materielle oder physiologische Bewältigungsmöglichkeiten für Belastungen und Störungen. Vielmehr geht es auch um die Schaffung lernanregender Arbeitsaufgaben, verlässliche und als gerecht empfundene Belohnungen und Sanktionen, die Schaffung bzw. Sicherung von beruflichen Perspektiven, die Vergrößerung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, die Möglichkeit von Kommunikation am Arbeitsplatz, sinnvolle Angebote für Entspannung und Regeneration in den Arbeitspausen etc. Als Schlüsselvariable kann bei all diesen Fragen der Grad der Partizipation hinsichtlich der Gestaltung und Durchführung der Arbeitsaufgabe und die Erweiterung von Handlungsspielräumen gelten. Das erst schafft die Möglichkeiten für die Beschäftigten, ein differenziertes und dauerhaftes Interesse an ihrer Arbeitssituation und ihre Gesundheit in ihr zu entwickeln sowie die Veränderungsbedarfe und -möglichkeiten selbst zu identifizieren. Die damit verbundene Aktivierung ist außerdem eine wichtige eigenständige Gesundheitsressource.
- Zum *Ätiologie-Konzept*: Vor allem den dominanten, überwiegend chronisch-degenerativ verlaufenden Massenerkrankungen ist mit monokausalen und bloß belastungs- bzw. noxen-orientierten Ätiologievorstellungen nicht beizukommen. Aussichtsreich sind Konzepte, in denen Gesundheit und Krankheit als Folge des Gelingens oder Mißglückens der Balance zwischen solchen Belastungen sowie materiellen und biopsychosozialen Ressourcen zur Gesunderhaltung gesehen wird. Betrieblich darf dies kein Vorwand sein, das harte Alltagsgeschäft der Verringerung chemisch-physikalisch-ergonomischer Belastungen zugunsten des Angebots an Entspannungskursen oder erlebnisorientierten Rückenschulen zu vernachlässigen. Vielmehr folgen daraus Aufgaben, die den klassischen Arbeitsschutz einschließen und im Sinne der sozialen Gestaltung der Arbeitssituation über ihn hinausgehen. Die heute in der Praxis vorfindliche Orientierung an AU-Statistiken kann bei derart anspruchsvollen Projekten allenfalls die Rolle einer Thematisierungshilfe spielen. Viel aussagekräftiger – das zeigen auch die Erfahrungen aus nahezu allen anspruchsvollerden Projekten – sind die Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen und aus Gesundheitszirkeln.

### **Auswahl, Aushandlung und Formulierung der Strategie (policy formulation)**

Die soziale Innovation hat selbstverständlich auch Auswirkungen auf Grundsätze und Entscheidungskriterien der Auswahl, Formulierung und Aushandlung von Vorschlägen zur Gestaltung. Auch hier lässt sich der Inhalt der sozialen Innovation wieder in vier Dimensionen beschreiben:

**Abbildung 3: Betriebliche Gesundheitsförderung  
Auswahl, Aushandlung und Formulierung der Strategie**

	bisheriger Standard	Public Health Innovation
--	---------------------	--------------------------

Aufgreifkriterium	eingetretene Risiken	präventive Potentiale
Interventionskonzept	individuelle Gefahrenabwehr	kollektive Gefahrenvorsorge
Interventionstyp	Normen (v.a. Grenzwerte) Wissen-Einstellung-Verhalten	zusätzliche Faktoren der Lebenslage u. Lebensweise
Interventionsziel	Kompensation von Autonomiedefiziten	Autonomieförderung (enabling, empowerment)

- Zum *Aufgreifkriterium*: Gegenüber dem herkömmlichen, überwiegend von der individuellen Kuration her bestimmten Umgang mit Gesundheit besteht die soziale Innovation darin, daß nicht erst im Falle des Gesundheitsproblems, also des eingetretenen Risikos interveniert werden soll, sondern dann und dort, wo durch Interventionen – spezifisch und unspezifisch – gruppen- oder belegschaftsbezogen die Eintrittswahrscheinlichkeit von Erkrankungen gesenkt werden kann, wo also präventive Potentiale liegen. Die Realisierung dieses Grundsatzes würde in der betrieblichen Gesundheitsförderung tatsächlich eine kopernikanische Wende bedeuten: es wäre die Abkehr von der letztlich in Prinzipien des Haftungsdenkens verankerten Sichtweise. Es würde stattdessen bedeuten, den Betrieb in technischer, organisatorischer und sozialklimatischer Hinsicht daraufhin zu durchforsten, wo Möglichkeiten der Belastungsminderung und Wohlbefindenssteigerung liegen.
- Zum *Interventionskonzept*: Das klassische – ursprünglich aus dem Bereich des Haftungsrechts und der Gesundheitspolizei stammende – Konzept der individuellen Gefahrenabwehr soll durch Strategien kollektiver Gefahrenvorsorge überformt werden. In der Arbeitswelt entspricht dem der Grundsatz, daß die Eliminierung von Gefahrenquellen ihrer Einkapselung vorausgehen soll und diese der Verwendung von persönlichen Körperschutzmitteln vorzuziehen ist. Es wäre viel gewonnen, wenn diesem Grundsatz in der Praxis auch gefolgt würde. Noch mehr wäre gewonnen, wenn dieser Grundsatz auch auf andere, nicht minder wichtige Gesundheitsrisiken der Arbeitswelt angewendet würde: wenn der Empfehlung von Entspannungskursen und Rückenschulen die ergonomische, organisatorische und betriebsklimatische Sanierung der Arbeitssituation voraus- oder zumindest mit ihr einhergehen würde.
- Das leitet über zum *Interventionstyp* und zum *Interventionsziel*: die klassischen Konzepte verhaltensorientierter Interventionen durch Informationsvermittlung, Belehrung, Normsetzung und Erziehung sollen durch Berücksichtigung und ggf. Veränderung pathogener und salutogener Faktoren der Arbeitssituation und der durch diese mitbestimmten Verhaltensweisen erweitert werden. Die paternalistische Orientierung auf Fürsorge und Betreuung soll wo immer möglich von Strategien ziel-

gruppen- und lebensweltspezifischer Aktivierung und Mobilisierung – also des Enabling und Empowerment – abgelöst werden.

Im Zentrum betrieblicher Gesundheitspolitik stehen damit heute sowohl die „klassischen“ (meist spezifischen) Belastungen und die darauf bezogenen arbeitswissenschaftlichen Kriterien der Ausführbarkeit, Erträglichkeit und Zumutbarkeit einer Arbeitsaufgabe als auch das Kriterium der Gesundheitsförderlichkeit, welches v.a. Transparenz, Konsistenz, Partizipation sowie soziale und materielle Unterstützung in der Arbeitssituation einschließt. Gesundheitsförderlichkeit und Persönlichkeitsförderlichkeit sind dabei weitgehend identisch. Das Verhältnis zwischen technischen und psychosozialen Belastungsarten ist weder eine Stufenfolge („erst harte, klassische Belastungen abbauen, dann weiche psychosoziale ...“), noch einfach additiv: vielmehr ist oft umgekehrt davon auszugehen, daß durch arbeitsorganisatorische Veränderungen erreichbare Verringerungen von psychosozialen Belastungen nicht selten eine notwendige Voraussetzung zum Schutz gegen die klassischen Risiken und Gefahren sind. Das von VOLKHOLZ (1977) für die Orientierung des betrieblichen Arbeitsschutzes eingeführte Konzept der „Belastungsschwerpunkte“ wäre heute um diese Belastungen aus der Arbeitsorganisation und dem Managementstil zu ergänzen bzw. zu differenzieren.

### **Organisierung, Umsetzung, Steuerung (assurance)**

Damit rückt die Stufe der Organisation und Umsetzung betrieblicher Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung und speziell die Steuerung solcher Projekte als wahrscheinlich zentraler Engpass in den Mittelpunkt des Interesses (ROSEN-BROCK/KÜHN/KÖHLER 1994). Engpässe und Chancen haben zu einem guten Teil damit zu tun, daß eine dem Stand des Wissens entsprechende Praxis auch auf dieser Stufe eine soziale Innovation – und damit beträchtliche Herausforderungen für alle beteiligten Akteure – darstellt.

**Abbildung 5: Betriebliche Gesundheitsförderung  
Organisation, Umsetzung, Steuerung**

	bisheriger Standard	Public Health Innovation
Steuerungsinstrumente	Anweisung, Norm, Information	zusätzliche Partizipation, Organisationsentwicklung, Organisationslernen
Steuerungsbereiche	explizite Gesundheitspolitik	explizite und implizite Gesundheitspolitik
Professionelle Zuständigkeit	Gesundheitsberufe	gesundheitswirksame Berufe

- Zu den *Steuerungsinstrumenten*: Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt erfolgt herkömmlicherweise überwiegend als betriebliche Anwendung staatlicher und tarifvertraglicher Normen und Grenzwerte, manchmal ergänzt um zusätzlich paternalistisch gewährte freiwillige Leistungen. Interventionen, die den hier skizzierten Kriterien genügen sollen, sind in der Regel zu komplex für solche Top-down-Steuerung. Erfolgreiche Beispiele schließen dagegen die gezielte Förderung der Betroffenen-Kompetenz und – auf der Institutionen-Ebene – Anreize zu selbstlernendem Problemlösungshandeln und moderner Organisationsentwicklung mit ein. Das gilt keineswegs nur für große Organisationen, sondern auch im Handwerksbetrieb. Dies wiederum setzt beim Management eine Überwindung von letztlich meist tayloristisch begründeten Kontrollambitionen und ein Denken über den Bilanzstichtag hinaus voraus. Auch von den anderen Akteuren werden beträchtliche Modifikationen ihres herkömmlichen Rollenverständnisses erwartet.
- Zu den *Steuerungsbereichen*: Wie in allen Interventionsbereichen moderner Gesundheitspolitik geht es auch im Betrieb darum, den Interventionsbereich von Gesundheitspolitik zu erweitern. Also nicht nur Unfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen zu verhüten, sondern riskante Ungleichgewichte von Belastungen und Ressourcen. Betriebliche Gesundheitsförderung findet überall statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen und Verhaltensanreizen gruppenbezogene Wahrscheinlichkeiten von Erkrankungen – positiv oder negativ – beeinflußt werden können. Der Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung erweitert sich damit auf Bereiche – wie z.B. Lohn-Leistungspolitik, Hierarchiegestaltung und betriebliche Qualifizierung –, die bislang eben nicht als gesundheitsrelevante Gestaltungsbereiche galten, in denen aber immer implizite Gesundheitspolitik (ROSEN BROCK 1993) betrieben wird.
- Damit verändert sich auch der *Kreis der einzubeziehenden Akteure*. Neben Beschäftigten, ggf. Betriebsrat, Management und Arbeitsschutz kommen alle jene Entscheidungsträger hinzu, die Entscheidungen über Strukturen, Anreize und Verfahren zu treffen haben, die ihrerseits einen relevanten Einfluß auf Gesundheitschancen und Erkrankungswahrscheinlichkeiten der davon Betroffenen ausüben.

Grob zusammengefaßt läßt sich festhalten, daß die Gestaltung von Betrieben nach den hier skizzierten Grundsätzen für betriebliche Gesundheitsförderung das Unternehmen und die betrieblichen Akteure vor die Aufgabe stellt, sich neue Wahrnehmungsmuster, Relevanzkriterien, Handlungslogiken und Interventionsformen anzueignen und diese in neuen Kooperationsformen anzuwenden.

#### 4. Fördernde und hemmende Bedingungen der Umsetzung des neuen Leitbildes

Der Problemkomplex „Arbeit und Gesundheit“ stellt sich häufig als ein durch die Handlungsorientierungen und Beziehungskonstellationen der betrieblichen Akteure „verminutes“ Gelände dar, in das bislang nicht praktizierte Formen präventiver Intervention nur schwer Eingang finden. Gemäß dem präventionspolitischen Gesetz des „survival of the fittest“ (i.S. einer Durchsetzung der den vorherrschenden Interessenlagen und Handlungsimperativen am besten angepaßten Konzepte) (vgl. KÜHN 1993, S. 133) gelingt dies solch leicht verfügbaren und allseits kompatiblen Maßnahmen wie z.B. Risikofaktoren screening, Ernährungs- und Entspannungskursen oder Rückenschulen. Solche Projekte haben – ungeachtet aller Effektivitäts- und Effizienzmaßstäbe – eine weitaus bes-

sere Realisierungschance als Gesundheitsförderungs- und Arbeitsschutzprojekte, die auf technische, organisatorische und soziale Innovationen orientieren.

Aber auch dort, wo es die betriebliche Akteurkonstellation erlaubt, auf Problemsignale wie etwa einen überdurchschnittlichen Krankenstand mit dem Einschlagen solcher alternativen „Interventionspfade“ zu reagieren, können die genannten Widerstände und Blockaden im Zuge des Umsetzungsprozesses wieder mobilisiert werden und zu dessen „Versickern“ führen. Selbst avancierte Projekte wie Gesundheitszirkel unterliegen solchen Gefahren: die Neigung des Managements, organisationsbezogene Veränderungsvorschläge als Eingriff in seine Entscheidungskompetenzen und als Unterstellung defizitärer Aufgabenerfüllung zu interpretieren; Widerstände der professionellen Arbeitsschützer gegen die Relativierung ihres Expertenstatus; Reserviertheit des Betriebsrates aufgrund befürchteter Schwächung seiner Interessenvertretungsfunktion; mangeler Bereitschaft der Mitarbeiter, ihre Unzufriedenheit, Kritik und erst recht ihre gesundheitlichen Probleme in der betrieblichen Öffentlichkeit zu artikulieren.

Welche fördernden und hemmenden Bedingungen der Umsetzung des neuen Leitbildes lassen sich ausmachen?

1. Durch die Anwendung moderner gesundheitswissenschaftlicher Methoden und Verfahren könnten im Bereich betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung große präventive Potentiale realisiert, und das heißt: Wohlbefinden, Gesundheit und Leben erhalten werden. Im Vergleich mit anderen Interventionsfeldern von moderner Gesundheitspolitik, als Umsetzung Public Health entsprechen bislang weder die wissenschaftliche Aufmerksamkeit noch das Ausmaß an wissenschaftlich fundierten Interventionen dieser Bedeutung (ROSENBROCK 1993b).
2. Gesundheitswissenschaftliche Kriterien für die Gestaltung der Arbeit überschneiden sich zunehmend mit Konzepten der Arbeitswissenschaft (z.B. persönlichkeitsförderliche Arbeitsgestaltung, zyklisch und hierarchisch vollständige Arbeitsaufgaben), der Berufspädagogik (z.B. Schlüsselqualifikationen, Betrieb als Lernort, Polyvalenz), der Arbeitspsychologie (z.B. störungsfreie und lernförderliche Arbeitssituation), der Industriesoziologie (z.B. qualifizierte und qualifizierende Arbeitsplätze durch neue Produktionskonzepte) und der Arbeitspolitik (z.B. Gestaltung betrieblicher Beziehungen nach dem Konzept der sozialen Produktivität) in Richtung auf ein verallgemeinerbares humanwissenschaftliches Paradigma gesunder und produktiver Arbeitsgestaltung, wie es auch in zahlreichen Projekten der BMFT-Programme „Humanisierung der Arbeit“ und „Arbeit und Technik“ aufscheint. Damit liegen neben einer relativ soliden Wissensbasis auch Voraussetzungen für Themenverbindungen und Koalitionen im Betrieb vor.
3. Wer – in welcher Rolle und mit welchem professionellen Hintergrund auch immer – dieses Wissen im Betrieb umsetzen möchte, trifft auf ein Sozialgebilde, dessen Wahrnehmungsmuster, Relevanzkriterien, Zuständigkeiten und Handlungs routinen nach anderen Interessen und Kriterien als denen der Gesundheit gewachsen und institutionell verfestigt sind. Die Initiierung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung ist deshalb regelmäßig gegentendenzielles Handeln (vgl. NOACK/ROSENBROCK 1994).
4. Auch wenn der Anteil gelungener Projekte einer dem Stand des Wissens entsprechenden betrieblichen Gesundheitsförderung an den unter dieser Überschrift

insgesamt zu verzeichnenden Aktivitäten gering sein mag: ihre Existenz und ihre Erfolge beweisen, daß die Umsetzung auch unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen und Arbeitsmarkt-Bedingungen möglich ist, wenn Initiatoren und Akteure die schwierige Gratwanderung zwischen lärmendem Konsens und blockierendem Konflikt gelingt.

5. Eine weniger erfolgreiche ganzheitliche Arbeitsschutzpraxis mit einer intensiven Nutzung der Erkenntnisse und Methoden der Gesundheitsförderung liegt an dem Mangel einer systematischen und angemessenen betrieblichen Gesundheitsberichterstattung. Diese Berichterstattung hat nicht nur den einzelnen Betrieb in das Blickfeld zu holen, sondern einen Überblick über Branchen, Berufe, Tätigkeiten und Regionen zu geben. Zwar wurden in den letzten Jahren Checklisten und Bewertungsbögen für die Gefährdungsanalyse erarbeitet und z.T. im betrieblichen Kontext auch eingesetzt, allerdings besteht die Gefahr, daß diese Aktivitäten sich als „präventionspolitische Ersatzhandlungen entpuppen“ (Lehnhardt 1997, S. 277).
6. Ein weiteres Umsetzungsproblem besteht darin, daß viele Betriebe und die Verantwortlichen dort über die Arbeitsschutzregelungen kaum informiert sind und Unklarheiten über geeignete Instrumente und Verfahren zur praktischen Umsetzung dieser Pflichten bestehen.
7. Die Haupthemmisse dürften jedoch eher in den politischen und den betrieblichen Kräfteverhältnissen zu suchen sein, denn die Intensivierung der betrieblichen Rationalisierungs- und Kostensenkungsstrategien in den letzten Jahren hat zu einer Schwächung der Interessenspolitik der Belegschaften geführt. Die arbeitsschutzpolitischen bzw. gesundheitspolitischen Handlungsbedingungen der Betriebs- und Personalräte sind schwieriger geworden. Auch für sie besteht ein nicht unbedeutendes Defizit, mit den neuen Herausforderungen kompetent umgehen zu können. Es fehlt an Information und Kenntnissen, an der umfassenden Beurteilung von Gesundheitsgefährdungen mitzuwirken. Ebenso gibt es Vorbehalte, sich an den Prozessen direkter Beschäftigtenpartizipation zu beteiligen bzw. sie selbst zu organisieren. Nicht nur Arbeitgeber und professionelle Arbeitsschützer wie auch Verantwortliche in den Unfall- und Krankenversicherungen, sondern auch Betriebs- und Personalräte wie auch die Beschäftigten selbst stehen vor substantiellen Herausforderungen, die eine Neuorientierung in der betrieblichen Gesundheitspolitik verlangen.
8. Die Verpflichtung zur Kooperation verlangt von allen Beteiligten, eine gemeinsame Situationsdeutung vorzunehmen. Es ist fraglich, ob sie zu einer solchen kooperativen Anstrengung, wie sie im Kapitel 3 mit den fünf Kriterien angesprochen sind, in der Lage sind.

Strategien betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung haben dann – und meist nur dann – Aussicht auf Erfolg, wenn ihre Erfinder und Protagonisten die fördernden und hindernden Faktoren nicht in die black box unbeeinflußbarer Rahmenbedingungen abschieben, sondern bewußt antizipieren und für die damit verbundenen Probleme geeignete Bearbeitungsmechanismen finden. Hier liegt nach wie vor ein weites Handlungsfeld, auf dem nicht nur der in diesem Feld gewachsene kritische Sachverstand, sondern auch die sich allmählich konturierende Disziplin Public Health ihre Praxistauglichkeit unter Beweis stellen könnte.

## Literatur

Bücker, A., Feldhoff, K., Kothe, W.: Vom Arbeitsschutz zur Arbeitsumwelt. Europäische Herausforderungen für das deutsche Arbeitsrecht, Neuwied, Kriftel, Berlin 1994

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (Hg.): Neue Ansätze zur Kosten-Nutzen-Analyse des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Dortmund/Berlin 1997

Commission of the European Communities (CEC): Science, Technology and Societies: European Priorities. Results and Recommandations of the Fast II. Programme, a Summary Report. Bruxelles 1989, zit. nach Ulich, E.: Arbeitspsychologie, Zürich, Stuttgart 1994, S. 254

Esping-Andersen, G.: The three worlds of welfare capitalism, Cambridge 1990

Hinrichs, K.: Herausforderungen an das wohlfahrtsstättliche Arrangement und ihre politische Bearbeitung, Manuskript, Bremen, Mai 1996

Karasek, R.A.; Theorell, T.: Healthy Work, New York 1990

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

Konstanty, R., Zwingmann, B.: Arbeitsschutzreform - bleibt Deutschland Schlußlicht in Europa?, in: WSI-Mitteilungen, 2/1996, S. 65-70

Kühn, H.: Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin 1993

Lehnhardt, U.: Betriebliche Gesundheitsförderung unter veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 5. Jahrgang, 1997, Heft 3, S. 273-278

Lehnhardt, U.: Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt. Der große Sprung nach vorn, in: Die Mitbestimmung, 5/1998

Marstedt, G.; Mergner, U.: Gesundheit als produktives Potential. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen und betrieblichen Strukturwandel, Berlin 1995

Meierjürgen, R.; Knorr, H.J.: Perspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund gesetzlicher Neuregelungen, in: Soziale Sicherheit 46, 1997, S. 43-48

Naschold, Jahrbuch Arbeit & Technik, 1993, S. 104

National Academy of Sciences, Institute of Medicine: The Future of Public Health. Washington D.C.: National Academy Press 1988

Neumann, L.F. (Hg.): Arbeits- und Gesundheitsschutz aktuell, Köln 1992

Noack, H.; Rosenbrock, R.: Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.), Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin 1994, S. 129-158

OECD: New Orientations in Social Policy, Paris 1994

Oppolzer, A.: Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit, in: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit, Opladen 1993, S. 125-165

Oppolzer, A.: Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen 1994, S. 125-166

Pelikan, J.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim und München 1993

Preller, L.: Sozialpolitik, Tübingen, Zürich 1992

Rosenbrock, R.: Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In: Demmer, H.; Pelikan, J. M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung - Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. München 1993, S. 123- 140

Rosenbrock, R.; Kühn, H.; Köhler, B.M. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin 1994

Schulte, Bieneck: Bundesarbeitsblatt 11/1991, S. 20-23

Siegrist, J.: Contributions of Sociology to the Production?????? of Heart Disease and their Implications for Public Health, in: European Journal of Public Health, 1, 1991, S. 10-21

Sokoll, G.: Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren - Was ändert sich für die Berufsgenossenschaften durch das SGB VII?, in: DOK 79, 1997, S. 192-193

Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Bonn 1977

Zacher, H.F.: Das soziale Staatsziel, in: Isensee, J.; Kirchhof, P. (Hg.): Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Band 1, Heidelberg 1987, S. 144-170

Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen: Thesen zur Sozialpolitik in Deutschland, Arbeitspapier Nr. 5/98, Bremen 1998