

Betriebliche Gesundheitspolitik

Müller, Rainer

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Müller, R. (2002). Betriebliche Gesundheitspolitik. *ZeS Report*, 7(1), 13-18. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-380220>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Betriebliche Gesundheitspolitik¹

1. *Das Politische in der betrieblichen Gesundheitspolitik*

Unter betrieblicher Gesundheitspolitik können alle Interessenskonstellationen, Wertvorstellungen und Handlungsstrategien verstanden werden, die zur Sicherung und Wiederherstellung von Gesundheit als Voraussetzung für die Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen getroffen werden. Leistungsfähigkeit wird auch als Arbeitsvermögen und dies als Teil des Humanvermögens einer Person verstanden. Die Maßnahmen rühren sowohl aus den betrieblichen Interessen, Motiven und Zielen selbst her, als auch aus Regelungen des Sozialstaates. Als sozialstaatliche Regelungen sind u.a. zu nennen, das Arbeitsrecht mit seinen Teilen zum Arbeits- und Persönlichkeitsschutz, zum Tarifvertrag und zur Mitbestimmung sowie das Sozialgesetz vor allem mit seinen Sozialgesetzbüchern V und VII, d.h. Krankenversicherung und Unfallversicherung.

Für die Beschreibung der Normen und Wertvorstellungen sowie Handlungsweisen und auch Interessenskonstellationen der Akteure lassen sich eine Makro- von einer Meso- und Mikroebene unterscheiden. Auf der Makroebene, nämlich der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), der Europäischen Union und des Nationalstaates, agieren Institutionen, Verbände, Parteien, Unternehmen und Gewerkschaften sowie Expertenkreise. Auf der mittleren Ebene kommen Institutionen des Sozialstaates, wie Unfallversicherungen, staatliche Gewerbeaufsicht und Verbände sowie Expertenkreise, Tarifparteien, in den Blick. Als Mikroebene gilt der Betrieb mit seinen Akteuren, vor allem der Betriebsleitung und der Belegschaftsvertretung sowie den Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsmedizin.

Betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich mit den politikwissenschaftlichen Unterscheidungen zwischen Policy (Inhalt), Politics (Prozess) und Polity (Form) analysieren.

Unter Policy werden die inhaltlichen Dimensionen des Politik-Begriffs umschrieben. So ist z.B. für die betriebliche Gesundheitspolitik die EG-Rahmenrichtlinie von 1989 bzw. das daraus abgeleitete deutsche Arbeitsschutzgesetz von 1996 mit seinen Anforderungen eines erweiterten Gesundheitsverständnisses (ganzheitlicher Arbeitsschutz), seiner präventiven Orientierung als Querschnittsaufgabe der Betriebspolitik (Sicherheits- bzw. Gesundheitsmanagement), der Anpassungspflicht an die soziotechnischen Entwicklungen und arbeitswissenschaftlichen neuen Erkenntnissen (Anpassungspflicht), dem Abbau des Vollzugsdefizits (Betriebsorientierung), der Kooperationsverpflichtung der betrieblichen Akteure und der aktiven Einbeziehung der Beschäftigten in die Wahrnehmung und Bewältigung von Gefährdung und Gesundheitsrisiken (Partizipationsprinzip), eine gesamtgesellschaftlich verbindliche Vorgabe für die

konkrete Gestaltung von Gesundheit und Sicherheit im Betrieb.

Wie nun die am praktischen Prozess Beteiligten (auf den angesprochenen drei Ebenen) ihre Interessen artikulieren, Konflikte austragen, einen Konsens finden und Entscheidungen treffen, wie also die prozessuale Dimension politischen Handelns gestaltet ist, wird mit dem Begriff Politics benannt. Dass erst 1996 die EG-Rahmenrichtlinie, obwohl sie bis zum 31.12.1992 hätte in nationales Recht umgesetzt werden müssen, als neues Arbeitsschutzrecht in Kraft trat, ist Ausdruck für interessen geleitete und konfliktreiche, jedoch zum Konsens verpflichtende Politikprozesse bei der Neubestimmung betrieblicher Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. Typischerweise standen sich Unternehmer- und Gewerkschaftsinteressen und ihre institutionellen Vertreter sowie ihr nahestehende politische Parteien und Verbände einschließlich von Expertenszenen gegenüber. Dass auf der EG-Ebene die fortschrittliche Rahmenrichtlinie Recht wurde, ist einer besonderen Machtkonstellation mit Dominanz der Europäischen Kommission und dem starken Einfluss von übernationalen Expertenzirkeln des Arbeitsschutzes geschuldet.

Auf der Mesoebene sind die Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse der Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes in den einzelnen Unfallversicherungen, im Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften und in den Bundesländern bei der Neubestimmung der Aufgaben der staatlichen Gewerbeaufsicht sowie die Abstimmung zwischen Berufsgenossenschaften und staatlicher Gewerbeaufsicht in ihrem Verhalten gegenüber dem einzelnen Betrieb für die Fragen der Politics-Forschung wichtige Gegenstände. Konflikträchtig ist z.B. die Frage gewesen und bis heute virulent, ob Berufsgenossenschaften oder auch staatliche Gewerbeaufsicht eher ihrer hoheitlichen kontrollierenden Aufgabenstellung oder mehr ihrer beratenden Funktion nachkommen sollen. Ein weiteres Konfliktfeld ist die Frage, inwieweit die „weichen“ Belastungsfaktoren bzw. -konstellationen, also psychosozialer Stress, zum Gegenstand berufsgenossenschaftlicher bzw. staatlicher Intervention in Betrieben sein sollen.

Auf der betrieblichen Mikroebene stellen sich selbstverständlich ebenso die Fragen der Willensbildungs- und Entscheidungsfindung bzw. Durchsetzung und Erfolgsevaluation.

Als dritte Dimension zur Analyse betrieblicher Gesundheitspolitik werden mit dem Begriff Polity die formalen institutionellen Ordnungen und normativen Begründungen ins Spiel gebracht. Auch diesem Aspekt lässt sich auf den drei Ebenen der betrieblichen Gesundheitspolitik nachgehen. Auf betrieblicher Ebene ist z.B. zu fragen, ob der Arbeitsschutz und mit seinen nach dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 vorgeschriebenen Einrichtungen, wie Arbeitsschutzausschuss, Betriebsarzt bzw. Fachkraft für Arbeitssicherheit und Verantwortlichkeit in der Betriebsleitung in den Betrieben etabliert wurde. Oder in einer moderneren Entwicklung kann untersucht werden, ob sogar, vor allem in größeren Betrieben, ein Gesund-

¹ Vorabdruck aus: Müller, Rainer (Hg.), 2002: *Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung*. Schriftenreihe Gesundheit - Arbeit - Medizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

heitsmanagement mit Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung aufgebaut wurde. Zu dieser Dimension von betrieblicher Mikropolitik gehören auch Fragen nach den Konzepten, Variationen und Entwicklungstendenzen betrieblicher Sozialverfassungen, also zum Stand der Mitbestimmung oder auch des Umgangs mit wegen Krankheit leistungsgewandelter Beschäftigter, ob also fürsorgliche Integration oder systematische Ausgrenzung und Entlassung die betriebliche Gesundheitspolitik bestimmen.

Gesundheitspolitische Implikationen haben selbstverständlich alle erwerbsbezogenen sozialpolitischen Regelungen und Maßnahmen, so z.B. ebenso die Policies, Politics und Polities zur Gleichstellung von Mann und Frau im betrieblichen Kontext wie auf dem Arbeitsmarkt wie auch die Förderung von familiengerechten Arbeitsbedingungen mit gleichen Pflichten und Rechten von Mann und Frau. Ob Geschlecht als soziale Kategorie im Betrieb sensibel beachtet wird, ist für die Erwerbstätigen – und damit gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung – von nicht zu unterschätzender Wirkung.

Entscheidungen und Handlungen in der Organisation Betrieb sind weder durch ökonomische noch durch technologische oder kulturelle oder andere Bedingungen determiniert. Ein Betrieb zeigt sich als ein soziales Handlungssystem, als eine Arena mit Akteuren bzw. Spielern und unterliegt Gestaltungsbedingungen mit jeweiligen Macht- und (Miss-)Vertrauensbeziehungen.

Gesundheit im betrieblichen Kontext als Arbeitsvermögen mit der Bereitschaft zur und konkreten tätigen Verausgabung bzw. Nutzung von Leistung verstanden, ist sowohl Basis als auch Ziel der (Inter-)Aktionen der Akteure bzw. Personen. Letztere agieren als handelnde Subjekte mit individuellen Orientierungen und Interessen. Sie bauen als Subjekte interpersonale Beziehungen auf. In diesen Beziehungen geht es darum, wer das Geschehen beherrscht oder kontrolliert (Macht) und wie die wechselseitigen Abhängigkeiten bewältigt werden. Handlungen und Beziehungen haben sich zu rechtfertigen über geschriebene und ungeschriebene Regeln und Normen. Erwartungshaltungen für kurz-, mittel- bzw. langfristige Zeitperspektiven kommen zum Zuge. Zeitmanagement bzw. Zeitsouveränität sind von hoher persönlicher Relevanz. Die betrieblichen Situationen sind nicht eindeutig, sondern zeigen Widersprüche und Intransparenz (Ambiguitäten), die Eigeninteressen und –initiativen notwendig und möglich machen.

All diese Aspekte sind für die betriebliche Gesundheitspolitik relevant. So haben Beschäftigte unter Umständen das objektive Interesse an Gesundheit, d.h. an psychosozialem und körperlichem Wohlbefinden, sowohl in der aktuellen Arbeitssituation wie auch in der Lebenslaufperspektive. Zu leicht können jedoch Präferenzen nach Arbeitsplatzsicherheit, höherem Lohn bzw. zügigerem Arbeitsablauf kurz- wie langfristig bei abhängig Erwerbstätigen auf Kosten der Gesundheit vorrangig sein.

In der Betriebswirtschaft dient der Beschäftigte als Mittel zum Zweck der Produktion von Waren und Dienstleistungen. Wenn dabei eine technizistische Or-

ganisationsvorstellung in der Betriebsleitung vorherrscht und tayloristische Rationalisierungskonzepte mit hoher Arbeitsteilung und systematischer Kontrolle der Tätigkeiten der Beschäftigten zum Einsatz kommen, dann sind nicht selten Verletzungen der Normen von Schädigungslosigkeit, Erträglichkeit und Zumutbarkeit an der Tagesordnung.

2. *Betrieb als Feld von Gesundheitspolitik*

Ein Betrieb lässt sich in folgende Teile gliedern, die wechselseitig miteinander verschränkt sind: ökonomisches, technisches, produkt- bzw. marktorientiertes, soziales und politisches Subsystem. Betriebe werden als offene Systeme mit Vergangenheit und Zukunft betrachtet und stehen in vielfältigen Austauschbeziehungen mit ihrer jeweiligen Umwelt.

Das ökonomische Subsystem behandelt die Wirtschaftlichkeit, also Fragen nach Aufwand und Ertrag, Investitionen, Lohn, Preis und Profit. Fragen der Wirtschaftlichkeit sind allerdings verschiedenen Rationalitätskalkülen unterworfen. Einerseits geht es um die Erzielung von Gewinnen, um Kostenminimierung; andererseits wirkt auch eine Organisationsrationalität, wenn nämlich die Organisation Betrieb erhalten und langfristig Arbeitsplätze gesichert werden sollen. In volkswirtschaftlichen Rationalitäten wird nach Umweltverträglichkeit, bedarfsgerechter Verfügbarkeit von Arbeitskräften und Ressourcenschonung gesprochen. In einer gemeinwirtschaftlichen Rationalität geht es um den Ausgleich von sozialen Interessenskonflikten, um Verteilungsgerechtigkeit, Partizipation und Prävention von Umwelt- und Gesundheitsschäden.

Eine gesundheitspolitische Dimension haben im ökonomischen Subsystem z.B. Kosten-Nutzen-Kalkulationen bei ergonomischer Gestaltung von Arbeitsplätzen bzw. bei Maßnahmen des Arbeitsschutzes oder auch der Gesundheitsförderung der Belegschaft. Lohngerechtigkeit wirkt sich auf das psychosoziale und körperliche Wohlbefinden aus und ist unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten sowohl für den Betrieb (Krankenstand) als auch volkswirtschaftlich wegen Vermeidung von Ausgaben für Krankenbehandlung zu betrachten.

Im technischen Subsystem geht es um Hard- und Software von Maschinen, um technische Ausstattungen, Lizenzen, Stoffe und Materialien. Gesundheitsrelevant sind hier Mensch-Maschine-Mensch bzw. Mensch-Maschine-Interaktionen mit ihren Belastungen und Beanspruchungen. Gefährdungen, Risiken und Schädigungen können sich ergeben aus der Gestaltung und den Einrichtungen der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes, aus physikalischen, chemischen und biologischen Einwirkungen, aus der Gestaltung bzw. die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit. Aus der Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeiten und deren Zusammenwirken und aus unzureichender Qualifikation und ungenügender Unterweisung der Beschäftigten im Umgang mit technischen Einrichtungen bzw. Maschinen (§ 5 Arbeitsschutzgesetz) können Ge-

sundheitsgefahren erwachsen. Der Arbeitgeber hat deshalb eine Beurteilung der mit der Arbeit verbundenen Gefährdungen vorzunehmen und zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.

Im Subsystem der Herstellung von Produkten und Dienstleistungen, die anderen Kunden oder Klienten bzw. anderen Marktteilnehmern angeboten werden, stehen Fragen von Produktqualität, Kunden- und Klientenorientierung, Marketing, Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit sowie längerfristige Planung an. Gesundheitspolitisch sind hier von Interesse Fragen des Umwelt- und Verbraucherschutzes. Die Gesundheit der Bevölkerung allgemein und die der Kunden und Klienten im besonderen gilt es zu beachten.

Zum sozialen Subsystem gehören Aufbau- und Ablauforganisation, Werte, Normen, Regeln, formelle und informelle Beziehungen zwischen Personen und Gruppen sowie Interessen und Motivationen der Beschäftigten und des Managements, auch Qualifikation und Kompetenz sowie Betriebsklima, Beziehungen zwischen Management und Belegschaft und deren Interessensvertretungen zählen hierzu, außerdem das Verhältnis von Leistung und Entlohnung sowie sonstige Gratifikationen. Gesundheit kommt im Verständnis von Arbeits- und Leistungsfähigkeit in diesem Teilbereich ins Blickfeld. Die Beschäftigten können als Humankapital oder Humanressource, d.h. als zentrale Basis der Produktivität und Profitabilität des Betriebes angesehen oder auch ignoriert bzw. vernutzt werden.

Hier sind in den Blick zu nehmen: Ziele, Machtansprüche, Interessen, Werte, Vorstellungen über Leistung und Arbeitshandeln, über Qualität und Gerechtigkeit, über Fürsorge und Schutzbedürftigkeit sowie über Schädigungslosigkeit und Zumutbarkeit, einschließlich Handlungsspielraum und Verantwortung als Grundlagen für Steuerung und Regulierung des Gesamtsystems Betrieb. Für diesen Teil ist zu fragen, ob Gesundheit explizit eine Orientierung darstellt oder die Betriebspolitik so angelegt ist, dass Gesundheit nur implizit als Voraussetzung unterstellt wird, oder ob Gesundheit sogar als vernutzbare Größe einkalkuliert wird und deren soziale sowie monetäre Folgekosten aus dem Betrieb in das soziale Sicherungssystem (Krankenkasse, Unfall-, Rentenversicherung) bzw. in private Haushalte, d.h. Familie und dem einzelnen Individuum aufgelastet, externalisiert werden. Für diese Form von Externalisierung steht z.B. Frühinvalidität wegen arbeitsbedingter Erkrankung und auch vorzeitiger Tod, d.h. unterdurchschnittliche Lebenserwartung von un- bzw. angelernten Arbeitern und Arbeiterinnen.

Rationalisierungsstrategien von Betrieben bzw. Unternehmen sind Politiken, die an allen genannten vier Subsystemen ansetzen. Solche systemische Rationalisierung hat gewichtige gesundheitspolitische Implikationen, da sie einerseits leistungsfähige, also gesunde, motivierte und qualifizierte Beschäftigte voraussetzt und zum anderen Belastung und Beanspruchung, d.h. auch psychosozialen Streß mit negativen Folgen für Gesundheit zur Folge haben können.

3. *Sicherheit und Gesundheit als Gegenstand des Arbeitsschutz*

Arbeitsschutz in seiner inhaltlichen und institutionellen Ausgestaltung wird gemeinhin als Teil der sozialstaatlichen Sicherung der menschlichen Existenz und des geordneten sozialen Lebens verstanden; so wie Sozialpolitik insgesamt, lässt sich idealtypisch der Nutzen von Arbeitsschutz folgendermaßen zusammenfassen: 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 demokratischen Rechtsstaates wie auch der Europäischen Union. In politischer Hinsicht wirkt Arbeitsschutz als Teil der Sozialpolitik pazifizierend. Der institutionelle Konflikt von Lohnarbeit und Kapital wird gemindert, Interessensgegensätze werden in produktivere Formen der Konfliktaustragung transformiert. In ökonomischer Hinsicht verbessert Arbeitsschutz die Humankapitalbildung. Es wird die Arbeitsbereitschaft gefördert und die Arbeitsproduktivität gesteigert. In sozialer Hinsicht gewährleistet Arbeitsschutz die sozialen Bedingungen der Wohlfahrtsproduktion, indem die privaten Lebensformen außerhalb der Erwerbsarbeit stabilisiert werden und die auch von anderen Gesellschaftsbereichen beanspruchten Anteile des Humanvermögens nicht verschlissen, sondern sozialverträglich genutzt werden. Arbeitsschutz entfaltet so gesehen eine synergetische Wirkung und wirkt auch auf andere gesellschaftliche Teilbereiche und eben nicht nur auf die Erwerbssphäre. Arbeitsschutz hat eine Modernisierungsfunktion der Produktionssphäre wie der Gesellschaft insgesamt.

Arbeitsschutz, früher Arbeiterschutz bzw. heute in Österreich ArbeitnehmerInnenschutz, war historisch der früheste und systematischste Eingriff des Nationalstaates in die marktförmig organisierte industrielle Produktion zur Sicherung von Familie und Individuum. Industrialisierung, Verstädterung und damit einhergehende Massenarmut sowie eine die Arbeiterfrage thematisierende gewerkschaftliche und politische Bewegung veranlassten die Einbeziehung von Lohnarbeit und Arbeitswelt in die staatliche Gewährleistung von Bürgerrechten in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die industrielle Pathologie wurde damals offenkundig bei arbeitsbedingten Unfallschäden und Krankheiten, die zu Lohnausfall und damit Existenzgefährdung führten. Im Wechselverhältnis von ökonomisch-technischer Entwicklung, sozialen Bewegungen, politischen Konstellationen, Funktionswandel des Staates und Ausdifferenzierung des (Arbeits-)Rechts hat sich der Arbeitsschutz entwickelt, wobei in den Industriestaaten unterschiedliche Pfade beschritten wurden. Arbeitsschutz wirkt sowohl abwehrend gegen Gefährdungen von Sicherheit und Gesundheit als auch gestaltend von menschengerechten Arbeitsbedingungen (Technik, Organisation). Der deutsche Arbeitsschutz hat im Prozess der europäischen Integration eine Modernisierung erfahren, die als eine Entwicklung von der Gefahrenabwehr zu Risikovorsorge und Risikomanagement beschrieben werden kann. Unterschieden wird zwischen öffentlich-rechtlich staatlichem Arbeitsschutz

(-recht), öffentlich-rechtlich autonomem Arbeitsschutz (-recht) (gesetzliche Unfallversicherung) und einem privatrechtlichen Arbeitsschutz (-recht) (z.B. Arbeits- bzw. Tarifvertrag) mit den entsprechenden institutionellen Einrichtungen. Hierzu gehören Gesetzliche Krankenkassen (§ 20 SGB V) und privatrechtliche Institutionen wie Technischer Überwachungsverein u.a. Es wird von einem technischen, medizinischen und sozialen Arbeitsschutz gesprochen; eine deutliche Trennung ist nicht möglich. Der soziale Arbeitsschutz regelt mit entsprechenden Gesetzen u.a. Arbeitszeit, Jugend-, Mutter-, Schwerbehindertenschutz. Beim technischen Arbeitsschutz wird ein betriebsbezogener von einem vorgelagerten produktbezogenen unterschieden.

Der betriebsbezogene Arbeitsschutz richtet sich auf die Verpflichtungen des Arbeitgebers und auf die Rechte und Pflichten der Beschäftigten. Hierzu gehören

1. Regelungen zu allgemeinen Grundpflichten, arbeitsmedizinische Vorsorge, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung
2. Regelungen zu Arbeitsplätzen, Arbeitsmitteln, Arbeitsumgebung und persönliche Schutzausrüstung
3. Regelungen zum Umgang mit gefährlichen Stoffen bzw. zu anderen Einwirkungen.

Der produktbezogene Arbeitsschutz richtet sich an Personen, die technische Erzeugnisse oder Gefahrstoff in Verkehr bringen bzw. überwachungsbedürftige Anlagen herstellen bzw. errichten. Er ist mit dem allgemeinen Gesundheitsschutz, dem Umwelt- und Verbraucherschutz verschränkt. Institutionen sind: Bund, Gewerbeaufsichtsämter (Ämter für Arbeitsschutz) der Länder, Gesetzliche Unfallversicherung (paritätische Selbstverwaltung von Arbeitgebern und Versicherten/Arbeitnehmern). Unfallversicherungen werden durch Umlage seitens Unternehmer finanziert, sie erlassen eigene Unfallverhütungsvorschriften und ihre Aufgaben sind Prävention, Kompensation, Rehabilitation von Arbeitsunfällen, Wegeunfällen, Berufskrankheiten; Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Institutionen auf betrieblicher Ebene sind Unternehmer, Betriebsrat, Arbeitsschutzausschuss, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte.

Der Arbeitsschutz zielt sowohl auf Individualprävention als auch auf Sicherung bzw. Verbesserung des Gesundheitsschutzes von Beschäftigten gegenüber den vielfältigen „Gefährdungen für Leben und Gesundheit“ (§ 4 Arbeitsschutzgesetz) der (Erwerbs-)Arbeit. Der Arbeitsschutz erfährt durch die Rechtssetzung der Europäischen Union eine Neuorientierung mit einem umfassenden Verständnis von Gefährdung und menschengerechter Arbeitsgestaltung. Er wird zu einem wesentlichen Bestandteil eines betriebspolitischen Gesundheitsmanagements als Querschnittsaufgabe mit dem Ziel, integrierte Strukturen und Prozesse zu entwickeln, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation, Technik und Verhalten am Arbeitsplatz möglich machen. Gesundheit wird als produktives Potential (Humankapi-

tal) verstanden. Diese Modernisierung ist als Reaktion auf die komplexen Herausforderungen der rasant sich wandelnden Arbeitswelt zu verstehen. Zu nennen sind Internationalisierung (Globalisierung) und damit Verschärfung des Wettbewerbs, Rückgang der Industrie und Zunahme der Arbeitsplätze im Dienstleistungssektor (von akademischen Berufen bis hin zu Reinigungskräften), legale/illegale Zuwanderung, Anwachsen von Frauenerwerbstätigkeit, Alterung der Erwerbsbevölkerung mit langem Leben, Relativierung des Normalarbeitsverhältnisses (Facharbeiter, Beamter), Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsort, Segmentierung des Arbeitsmarktes in „gute“ und „schlechte“ Arbeit, weitere starke Diffusion von Informations- und Kommunikationstechnologien, Chemisierung der Produktion, modernes Management mit systemischen Strategien der Rationalisierung, gestiegene Ansprüche an Wohlstand, Gesundheit, demokratische Teilhabe, Ausweitung des Arbeitsschutzes auf alle Betriebe einschließlich Kleinst- und Kleinunternehmen. Die komplexen Herausforderungen erfordern eine arbeitsteilige Bearbeitung unter Nutzung der Handlungsmuster und Methoden sowie der Wissensbestände der interdisziplinären Arbeits- und Gesundheitswissenschaften (Medizin, Natur-, Sozial-, Human-, Ingenieur-, Rechtswissenschaften). Diese expertlichen Wissens- und Handlungskompetenzen haben sich mit dem Erfahrungswissen der Beschäftigten und des Managements zu verbinden. Die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin als Teil des professionellen und institutionellen Arbeitsschutzes stellt mit ihren Theoremen, Methoden und Praktiken der Pathologie, klinischen Medizin, Physiologie, Toxikologie, Epidemiologie, Medizin-Soziologie und –psychologie wichtige Beiträge zur Verfügung sowohl auf der konkreten Ebene des Betriebes wie auch überbetrieblich im Zusammenwirken mit staatlicher Gewerbeaufsicht, Unfallversicherung, Krankenkasse, Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit und Hauptfürsorgestelle sowie Umweltschutzeinrichtungen. Die Strategien der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Vorsorge lassen sich nach § 3 „Aufgaben der Betriebsärzte“ des Arbeitssicherheitsgesetzes gliedern in: 1. Beratung des Arbeitgebers in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und ebenso der Beschäftigten, 2. Beurteilung der Arbeitsbedingungen (der Gefährdung), Beobachtung des Arbeitsschutzes mit regelmäßiger Begehung der Arbeitsstätten, Ermittlung der Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen, 3. arbeitsmedizinische Untersuchungen von Beschäftigten mit unterschiedlichen Schutzziele: Schutz von Leben und Gesundheit der Beschäftigten, Schutz Dritter (z.B. Arbeitskollegen, Kunden oder Passagiere) oder schützenswerte Interessen wie Schutz erheblicher Sachgüter und 4. Belehrung aller im Betrieb über Arbeitsschutz und entsprechende Verhaltensweisen. Der Beratungsauftrag bezieht sich auf Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen; der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen; der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln; arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen,

insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung; der Organisation der „Ersten Hilfe“ im Betrieb; Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozess.

Es stellt sich nun die Frage, welches Selbstverständnis die Institutionen des betrieblichen/überbetrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes als Organisationen und Professionen bzw. die einzelnen individuellen Akteure in diesen Einrichtungen zur Sicherung von Gesundheit und menschengerechter Gestaltung der Arbeit entwickelt haben. Sind sie als lernende Organisationen anzusehen, die in der Lage sind, ihre Ziele, ihr Wahrnehmungs-Problemlöse-Verhalten aufgrund gemachter Erfahrungen an den neuen Umweltbedingungen anzupassen? Werden die geteilten Grundannahmen neu entwickelt, reformuliert und auch verändert? Wird ein kontinuierliches Verfahren entwickelt, das Informationen über Zusammenhänge zwischen Aktion, also Handeln und Outcome, also Wirkung verbreitet und kommuniziert? Es sind Zweifel anzubringen, ob sich die Institutionen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes als lernende Organisationen bzw. als selbstreferentielles kooperierendes soziales Sicherungssystem verhalten. Die mangelnde Innovationsfähigkeit zeigt sich u.a. darin, dass Gesundheit und Sicherheit im Betrieb durch die beiden dominanten Professionen, nämlich Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit, wie durch das Arbeitssicherheitsgesetz bestimmt, an ihren engen expertlichen Sichtweisen und Handlungsmuster festhalten. Das arbeitsmedizinische Wissen und Handeln ist stark geprägt durch die klinische Medizin. Ärzte sind als Kliniker sozialisiert, also im Umgang mit Kranken. Verlangt wird eine Umorientierung auf Prävention. Dies setzt im Betrieb Kooperation und interdisziplinäres Verständnis voraus. Nicht selten werden von den Betriebsärzten lediglich die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, vom Staat bzw. Berufsgenossenschaften, vorgeschrieben. Bei den Fachkräften für Arbeitssicherheit herrscht ein sehr technisches Verständnis von Gefahr und Gestaltung vor. Es ist an Einzelproblemen und Maßnahmen orientiert und nicht auf interdisziplinäre Zusammenarbeit. Unfallverhütung und technische Maßnahmen zur akuten Gefährdungen, durch z.B. Gefahrstoffe, stehen im Vordergrund. Für beide Berufe gilt, dass ihre Konzepte und Handlungsmuster immer noch stark an der klassischen Industriearbeit ausgerichtet sind. Dienstleistungsarbeit mit ihren vielfältigen Formen von Belastung und Beanspruchung, gerade im psychosozialen Bereich, wird eher ausgeblendet. Arbeitspsychologische und arbeitssoziologische Kompetenzen werden kaum herangezogen. Notwendig wäre eine Reorganisation in Richtung gesundheits- und arbeitswissenschaftlicher betrieblicher wie überbetrieblicher Teams, wie es mittlerweile in anderen europäischen Ländern, z.B. Niederlande und Finnland der Fall ist. Der hohe Bedarf nach Reorganisation des betrieblichen Arbeitsschutzes zeigt sich ebenso am weiterhin hohen Niveau von Arbeitsbelastungen. So geben in einer repräsentativen Umfrage zur Jahreswende 1998/99 durch das Bundesinstitut für Berufsbildung und

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung 38 % der befragten Erwerbstätigen an, dass sie praktisch immer und häufig Arbeit im Stehen verrichten müssen, zu 27 % haben sie praktisch und häufig schwere Lasten zu heben und zu tragen. Etwa 20 % geben an, dass sie in Zwangshaltungen, unter Lärm, in Kälte, Hitze, Nässe, bei Zugluft und in Schmutz und Dreck arbeiten müssen. Jeder Zweite fühlt sich praktisch immer (zu 19 %) oder häufig (zu 31 %) starkem Termin- und Leistungsdruck ausgesetzt. 42 % geben an, dass sich ein und derselbe Arbeitsgang bis in alle Einzelheiten praktisch immer bzw. häufig wiederholt. 20 % äußern sich dahingehend, dass sie praktisch immer bzw. häufig an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gehen müssen. Die artikulierten Belastungen und Beanspruchungen sind Ausdruck für die Schwierigkeiten bei der Durchsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, vor allem in Klein- und Mittelbetrieben. Auch in Großbetrieben wirken die Strategien der technischen, sozialen und systemischen Rationalisierung. In Klein- und Mittelbetrieben fehlt es nicht selten an einer innerbetrieblichen Arbeitsschutzorganisation, so dass der praktische Anspruchsgehalt der Arbeitsschutzgesetze und -regelungen nur schwer zu vermitteln ist. Außerdem fehlt es nicht selten an einem entwickelten Problembewusstsein, sowohl bei den Arbeitgebern, den Vorgesetzten, wie auch bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Sie sind unzureichend informiert über mögliche Gesundheitsschäden und ihre Ursachen. Gesundheitsverschleiß wird als naturgegeben bzw. als schicksalhaft angenommen. Nicht selten werden auch ökonomische Argumente angeführt. Nicht selten sind die prekären Liquiditäts- und Gewinnsituationen von Betrieben dem Gesundheits- und Arbeitsschutz entgegenstehend. Zusätzlich wird argumentiert, dass sich Institutionen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes in Klein- und Mittelbetrieben nicht auszahlen würden.

4. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Eine innovative Veränderung der betrieblichen Gesundheitspolitik unter Einschluss des Arbeitsschutzes zeigt sich in dem Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Neue Managementkonzepte, wie z.B. „total quality management“ oder „lean production“ setzen auf eine stärkere Mitarbeiterorientierung und bauen dabei auf das Leistungsvermögen der betrieblichen Humanressourcen hinsichtlich Qualifikation, Motivation und Gesundheit als Erfolgsfaktor im Wettbewerb auf. Hierzu haben sie aktiv ein betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt. Analog zu den Investitionen in Forschung, Entwicklung und Bildung werden Investitionen in das gesundheitliche Leistungsvermögen als Maßnahmen verstanden, die zur Verbesserung der Wettbewerbsposition beitragen. Die Bandbreite von Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen reichen von primär technischen, über arbeitsorganisatorische und qualifizierende Maßnahmen, bis hin zu allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderungskonzeptionen und sind in die betriebliche Personal- und Organisationspolitik integriert. Nicht selten ist der Krankenstand, also die Abwesenheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern wegen Krankheit am Arbeitsplatz Anlass für eine Reorganisati-

on des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Richtung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im Unterschied zum klassischen Arbeitsschutz wird unter betrieblichem Gesundheitsmanagement die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse verstanden, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und den Verhaltensweisen der Beschäftigten am Arbeitsplatz zum Ziele haben. Profitieren davon soll sowohl das Unternehmen insgesamt wie auch die einzelnen Beschäftigten. Betriebliches Gesundheitsmanagement greift Public-Health-Verständnisse auf. Gesundheit wird nicht ex negativo aus Krankheit und damit aus der Definitionsmacht der Medizin entwickelt, sondern aus soziopsychosomatischer Sicht sowohl als Voraussetzung wie ebenso als Folge der Wechselwirkung zwischen Person, Verhalten und Umwelt verstanden. Statt einer pathogenetischen, wird eine salutogenetische konzeptionelle Sicht eingenommen. Gesundheit wird in dieser Definition als eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulation angesehen. Dadurch stellt sich ein positives seelisch und körperliches Wohlbefinden ein mit einem ausgeprägtem positivem Selbstwertgefühl. Soziale Bezüge werden erhalten oder wiederhergestellt und in ein unterstützendes Netzwerk integriert. In Gesundheitsförderungsmaßnahmen geht es darum, gesundheitsförderliche Potentiale bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erschließen und sie für die unmittelbare Arbeitsumwelt und die gesamte Organisation relevant zu machen. Arbeitsverhalten wird ganzheitlich begriffen und in den Dimensionen physisches, psychisches und soziales Geschehen interpretiert. Konzeptionen und Ergebnisse der Arbeitspsychologie, Arbeitssoziologie und der Sozialepidemiologie werden für die Analyse und Gestaltung von Arbeitsbedingungen, Arbeitssituationen und Arbeitsinhalte mit der Frage der Gesundheitsförderlichkeit genutzt. Die Konzeption fußt auf folgende Grundannahmen:

- *Jobkomplexitätsthese*: Es wird davon ausgegangen, dass Arbeit, die zum Nachdenken, zur eigenständigen Urteilskraft und Initiative führt, das positive Selbstwertgefühl, Flexibilität und kognitive Kompetenz der Beschäftigten fördert.
- *Handlungsspielraumthese*: Handlungsspielräume in der Arbeit erlauben Anpassungsnotwendigkeiten und entwickeln individuelle Fähigkeiten, basierend auf eigenen Bedürfnissen und tragen damit zur schädigungsfreien Problemlösung und Gefühlsregulierung bei.
- *Soziale Unterstützungsthese*: Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskolleginnen und -kollegen federn Belastungen und Beanspruchungen ab und verhindern damit chronischen Verschleiß, fördern positive Gefühle und das Selbstwertgefühl sowie die Einbindung in die Organisation.
- *Qualifizierungsthese*: Durch angemessene Qualifizierung werden Ängste und Überforderungsgefühle vermieden. Es wird Selbstvertrauen geschaffen durch die Erfahrung, dass Probleme gemeistert werden können.

- *Stressthese*: Quantitative und/oder qualitative Unter- wie Überforderung haben negative Emotionen und bei längerfristigen Einwirkungen seelische und körperliche Schädigungen zur Folge.

Betriebliches Gesundheitsmanagement folgt dem Leitbild der gesunden Organisation, d.h. der lernenden Organisation. Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitszirkel und Kostenwirksamkeitsanalysen sind Instrumente in einem Regelkreis des Prozesses der kontinuierlichen Verbesserung. Die Betriebsleitung ist systematisch eingebunden in diesen Prozess. Es werden geeignete Strukturen und Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung geschaffen. Das Unternehmen vernetzt sich intern und extern mit Experten der Arbeits- und Gesundheitswissenschaft. Dadurch wird die Unternehmenskultur verändert und dies wirkt sich positiv auf Betriebsklima und die betriebliche Sozialverfassung aus.

Literatur

Badura, Bernhard; Ritter, Wolfgang; Scherf, Michael, 1999: *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: edition sigma.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: <http://www.eu-osh.es>

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen: <http://www.eurofound.ie>

Luczak, Holger (Hg.), 1997: *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.

Marstedt, Gerd; Mergner, Ulrich, 1995: *Gesundheit als produktives Potential. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen betrieblichen Strukturwandel*. Berlin: edition sigma.

Müller, Rainer; Rosenbrock, Rolf (Hg.), 1998: *Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven*. St. Augustin: Asgard.

Neuberger, Oswald. 1995: *Mikropolitik. Der alltägliche Aufbau und Einsatz von Macht in Organisationen*. Stuttgart: Enke.

Ulich, Eberhard, 1994: *Arbeitspsychologie*, 3. Auflage. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.

Rainer Müller

Telefon: 0421/218-4377

E-Mail: dkoch@zes.uni-bremen.de