

Zur Perspektive und Strategie einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik

Prof. Dr. Frieder Naschold, geboren 1940 in Sarajewo, studierte Politikwissenschaft, Nationalökonomie, Soziologie in Tübingen, Erlangen und in den USA. Von 1970 bis 1976 war er Professor für Politische Wissenschaft an der Universität Konstanz, deren Rektor er von 1974 bis 1976 war. Seit August 1976 ist Prof. Naschold Direktor am Internationalen Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung am Wissenschaftszentrum Berlin.

I. Medizinischer Fortschritt oder gesundheitliche Misere der Arbeitnehmer?

Nach den herrschenden gesundheitspolitischen Meinungen besteht in der BRD ein beträchtliches Niveau medizinischer Versorgung und ein sich ständig verbessernder Gesundheitszustand der breiten Bevölkerung - im Vergleich zur Gesundheitsmisere der Hoch-Industrialisierung Ende des 19. Jahrhunderts. Noch die Regierungserklärung vom 17. Dezember 1976 stellte fest, daß „der Gesundheitsschutz heute besser als je zuvor ist“, jedoch noch kostengünstiger und wirksamer gemacht werden sollte. Diese Einschätzung wird häufig von wissenschaftlichen Analysen unterstützt: „Es ist möglich geworden, die Umwelt so zu gestalten, daß die meisten Menschen während ihres Lebens ohne ernstliche Infektionskrankheiten bleiben. . . . Gegen Ende des Jahrhunderts sollten die Infektionskrankheiten nahezu beseitigt sein. . . . Wir können Methoden erwarten, die viele oder die meisten Formen der bösartigen Krankheiten (krebsartige Krankheiten, Herz-/Kreislaufkrankungen) verhindern V

Die alltäglichen gesundheitlichen Belastungserfahrungen zahlreicher Arbeitnehmer, insbesondere aus der industriellen Arbeitswelt, sprechen hingegen eine andere Sprache. So schildert *N. Russo* die Auswirkungen bestimmter chemischer Substanzen niedriger Konzentration am Arbeitsplatz wie folgt²: „Im ersten Stadium tritt beim Arbeiter, solange er den schädigenden Faktoren ausgesetzt ist, ein funktioneller Abfall ein, aber der Organismus zeigt keine registrierbaren abnormalen Veränderungen. Im zweiten Stadium zeigt der Organismus am Ende des Arbeitstages bereits abnormale Veränderungen, jedoch die Nachtruhe reicht zur Wiederherstellung des Status quo aus. Im dritten Stadium reicht die Nachtruhe nicht mehr

1 G. Wolstenholme: *Man and his future*; London 1967. S. 343.

2 N. Russo; zitiert nach H. Wintersberger: *Arbeitsmedizin*; MS, Wien 1976.

aus, und der Arbeiter beginnt jeden neuen Arbeitstag in einem abnormalen Zustand. Jedoch das Wochenende reicht aus, um das normale Niveau wiederherzustellen. Im vierten Stadium reicht auch das Wochenende nicht mehr aus, den ursprünglichen Zustand wiederherzustellen, und es zeichnet sich eine progressive Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab, sofern kein längeres Intervall eintritt, in dem der Arbeiter nicht dem schädigenden Milieu ausgesetzt ist."

Es zeigen sich psychisch-physische Belastungen insbesondere von Mehrstellen-Arbeit³: „Wir haben hier zu viele Stühle (Webstühle). Das ist eine große Nervenbelastung. Die Nerven gehen dabei in Stücken kaputt. Man ist, wenn man bis drei Stunden gearbeitet hat, einfach kaputt. . . Man ist auch noch für die Ware verantwortlich, für die fehlerhafte Ware. Man hat 20 Stühle, schlechtes Material gibt es immer wieder, und dann fängt es da an, schiefzugehen und dann da, und man läuft hin und her und schwitzt und kocht über und vibriert am ganzen Körper."

Auch nach wissenschaftlichen Experten⁴ „kann definitiv keine Rede davon sein, daß der Mensch zunehmend gesünder würde. Was immer die Medizin bewirkt haben mag - den Wettlauf mit den wachsenden Gefahren verliert sie von Tag zu Tag mehr."

In den folgenden Ausführungen wird eine ausgewogene Einschätzung der gesundheitlichen Belastungen der bundesrepublikanischen Arbeitnehmerschaft in groben Zügen angestrebt. Die daraus ermittelten gesundheitlichen Bedürfnisse der Arbeitnehmerschaft bilden sodann die empirische Grundlage für eine Bestimmung von Zielperspektiven und Strategien einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik.

II. Gesundheitliche Belastungen und Beanspruchungen der bundesrepublikanischen Arbeitnehmerschaft

Eine empirisch und theoretisch hinreichend abgestützte Einschätzung der Gesundheitslage der breiten Bevölkerung der BRD muß die objektiven Belastungen, die subjektiven Beanspruchungen, Gesundheitsstörungen sowie die medizinischen Bewältigungsbemühungen („Interventionssysteme") als einen Gesamtkomplex erfassen. Eine solche Analyse kommt zum Ergebnis, daß die gesundheitliche Lage der Arbeitnehmerschaft weder durch säkularen Fortschritt noch durch langfristige Verelendungstendenzen gekennzeichnet werden kann. Vielmehr hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten eine strukturell veränderte gesundheitliche Belastung und Beanspruchungsstruktur herausgebildet, der gegenüber das medizinische Versorgungssystem nicht nur nicht angepaßt, sondern strukturell mangelhaft ist.

³ Kern/Schuman; zit. nach Friczewski/Thorbecke: Arbeitssituation und koronare Herzkrankheiten, Reprint des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung am Wissenschaftszentrum Berlin, Januar 1977, Seite 37.

⁴ H. Schäfer: Die Zukunft des Gesundheitswesens, in: Qualität des Lebens, Band V; Frankfurt 1973.

1. Zur veränderten Struktur von Gesundheitsstörungen

Die wichtigsten Trends gesundheitlicher Störungen sollen in drei Aussagebündeln thesenhaft zusammengefaßt werden⁵.

a) *Krankheits- und Sterblichkeitsstruktur*: Nach dem absoluten Sinken der traditionellen Infektionskrankheiten ist eine anhaltende Stagnation auf niedrigem Niveau, ein leichter Anstieg einiger spezifischer und insbesondere neuartiger Infektionskrankheiten zu beobachten. Eindeutige Trends der absoluten Zunahme bestehen bei sogenannten chronischen Erkrankungen und Todesfällen, insbesondere bei koronaren Herzkrankheiten, spezifischen Krebsarten u. a. Ein hohes Niveau und zum Teil auch Anstieg liegt vor bei psychosomatischen Gesundheitsstörungen, Unfällen, Berufskrankheiten und Frühinvalidität. Besonders auffällig ist ein deutlicher Trend stagnierender und - vor allem bei der erwerbstätigen Bevölkerung - absinkender Lebenserwartung.

b) *Verborgene Gesundheitsstörungen*: Nach internationalen Untersuchungen werden rund 70 Prozent der subjektiv erfahrenen Gesundheitsstörungen vom medizinischen Versorgungssystem nicht erfaßt. Die ursprüngliche Auffassung, daß es sich bei den meisten dieser gesundheitlichen Störungen (vorsymptomatische Krankheiten, Minimalkrankheiten, undiagnostizierte und unbehandelte Krankheiten) um Bagatellfälle handelt, kann nicht aufrechterhalten werden. Insbesondere die „unspezifischen Befindlichkeitsstörungen“ sowie die Vorstadien chronischer Erkrankungen bilden den Ausdruck der neuartigen Krankheitsstruktur.

c) *Zunehmende, „Verjüngung“ des Krankheitsspektrums*: Hinzu kommt eine zunehmende Verschiebung der Altersstruktur der dominierenden Krankheiten in die jüngeren Jahrgänge. Ein großer Teil dieser Krankheiten wird mit zunehmender Häufigkeit bei den jungen Altersgruppen zunächst in akuter Form auftreten, um mit steigendem Alter mehr und mehr zu chronifizieren und zu dauerhaften Behinderungen und u. U. zu frühem Tod führen. (Die weitverbreitete Aussage, sog. chronisch-degenerative Erkrankungen seien biologische Alterserscheinungen, ist somit nur in sehr begrenztem Ausmaß gerechtfertigt.)

d) *Soziale Ungleichverteilung von Gesundheitsstörungen*: Besonders wichtig ist eine fast durchgängige Ungleichverteilung dieser Gesundheitsstörungen zuungunsten der abhängig Beschäftigten und hier zuungunsten der unteren Sozialschichten. Besonders bei Frühinvalidität, Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Krankenstand nach Arbeitsunfällen liegt eine klare klassen- und schichtspezifische Ungleichverteilung vor; zunehmend auch bei chronisch-degenerativen Erkrankungen und psychischen Störungen. Der noch vielfach behauptete Trend zu einer Angleichung der Le-

⁵ Zu den folgenden Ausführungen vgl. insbesondere P. Novak: Veränderungen im Krankheitsspektrum, MS; Homburg 1977; F. Naschold u. a.: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich; Wien 1974, Band I bis V.

benserwartungen der sozialen Schichten in entwickelten Industrieländern hat sich insbesondere bei den Erwerbstätigen eher wieder umgekehrt. Diese Ungleichverteilung wird noch durch schichtspezifisch unterschiedliche Symptomtoleranzen verstärkt.

Eine Gesamteinschätzung aller Trends von Gesundheitsstörungen weist somit - neben einigen Tendenzen gesundheitlichen Fortschritts und absoluter wie relativer Verelendung - insbesondere eine neuartige Beanspruchungsstruktur, ein weitgehend verändertes Muster von Gesundheitsstörungen auf, die in mehr oder weniger ausgeprägtem Maße zuungunsten der Arbeitnehmerschaft und hier speziell der Industrieländer verteilt sind.

2. Zur veränderten Struktur gesundheitlicher Belastungen (Risikostruktur)

Die beträchtlichen Veränderungen in der gesundheitlichen Beanspruchung der breiten Bevölkerung kann nicht, wie es häufig geschieht, auf biologische Faktoren oder undifferenziert auf sogenannte Zivilisationskrankheiten zurückgeführt werden. Die wichtigsten Ursachen hierfür liegen vielmehr in den veränderten Bedingungen der Arbeitswelt sowie risikoträchtigen Lebensgewohnheiten und Umweltbedingungen.

Insbesondere im industriellen Sektor, aber zunehmend auch im Dienstleistungssektor, wurden im Zuge der veränderten Weltwirtschafts-Arbeitsteilung und Konzentrations- wie Zentralisationsprozesse der Unternehmen neue Technologien, Arbeitsorganisationen und Lohnsysteme entwickelt. Diese zielen auf eine stärkere Integration des gesamten Produktionsprozesses in seiner sachlichen, zeitlichen und sozialen Dimension ab⁵.

Zu denken ist dabei etwa an Techniken der Kontinuierisierung der Fertigung oder an verstärkte Tendenzen zum Einbau ehemals menschlicher Funktionen in Maschine und Arbeitsorganisation. Von Bedeutung ist auch die Rationalisierung der Fertigungsplanung und Fertigungssteuerung ebenso wie die Leistungsabstimmung an Fließbändern u. a. mit den hinzukommenden Folgen der betrieblichen Arbeitsteilung und Lohndifferenzierung. Eine zusammenfassende Analyse der physischen und psychischen Belastungen führt in der Literatur weitgehend übereinstimmend zu folgendem Ergebnis⁷: Während die physische Belastung mit steigendem Mechanisierungsgrad der Produktion abnimmt, steigt die psychische Belastung zunächst erheblich an, um dann später auf ein erheblich niedrigeres Niveau abzusinken. Die

6 Vgl. neben vielen anderen Studien insbesondere U. Mergner, a. Arbeitsbedingungen im Wandel; Göttingen 1976. Wichtige Anregungen ergaben sich aus Diskussionen insbesondere mit Herrn Ch. Watkinson im Rahmen der Programmdiskussion des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung am Wissenschaftszentrum Berlin.

7 Siehe hierzu insbesondere W. Wagner: Verelendungstheorie - die hilflose Kapitalismuskritik; Frankfurt 1976.

kombinierte physisch-psychische Gesamtbelastung erreicht hingegen unter den gegenwärtigen und absehbaren Bedingungen der Mechanisierung ein in historischer Sicht wohl maximales Belastungsniveau.

Auch in den Lebensgewohnheiten - Erziehung und Bildung (Sozialisation), Ernährung, Freizeitverhalten, Familienstruktur u. a. - und in Umweltsbedingungen - Verkehr, Wohnen, Ökologie — liegen Tendenzen vor, die die Wirkung traditioneller Auffangmechanismen vermindern bzw. neuartige gesundheitliche Belastungen hervorrufen. Diese Entwicklung soll am Bereich der Ernährung exemplarisch aufgezeigt werden⁸.

Bei der Produktion des pflanzlichen und tierischen Rohmaterials der Lebensmittel, bei dessen Verarbeitung, bei dessen Vertrieb und Konsum besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten, Technologien anzuwenden, die das Ausgangsmaterial so verändern, daß Produkte entstehen, die dem menschlichen Organismus Schaden zufügen können, oder Zusatzstoffe zuzusetzen, die dasselbe verursachen.

Als konkrete Beispiele für diesen komplexen Wirkungszusammenhang sei auf die Tieraufzucht mit Hilfe von Antibiotika und Beruhigungsmitteln, die Pflanzenaufzucht mit Hilfe krebserregender Stoffe (wie Nitrosaminen) hingewiesen, auf die Verwendung von Benzpyren bei der Lebensmittelverarbeitung, von Zinn und seinen Verbindungen bei Verpackung und Lagerung u. a. Das Resultat all dieser Verursachungsstufen ist ein „Syndrom der Fehlernährung“, das auf den Herstellungsprozeß vieler Nahrungsmittel zurückzuführen ist, gekoppelt mit fehlerhaften Ernährungsgewohnheiten (Überverzehr an Kalorien, Zucker, Fettsäuren u. a.; Kantinen- und Dosenessen u. a.). Die Belastungen sind auch hier in der Regel schichtspezifisch ungleich verteilt. Die moderne Ernährung kann somit als Ursache, verstärkender oder auslösender Faktor insbesondere von chronischen Stoffwechselkrankheiten angesehen werden, die in den Industriestaaten dominieren und zunehmen.

Die beliebte Verkürzung all dieser Probleme auf individuell verursachtes Fehlverhalten, so z. B. bei Eß-, Trink- und Rauchgewohnheiten oder beim Arbeitsunfall, stellen den oben angedeuteten Zusammenhang auf den Kopf.

3. Zur Situation der gesundheitlichen Versorgung

Spätestens seit Ende des 19. Jahrhunderts wurde die professionelle medizinische Behandlung und Versorgung von gesundheitlichen Beanspruchungen als die zentrale gesellschaftspolitische Interventionsstrategie gegenüber Gesundheitsstörungen herausgebildet. Andere Bewältigungsstrategien wie die „kleinen Netze“ im Familien- und Nachbarschaftsbereich, die Hilfeleistungssysteme im Arbeitsbereich

⁸ Zu den folgenden Ausführungen und zum Schema vgl. D. Knorr: Lebensmittel und Ernährung als krankmachende Faktoren, MS; Wien 1977.

wurden demgegenüber zurückgedrängt. Für den Diskussionszusammenhang ist eine detaillierte Mängelanalyse des medizinischen Versorgungssystems nicht erforderlich (vgl. hierzu die einschlägigen Arbeiten von *Schollmer, Lüth, Läßle, von Ferber.*) Vielmehr sei nur auf wenige bestimmte Merkmale hingewiesen.

Die vorherrschende Form der Medizin in der Bundesrepublik ist nach wie vor die kurative Individualmedizin: Sie definiert Krankheit als Abwesenheit von überwiegend körperlich-biologischen (morphologisch-physiologischen) Abweichungen von der klinischen Norm und zielt in Diagnose und Therapie auf die Heilung der erkrankten Individuen ab. Selbst die in der Bundesrepublik noch weitgehend unterentwickelte Arbeitsmedizin konzentriert sich noch in zu starkem Maße auf Einstellungsuntersuchungen und Notfallmaßnahmen. Medizinische Vorsorge und insbesondere ursachenbeseitigende Interventionsformen (Primärprävention) fehlen weitgehend.

Selbst in ihrer kurativ-individuellen Ausrichtung ist die medizinische Versorgung in der BRD vergleichsweise unwirksam im Sinne eines Kosten-Nutzen-Vergleiches. Auch wenn ein methodisch-befriedigender Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen noch aussteht, ist das bundesrepublikanische Gesundheitswesen z. B. dem englischen etwa in bezug auf Sterblichkeitsraten und Lebenserwartung, bezogen auf Prozentausgaben des Bruttosozialprodukts in seiner Effizienz unterlegen⁹.

Tabelle 1: Ausgaben für Gesundheit in Prozent des Bruttosozialprodukts in Marktpreisen

	1960	1969	1972
Großbritannien	3,9	4,6	5,2
BRD	4,5	5,7	8,9*

* 1973

Tabelle 2: Sterblichkeitsraten und Lebenserwartung in England und der Bundesrepublik Deutschland

	perinatale Sterblich- keit 1969	Säuglings- sterblich- keit 1970	Mütter- sterblich- keit 1969	Lebenserwartung	
				Männer 1968	Frauen 1968
England und Wales	23,7	18,2	19,4	69,1	75,1
BRD	25,2	23,6	53,1	68,5	74,4

⁹ Die Tabelle ist enthalten in: Gaedt/Schagen: Das Ende sozialliberaler Reformpolitik, in: Soziale Medizin VII, 1977, S. 3.

Ein wesentliches Merkmal des medizinischen Versorgungssystems - und gleichzeitig wohl eine zentrale Ursache seiner vergleichswisen Unwirksamkeit - liegt darin, daß die Leistungserbringung der wichtigsten Sach- und Dienstleistungen über profitwirtschaftlich ausgerichtete Angebotsstrukturen erfolgt. Die Behebung von Krankheit oder die Aufrechterhaltung von Gesundheit ist dann eher ein Nebenprodukt beim Verkauf persönlicher Dienste (niedergelassene Ärzteschaft) oder bei der Realisierung von Waren (Pharma- und Geräteindustrie u. a.). Eine demokratisch-politische Steuerung dieser Prozesse erfolgt nur äußerst begrenzt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen: Die Entwicklung der bundesrepublikanischen Gesellschaft in den letzten 25 Jahren war gekennzeichnet durch ein politisch forciertes, ökonomisches Wachstum, erheblichen gesellschaftlichen Wohlstandszuwachs (gemessen in Pro-Kopf-Einkommen), verbunden mit einer ausgeprägten staatlichen Wohlfahrtspolitik. Im Gefolge dieser Entwicklung kam es zu veränderten und neuartigen Belastungsstrukturen in der Arbeits- und sozialen Lebenswelt und darüber zu einer veränderten und neuartigen Krankheits- und Sterblichkeitsstruktur — Entwicklungen, die in ihrer neuen Qualität nur mit den neuen gesundheitlichen Belastungen der Phase der Hochindustrialisierung zu vergleichen sind. Der allgemeine Gesundheitszustand der Arbeitnehmerschaft konnte durch das medizinische Versorgungssystem im angestrebten Sinne weder verbessert noch durch gesellschaftliche Wohlstands- und Wohlfahrtssteigerung aufgefangen werden.

III. Zielperspektiven einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik

Erst nach einer realitätsgerechten, empirisch und theoretisch abgestützten Erfassung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen können die objektiven „Bedürfnisse der Arbeitnehmerschaft“¹⁰ bestimmt werden. Diese bilden die Grundlage für Zielperspektiven einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik, die auf den langfristigen Abbau dieser Beeinträchtigungen und ihrer Verursachungen sowie den Aufbau zusätzlicher Bewältigungsmöglichkeiten ausgerichtet sind und die aus gesundheitspolitischen Forderungen Anleitungen für die konkrete Alltagspolitik bilden können. Die vier zu analysierenden Zielperspektiven einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik greifen die Zielsetzungen der liberalen Medizinal-Reformbewegung des 19. Jahrhunderts (*Virchow, Neumann, Grotjahn*) auf und versuchen, sie den gegenwärtigen Belastungs- und Beanspruchungsstrukturen und deren gesellschaftlichen Bedingungen anzupassen und weiterzuentwickeln.

1. Gesundheitspolitik als ursachenorientierte Sanierungspolitik von Arbeits- und Lebenswelt (Primärprävention)

Bei der Bekämpfung der gegenwärtig vorherrschenden Krankheits- und Sterblichkeitsstruktur können zunächst zwei Folgerungen gezogen werden, die wissen-

¹⁰ Siehe hierzu H. Matthöfer: Forschungsprogramm „Humanisierung des Arbeitslebens“, S. 22.

schaftlich abstützbar auch vielfältige historische Erfahrungen beinhalten. Erstens kann am Beispiel der Tuberkulose - der häufigsten Infektionskrankheit und Sterbeursache des 19. Jahrhunderts - gezeigt werden, daß weder die Entdeckung des Erregers noch die Maßnahmen der Sozialversicherung, noch die Gründung von Heilstätten spektakuläre Erfolge gegen die Tuberkulose erzielten, sondern daß diese (nach dem großen Sozialhygieniker Grotjahn) eindeutig auf „den großen Einfluß sozialer und wirtschaftlicher Faktoren“, auf die allgemeine Hebung der wirtschaftlichen und hygienischen Zustände“ zurückgeführt werden kann¹¹. Erst dann konnten die später entwickelten, spezifisch medizinischen Bewältigungsstrategien von Krankheit (insbesondere Antibiotika und Chemotherapeutika) zu erfolgreichem Einsatz gelangen. Diese einschränkende Einschätzung des medizinischen Fortschrittes trifft wohl noch verstärkt auf die gegenwärtig vorherrschende Krankheits- und Sterblichkeitsstruktur zu^{11a}. Zweitens sprechen auch fast übereinstimmend die wissenschaftlichen Befunde dafür, daß die Wohlstands- und Wohlfahrtssteigerungen der letzten Jahrzehnte an der gegenwärtigen Gesundheitslage wenig zu ändern vermochten.

So kann bei koronaren Herzkrankheiten, der gegenwärtig häufigsten Todesursache, empirisch sehr begründet nachgewiesen werden, daß diese in hohem Maße auf krankmachende (pathogene) Situationen in der Arbeitswelt und risikohafte Gewohnheiten der sozialen Lebenswelt zurückgehen¹². Medizinische Interventionsstrategien bleiben gegenüber dieser gesundheitlichen Belastungs- und Beanspruchungsstruktur - analog der Tuberkulosebekämpfung - vergleichsweise wirkungslos. Höchsten Vorrang hingegen müssen primär-präventive Maßnahmen erhalten. Diese erstrecken sich im Bereich der Arbeitswelt auf Strategien der Arbeitssicherheit, der Arbeitsmedizin, der Ergonomie bis hin zur gesundheitsorientierten Investitionslenkung. Im Bereich der Ernährung reichen sie über die gesamte Stufenleiter der Schadstoff-Verursachung bis hin zu den individuellen Verzehrgeohnheiten.

Eine Ursachen- und nicht symptomorientierte Bekämpfung der neuartigen Volkskrankheiten erfordert somit eine umfassende Sanierungspolitik der Arbeits- und Lebenswelt - vergleichbar nur der historischen Phase der Hochindustrialisierung des späten 19. Jahrhunderts. Als Einstieg hierfür sind arbeitssicherheitliche, arbeitsmedizinische und ergonomische Maßnahmen der Primärprävention und Früherkennungsmaßnahmen zu nennen. Darüber hinaus ist anzustreben, daß die verschiedenen Sektoralpolitiken (regionale Wirtschaftspolitik, Wohnungspolitik, Familienpolitik, Bildungspolitik u. a.) den Faktor Gesundheit in Form von belastungsrelevanten Richtlinien und Grenzwerten berücksichtigen - gesundheitliche Strukturpolitik.

11 Zitiert nach Novak, a. a. O., Seite 10 f.

11a Nach statistischen Untersuchungen in den USA sollen nur rd. 10 Prozent der Gesundheitsverbesserungen auf die medizinische Versorgung (Ärzte, Arzneimittel, Krankenhäuser) zurückgeführt werden können. Vgl. Daedalus, Winter 1977, S. 105.

12 Vgl. hierzu die in Anmerkung 3 und 5 zitierten Studien.

2. *Ausweitung und Eingrenzung des medizinischen Versorgungssystems*

Ohne Zweifel gehört zu einer solchen Sanierungspolitik die Ausweitung spezifisch medizinischer Maßnahmen, z. B. Früherkennungsprogramme insbesondere im Bereich der werksärztlichen Versorgung. Bezogen auf die Gesundheitsbedürfnisse der Arbeitnehmerschaft erscheint jedoch auch die gleichzeitige Eingrenzung medizinischer Interventionen erforderlich. Denn eine der grundlegenden Ursachen der Ineffizienz des Gesundheitswesens besteht darin, daß zahlreiche gesellschaftliche Störungen als medizinische Defizite definiert werden, obwohl sie auf gänzlich andere gesellschaftliche Ursache-Wirkungs-Mechanismen zurückzuführen sind. „Die Ausweitung der Verantwortung der Medizin für alle Zustände, die in der Gesellschaft nicht klappen, ist beunruhigend“¹³. Wie zahlreiche Untersuchungen zeigen, ist z. B. der betriebliche Krankenstand nur sehr begrenzt ein medizinisches Problem, sondern in hohem Maße ein Problem der betrieblichen Arbeitssicherheit, Arbeitsgestaltung, Lohnsysteme und Interventionen und zahlreicher anderer betrieblicher (und außerbetrieblicher) Konflikte. Eine ähnliche Fehlbehandlung mit ihren gesundheitlichen und kostenbezogenen Folgewirkungen liegt in der „Psychiatisierung“ schulischer Störungen, der „Geriatrisierung“ des Altenproblems, der „Psychosomatisierung“ von Familienschwierigkeiten u. a. vor.

3. *Durchsetzung des Bedarfsdeckungsprinzips im medizinischen Versorgungssystem durch sektorale Industriestrukturpolitik*

Einer demokratisch-politischen Gestaltung des medizinischen Versorgungssystems, entsprechend den gesundheitlichen Bedürfnissen der Arbeitnehmerschaft, sind zunächst enge Grenzen gesetzt, weil die Vorherrschaft profitwirtschaftlicher Sektoren - bei dem Krankenhaussektor erweitert um Fehlsteuerungen im Bund-, Länder-, Gemeindeplanungsverbund - einer solchen Bedarfsdeckungspolitik entgegensteht.

So stieß z. B. der Versuch des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT), über eine weitgreifende Einführung von modernen Informationstechnologien eine Rationalisierung der medizinischen Leistungserbringung und Transparenz von Kosten- und Patientenströmen zu erreichen, auf harten Widerstand der interessierten Gruppierungen und droht, auf „buchhalterische“ Maßnahmen zurückgeschraubt zu werden. Ein vergleichbares Schicksal steht den gegenwärtigen Bemühungen zur Einführung von Elementen einer Einkommens-, Preis- und Gewinnpolitik bevor, solange diese Maßnahmen auf der Verteilungsebene stehenbleiben. Am Beispiel der pharmazeutischen Industrie mit ihrem kaum zu unterschätzenden Einfluß auf Qualität, Wirksamkeit, Kosten u. a. von Arzneimitteln und auf die individuell-kurative Ausrichtung des medizinischen Versorgungssystems kann

13 Th. von Uexküll: Die Medizin macht uns krank, in: Die Zeit, Nr. 17, 18. 4. 1975, Seite 9ff.

der jeweilige Grad der Zielerreichung einzelner Maßnahmenbündel in etwa abgeschätzt werden.

Die gängigen „Reformvarianten“¹⁴ (vom Bauer-Papier bis zu den Eckwerten der Bundesregierung) konzentrieren sich — vor der Ebene der Verstaatlichung — auf die Nachfrageseite bei Aufrechterhaltung der unternehmerischen Forschungs-, Produktions- und Preisfreiheit. Eine Steuerung der Angebotsseite kann entweder durch die Kartell- und Fusionsverbote sowie die Auflösung marktbeherrschender Unternehmenseinheiten erfolgen oder über die Stärkung der Verhandlungsmacht der Nachfrageseite. Die erste Strategie ist weitgehend wirkungslos angesichts der dominierenden Forschungs-, Produktions- und Preispolitik. Bei der zweiten Variante wird kaum die Wirtschaftlichkeit und Innovationsfähigkeit von Großunternehmens-Einheiten aufrechterhalten werden können, und bei der dritten Strategie ist mehr als fraglich, ob überhaupt eine entsprechende Gegenmacht mit gleich guten Marktergebnissen wie bei funktionierendem Marktmechanismus aufgebaut werden kann. Als perspektivische Lösung verbleibt somit der Versuch, über eine sektorale Industriestrukturpolitik die schrittweise Durchsetzung des demokratisch-politisch zu bestimmenden Bedarfsdeckungsprinzips zu erreichen. Die ersten wichtigsten Maßnahmen hierfür sind u. a. in der Einführung von sogenannten Positiv-/Negativlisten der Arzneimittel, in öffentlicher Bedürfnisprüfung und Offenlegung der Preiskalkulation, entsprechend den Rechtsverordnungen über die Vergabe öffentlicher Aufträge und politischen Forschungsförderungsmaßnahmen, zu sehen.

4. Entwicklung von positiven gesundheitlichen Gestaltungswerten

Eine Ausweitung des medizinischen Krankheitskonzeptes um arbeitswissenschaftliche und ergonomische Aspekte hatte sich schon in den letzten Jahren zur Sicherung der Gesundheitsbedürfnisse der Arbeitnehmerschaft als erforderlich erwiesen. Nach wie vor bleibt jedoch auch diese gesundheitliche Zielsetzung auf die Verminderung von gesundheitsgefährdenden Belastungen, einem negativen Gesundheitsbegriff beschränkt. Eine solche Zielkonzeption versperrt der Arbeitnehmerschaft somit die gesellschaftlichen Möglichkeiten einer positiven gesundheitsbezogenen Zielsetzung, wie sie z. B. von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in abstrakten Ansätzen gefordert wird: körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden.

Im Bereich der Arbeitswelt bedeutet eine solche Zielsetzung neben der Ablehnung zur „Monetarisierung“ gesundheitlicher Beanspruchungen z. B. die Ergänzung von Belastungsrichtwerten um zunehmende Elemente einer Arbeitsgestaltungspolitik. Medizinische, arbeitswissenschaftliche und ergonomische Belastungswerte sind dann in Gestaltungsrichtwerte physischer und psychischer Gesund-

¹⁴ Zu den folgenden Aussagen siehe R. Rosenbrock: Der Pharmamarkt, MS 1976.

heit zu erweitern, die dann auch Qualifikations- und Dispositionsaspekte und damit auch die Fragen der Arbeitsteilung (z. B. Arbeitsmindestinhalte) und der Lohnsysteme beinhalten.

IV. Strategische Aspekte einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik

Das Hauptproblem gegenwärtiger Gesundheitspolitik ist neben der Entwicklung bedürfnisorientierter Zielperspektiven mindestens ebenso sehr in deren politischer Durchsetzbarkeit zu sehen. Bis in die jüngste Zeit wird die Gesundheitspolitik in der BRD von dem Machtverbund Sozialverwaltung, medizinisch-industrieller Komplex und Sozialpartnerschaft, gestützt auf hohe ökonomische und fiskalische Wachstumsraten dominiert. Zu überprüfen ist, wie weit die Gewerkschaften — als Vertreter der breiten Arbeitnehmerschaft, aber bei relativ geringer Mitgliederpartizipation in gesundheitspolitischen Fragen — allein durch eine Politik der engen Kooperation mit Staat und Sozialpartner die aus den veränderten Bedürfnisstrukturen bezogenen Zielperspektiven werden durchsetzen können.

1. Autonomisierung der Gewerkschaft gegenüber Staat und Partei

Die Gewerkschaften mußten über 20 Jahre harte Auseinandersetzungen führen, bis einige fundamentale Rechte der Arbeitssicherheit und werksärztlichen Versorgung bei zahlreichen einschneidenden Kompromissen erkämpft werden konnten. Die engen Grenzen staatlicher Hilfestellung gegenüber drängenden Gesundheitsbedürfnissen der Arbeitnehmerschaft zeigen sich nicht nur in der langwierigen Durchsetzung. Sie werden insbesondere in den inhaltlichen Beschränkungen des Gesetzes deutlich, das den mittelständischen Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft weit entgegenkam, ebenso den Interessen, insbesondere der Großindustrie, an umfassender (Personal- und Sach-) Schadenskontrolle ohne Eingriffsmöglichkeiten der Arbeitnehmerschaft in die Investitionstätigkeiten. (Vgl. dagegen einige erheblich weitergehende Errungenschaften in Bereichen der Montanindustrie.)¹⁵ Das Abklingen der Ära der „inneren Reformen“ wird zudem die staatlichen Hilfestellungen noch weiter eingrenzen.

Zur Durchsetzung der Zielperspektiven einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik erscheint deshalb eine strategische Akzentverschiebung erforderlich. Erstens, eine Autonomisierung gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik von den ökonomischen Globalsteuerungen des Staates und den wechselnden (Wahlkampf-)Kalkülen des Parteiensystems im Sinne der Stärkung der gewerkschaftlichen Gestaltungsfunktion; zweitens eine noch stärkere Entwicklung autonomer Forderungen der Gewerkschaft im Sinne eines erweiterten Handlungsspielraumes gegenüber

¹⁵ Für wertvolle Anregungen und Hinweise ist der Verfasser insbesondere Herrn Heidberg und seinen Mitarbeitern von der Peine + Salzgitter AG sowie Herrn Partikel, Frankfurt, zu Dank verpflichtet.

Staat und Parteien. Dies bedingt eine verstärkte Aktivierung des gewerkschaftlichen Instrumentariums der Tarifverträge, Betriebsvereinbarungen u. a. für gesundheitspolitische Ziele, wie es z.B. beim Lohnrahmentarifvertrag II in Nordwürttemberg/Nordbaden und bei einigen Betriebsvereinbarungen besonders im Montanbereich angestrebt wurde.

2. Autonomisierung der Gewerkschaften gegenüber der Sozialpartnerschaft in der Sozialversicherung und im Betrieb

Die Entwicklung breitangelegter medizinischer Früherkennungsmaßnahmen in der BRD entspricht der des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG): Erst nach über 20 Jahren konnte ein Früherkennungsprogramm in den Leistungskatalogen der gesetzlichen Krankenversicherung durchgesetzt werden; seine Leistungskraft war begrenzt, da es auf die diagnostische Kapazität der niedergelassenen Ärzteschaft zugeschnitten war - also mehr Mittelstandssubventionen als Gesundheitspolitik war; die Initiative dazu ging weniger von den Gewerkschaftsvertretern in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als von der staatlichen Sozialbürokratie aus. Das Beispiel kennzeichnet drei wesentliche Merkmale sozialpartnerschaftlicher Gesundheitspolitik innerhalb der Sozialversicherung: ein geringes Ausmaß autonomer Initiative, dem ein hohes Maß an Passivität und Demobilisierung der versicherten Arbeitnehmer entspricht; geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber mittelständischen Interessen; Neutralisierung konfliktträchtiger Probleme auf technische Regelungen (entsprechende Beispiele von Elementen verengter Gewerkschaftspolitik sind auch im betrieblichen Sozialpartnerschaftsverband aufzeigbar).

Wenn die Organisationen der Arbeitnehmerschaft ihre Politik stärker an neuartigen Belastungs- und Beanspruchungsstrukturen ausrichten — in Ansätzen z. B. bei Vertretern der GKV erkennbar -dann sind autonome Initiativen zu ergreifen und Forderungen zu stellen, die in ihrer bedürmisorientierten Reichweite auch den Interessenrahmen der betrieblichen Sozialpartnerschaft und der in der Sozialversicherung überwinden.

3. Mobilisierung der Arbeitnehmerschaft

Tendenzen zur Autonomisierung gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik vom Staatsverbund und von der Sozialpartnerschaft werfen das Problem der inhaltlichen Orientierung und Durchsetzungsfähigkeit gewerkschaftlicher Forderungen auf. Am Beispiel des ASiG läßt sich aufzeigen, daß Versuche zur breiten Mobilisierung der Arbeitnehmerschaft eine zweckrationale und gleichzeitig durchsetzungsbezogene Gesundheitspolitik darstellen. Selbst dieses kompromißhaft verengte Gesetz läßt immer noch Handlungsspielräume für erhebliche physische und auch psychische Belastungsbegrenzungen und darüber hinaus für eine am positiven Gesundheitsbegriff orientierte Arbeitsgestaltung offen.

Zur Erkennung und Durchsetzung dieser Zielsetzungen im Arbeitsbereich ist sicherlich eine enge Zusammenarbeit von betrieblicher Interessenvertretung mit den Fachleuten für Arbeitsmedizin, Arbeitssicherheit und Ergonomie erforderlich. Sie reicht jedoch nicht aus und droht, schnell absorbiert zu werden: zur „ortsnahen“ Erkennung pathogener Arbeitssituationen, z. B. in bezug auf koronare Herzkrankheiten oder psychosomatische Störungen ist eine gesundheitsbewußte und aktive Belegschaft erforderlich. Die Mobilisierung einer breiten Basis der Arbeitnehmerschaft ist auch eine notwendige Voraussetzung, gesundheitsbezogene Forderungen, die über die Unternehmensinteressen hinausgehen, zu formulieren und die Chance ihrer machtmäßigen Durchsetzung zu erhöhen. Die spezifischen Instrumente hierzu sind in der Besetzung der Sicherheitsbeauftragten durch gewerkschaftliche Vertrauensleute, in der öffentlichen Diskussion einzelner Investitionsvorhaben mit Belastungswirkungen bzw. Gestaltungsmöglichkeiten bis hin zur betriebsnahen, auf die Belegschaft bezogenen gewerkschaftlichen Bildungsarbeit zu sehen.