

Rosenbrock, Rolf

Article

Arbeitszeitverkürzung und betriebliche Gesundheitspolitik: Überlegungen zur Verknüpfung zweier Themen

Mitbestimmung: Magazin der Hans-Böckler-Stiftung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1984) : Arbeitszeitverkürzung und betriebliche Gesundheitspolitik: Überlegungen zur Verknüpfung zweier Themen, Mitbestimmung: Magazin der Hans-Böckler-Stiftung, ISSN 0723-5984, Berg-Verlag, Bochum, Vol. 30, Iss. 1, pp. 36-38

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122680>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Rolf Rosenbrock*

Arbeitszeitverkürzung und betriebliche Gesundheitspolitik

Überlegungen zur Verknüpfung zweier Themen

Die Dynamik der Entwicklung der modernen Volkskrankheiten ist ungebrochen: Ein Drittel der Beschäftigten stirbt vor Erreichen des Rentenalters; ein Drittel scheidet wegen Frühinvalidität vorzeitig aus; und nur ein Drittel erreicht halbwegs gesund das Rentenalter. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt verschlechtert sich. Die wesentliche Rolle der Arbeitswelt bei der Verursachung kann ernsthaft nicht mehr bestritten werden. Das Gesundheitswesen ist unfähig, Strategien gegen die arbeitsbedingten Ursachen dieser Entwicklungen zu entwerfen oder gar umzusetzen. All dies verweist auf das bedrohliche Potential ungelöster Probleme gesundheitsbeeinträchtigender Arbeitsbedingungen.

Gleichzeitig liegen hier auch Mobilisierungspotentiale, die im Rahmen der 35-Stunden-Kampagne noch nicht ausgelotet und erst recht noch nicht ausgeschöpft sind. Die stärkere Betonung von Aspekten aus dem Problembereich der betrieblichen Gesundheitspolitik im Kampf um die 35-Stun-

den-Woche könnte einerseits dieser Kampagne größere gesellschaftliche Schubkraft verleihen und andererseits die Thematisierung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme mit neuem Leben erfüllen. Der Nutzen könnte in Fortschritten auf beiden Feldern liegen. Dies klingt so einleuchtend, daß gefragt werden muß, warum die Verknüpfung bislang nicht so recht funktioniert.

Der wesentliche Grund scheint mir darin zu liegen, daß die ökonomische Krise und ihre politischen Ausdrucksformen die arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme aus der öffentlichen und betrieblichen Wahrnehmung auszugrenzen droht.

Wenn daran politisch etwas geändert werden soll, müssen die Mechanismen benannt werden, die die betriebliche Gesundheitspolitik unter doppeltem Verdrängungsdruck gesetzt haben: als Gesundheitspolitik unter dem Druck des Sozialstaatsabbaus mit seiner Individualisierung der Gesundheitsprobleme; als betriebliches Geschehen unter das Diktat von Arbeitsplatzangst und Kostendruck, die beide oft genug erpresserisch benutzt werden.

Gesundheitspolitik als Teil der Sozialpolitik

Gesundheitspolitik als Teil der Sozialpolitik hat es mit einer sehr tiefgreifenden Tendenzwende zu tun: Seit den Zeiten der Bismarckschen Sozialgesetzgebung gab es den Trend der Sozialpolitik, unfreiwillige Nicht-Lohn-Arbeits-Phasen und -Rollen im Leben des einzelnen unabhängig Beschäftigten und im Leben seiner Familie gesellschaftlich (und das heißt hier: über Beiträge staatlich bzw. halbstaatlich) finanziell abzusichern und durch öffentliche Kontrolle oder Organisation der Dienstleistungen der Ausnutzung von Notlagen vorzubeugen.

Diese Tendenz ist nunmehr programmatisch ausdrücklich und an allen Ecken und Enden bereits auch praktisch gewendet: Die Privatisierung von Risiken und öffentlichen Leistungen, die Individualisierung und damit Entpolitisierung von Notlagen wie Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit; ein krisenpolitisch zurechtgestutztes Subsidiaritätsprinzip; private Arbeitsvermittlung,

* Dr., Wissenschaftszentrum Berlin, Schwerpunkt Arbeitspolitik

Streichung des Schüler-Bafög, Kürzung des Mutterschaftsgeldes, systematische Verbreitung von Rentenunsicherheit, offene Diskussion über Karenztage und Aushöhung der Lohnfortzahlung; Senkung auch beim Existenzminimum der Sozialhilfe.

All dies sind Elemente der Aufkündigung eines historischen Kompromisses, der wesentlich älter ist als die Bundesrepublik. Er ist ziemlich genau 100 Jahre alt. Die Bezugnahme auf das 19. Jahrhundert mag dabei angesichts des weithin erreichten hohen Niveaus der sozialen Sicherung zunächst überraschen. Jedoch liegt ein Ziel der gegenwärtigen Tendenz offenbar in der Rückkehr zu Gestaltungsprinzipien der Gesundheits- und Sozialpolitik, wie sie vor Bismarck gegolten haben mögen. Dabei werden auch gesundheitspolitisch offensichtlich unsinnige Maßnahmen (wie die „Selbstbeteiligung“ bei Krankenhausaufenthalt und Arzneimitteln) durchgesetzt, wenn sie nur dem Ziel (hier: Auflösung des Versicherungsschutzes in der Gesetzlichen Krankenkversicherung durch das Sachleistungsprinzip) dienen.

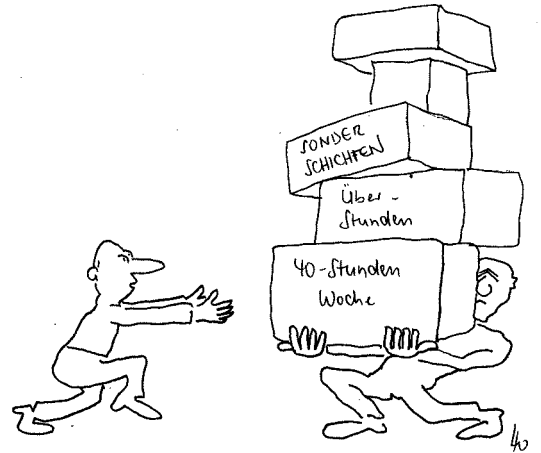
Wenn der faktischen und ideologischen Offensive der Arbeitgeber und ihrer Verbände und der derzeitigen Regierung etwas Wirksames entgegengesetzt werden soll, werden die Gewerkschaften nicht bei der Forderung nach „sozialer Ausgewogenheit“ der Kürzungen stehenbleiben dürfen. Diese Forderung schreibt die sozialen Ungleichheiten fest und ist deshalb nur schwer mit gewerkschaftlichem Denken in Einklang zu bringen.

Unter den gegenwärtig konkreten Bedingungen ist sie besonders verhängnisvoll: Wer nur „Ausgewogenheit“ fordert, stimmt mit den Leistungskürzern darin überein, daß zur Überwindung der Krise bei den Sozialleistungen gespart werden kann und muß. Dieser Logik folgend muß natürlich desto mehr gespart werden, je tiefer die Krise ist. Da wir es gegenwärtig, für jeden erfahrbar, mit einer ernststen Krisis zu tun haben, würde die derzeitige Regierung – auch und gerade in der Logik ihrer scheinbar schärfsten Kritiker – dann richtig handeln, wenn sie „tiefe Schnitte“ ins soziale Netz macht. Die grundsätzliche Schwäche der Argumentation liegt zum einen darin, daß Streichungen im Sozialbereich eben nicht mit steuerlichen Mehrbelastungen bei den oberen Einkommensschichten oder Kürzungen von einigen Subventionen gleichgesetzt werden können. Sie nehmen, wie schon am Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes ablesbar, einen höheren Rang ein. Zum anderen wird auch regelmäßig „übersehen“, daß staatliche Sozialleistungen Nachfrage schaffen, somit auch die Binnenkonjunktur stärken und damit einen Beitrag zum Abbau der Arbeitslosigkeit leisten.

Solange die materielle und ideologische Offensive wegen Gesundheits- und Sozialleistungen nicht gebrochen ist, bleiben auch die betrieblichen Sozial- und Gesundheitsleistungen unter starkem Druck, der, weil er sich auch in Einschüchterung



„Stehen bleiben und die Finger weg, Mann! Wollen Sie mich ruinieren?“



der Beschäftigten auswirkt, auch den Aufbau von Gegenwehrpotentialen erschwert.

Gesundheitsschutz und Wirtschaftskrise

Als betriebliches Geschehen unterliegt Gesundheitsschutz in der Wirtschaftskrise zusätzlich zu der ohnehin wirksamen Macht-Asymmetrie im Betrieb einer ganzen Reihe von einschränkenden Faktoren. Diese lassen die Durchsetzung gesundheitsbezogener Forderungen im Betrieb oft genug unmöglich erscheinen, während die gesundheitliche Bedrohung gleichzeitig zunimmt.

So ist zum Beispiel die Angst um den Arbeitsplatz zunächst einmal eine eigenständige Belastungsdimension. Sie tritt zur Wirkung physikalischer, chemischer oder psychomentaler Belastungen nicht einfach hinzu, sondern kann diese in ihrer Wirkung vervielfachen. Dieser Faktor wirkt in einer Lage, in der gesundheitliche Zumutungen ohnehin auch über das normale, die Gesundheit bereits gefährdende Maß hinaus hingenommen werden. Häufig werden gesundheitsriskante Belastungen nicht einmal mehr thematisiert. Zahlreiche Berichte aus den Betrieben zeigen, daß die arbeitsmarktbedingte Schwäche der Beschäftigten von der Unternehmenseite dazu genutzt wird, sogar solche staatlich normierten Sicherheits-, Humanitäts- und Zumutbarkeitsstandards auf breiter Front zu unterschreiten, die eindeutig messbar und zuordnungsfähig geregelt sind.

Während die staatlichen Schutzmechanismen für die Gesundheit der Beschäftigten oft nicht mehr greifen, werden gleichzeitig – über Änderung der Vorgabezeiten, willkürliche Abgruppierungen und Maßnahmen der Arbeitsintensivierung – die Leistungsstandards gesteigert, ohne daß dies durch gesundheitsbezogene Überlegungen ernsthaft gebremst würde. Das geschieht in einer Phase, die durch das Auftreten neuer und schwer zu erfassender Belastungen infolge neuer Technologien gekennzeichnet ist. Die gesundheitlichen Folgen des schnellen Arbeitsplatz-Wandels infolge von Rationalisierung und neuen Technologien werden gesundheitspolitisch kaum bearbeitet.

Die Zähne zusammenbeißen

Selbst in den Betrieben, in denen das interessenpolitische Niveau der Belegschaft relativ hoch ist, erweist sich der etablierte Weg der Gegenwehr oft als versperrt: Die Vertretungsorgane der Belegschaft – ohnehin strukturell überlastet – haben unter den Bedingungen der Massenarbeitslosigkeit andere Prioritäten: Gesundheitsprobleme treten gegenüber der aktuellen Angst um die Arbeitsplätze in den Hintergrund. Daß damit tendenziell die immer jüngeren Frührentner von morgen und übermorgen produziert werden, wird verdrängt.

Dies alles produziert beim einzelnen Beschäftigten leicht ein Gefühl des „hilflosen Ausgeliefertseins“. Ohne eigene produktive Handlungsmöglichkeiten. Dieses Gefühl ist seinerseits eine eigenständige psychomental Belastungsdimension, die die gesundheitliche Wirkung der ohnehin vorhandenen Belastungen erheblich verschärfen kann. Die dem einzelnen Beschäftigten verbleibenden Handlungsmöglichkeiten („Zähne zusammenbeißen“, „Durchhalten“, individuelle Ausweichstrategien) sind gesundheitlich durchweg kontraproduktiv. Sie tragen auch dazu bei, die Sichtweise von der „Selbstverschuldung“ und der „eigenen Schwäche“ in bezug auf Gesundheitsprobleme zu verstärken. Damit tragen sie zur Umkehrung der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit bei.

Die dem gesetzlichen Auftrag nach zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren gestellten professionellen Arbeitsschützer (Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte) bilden hier kaum ein ernsthaftes Gegengewicht. Stehen sie schon unter Normalbedingungen unter dem ständigen Sog, ihre Handlungen und Unterlassungen im Betrieb mit den Erwartungen und Wünschen des Managements in Einklang zu bringen, so sehen sie sich in der Krise verstärkt unter offenem Druck, sowohl ideologisch als auch faktisch einen Beitrag zur „Tendenzwende im Betrieb“ zu leisten.

Ideologisch läuft dies über die Wiederbelebung längst überwunden geglaubter Konzepte der individuellen Schuldzuweisung auch bei arbeitsbedingten Erkrankungen, der Verbreitung eines Klimas von So-

zialdarwinismus und der Diffamierung der Inanspruchnahme von Rechten als „Anspruchshaltung“ bzw. „Mißbrauch“.

Praktisch läuft dies über die Verschärfung der Personalauslese durch Einstellungsuntersuchung und Entlassungsselektion.

Besonders die Betriebsärzte sind um so eher zu solchem Verhalten zu gewinnen, als sie ihrerseits im härter werdenden Wettbewerb um die wohldotierten arbeitsmedizinischen Betreuungsverträge mit den Unternehmen stehen. Bei der Konkurrenz auf diesem Markt geht es keineswegs nur um den Preis der Einsatzstunde des Betriebsarztes, sondern auch um die Vereinbarkeit der angebotenen Leistungen mit den Wünschen bzw. Erwartungen des Managements (Rosenbrock 1982).

Fazit: Das Thema „Gesundheit im Betrieb“ droht unter den gesellschaftlichen und betrieblichen Druck auf die Gesundheitspolitik zu einem Un-Thema zu werden. Was der rücksichtslosen Vernutzung der Arbeitskraft Tor und Tür öffnen würde.

Es geht auch anders

Freilich gilt diese Aussage nicht durchgängig: Es gibt wenige, aber perspektivisch ungemein wichtige Ausnahmen. Dabei handelt es sich um Betriebe mit hohem Niveau der betrieblichen Interessenvertretung. Betriebe, in denen der Zusammenhang zwischen Gesundheit und den betriebspolitischen Austausch- und Konfliktbeziehungen bei den Beschäftigten und ihren Vertretungsorganen bewußt und präsent ist. Meist auf Basis langjähriger gewerkschaftlich-betriebspolitischer Qualifizierungsarbeit. In solchen Betrieben hat das Gesundheitsthema eine gewisse Krisenresistenz entwickelt, kann von einer „relativen Autonomisierung des Themas ‚Arbeit und Gesundheit‘“ gesprochen werden.

Abgesehen von dieser Minderheit aus besonders aktiven Betrieben muß festgestellt werden, daß die Wirtschaftskrise nicht ohne Effekt geblieben ist, Probleme der Gesundheit werden gegenwärtig – gemessen an ihrer realen Bedeutung – beunruhigend wenig über die vorhandenen Strukturen von Betriebsrat und Gewerkschaften thematisiert. Die Gründe hierfür, dies wurde gezeigt, können diesen nicht angelastet werden.

Auf der anderen Seite sprechen zahlreiche Indizien für ein hohes Problembewußtsein bei sehr vielen Beschäftigten, die bei Diskussionen über Arbeitszeitverkürzung gerade die Gesundheitsargumente sehr hoch gewichten. Eine Chance zur Verstärkung der Bewegung für die 35-Stunden-Woche würde darin bestehen, dieses *überschießende Gesundheitsbewußtsein der Beschäftigten* produktiv aufzunehmen. Denn es kann ja kein vernünftiger Zweifel daran bestehen, daß die Verkürzung der Wochenarbeitszeit gesundheitsentlastend genutzt werden kann. Das betrifft nicht nur die Verminderung von Unfallgefahren, für die ein Betriebsrat den klassischen Merksatz prägte: „Körperliche Abwesenheit

ist besser als Geistesgegenwart“. Das betrifft die Expositions-dauer für Streß, Lärm, Schadstoffe, Monotonie und so weiter und so fort. Das betrifft die Vergrößerung der eigenen Zeit und der wachsenden Möglichkeit, Gesundheitsbelastungen aus der Arbeit durch interessenbezogene Aktivitäten zu kompensieren. Wenn – und das ist eine notwendige Nebenbedingung – Arbeitszeitverkürzung streßneutral realisiert wird, wenn der Entlastungseffekt also nicht durch Leistungsverdrückung und weitere Schließung der „Poren des Arbeitstages“ aufgezehrt wird, ist sie auch ein direkter Beitrag zur Gesundheitspolitik. Wo die Thematisierung dieses Zusammenhanges wegen der Folgen der Wirtschaftskrise unterbleibt oder nur schwach ausfällt, kann dieses Defizit mit aufbereiteten Fakten und guten Argumenten zumindest teilweise ausgeglichen werden.

Arbeitszeitverkürzung ist Gesundheitsschutz

Die WSI-Projektgruppe „Humanisierung der Arbeit“ hat gerade eine sehr gut handhabbare Zusammenstellung zum Thema „Arbeit macht krank“ herausgegeben (WSI 1983). Auf ältere Ergebnisse wie z. B. die Umfrage „Werktag müssen menschlicher werden“ (IGM 1979) kann ebenso zurückgegriffen werden, wie auf Untersuchungen über die Struktur gesundheitsbeeinträchtigender oder einfach inhumaner Arbeitsbelastungen (IAB 1981) infolge von Rationalisierungen (IGM 1983) oder belastende Arbeitszeitregelungen (PROSA 1981).

Wenn die bekannten Fakten und Zusammenhänge zum Ausgangspunkt genommen werden, auf betrieblicher und regionaler Ebene den Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit als Problem zu benennen, dann können der gewaltigen Ideologieproduktion aus dem Unternehmerlager die bescheidenen, aber auf Dauer wirksameren Mittel der sachlichen Aufklärung entgegengesetzt werden. Wenn das vorhandene Bewußtsein der Gefährdung von Gesundheit durch betriebliche Arbeitsbedingungen und Arbeitszeitregelungen mobilisiert werden soll, können nicht nur breite Umfragen einen Beitrag leisten, sondern auch z. B. Reihenuntersuchungen, wie sie 1979 von sechs hessischen Betriebskrankenkassen durchgeführt wurden: Von den 3450 untersuchten, angeblich gesunden Mitgliedern wurden 2760 (= 80 vH) zum Arzt geschickt, 103 wurden ins Krankenhaus eingewiesen, in 724 Fällen war ein Aufenthalt im Sanatorium oder Erholungsheim erforderlich (LdB 1979).

Niemand kann auch die Selbstverwaltung von Krankenkassen daran hindern, auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene (anonymisierte) Informationen über den konkreten Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und Erkrankungsrisiken zu produzieren und auch zu publizieren (BdB 1981, 1982). Hier liegen bislang weitestgehend ungenutzte Handlungsmöglichkeiten für die gewerkschaftlich organisierten Versichertervertreter in der Selbstverwaltung der GKV. Auch können Möglichkeiten geprüft

werden, das Thema „Arbeit und Gesundheit“ mit Strategien und Kampagnen der Unternehmenseite zu verbinden. Wo dies gelingt, können die Antriebskräfte der Unternehmenseite ohne größeren eigenen Aufwand benutzt und zugleich eventuell belastungsverschärfenden Absichten die Spitze genommen werden. Ein Beispiel hierfür könnte die Forderung sein, Werkstattzirkel (quality circles) nur dann einzurichten, wenn dort, unter entsprechender Beteiligung des Betriebsrats, neben Problemen der Produktivität und der Qualitätssicherung mindestens gleichgewichtig Probleme der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen (unter Einbeziehung der psychosozialen Belastungen) behandelt werden. Diese Forderung ist auch deshalb so plausibel, weil die Konstruktionsprinzipien der quality circles – sicher nicht zufällig – weitgehend den Prinzipien der Mobilisierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen in der italienischen Arbeitermedizin entsprechen.

Der Tendenz zur De-Thematisierung von „Arbeit und Gesundheit“ kann begegnet werden, wenn verstärkt auf solche Ansatzpunkte, die verschiedene Problembereiche miteinander verknüpfen, geachtet wird.

Literatur:

- BdB 1981, 1982: A. Georg, R. Stuppardt, E. Zoike, Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen, Band 1–3, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen 1981, 1982
 IAB 1981: H. v. Hennings, Arbeitsplätze mit belastenden Arbeitsanforderungen, in: Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB) 4/1981, S. 326 ff.
 IGM 1979: Werktag müssen menschlicher werden! hrsg. IGM-Bezirksleitung Stuttgart, 1979
 IGM 1983: Maschinen wollen sie – uns Menschen nicht, hrsg. IGM-Vorstand, Frankfurt 1983
 LdB 1979: Landesverband der Betriebskrankenkassen in Hessen: Vorsorgeuntersuchungen in Betrieben, Erklärung vom 24. 4. 1979
 PROSA 1981: Projekt Schichtarbeit der IG CPK, Berichtsbände, Berlin/Hannover 1981
 R. Rosenbrock: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt und New York 1982
 WSI 1983: R. Bispinck (Hrsg.): Arbeit macht krank, Extra-Info 6 der WSI-Projektgruppe „Humanisierung der Arbeit“, Düsseldorf, September 1983