

Adolf Brock, Hajo Funke, Edgar Einemann, Heinz-Harald Abholz

Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft - Ansätze einer Arbeitermedizin in der BRD

Gliederung:

- I. Grenzen der Arbeitsmedizin
- II. Das Konzept der Arbeitermedizin
- III. Gesundheit und Arbeitsplatz - Erfahrungen aus einer norddeutschen Werft
- IV. Zu den Ergebnissen der Arbeiterbefragung
- V. Folgen und Folgerungen

Einleitung:

In einer Phase, in der die Strategie zur Humanisierung der Arbeit sich der Entwicklung von Gegenwehr und Kontrolle seitens der Beschäftigten gegenüber der weiteren Arbeitsverschlechterung im Zuge betrieblicher Rationalisierungsprozesse zuwenden sollte, kann der folgende Bericht über eine mehrjährige Kooperation zwischen Arbeitern einer norddeutschen Werft und Wissenschaftlern der UNIVERSITÄT BREMEN sowie des WISSENSCHAFTSZENTRUMS BERLIN Anregungen bieten. Für die seit 1977 bestehende Kooperation zum Thema Arbeitssicherheit/Belastungsabwehr mit Sicherheitsbeauftragten, gewerkschaftlichen Vertrauensleuten, Arbeitern und Betriebsräten kam es uns darauf an:

- Gesundheit am Arbeitsplatz so zu begreifen, daß über die üblicherweise eingeschränkten Definitionen der Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit hinausgegangen werden kann,
- Zugang zur Bekämpfung der Arbeitsintensivierung (z. B. durch Akkord) zu gewinnen,

- die Kompetenz zur Einschätzung und zur Bewältigung der erfahrenen Gesamtbelastung mit zu entwickeln
- und über die Kritik an der bisherigen Arbeitssicherheitspolitik zu einer betriebsnahen Politik der Belastungsabwehr zu kommen.

Es war Absicht, die Probleme der Arbeitssicherheit nicht an Spezialisten delegiert zu lassen, sondern anhand der Ausweitung der Thematik die Beteiligung der Beschäftigten zu fördern. So sollte eine eher technokratisch-bürokratische und im Endeffekt ineffiziente Verwaltung von Arbeitssicherheit unterlaufen werden.

Zu diesen Themen fanden im Zusammenhang eines längerfristigen Lernprojekts mit jeweils fast gleichem Teilnehmerkreis seit 1977 Wochenseminare und Wochenend- bzw. Abendveranstaltungen statt. Eine zentrale Frage war dabei, wie die von den einzelnen in den Lehrgängen gewonnenen Erkenntnisse den anderen Kollegen in den Berufsgruppen (Gewerken) mitgeteilt und wie entsprechende Aktivitäten zur Belastungsabwehr entwickelt werden können. Die Lehrgangsteilnehmer entschieden sich im Zuge dieser Arbeit zu einer Fragebogenaktion.

I. Grenzen der Arbeitsmedizin

Bekanntermaßen konzentriert sich die Arbeitsmedizin in ihrer wissenschaftlichen wie auch in ihrer praktischen Ausrichtung auf diejenigen Erkrankungen, die als vorwiegend durch arbeitsbedingte Belastungen hervorgerufen verstanden werden, auf die Berufserkrankungen. Darüber hinaus sind die Berufsunfälle ein weiteres Aufgabengebiet der Arbeitsmedizin. Heutzutage spielen Arbeitsunfälle und anerkannte Berufserkrankungen, so schrecklich sie für den Betroffenen sind, von der Zahl der Gesundheitsstörungen insgesamt eine nur untergeordnete Rolle. Dies läßt sich an dem geringen Prozentsatz der Berufserkrankungen als Todesursache oder Berentungsursache ablesen.

Für jeden dürfte jedoch offensichtlich sein, daß Arbeit und Gesundheit nicht nur so wenig miteinander zu tun haben, wie es sich in den Zahlen über Berufsunfälle und Berufserkrankungen widerspiegelt. Insbesondere weisen die zahlreichen Befunde der Sozialepidemiologie

darauf hin, daß die zahlenmäßig wichtigsten und auch folgenschwersten Erkrankungen deutliche Zusammenhänge zu den sozialen Lebensbedingungen haben (1). Nimmt man z. B. die soziale Schicht als Orientierungsgröße, so zeigt sich, daß für über zwei Drittel aller Todesursachen eine eindeutige Häufung in den unteren sozialen Schichten nachzuweisen ist. Entsprechendes gilt für die Krankheitshäufigkeit, gemessen an Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung (2).

Nun dürfte der Einfluß der sozialen Schicht vielfältig auf die Krankheitsentstehung und den Krankheitsverlauf sein. Ausbildungsstand, Einkommen, Wohnsituation etc., sie alle haben - nachgewiesen oder hier einfach als plausibel anzusehen - einen Einfluß. Aber auch die Arbeitstätigkeit selbst dürfte nach diesen Befunden einen nicht unwesentlichen Einfluß auf die Krankheitshäufigkeit haben. Die Analyse der offiziellen englischen Mortalitätsstatistik konnte diese Vermutung erhärten. In dieser Statistik werden alle Todesfälle auch nach dem Beruf des Verstorbenen registriert (3). Bei den verstorbenen Frauen wird - wenn sie nicht selbst berufstätig waren - eine Zuordnung nach dem Beruf ihres Ehemannes vorgenommen. Dies nun erlaubt bei der Analyse den folgenden Gedankengang: Es wurde davon ausgegangen, daß die Relationen der Sterblichkeitsraten für bestimmte Todesursachen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen für Männer und Frauen gleich sein müßten, wenn allein die sozialen Lebensbedingungen, nicht aber die Berufstätigkeit an sich, für die unterschiedlichen Raten verantwortlich wären (4). Wäre also eine alleinige soziale Abhängigkeit vorhanden, so müßte die Relation der Sterblichkeitsraten für z. B. die chronische Bronchitis bei männlichen Lehrern gegenüber Bergarbeitern in etwa die gleiche sein, wie sie zwischen den Frauen von Lehrern gegenüber den Frauen von Bergarbeitern besteht. Eine Analyse der Daten jedoch zeigte, daß dies nicht der Fall ist: Für zahlreiche Krankheiten - so auch die chronische Bronchitis als hier gewähltes Beispiel - zeigten sich deutliche Abweichungen zuungunsten der Männer. Sie sind offensichtlich - neben der sozialen Situation, die sie gleich mit ihren Ehefrauen haben - noch berufsspezifischen Belastungen ausgesetzt. Betrachtet man die heute wichtigsten Todes- und Krankheitsursachen unter Hinzuziehung derartiger Statistiken, so läßt sich belegen, daß für die Mehrzahl von Erkrankungen und Todesursachen arbeitsbedingte Belastungen offensichtlich eine Rolle spielen. Dies steht

= wie oben angesprochen - in krassem Gegensatz zu dem, was Schwerpunkt der Arbeitsmedizin ist.

Die Bedeutung von Befindlichkeitsstörungen

Der Vernachlässigung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsschädigungen und den volksgesundheitlich wichtigsten Erkrankungen durch die Arbeitsmedizin entspricht auch häufig das Bewußtsein der Hauptbetroffenen, d. h. der abhängig Beschäftigten. So wie für die Arbeitsmediziner sind auch für sie "ihr" Hochdruck, die Bronchitis oder "ihre" Magenbeschwerden zur Privatsache geworden. Und dennoch - so wird in entsprechenden Diskussionen mit Arbeitern immer wieder deutlich - ist zugleich auch eine "Ahnung" vom Zusammenhang der für sie so häufigen Erkrankungen mit den Arbeitsbedingungen erhalten geblieben. "Daß ich es mit den Bronchien habe ist doch klar bei dem Staub und immer 'raus ins Kalte und wieder 'rein in die warme Halle." Oder: "Bei dem Lärm und dann den ganzen Tag der Gestank der Verdünner, da muß man doch Kopfschmerzen kriegen" (5). So und ähnlich wird dann doch der Zusammenhang erfaßt - allerdings wird dabei gewußt, daß die Fachleute, die Mediziner, diese Erklärungen nicht akzeptieren. Bei Klagen über belastete Arbeitsplätze wird daher häufig von den Arbeitern nach den "akzeptierten" Dingen, d. h. z. B. den MAK-Wert-Überschreitungen gesucht; und dies selbst bei Bedingungen, die so offensichtlich ganz andere als "akzeptierte Belastungen" für das Wohlbefinden der Beschäftigten beinhalten (6).

Störungen des Wohlbefindens - Befindlichkeitsstörungen -, welche im wesentlichen nicht Gegenstand der klassischen Arbeitsmedizin sind, können sehr verschiedene Ursachen haben: so kann es durch Lärm oder durch Farb- und Lösemittel ebenso zu Kopfschmerzen kommen wie durch Zeitdruck bei Akkordarbeit oder durch widersprüchliche Anforderungen eines Arbeitsplatzes; Kopfschmerzen können weiterhin auch als Krankheitssymptom unbewältigter aktueller Konflikte verstanden werden.

In Diskussionen mit Werftarbeitern werden zahlreiche Beispiele von Befindlichkeitsstörungen genannt - wie z. B. ein dauernder süßer Geschmack im Mund, Schwindelgefühl, ein Gefühl wie im Rausch, Kopfschmerzen, andauernde Müdigkeit oder ein dauerndes Gefühl der

Kräftigkeit ... -, die offensichtlich das Wohlbefinden deutlich einschränken. Die Betroffenen sind zugleich bei den betriebsärztlichen Untersuchungen zumeist gesund, obwohl sie sich elend fühlen. Fast immer sind die angegebenen Befindlichkeitsstörungen bei Kenntnis der Belastungen über Plausibilitätshypothesen zu erklären. Nur liegen eben nicht die "anerkannten" pathologischen Veränderungen vor bzw. sind keine "gesundheitsschädlichen" MAK-Wert-Überschreitungen gegeben (7). Ziel muß daher sein, derartige Befindlichkeitsstörungen neben die von der Medizin akzeptierten Erkrankungen hinsichtlich der gesundheitlichen Einschränkung zu stellen. Darüber hinaus bleibt bei den genannten Befindlichkeitsstörungen offen, ob sie nicht Grundlage einer späteren "klassischen Erkrankung" werden können. Zu fragen ist z. B., ob nicht der chronische Kopfschmerz mit zum Hochdruck beitragen kann oder ob nicht die gastritischen Beschwerden längerfristig zu organisch nachweisbaren Erkrankungen im Bereich der Magenschleimhaut führen. Dies ist ein Bereich, der von der Medizin nicht wissenschaftlich untersucht ist und somit vorerst allein auf der Ebene von Plausibilität und Hypothesenbildung diskutiert werden kann (8).

Die Erweiterung der Arbeitsmedizin um das Konzept der Befindlichkeitsstörung ist nicht ohne eine stärkere Einbeziehung auch von Wahrnehmung und Erfahrung auf Seiten der Beschäftigten zu realisieren. Dies wird zugleich auch notwendig aus der beobachtbaren Einschränkung fachlich-sozialer Kompetenz im Zuge aktueller Rationalisierungsstrategien, die selbst zentrale Momente von psychischen Belastungen darstellen (9). Befindlichkeitsstörungen werden somit zu Sensoren von Belastungen im Betrieb; sie sind dabei sehr viel empfindlicher als es - meist erst später auftretend - Krankheiten sein können. Eine präventiv orientierte Gesundheitspolitik muß dies zur Kenntnis nehmen (10).

II. Das Konzept der Arbeitermedizin

Die Arbeitermedizin - im Gegensatz zu Arbeitsmedizin - hat die Erfahrungen und Befindlichkeitsstörungen der Beschäftigten zum zentralen Ansatz (11). Politisch ist sie nur auf dem Hintergrund der Kritik an der enteignenden tayloristischen Arbeitsorganisation zu

erklären, die im Laufe der sozialen Auseinandersetzungen in den 60er Jahren in Italien zu einer Wiederaneignung von Kompetenz gegenüber der betrieblichen Entscheidungszentrale geführt hat (12). Die Grundzüge der Arbeitermedizin sollen hier noch einmal an der Geschichte der Betriebe aufgezeigt werden, die das Konzept der Arbeitermedizin erstmals politisch durchsetzten (13).

In der italienischen Industriestadt Terni haben die Arbeiter eines großen Chemie- und eines eisenverarbeitenden Betriebes Ende der 60er Jahre mit entsprechendem politischen Druck erfolgreich gefordert, den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Krankheit bzw. Gesundheitsstörungen selbst mit zu untersuchen. Für ihre beiden Betriebe konnten sie mit Hilfe der starken Gewerkschaft und der gleichzeitigen Unterstützung der kommunistisch und sozialistisch geführten Stadtregierung das folgende System durchsetzen: Jeder Arbeiter hat über seine Gesundheitsstörungen über jeweils ein viertel Jahr Buch zu führen. Am Ende einer solchen Periode findet eine Zusammenfassung der einzelnen 'Gesundheitstagebücher' in Form einer Diskussion und Auswertung in der Arbeitsgruppe statt. Die Gruppe, die den gleichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist - z. B. Mischer von Chemikalien oder Walzarbeiter an einem anderen Arbeitsplatz -, schreiben die bei ihnen am häufigsten auftretenden Gesundheitsstörungen auf. Parallel dazu werden die von ihnen als besonders belastend empfundenen Arbeitsbedingungen aufgeführt. Diese homogenen Gruppen, also die Zusammenfassung der abhängig Beschäftigten, die unter ähnlichen Arbeitsbedingungen tätig sind, werden in einer Gesamtauswertung miteinander verglichen. Die durch den werksärztlichen Dienst gewonnenen medizinischen Daten werden hinzugezogen. Die sehr plausible Argumentation ist die, daß bei besonders gehäuftem Auftreten bestimmter Krankheiten oder Gesundheitsstörungen in bestimmten homogenen Arbeitsgruppen die Arbeitsplatzbedingungen kausale oder zumindest auslösende Funktion haben. Nachdem die Belegschaft über die Ergebnisse dieser Auswertung informiert worden ist, geht man daran, entsprechende Arbeitsplätze in ihren Bedingungen zu verändern. Dies ist jedoch nur möglich, wenn eine entsprechende gewerkschaftliche Macht - wie sie in den genannten Betrieben vorhanden ist - für eine betriebliche Umsetzung sorgt. Die betriebsärztliche Versorgung ist aus der Hand der Unternehmensleitung in die Kompetenz der Gemeinde überführt worden. (Die Unter-

nehmensleitung hat jedoch weiterhin für die Kosten der ärztlichen Versorgung aufzukommen). Entstanden ist so ein kontinuierlicher Prozeß der Reflexion der Beziehung zwischen Arbeitswelt und Gesundheit mit daraus resultierenden Veränderungen der Arbeitswelt. Diese Veränderungen sind allerdings immer wieder nur betriebspolitisch durchzusetzen und verlangen immer wieder den Arbeitskampf oder zumindest die organisierte Macht der abhängig Beschäftigten. Offensichtlich ist, daß damit nicht automatisch alle Erkrankungen zu "quasi-Berufserkrankungen" werden. Immer muß ein Zusammenhang zwischen Krankheit und speziellem Arbeitsplatz nachgewiesen und dann betriebspolitisch eine entsprechende Veränderung durchgesetzt werden. Mit der Aufmerksamkeit bezüglich des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeitsplatzbedingungen wächst auch das Bewußtsein, daß häufig durch die Produktionsbedingungen die Gesundheit geschädigt wird. Zu erwähnen ist, daß in den jetzt zehn Jahren, in denen dieses Modell in Terni funktioniert, mehrfach die Befragungsbögen für die "Gesundheitstagebücher" aufgrund wachsender und differenzierterer Einsicht verändert worden sind. Inzwischen ist die Arbeitermedizin auch in zahlreichen anderen italienischen Betrieben eingeführt und ist schließlich in Zukunft gesetzlich vorgeschriebene Pflicht.

III. Gesundheit und Arbeitsplatz - Erfahrungen aus einer norddeutschen Werft

Sowenig das italienische Modell aufgrund unterschiedlicher Traditionen in den sozialen Beziehungen und in der gewerkschaftlichen/politischen Organisation ohne weiteres übertragbar scheint, so bot es uns doch zentrale Anregungen. Ziel unserer Arbeit im Rahmen einer längerfristigen Lerneinheit war es, in der Zusammenarbeit zwischen Arbeitern, Sicherheitsbeauftragten, Vertrauensleuten und Betriebsräten einerseits und Wissenschaftlern andererseits die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeitsplatz zu untersuchen und dabei über das hinauszugehen, was durch die klassische Arbeitsmedizin hierzu gesagt werden kann. Dennoch stand am Anfang die klassische Arbeitsmedizin mit ihren Untersuchungsergebnissen, ihrer Arbeitsweise und ihrer Anwendung in der Praxis. Im folgenden sollen die verschiedenen Diskussionsstufen kurz dargestellt werden.

Gerade bei den Werftarbeitern war das Bedürfnis sehr groß, mehr von seiten der klassischen Arbeitsmedizin zu den im Betrieb vorhandenen Gesundheitsproblemen zu erfahren. Übergroße Hoffnungen, von dieser Antworten auf die wichtigen Gesundheitsprobleme in der Werft zu bekommen, und eine zu hohe Einschätzung ihrer Erklärungsmöglichkeiten zeichneten die anfängliche Diskussion aus. Hierbei wurde deutlich, daß die von der klassischen Arbeitsmedizin vorgegebene Definition, in welchem Rahmen Gesundheit und Arbeitsplatz zu untersuchen sind, in weiten Teilen von den Arbeitern übernommen worden war. Immer wieder fiel auf, daß - explizit oder implizit - all die Krankheiten und Gesundheitsstörungen, die im Alltag recht häufig von den Betroffenen erlebt wurden, gerade nicht im Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz gesehen wurden. Vielmehr standen - entsprechend der genannten Orientierung auf die klassische Arbeitsmedizin - Fragen von MAK-Wert-Überschreitungen, Berufserkrankungen wie Silikose und die Frage des Lärms am Arbeitsplatz etc. im Vordergrund.

Für die Wissenschaftler kann gesagt werden, daß in dieser Anfangsphase des gemeinsamen Diskussionsprozesses sich eine gewisse Enttäuschung darüber breit machte, daß wieder die "klassischen" und ja nur einen Sektor der Gesundheitsstörungen betreffenden Fragestellungen behandelt wurden. Dann jedoch stellte sich bald heraus, daß es offenbar zahlreiche Probleme der Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz in dieser Werft gab, die es sehr wohl zunächst durch die Kenntnis klassischer Arbeitsmedizin zu untersuchen und aufzudecken galt: Bereits die Anwendung des klassischen arbeitsmedizinischen Wissens auf die betrieblichen Verhältnisse offenbarte an den verschiedensten Stellen erhebliche Mängel des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Ein Beispiel hierfür war die Einführung neuer japanischer Schweiß-Elektroden. Die in diesem Zusammenhang durchgeführten Konzentrations-Messungen von Schadstoffen, die beim Schweißvorgang als Gase bzw. Dämpfe entstanden, waren in einem für den Arbeitsvorgang unrealistischen Abstand von der Elektrode vorgenommen worden. Aufgrund der in der Arbeitsgruppe durchgeführten Diskussion kam es am Arbeitsplatz zu Auseinandersetzungen hierüber; es wurde eine entsprechende Branchen-Versammlung einberufen und schließlich der Betriebsleitung gegenüber durchgesetzt, daß neue, realistische Messungen durchgeführt wurden. Diese hatten mit zur Folge, daß andere Schweiß-Elektroden eingesetzt werden mußten.

Darüber hinaus wurden die Fragen der Mehrfachbelastungen einschließlich der Probleme des Zusammenkommens mehrerer Schadstoffe diskutiert. Mit einer derartigen Diskussion waren die Möglichkeiten und üblichen Verfahrensweisen klassischer Arbeitsmedizin schon überschritten. Hierzulande gibt es kaum Untersuchungen über Mehrfachbelastungen durch verschiedene Schadstoffe gleichen Charakters (z. B. verschiedene Gase) und erst recht nicht über die Kombinationen verschiedener Schadstoffe unterschiedlichen Charakters (z. B. Gas und Staub und Lärm).

Wie sich im Verlauf der Diskussion herausstellte, war die Beschäftigung mit der klassischen Arbeitsmedizin nicht nur lehrreich für Werftarbeiter, sondern machte auch den beteiligten Wissenschaftlern sehr klar, daß wahrscheinlich in der Mehrzahl der Betriebe in unserem Lande selbst die Anwendung der vorliegenden Kenntnisse der klassischen Arbeitsmedizin unzureichend erfolgt.

Die Diskussion der bekannten Problematik, daß Arbeitsplatzsicherheitsbestimmungen häufig von den Beschäftigten umgangen werden, da die Einhaltung dieser Bestimmungen im Widerspruch zum unmittelbaren Wohlbefinden (z. B. das Tragen von Ohrstöpseln gegen Lärm) oder zu Einbußen im Verdienst führt, war ebenfalls ein für die Veränderung betrieblicher Praxis wichtiger Diskussionspunkt. So war für die Maler innerhalb des Schiffes vorgeschrieben, Absaugeinrichtungen jeweils vor der Arbeit zu installieren, damit Farbdämpfe nach außen geleitet werden konnten. Doch wurde dies häufig nicht eingehalten, weil das Heranschaffen entsprechender Gerätschaften mit großem Aufwand verbunden war. Da im Akkord gearbeitet wurde, ging der Zeitaufwand des Heranholens entsprechender Absaugeinrichtungen vom "anderen Ende" der Werft zu Lasten der im Akkord Arbeitenden. Schon allein die Diskussion dieser Problematik führte dazu, daß es im Betrieb zu einer spontanen Arbeitsniederlegung kam, mit dem Ziel, das Heranschaffen der genannten Absaugeinrichtungen außerhalb der zu berechnenden Akkordzeit durchzusetzen. Die Argumentation war offensichtlich für die Kollegen so überzeugend, daß sie fast geschlossen an dieser Arbeitsniederlegung teilnahmen.

Zwar wurde in der Anfangsphase der gemeinsamen Diskussion der Rahmen klassischer Arbeitsmedizin kaum verlassen. Doch immer wieder wurde auch über "Nicht-Berufserkrankungen", wie z. B. Bronchitis,

hohen Blutdruck, Magenbeschwerden und - bei älteren Kollegen - auch über Herzinfarkt gesprochen. Dabei wurde von den Beschäftigten zwar gesehen, daß diese Krankheitssymptome oder Krankheiten häufig vorkamen, jedoch hielt man sich bei expliziten Formulierungen daran, daß diese Krankheiten nichts mit der Arbeitssituation zu tun haben. Die Vorstellungen klassischer Arbeitsmedizin haben hier also ihre Auswirkungen: Eine Kompetenzrücknahme durch die Betroffenen schien zu erfolgen. Dennoch fielen in Gesprächen - mehr auf der inoffiziellen Ebene - immer wieder Bemerkungen wie diese: "Das ist doch klar, daß ich meine Rückenschmerzen vom Zug in der kalten Halle habe; und dann immer 'rein und wieder' raus." Oder: "Bei den Farbdämpfen und dem Gestank der Verdünner, da muß man's ja mit dem Magen kriegen." Erst im Verlauf der Seminare wurden derartige Erklärungen über Zusammenhänge zunehmend auch in der "offiziellen" Diskussion ausgesprochen. Dieses Zurückerlangen einer eigenen Kompetenz war auf dem Boden einer kritischen Darstellung des medizinischen Wissens zu den vorliegenden Gesundheitsproblemen zustande gekommen. Denn es konnte deutlich gemacht werden, daß die Medizin - generell und speziell auch die Arbeitsmedizin - für die Mehrzahl der zahlenmäßig und von der Schwere her wichtigen Erkrankungen keine ätiologischen Modelle zur Erklärung von Zusammenhängen hat. Bestenfalls existieren Bruchstücke zu pathophysiologischen Abläufen einzelner Erkrankungen. Da nun auch kaum epidemiologische Untersuchungen vorliegen, die auf Zusammenhänge aufmerksam machen könnten, scheint zum jetzigen Zeitpunkt die Laienerklärung dem medizinischen Wissen zu diesen Fragen zumindest gleichberechtigt zu sein.

Mit der Entmystifizierung medizinischen Fachwissens gelang es dann, plausible Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Arbeit und Krankheit am eigenen Arbeitsplatz zu entwickeln. Die einen steuerten ihre Erfahrung, die anderen das für die geplante Untersuchung notwendige und brauchbare Wissen aus den Fachwissenschaften in diesem Prozeß bei. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Gastritische Beschwerden wurden von den Malern sehr häufig berichtet. Bei einer Analyse der Farbstoffe, mit denen sie arbeiten, ließen sich zahlreiche finden, die - auch ohne MAK-Wert-Überschreitung - zu einer dauernden Irritation der Magenschleimhaut führen dürften. Eine Beziehung zu den Magenbeschwerden erscheint so - nicht im einzelnen wissenschaftlich belegt, aber eben auch nicht untersucht -

sehr plausibel. Weiß man nun noch, daß die Maler im Akkord und auch Schicht arbeiten, und daß es bei Arbeiten im Schiff auch zu einer erheblichen Lärmbelastigung kommt, so wird das häufige Auftreten von Magenbeschwerden noch plausibler. Denn auch diese Belastungen führen schon als Einzelbelastung - und nicht wie hier als Mehrfachbelastung - zu Magenbeschwerden (14) (15).

Mit derartigen Plausibilitätsüberlegungen im Hintergrund wurde im Verlaufe der Arbeit die Überzeugung gewonnen, daß mit einer Fragebogen-Aktion im Betrieb die systematische Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und betrieblichen Belastungen aufgenommen werden müßte. Dies geschah nach etwa dem Motto: "Wenn's die Medizin nicht weiß und nicht untersucht, dann müssen wir es machen!" Dabei standen die italienischen 'Gesundheitstagebücher' Pate für einen derartigen Fragebogen zur Erfassung betrieblicher Belastungen und Gesundheitsstörungen. Ein ähnliches Vorgehen sollte - da institutionell nicht wie in Italien abgesichert - auf freiwilliger Basis in den einzelnen Branchen der Werft versucht werden. Auch war der Fragebogen bei weitem nicht so entwickelt und detailliert wie er heutzutage aus der italienischen Arbeitermedizin bekannt ist. Diese Fragebogen-Aktion war als Anfang einer derartigen Arbeitsweise gedacht; der Modell-Charakter und die Erfahrungssuche bei einer solchen Untersuchung standen im Vordergrund.

Zwei verschiedene Formen möglicher Angst und Abwehr bei den Beteiligten mußten durch die Art der Durchführung der Fragebogen-Aktion möglichst ausgeschaltet werden: zum einen die Angst davor, daß die Geschäftsleitung sich aus personalpolitischem Kalkül (z. B. Selektionsinteressen) Informationen zunutzemachen könnte und damit die Konkurrenz innerhalb der Beschäftigten vergrößern würde; zum anderen die Abwehr, ohne zureichend konkrete Veränderungsperspektive überhaupt Gesundheitsprobleme offen zu besprechen.

Daher wurde die Fragebogen-Aktion von Vertretern des eigenen Vertrauens in den nur von den Arbeitern der jeweiligen Berufsgruppe besuchten Branchenversammlungen vorgestellt; die Bögen wurden während der Versammlung anonym ausgefüllt und von den gleichen Vertrauensleuten wieder eingesammelt und keiner Instanz des betrieblichen Managements zugänglich gemacht. Eine Berichterstattung über die Ergebnisse wurde versprochen und nach einer in einem weiteren

Bildungsseminar durchgeführten gemeinsamen Auswertung den Branchenversammlungen vorgelegt.

Diese Anonymität und das Vertrauen, daß man den Vertrauensleuten entgegenbrachte, vermittelte den Beteiligten die Chance zur Offenheit: "Daß man mal ehrlich ist" - wie es ein Beteiligter sagte.

IV. Zu den Ergebnissen der Arbeiterbefragung

An der Befragung haben sich insgesamt 361 Werftarbeiter beteiligt. 75 % der Befragten waren zwischen 21 und 50 Jahre alt und 57 % konnten auf eine mehr als zehnjährige Betriebszugehörigkeit zurückblicken. An der Untersuchung haben sich insbesondere die Berufsgruppen der Schlosser, Dreher, Werkzeugmacher, Maler, Schweißer und Rohrschlosser beteiligt.

Belastungen

Die Werftarbeiter sehen sich insgesamt in hohem Maße Belastungen ausgesetzt, wobei die Arbeitshetze, der Lärm und die Schadstoffe (Gase, Dämpfe oder Staub) von über 80 % genannt werden.

Tabelle 1: Belastungen am Arbeitsplatz

Dämpfe (z. B. Öldämpfe)	45 %	Einseitige Belastungen	32 %
Gase	54 %	Schlechtes Licht	48 %
Staub	75 %	Ständiges Hinsehen	35 %
Sand	17 %	Unfallgefahren	58 %
Lärm	81 %	Schichtarbeit	20 %
Hitze	43 %	Bes. Arbeitshetze/Streß	82 %
Witterungseinflüsse	64 %	durch Termine	60 %
Schweres Heben und Tragen	56 %	durch Akkord	68 %
Zwangshaltungen	34 %	durch Vorgesetzte	41 %

Die nähere Analyse von Belastungskombinationen verdeutlicht die hohe Gesamtbelastung der Werftarbeiter. Angegeben werden z. B. Belastungen durch: Hetze und Lärm von 67 %; Hetze, Lärm und Schadstoffe von 65 %; Hetze, Lärm, Schadstoffe und schweres Heben von 34 %; Hetze, Lärm, Schadstoffe, schweres Heben und Unfallgefahren von 29 %.

Berufsgruppenspezifische Belastungsprofile werden durch die Zusammenstellung der Komponenten deutlich, die jeweils von mehr als zwei Dritteln der Befragten angegeben werden. Das sind für

- Schlosser: Staub, Lärm, schweres Heben, Witterung/Zugluft, Unfallgefahren, Terminhetze, Akkordhetze
- Dreher/Werkzeugmacher: Lärm, Akkordhetze (60 %) und Terminhetze (56 %)
- Maler: Gase, Staub, Lärm, Akkordhetze
- Schweißer: Belastung durch weitere Schadstoffe (93 %), Gase, Staub, Lärm, Witterung, ständiges Hinsehen, Terminhetze und Akkordhetze
- Rohrschlosser/Maschinenschlosser: Gase, Staub, Lärm, Witterung, schweres Heben, Unfallgefahren, Akkordhetze (65 %)
- Sonstige: Gase, Staub, schweres Heben, Terminhetze, Unfallgefahren (65 %), Vorgesetztenhetze (65 %).

Daß diese Belastungen auf den einzelnen Arbeiter in der Tat kombiniert einwirken, wird auch daran klar, daß sich fast drei Viertel der Befragten mehr als fünf Belastungen gleichzeitig ausgesetzt sehen.

Tabelle 2: Summe der angegebenen Belastungen nach Berufsgruppen
(Angaben in %)

<u>Berufsgruppen</u>	<u>bis 5</u>	<u>6 - 10</u>	<u>über 11 Belastung</u>
Schlosser	26	34	40
Dreher	44	45	11
Maler	32	36	32
Schweißer	11	44	44
Rohr-/Maschinenschlosser	25	35	40
Sonstige	17	30	52
Gesamt	29 %	37 %	34 %

Gesundheitsprobleme

Nur 5 % der Befragten geben keine gesundheitlichen Beschwerden an; an der Spitze der von den Werftarbeitern genannten Befindlichkeitsstörungen stehen die Rückenschmerzen (64 %), Kopfschmerzen (52 %), frühzeitige Müdigkeit (55 %) und Nervosität (42 %).

Tabelle 3: Beschwerden und Krankheiten

	25 %	Magenoperationen	2 %
Übelkeit	25 %	Kreislaufstörungen	26 %
Schwindelgefühl	52 %	Herzbeschwerden	16 %
Kopfschmerzen	7 %	Blutdruck niedrig	14 %
Schüttelfrost	8 %	Blutdruck hoch	13 %
Erbrechen	55 %	Rückenschmerzen	64 %
Vorz. Müdigkeit/Mattigkeit	17 %	Rheuma	24 %
Atemnot	42 %	Bandscheibenschäden	25 %
Nervosität	29 %	Zerrungen	19 %
Schlafstörungen	34 %	Grippe	31 %
Hustenreiz	20 %	Gehörschäden	32 %
Bronchitis	26 %	Hämorrhoiden	21 %
Sodbrennen	36 %	Augenverletzungen durch Fremdkörper	24 %
Magenverstimung	20 %	Sehschäden	12 %
Magenschleimhautentzündung	6 %		
Magengeschwüre			

Auch bei Krankheiten ergibt sich ein Berufsgruppenspezifisches Profil, wenn man die Beschwerden zusammenstellt, die jeweils von über 40 % der Kollegen genannt werden. Das sind für die

- Schlosser: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, vorzeitige Müdigkeit/Mattigkeit, Nervosität, Hustenreiz, Magenverstimung
- Dreher/Werkzeugmacher: Rückenschmerzen, vorzeitige Müdigkeit/Mattigkeit
- Maler: Rückenschmerzen, Magenverstimungen, Hustenreiz, Nervosität, vorzeitige Müdigkeit/Mattigkeit, Kopfschmerzen
- Schweißer: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Gehörschäden, vorzeitige Müdigkeit/Mattigkeit, Schwindel, Nervosität, Hustenreiz, Schlafstörungen, Magenverstimungen, Sodbrennen, Grippe, Augenverletzungen, Hämorrhoiden
- Rohr-/Maschinenschlosser: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Müdigkeit/Mattigkeit, Nervosität
- Sonstige: Kopfschmerzen, vorzeitige Müdigkeit, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Nervosität, Bronchitis, Grippe, Übelkeit, Schwindel, Hustenreiz.

Über die Hälfte der Befragten leidet unter mehr als fünf gesundheitlichen Störungen gleichzeitig, und bei den Malern und Schweißern werden von fast einem Drittel mehr als zehn Krankheiten genannt:

Tabelle 4: Summe der angegebenen Krankheiten (Angaben in %)

Berufsgruppen	bis 5	6 - 10	über 10
Schlosser	42	33	25
Dreher/Werkzeugmacher	64	28	8
Maler	38	30	32
Schweißer	21	44	34
Rohr-/Maschinenschlosser	38	42	19
Sonstige	26	30	43
Gesamt	42 %	34 %	24 %

V. Folgen und Folgerungen

In die Fragebogenuntersuchung sind Fragen und Veränderungsvorstellungen aufgenommen worden. Zusammenfassend ergab sich dabei folgender Forderungskatalog:

1. Arbeitsplatzuntersuchungen auf Belastungen durch Lärm, Staub und Gase 68 %
2. Abschaffung des Akkords 65 %
3. Jährliche Untersuchungen 57 %
4. Bezahlte zusätzliche Pausen 55 %
5. Verkürzung des Arbeitstages 42 %
6. Abschaffung der Schichtarbeit 32 %
7. Verringerung der Überstunden 29 %
8. Mitbestimmung bei der Arbeitsplanung 14 %

In den Forderungen werden sowohl Interessen sichtbar, die sich auf die Verbesserung der bestehenden Arbeitssicherheitspolitik richten, als auch Interessen, die die Bedingungen extensiver und intensiver Leistungsverausgabung zum Gegenstand haben. Beispielfhaft soll abschließend auf einige Kernpunkte betrieblicher Auseinandersetzungen eingegangen werden.

1. In dem untersuchten Betrieb sind Gesundheit und die betriebliche Bedrohung von Gesundheit innerhalb der letzten Jahre zu einem Thema betrieblicher Auseinandersetzungen geworden. Auf Branchenversammlungen sind Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes mit zum zentralen Thema geworden. Am Arbeitsplatz selbst spricht man eher als früher über die Gesundheit; Befindlichkeitsstörungen werden eher wahr- und ernstgenommen. Dies drückt sich z. B. aus in der Weigerung der Schweißer, selbst dann nicht in geschlossenen Räumen mit frischer Lackierung zu arbeiten, wenn keine MAK-Wert-Überschreitungen vorliegen. Im Laufe dieser Auseinandersetzungen um Gase und Dämpfe kam es erstmalig dazu, daß die Gewerbeaufsicht das "subjektive Gefühl" der gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Grund zur Arbeitsniederlegung akzeptieren mußte. Später wurde dies jedoch - offensichtlich unter Druck - wieder daraufhin eingeschränkt, daß die Gewerbeaufsicht unmittelbar zur Entscheidung herangezogen werden kann.
2. Diese über die Gesundheitsdiskussion erhöhte Sensibilisierung richtet sich auch auf den Bereich der Lohn- und Leistungsgestaltung. Entsprechend der engen Koppelung von Arbeitssicherheit und Leistungsgestaltung beziehen sich die Forderungen und Auseinandersetzungen auf bessere Vorgabezeiten und - wie aus der Untersuchung hervorgeht - perspektivisch auf die Abschaffung des Leistungsdrucks durch die Akkordentlohnung. So finden sich fast identische Angaben zu "Arbeitshetze und Streß durch Akkord" - 68 % - und der Forderung nach "Abschaffung des Akkords" - 65 %.
3. Unter den Bedingungen einer eher defensiven Betriebspolitik angesichts der gegenwärtigen krisenhaften Situation in der Werftindustrie richten sich Interessen und Aktivitäten - neben den Forderungen nach besseren Informationen und Arbeitsplatzuntersuchungen - vor allem auf ein Mehr an Arbeitssicherheit.

So hat die bisherige Auseinandersetzung um die Arbeiten mit Asbest folgendes erbracht: Die Verwendung dieses Schadstoffes, der zu schweren Lungenerkrankungen und auch zu Krebs führen kann, konnte weitgehend im Zuge immer wieder aufflammender Auseinandersetzungen eingedämmt werden. So werden z. B. keine Asbestplatten mehr an Bord - ehemals die Hauptquelle der Arbeitsbelastung durch Asbest - ein-

gebaut. Immer wieder hatten sich die Arbeiter an verschiedenen Stellen geweigert, mit Asbest zu arbeiten; die Geschäftsleitung sah sich mehrfach gezwungen, verschiedene Schutzmaßnahmen zu treffen, um der Kritik gerecht zu werden. Schutzeinrichtungen wie Sauggeräte und Container waren installiert worden, später Einweganzüge gestellt worden. Das vorläufige Ergebnis ist, daß eine vergleichsweise hohe Investition zur Ausgestaltung eines speziellen Raumes für Asbestarbeiten in der zweiten Jahreshälfte 1979 von der Geschäftsleitung zugesagt werden mußte.

Durch den Druck der Belegschaft mußten arbeitsmedizinische Überprüfungen der belastenden Arbeitsbedingungen (so z. B. bei bestimmten Schweißelektroden) durchgeführt werden. Dies hat zur Revision in den Arbeitsanordnungen geführt. (So hat es bei Schweißarbeiten an Grundplatten aufgrund der hohen Schadstoffbelastungs-Empfindungen der Betroffenen Arbeitsniederlegungen gegeben, wodurch dann das Schweißen unter Gasmasken und die damit verbundene Erschwerniszulage vereinbart wurden.)

Die Reichweite der oben aufgeführten Forderungen macht gewerkschaftliche Strategien auf Branchenebene erforderlich. Um unter den Konkurrenzbedingungen der Werftindustrie überhaupt perspektivisch Änderungen zu erzielen, sind betriebsübergreifende Abwehrstrategien und betriebsübergreifende Regelungen wie etwa die Einschränkung von Überstunden, die Regelung der Entlohnung, Formen zeitlicher Entdichtung und der Arbeitszeitverkürzung generell notwendig. Das heißt, die Forderungen verweisen auf eine Gegenmachtentwicklung, die die Grenzen betrieblicher Abwehrkraft bei weitem überschreitet. Eine abschließende Bemerkung: Daß diese Ausführungen eher den Charakter eines Zwischenberichts tragen, verweist auf den stärker prozessualen Charakter der Kooperation von Arbeitnehmern eines Betriebes und Wissenschaftlern. Es ist ein Stück eines noch nicht abgeschlossenen Lernprozesses. U. E. kommt es unter den dargestellten zugespitzten Belastungsbedingungen darauf an, neben der Erforschung präziserer und aufbereiteter Analysen zu den betrieblichen Ursachen von Krankheiten Prozesse der kontinuierlichen Kommunikation zwischen Arbeitnehmern und Wissenschaftlern in Gang zu setzen. Diese erst bieten die notwendige Offenheit für gegenseitige Lernprozesse.

Anmerkungen:

- (1) S. hierzu z. B. mehrere Arbeiten in: ABHOLZ, H.-H. (ed.): Krankheit und soziale Lage - Befunde der Sozialepidemiologie, Frankfurt, New York 1976
- (2) RICKE, J., W. KARMAUS, R. HÖH: Frühinvalidität - Arbeiterschicksal?, Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 2, Argument Sonderband 17, Berlin (West) 1977, S. 148 - 161
- (3) Office of Population Censuses and Surveys: Occupational Mortality, Decennial Suppl. 1970 - 72, HMSO, London 1978. Vgl. auch den Artikel von BORGERS, D. in diesem Heft
- (4) PRESTON, B.: Statistik der Ungleichheit, in: ABHOLZ, H.-H. (ed.): Krankheit und soziale Lage, s. Anmerkung 1
- (5) Zitate aus den Diskussionen mit Werftarbeitern. Vgl. Teil III
- (6) So wurde z. B. von Arbeitern eines großen westdeutschen Autokonzerns gefragt, ob beim Pressen der gefetteten Stahlbleche nicht gesundheitsgefährdende Dämpfe/Gase entstehen, die im Bereich von MAK-Wert-Überschreitungen liegen könnten. Bei Besichtigung der Arbeitsplätze konnten tatsächlich minimale Dampf-/Gasentwicklungen gesehen werden und es roch nach warmem Fett in unmittelbarer Nähe der Presse. Die 'Inhumanität' des Arbeitsplatzes scheint aber viel eher durch extreme Monotonie (täglich 1600mal Einlegen des Bleches, doppelter Knopfdruck), Isolierung (wegen des Lärmes mußten Ohrstöpsel getragen werden, die Pressen ließen die Sicht auf den Nachbararbeiter nicht zu) und Lärm gekennzeichnet zu sein.
- (7) Ein Beispiel für die Diskrepanz zwischen Befindlichkeitsstörung und "formaler Gesundheit" ist das sog. Gießer-Fieber. Seit Jahrzehnten bekannt kommt es bei Gießereiarbeitern, aber auch manchmal bei Schweißern, durch Einatmen von Metallrauch - insbesondere Zink - zu Fieber, das über Stunden anhält. Sowohl in der arbeitsmedizinischen Literatur als auch in der betriebsärztlichen Versorgung wird auf die "Harmlosigkeit" dieses Fiebers verwiesen. Der Betriebsarzt einer norddeutschen Werft beruhigte damit, daß auch keine Spätfolgen bekannt seien, die dieses Fieber irgendwie als gesundheitliche Gefährdung erscheinen lassen kann. Was bei dieser Darstellung unterschlagen wird, ist, daß sich die Betroffenen häufig täglich und über mehrere Stunden elend fühlen.
- (8) Da in der Medizin nur bei wenigen Krankheiten einigermaßen gesichertes Wissen zur Krankheitsursache und Krankheitsentstehung vorhanden ist, sich die Kenntnisse zumeist nur auf einige isolierte Faktoren in der Krankheitsentstehung beschränken, ist es auch nicht verwunderlich, daß derartig geringe Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Krankheit vorhanden sind. Hinzu kommt hier noch das politische Problem, daß nur in Ausnahmen überhaupt epidemiologische Studien zu diesem Zusammenhang angefertigt werden; diese könnten zumindest auf der Ebene der Korrelationen Hinweise auf Zusammenhänge geben.

- (9) Vgl. hierzu F. NASCHOLD u. Mitarbeit von H. FUNKE, E. HILDEBRANDT, J. RINDERSPACHER, C. WATKINSON: Arbeitszeit und Belastung, in: Afa-Mitteilungen 3/79, S. 15 f.
- (10) Ebenda, S. 15 f.
- (11) Eine Darstellung ist als Übersicht gegeben in: WINTERSBERGER H.: Gesundheitskämpfe in Italien - Von der Arbeitsmedizin zur Arbeitermedizin, Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 3, Argument Sonderband 27, Berlin (West) 1978, S. 151 - 163. Vgl. auch H. ABHOLZ u. a., a.a.O. sowie H. FUNKE, Taylorisierungstendenzen und Bedingungen der Gegenwehr, Berlin (West) 1978
- (12) Vgl. zum folgenden G. DÖRR, R. KLAUTKE: Gesundheitsinteressen und Industriearbeit, Aspekte der italienischen Arbeitermedizin, am WZB erstelltes Manuskript, Berlin 1980
- (13) Über die speziellen Bedingungen, die Entstehung und über die ersten Ergebnisse gibt Auskunft: BRIZIARELLI, L. et al: Salute e Ambiente di lavoro-L'esperienza di Terni. Reihe: Riforme e Potere, Bari/Italien 1976
- (14) Vgl. LÜSEBRINK, K.: Gesundheitliche Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit. Soziale Medizin (VII), Argument Sonderband 12, Berlin (West) 1976, S. 221 - 246
- (15) ELSNER, G.: Lärmquellen und Möglichkeiten ihrer Bekämpfung im Urteil von Betriebsräten und Arbeitnehmern, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1977, S. 88 f., vgl. auch: VALENTIN, H. et al: Arbeitsmedizin, Bd. 1, Stuttgart 1979