

Die Situation älterer Industriearbeiter – Gesundheitsverschleiß im Beruf – Frühinvalidisierung oder Prophylaxe als Ausweg? –

Von Florian Tennstedt

Vorbemerkungen

Im Rahmen des Programms zur „Humanisierung der Arbeitswelt“ (Böhle 1977, S. 290) wurden 1977 verschiedene Arbeitsmediziner von der Bundesregierung zum Problem der krebsträchtigen Werkshallen gehört, insbesondere dazu, wie deren Risiken vermieden werden können. In der Tat schien die Fragestellung sinnvoll, denn die auf den Organismus einwirkenden Umweltagenzien, die bei mehr als 70 v. H. aller bösartigen Geschwulste im Spiel sind, finden sich zu einem großen Teil bei berufsbedingter Exposition. Vor allem lösen chemische Ursachen – etwa Arsen, aromatische Amine, Teer, Chrom, Kunststoffe – über eine Latenzzeit zwischen neun und dreißig Jahren, die einen unmittelbaren Zusammenhang mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit manchmal verschleiert, Krebschädigungen aus (Gibel u. a. 1976, S. 73). Hinzu kommen Schädigungen durch ionisierende Strahlung. Aber nicht nur zunehmende Chemisierung und Anwendung ionisierender Strahlung führen zunehmend zu Geschwulsterkrankungen bei den damit „kontaktierten“ Arbeitern, auch thermische Noxen in traditionellen Berufen, z. B. bei Ofenarbeitern, Kesselschmiedern, Plätterinnen und Köchinnen sind bekannt (Kölsch 1926, S. 459). Die Arbeitsmediziner zeigten nun allerdings keine Wege zur Ausschaltung dieser kanzerogenen Umweltnoxen, sondern kehrten den humanen Impuls, der die Arbeitsplatzdebatte auslöste, ins Gegenteil um: „Allen Ernstes verkündeten die Mediziner am Ende ihrer Gespräche, daß auf gefährlichen Arbeitsplätzen künftig nur noch Werk tätige jenseits der vierzig arbeiten sollten, jüngere auf keinen Fall. Die Ärzte erklärten das so: weil die Krebskrankheit normalerweise eine Anlaufzeit von zwanzig bis fünfundzwanzig Jahren habe, seien im Ernst nur die Jüngeren durch einen krebsträchtigen Arbeitsplatz gefährdet. Bei den älteren werde die Todesursache Krebs unter normaler Lebenserwartung durch andere Todesursachen „überholt“. ...Fünfundsechzig minus fünfundzwanzig oder sechzig minus zwanzig machen vierzig. Resultat: wer vierzig ist, darf sich gefährden. Was aber, wenn jemand nun gern älter werden möchte als sechzig oder fünfundsechzig – vielleicht gar siebzig? Im Denkschema der Technokraten sind solche Wünsche kaum vorgesehen. ... Wieso eigentlich wird es hingenommen, daß überhaupt krebserzeugende Arbeitsplätze im Betrieb sind? Wieso kann nicht die Gesundheitsgefährdung selbst beseitigt werden, bevor danach gefragt wird, welches Leben der Gefährdung am ehesten noch ausgesetzt werden darf? Am Ende sind es nicht mehr nur die Vierzigjährigen, sondern die Strafgefangenen, die

Hilfsschüler oder die Türken. ... Warum also wird Gesundheitsgefährdung von den Fachleuten geduldet? Der Verdacht liegt ziemlich nahe, daß reine Kostengründe dahinterstehen und die Komfortwünsche der anderen, die nicht betroffen sind. ...“ (Meyer-Larsen 1977, S. 1).

Diese – typische ? – „Entgleisung“ einer arbeitsmedizinischen Debatte, die mit humanem Anspruch begonnen hatte, wirft in verschiedener Hinsicht ein bezeichnendes Schlaglicht darauf, wie gegenwärtig von gewissen Experten in der Bundesrepublik Deutschland das Verhältnis von Gesundheit und Industriearbeit behandelt wird – sofern es überhaupt behandelt wird (Füllgraff, G., 1977). Forschungsergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland, die Aufschluß bei der Berufsarbeit geben, gibt es kaum. Vor allem ist das im Rahmen der Sozialversicherung anfallende Material denkbar schlecht aufbereitet, schlechter als im Deutschen Kaiserreich. Sofern Daten vorliegen, sind sie meist so hochaggregiert, undifferenziert und schichtenunspezifisch, daß sie den Einblick in die realen Arbeitsbedingungen mit ihren Folgen für die physische und psychische Konstitution eher versperren als erhellen (Tennstedt 1977 b, S. 482).

Physischer und psychischer Verschleiß

Die umfassendsten Untersuchungen stammen aus anderen Ländern, vermutlich dürften Forschungsergebnisse aus Österreich und der DDR in analoger „Übertragung“ besonders relevant sein (Friedrich-Ebert-Stiftung 1961; Quaas und Renker 1973; Eitner u. a. 1975; Popper, L., 1961). Allerdings gilt: „Stand der Medizin und Arbeitshygiene erlauben noch keine ausreichend genaue Quantifizierung des Gesundheitszustands und seiner Veränderung durch die Arbeitseinflüsse bei vertretbarem Aufwand. Deshalb müssen wenige, dafür aber stark besetzte homogene Gruppen belasteter Werkträger untersucht werden, wobei sich die Gruppen in der Belastung stark unterscheiden. Es ist z. Z. nicht möglich, für viele Gruppen von Werkträgern aufgrund einer geringen und wenig aufwendigen Anzahl von Untersuchungen validierte Aussagen über den Einfluß der Arbeit auf den Werkträger zu machen. Hieraus ergibt sich, daß ein Weniger an Gruppen zu einem Mehr an Aussagen führt. Dabei müssen sich die Gruppen natürlich so in den Belastungsfaktoren unterscheiden, daß Gruppenvergleiche zu den interessierenden Aussagen über die Wirkung der Belastung führen (Thiele u. a. 1974, S. 143). Untersuchungen im Schwermaschinenbau, in der metallverarbeitenden Industrie, in der Elektroindustrie und in der Landwirtschaft zu Beziehungen zwischen Altern und berufsspezifischen Erkrankungen hatten u. a. folgendes Ergebnis: „*Gesundes Altern* ist nur möglich, wenn die Beanspruchung eine dispositionsadäquate Form und ein dispositionsadäquates Ausmaß aufweist. In dieser Sicht erscheinen sowohl Hypokinetosen (u. a. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Myokardinfarkte) als auch Überlastungsschäden am Bewegungsapparat, am kardiopulmonalen

Funktionssystem sowie in der nervalspsychischen Sphäre als Ausdruck der Fehl-, Über- oder Mangelbeanspruchung der für die menschliche Arbeit und Gesundheit wichtigsten Funktionssysteme. ... *Gesundheitsgefährdende und schwere Arbeit* unter der Einwirkung von Stäuben, Gasen, Dämpfen oder toxischen Substanzen geht bei jahrzehntelanger Exposition gesichert mit Voralterung einher. *Staubexposition* korreliert mit meist chronisch latent verlaufenden Affektionen der Nasennebenhöhlen, die ihrerseits als mitwirkende Wegbereiter der chronischen Bronchitis, des Emphysems und des Corpulmonale gelten dürfen. ... (Hinzu sind eindeutig festzustellen) Beziehungen zu rheumatischen Erkrankungen des Bewegungsapparats und zu motorischen Funktionseinbußen. ... Langjährige *Lärmeinflüsse* korrelieren in unserem Material mit Schwerhörigkeit und Blutdruckerhöhung, ebenso mit Überlastung des linken Herzens. ... Meist überwogen *Kombinationsformen von Arbeiterschwernissen*, indem der Einfluß verschmutzter Luft mit dem von Lärm oder Hitze gekoppelt war. In diesem Fall kam es zu einem kombinierten pathosklerotisch-pseudoneurastherischen Syndrom. ... Das Skelettsystem unterlag bei jahrzehntelanger *dynamischer Überbeanspruchung* und bei gehäufter *statischer Fehlbeanspruchung* im Summationseffekt einem verstärkten Umbau. ... Entsprechende röntgenologisch belegte Schäden am Bewegungsapparat führten in vielen Fällen zu motorischer Insuffizienz. ... Jahrzehntelange Arbeit im *Mehrschichtbetrieb* stand in gesicherter Beziehung zu Störungen im Bereich des Magen-Darm-Kanals. ... Bei den betreffenden Probanden erschien der psychische Aspekt als deutlich vorgealtert“ (Eitner u. a. 1975, S. 270).

Eine andere Untersuchung in sechs Betrieben (Bauwesen, Erzbergbau, Maschinen- und Fahrzeugbau, elektronisch-elektrotechnische Industrie, chemische Industrie und Landwirtschaft) mit 659 Untersuchten in 16 Tätigkeitsgruppen hatte folgende Ergebnisse (Thiele u. a. 1974, S. 136 f.):

"Die Altersstruktur zeigte unter Berücksichtigung des Geschlechts folgende Verteilung:

7-24 Jahre		25-44 Jahre		45 Jahre u. älter	
M	F	M	F	M	F
127	94	177	96	105	60

Die Tauglichkeitsbewertung für den Betrieb ergab: tauglich 517, bedingt tauglich 132, untauglich 10. Die Tauglichkeitsbewertung unter Berücksichtigung der Prognose und Dispensairebetreuung ergab:

keine Einschränkung	Risikokonstellation, Dispensairebetreuung nicht erforderlich	Risiko-konstellation, tauglich Dispensairebetreuung erforderlich	nicht tauglich
n	362	153	134
%	35,0	23,2	20,3
			10 1,5

Die Kollektive zeigen hinsichtlich der beruflichen Beanspruchung Stabilität mit relativ geringer Fluktuation. 87 % der Untersuchten üben die jetzige Tätigkeit mindestens seit 2 Jahren aus. Ordnet man die Probanden nach Expositionszeiten gegenüber dominierenden Belastungen, so überrascht die meist signifikante Korrelation (Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 %) pathologischer Befunde, auch bei Eliminierung des Alterseinflusses. Der Anteil pathologischer Befunde bei entsprechenden beruflichen Vorbelastungen überwog den bei unbelasteten z.T. erheblich:

Schwerarbeit	+	12,8 % (sign.)
Lärm	+	8,0 % (nicht sign.)
Vibration	+	18,1 % (sign.)
besondere physikalische Belastung	+	24,7 % (sign.)
Staub	+	18,7 % (sign.)
chemische Noxen	+	20,5 % (sign.)

Die Tendenz ist für beide Geschlechter gleich. - Bei Kollektiven mit Vorbelastung durch chemische Noxen fand sich eine Häufung von Befunden am Verdauungstrakt und an den Atmungsorganen. Die mit Schwerarbeit und mit Vibration vorbelasteten Kollektive zeigten gehäufte Befunde am Stütz- und Bewegungssystem. Die am häufigsten betroffenen Organsysteme mit Befunden, die eine Dispensairebetreuung erfordern, sind: Stütz- und Bewegungssystem 20 %, Herz-Kreislauf 17 %, Magen-Darm 13 % und psychische Veränderungen 13 %."

Schicht-spezifische Verteilung pathogener Arbeitsbedingungen

Diese Forschungsergebnisse zu pathogenen Arbeitsbedingungen zeigen allgemein, daß verschiedene Berufe infolge der ihnen eigentümlichen Arbeitsplatzsituation die Gesundheitsverhältnisse der darin Tätigen in mannigfacher Weise zu beeinträchtigen vermögen, und daß die Problematik weit über das eingangs geschilderte Problem der Krebserkrankungen hinausgeht. Als Anhaltspunkte für die Dimension dieses Gesamtproblems und seine Verteilung auf verschiedene Berufe in der Bundesrepublik Deutschland ist man weitgehend auf die grobe Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung angewiesen, die nicht nach Berufen differenziert, sondern nur nach Geschlecht, Alter und Arbeiter/Angestellte. Immerhin konnte eine jüngst veröffentlichte Untersuchung von Jobst Ricke, Wilfried Karmaus und Ruth Höh nachweisen (Ricke u. a. 1977, S. 148), daß u. a.:

1. Arbeiter absolut häufiger als Angestellte frühinvalidisiert werden : weniger als die Hälfte der Arbeiter (47,3 v. H.), aber zwei Drittel der Angestellten (66,6 v. H.) scheiden erst mit dem Erreichen der Altersgrenze aus dem Berufsleben aus.
2. Arbeiter zeigen bei Krankheiten des Kreislaufsystems eine deutlich höhere Invaliderungsrate als Angestellte ; infolge von Krankheiten des Stoffwechsels und des Nervensystems werden Arbeiter und Angestellte etwa gleichhäufig invalidisiert.
3. Arbeiter werden nicht nur öfter, sondern auch durchschnittlich jünger frühinvalidisiert als Angestellte.
4. Die Masse der Angestellten (durchschnittliche Frühinvaliditätsrate 35,1 v. H.) ist gegenüber den besser verdienenden freiwillig versicherten Angestellten (23 v. H.) unterprivilegiert.
5. Frühinvalidität in den jüngeren Altersklassen ist bei den Arbeitern bei allen Diagnosegruppen wesentlich höher, erst in der Altersklasse 50 – 59 Jahre verringern sich die Unterschiede.
6. Es gibt kaum *Krankheiten*, „die Angestellte soviel schwerer und häufiger betreffen, daß sie eine höhere Frühinvaliditätsrate bewirken als bei Arbeitern (z. B. Diabetes). Die ischämischen Herzkrankheiten, die zum Teil eher als Angestellten- oder gar Managerkrankheiten galten, stellen sich im Zusammenhang der Frühinvalidität eher als Arbeiterkrankheiten heraus. Neben den Krankheiten, die bekanntermaßen eine Benachteiligung der Arbeiter erwarten lassen wie Krankheiten der Bewegungsorgane, Tuberkulose, Bronchitis usw. überrascht die starke Überrepräsentierung der Arbeiter bei psychosomatischen Krankheiten wie Asthma und Ulcus und schließlich bei Schizophrenie. Als letzter Befund sei noch auf die Krebskrankheiten hingewiesen, die auf Grund der vorherrschenden ätiologischen Konzepte als weitgehend klassen- und schichtun-spezifisch gelten.“

Man muß allerdings sehen, daß diese Befunde der Frühinvaliditätsstatistik nicht die einer (fehlenden) Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik ersetzen können, vor allem weisen die genannten Autoren selbst auf folgendes hin : Die stärker ausgeprägte Frühinvalidität bei Arbeitern braucht nicht allein eine Folge von Belastungen (körperlich, psychisch, Akkord und Wechselschicht) zu sein, sondern : „Angestellte können bei grundsätzlich gleich verbreiteter und gleich schwerer Morbidität länger im Berufsleben stehen, weil die Arbeitsanforderungen dies eher zulassen als bei Arbeitern oder weil ihre Arbeitszufriedenheit größer ist.“

Interessant ist nun aber vor allem eine „Koppelung“ der häufigsten, zu Frühinvalidität führenden Krankheiten mit den bislang vorliegenden Forschungsergebnissen zu den berufsbedingten Einflußfaktoren auf die Entstehung eben dieser Krankheiten. Dabei kann zusätzlich abgeschätzt werden, ob diese mehr für Arbeiter- oder mehr für Angestelltenberufssituationen typisch sind.

Die bisher mitgeteilten Frühinvaliditätsaussagen beruhen auf Daten aus dem Jahre

1972. Diese sollen auch im folgenden zugrunde gelegt werden, weil seit 1973 durch die Neueinführung der flexiblen Altersgrenze (Tennstedt 1972) entscheidende, die Aussagen „abschwächende“ Veränderungen in der Frühinvaliditätsstatistik stattgefunden haben.

Tabelle 1. Verteilung der am häufigsten zu Frühinvalidität führenden Krankheiten auf Arbeiter und Angestellte (in v.H.)

Krankheiten	Arbeiter		Angestellte	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Herz- und Kreislauf	45,2	51,2	57,1	41,5
Skelett, Muskeln, Bindegewebe	12,4	13,5	7,5	15,6
Atmungsorgane	9,7	2,9	5,3	2,5
Neubildungen	5,7	8,4	7,1	15,3
Summe	73,0	76,0	77,0	74,9

In dieser Statistik fällt auf, daß den Herz- und Kreislaufkrankheiten sowie den Neubildungen (Krebs) eine besondere Bedeutung zukommt. Diese sogenannten Alterskrankheiten stehen auch an der Spitze der Todesursachen im höheren Alter; es sind die Krankheiten, die sich früher recht häufig hinter der Diagnose „Alterschwäche“ verbargen. Sowie generell die Umwelteinflüsse (Schul- und Berufsausbildung, „Lebensschicksal“, Schichtzugehörigkeit etc.), die jeweiligen Milieuverhältnisse, die auf die Menschen in ihrem gesamten bisherigen Leben eingewirkt haben, zu Unterschieden in den Erscheinungsformen des Alters führen mußten, so führen diese auch zu den verschiedenen Krankheitsformen im Alter. Von diesen Krankheiten ist nun keine nur berufsbedingt oder eindeutig durch die Lebensverhältnisse und das Verhalten in einer bestimmten Sozialschicht bedingt, aber bei allen wirken pathogene Faktoren der Berufsarbeit mit. Diese sogenannten paraprofessionellen Krankheiten (Tennstedt 1977 a) sollen im folgenden erörtert werden, um zunächst modellhaft vertiefte Einsichten in die Beziehungen zwischen Altern und arbeitsbedingten Schäden und Möglichkeiten einer adäquaten Sozialpolitik zu erhalten.

Die *Herz-Kreislaufkrankheit* Arteriosklerose (Eitner u. a. 1975, S. 281; Quaas u. a. 1973, S. 325 f.) ist u. a. bedingt durch alle Bewegungsformen und Schadstoffe, die blutdruckerhöhend wirken. Hierzu gehören: Bewegungsmangel und nervenpsychische Überforderung, statische Fehlbelastung und Dauerstreß, Nikotin-

mißbrauch, psychische Einwirkungen, chronische Kohlenmonoxyd- oder Schwefelkohlenstoffeinwirkung. Dieses relativ breite Spektrum, das „typischerweise“ bei verschiedenen Berufen in unterschiedlicher Intensität auftritt, erklärt sicher auch die Befunde von Ludwig Popper über die berufsspezifische Morbidität von Koronarsklerose, nach denen sich herausstellte, daß diese in fast jeweils gleicher Häufigkeit bei Ingenieuren und Technikern, Schlossern und Maschinenarbeitern (4 bis 4,5 v. H.) einerseits, Maschinenarbeiterinnen, Näherinnen, Serviererinnen und Hilfsarbeiterinnen (0,6 bis 1,2 v. H.) andererseits verbreitet war (Popper, L., 1961, S. 59). Der Myokardinfarkt, eine häufig aus der Koronarsklerose folgende Sekundärkrankheit, findet sich insbesondere bei Berufstätigen, die eine Arbeit mit größerer Verantwortung ausüben, hingegen besteht keine positive Korrelation zur Schwere der Muskelbelastung, Hitze-, Schicht- oder Fließbandarbeit. Schwerarbeiter zeigen sogar eine ein- bis fünfmal geringere Infarkthäufigkeit als Leichtarbeiter (Quaas u. a. 1973, S. 325). Bei ersteren sind hingegen arbeitsabhängige *Schäden von Gelenken* fast typischerweise möglich, „wenn genügend lange, d. h. mehr als 10 Jahre, die entsprechende Arbeit geleistet wurde, wobei eine unterschiedliche Befallsart, z. B. bei Bergleuten von Schulter- und Hüftgelenk und bei Lasträgern von Handgelenken“ festgestellt wurde. Andere Krankheiten des Bewegungsapparates entstehen durch dauernde Beugehaltung des Kopfes (Stenotypistinnen, Zeichner), durch rasch aufeinanderfolgende gleichartige Bewegungsabläufe sowie bei Beanspruchung der Finger und Hände durch Maschinenschreiben, in Bauberufen, bei Metall-, Transport-, Textilarbeiten u. a. (Quaas u. a. 1973, S. 328 f.).

Krankheiten der Atmungsorgane können durch chemische und physikalische arbeitsabhängige Einflüsse sowie allergische Mechanismen bei dem Ausgesetztsein von Staub und chemischen Reizstoffen hervorgerufen werden. Hinzu kommen klimatische, besonders thermische Einflüsse und die Wirkungen ionisierende Strahlen. Als gefährdete Berufsgruppen seien genannt: Tabakarbeiter, Heizer, Chromarbeiter, Asbestarbeiter bis hin zu Lehrern und Kindergärtnerinnen (Erzieherinnen) (Quaas u. a. 1973, S. 326 f.).

Neubildungen (Krebs) gehören zu den zuerst als berufsbedingt anerkannten Krankheiten, das Problem der Krebserkrankungen ist heute aber in weitaus größerem Rahmen zu sehen. Karzinogene Faktoren in der Arbeitsumwelt kommen, wie eingangs bereits ausgeführt, vor bei folgenden Schadfaktoren: Arsenverbindungen, Asbeststaub, Kohlendioxid, Kohlenteer, Pech, Ruß, ionisierende Strahlen, ultraviolette Strahlen, Vinylchlorid. Davon betroffen sind vor allem Arbeiter in folgenden Industrien: Schuh-, Möbel-, Gummi-, Elektrokabel- und Schädlingsbekämpfungsindustrie (Gibel u. a. 1976 S. 73).

So zeigt sich ein relativ breites Spektrum von Krankheiten und Arbeitssituationen. Infolge des raschen Wandels der Arbeitsbedingungen und der meist langfristigen Genese wird es kaum möglich sein, aussagekräftige Forschungsergebnisse über die Zuordnung einzelner Berufstätigkeiten zu paraprofessionellen Krankheiten zu

gewinnen. Immerhin reichen die vorliegenden Untersuchungsergebnisse schon aus, um Mängel im System unserer Sozialen Sicherung bzw. seinen Reaktionen auf das Problem der Frühinvalidität festzustellen.

Frühinvalidität: Mängel der Prophylaxe

1961 untersuchte Ludwig Popper in Österreich Beruf und Lebenserwartung anhand der dort vorliegenden Sozialversicherungsstatistiken – entsprechende Untersuchungen wurden in Deutschland zuletzt in der Weimarer Republik durchgeführt – und kam dabei zu folgenden Schlußfolgerungen: „Wenn sich nun herausgestellt hat, daß es Berufe gibt, in denen sich die Menschen vorzeitig verbrauchen, frühzeitig zu arbeiten aufhören müssen und auch vorzeitig sterben, so wird es notwendig sein, die Arbeits- und Umweltbedingungen in diesen Berufen genauer zu untersuchen und sie nach Möglichkeit günstiger zu gestalten. Sozialmedizinisch ist das Ziel, die Arbeit so dem Menschen anzupassen, daß sie ohne gesundheitliche Gefährdung und ohne übermäßigen Kräfteverschleiß bis zur Erreichung der Altersgrenze geleistet werden kann. Andere Maßnahmen, wie etwa eine Herabsetzung des Rentenalters für einzelne Berufe, stellen lediglich eine Notlösung dar, die allenfalls nur so lange nicht zu umgehen ist, bis es gelingt, die Arbeits- und Lebensverhältnisse in solchen Berufen zu verbessern. ... Man gewinnt überhaupt den Eindruck, daß die Aufteilung unserer Sozialversicherung in Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung, so zweckmäßig sie vielleicht ansonsten sein mag, den Sachverhalt hinsichtlich der Frühinvalidität eher verschleiert, weil keiner der einzelnen Versicherungsträger zugleich die Beschäftigten und die diversen Kategorien der Rentner überblickt. Jeder betrachtet die Sachlage nur aus dem eigenen Gesichtswinkel, und es fehlt die Übersicht, die allein eine umfassende Beurteilung sowie die Planung von geeigneten Gegenmaßnahmen ermöglichen würde. Hier wäre einer Arbeitsgemeinschaft, die sich mit diesen Problemen näher befaßt, ein reiches Tätigkeitsfeld eröffnet“ (Popper, L., 1961, S. 73 f.).

Diese Analyse und der aus ihr resultierende Vorschlag, die 1961 auf die Verhältnisse in Österreich hin geäußert wurden, stimmen mit Vorschlägen überein, die im Hinblick auf das Problem der Frühinvalidität in der Bundesrepublik Deutschland auch geäußert wurden, teilweise im Anschluß an „vergessene“ Erfahrungen und Modelle aus der Weimarer Republik (Tennstedt 1977 a, S. 194). Die notwendigen organisatorischen Änderungen innerhalb der Sozialversicherung und deren Verhältnis zur Arbeitswelt verlangen eine Gesundheitspolitik und eine „präventive“ Altenpolitik, die ihre Legitimation nicht zuletzt, sondern primär aus den dargestellten Disparitäten der Lebenschancen der verschiedenen Arbeitnehmergruppen erhalten mußte. Dabei stößt man allerdings auf verschiedene Interessen, vor allem und zuerst von den Instanzen und Positionsinhabern, die aus der falschen Praxis ihre Statusvorteile unkontrolliert beziehen. Schon 1967 hat Hans Schäfer festge-

stellt: „Die häufigsten Invalidisierungsursachen sind gut diagnostizierbar. Sie sind allerdings letztlich unheilbar, dafür aber wenigstens zu einem großen Teil verhütbar“ (Schaefer 1967, S. 90). Die Konsequenzen aus dieser Einsicht wurden aber nicht gezogen, obwohl oder weil sie nur Teilaspekt der relativ geringen Wirksamkeit der kurativen Medizin sind. So ist nachgewiesen, daß zumindest für die Senkung der Gesamtsterblichkeit innerhalb der letzten hundert Jahre nicht wesentlich die kurative Medizin, sondern hygienische und soziale Veränderungen verantwortlich sind. „Zwar kann man bei einer großen Zahl von akuten Erkrankungen von lebensverlängernden Erfolgen kurativer Medizin ausgehen, jedoch läßt sich dies für eine Vielzahl chronischer Erkrankungen nicht in gleicher Weise nachweisen. So kann die kurative Medizin bei volksgesundheitlich so wichtigen Erkrankungen wie der Arteriosklerose und ihren Folgeerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall), der chronischen Bronchitis, der Mehrzahl chronischer Lebererkrankungen, rezidivierenden Harnwegsinfekten und der chronischen Niereninsuffizienz am eigentlichen Krankheitsverlauf nur noch geringfügig ändernd eingreifen. ... Auch die Hoffnung, die in die hochtechnisierte Intensivmedizin gelegt wurde, mußte auf Grund entsprechender Studien enttäuscht werden, die ihre Erfolge als gering und – gemessen am Aufwand – als eher deprimierend nachweisen“ (Abholz 1977, S. 55). Man hat nun geglaubt, daß die zur Mittelstandsfinanzierung trefflich geeignete *Sekundärprävention* im Sinne der Früherkennung bessere Möglichkeiten therapeutischer Beeinflussung der genannten Krankheiten, insbesondere bei Karzinomen bieten würde. Aber auch hier gilt, „daß Früherkennungsuntersuchungen *zusätzlich* zur ‚normalen‘ ärztlichen Betreuung häufig von geringem volksgesundheitlichen Nutzen und manchmal auch individuellen medizinischen Nutzen sind“ (Abholz, 1977, S. 55). So spricht sehr viel dafür, daß die vorhandenen Mittel im Bereich der *Primärprävention*, bei der Beeinflussung pathogener Faktoren zur Verhinderung der Krankheitsentstehung, eher zum allgemeinen Wohl investiert werden könnten (Ferber 1975, S. 297). Auf entsprechende Änderungen ist aber die Sozialversicherung von ihrer Struktur, die die bisherige Entwicklung begünstigt hat, nicht vorbereitet, weiterhin werden diese „nicht nur den Widerstand der Mediziner hervorrufen, sondern erst recht den der bisher an häufig ineffektiven therapeutischen Maßnahmen verdienenden Industrien“ (Abholz 1977, S. 55).

Vor allem aber sind Widerstände aus dem gesamten industriellen Bereich zu erwarten, in dem im Sinne der Primärprävention die größten Veränderungen erreicht werden müßten, der bislang aber die sozialen Folgekosten inhumaner, pathogener Produktionsbedingungen auf die Arbeitnehmer selbst bzw. die Sozialversicherung abwälzen konnte. Dabei ist zu bedenken, daß bereits jetzt schon Umsetzungen stattfinden: Eine Untersuchung über die Umsetzung älterer Arbeitnehmer in drei Großbetrieben in Nordrhein-Westfalen hatte das Ergebnis, daß innerhalb von fünf Jahren 73 v. H. der älteren Arbeitnehmer ihren Arbeitsplatz gewechselt hatten. In der Chemieindustrie (Hoesch AG) hatten 66 v. H. der

Arbeitnehmer den Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen vorgenommen (Landwehrmann 1974, S. 114). Die daraus folgenden Einkommenseinbußen wurden nur in einer geringen Anzahl von Fällen ausgeglichen. Eine andere Längsschnittuntersuchung über einen Zeitraum von 10 Jahren bei Arbeitern an Arbeitsplätzen mit „stahltypischen“ (Warmarbeit, Schichtarbeit usw.) Belastungen hatte folgende Ergebnisse: Im Untersuchungszeitraum wechselten von den 145 Stahlarbeitern eines Elektrostahlwerks 133 (= 91,7 v. H.) den Arbeitsplatz, davon schied knapp die Hälfte (= 46,5 v. H.) ganz aus dem Unternehmen aus, 21 wurden innerhalb des Betriebes, 45 innerhalb des Unternehmens umgesetzt. Bei 30 Arbeitern (= 20,7 v. H.) wurde die Umsetzung aus gesundheitlichen Gründen notwendig. 57 Belegschaftsmitglieder mußten in Arbeitsbereiche umgesetzt werden, bei denen die Anforderungen wie Warmarbeit und besondere Belastungen gemindert waren. Typisch hierfür waren Versetzungen von Schmelzern, Gießern und Flämmern auf den Arbeitsplatz Revisor, Blockplatzarbeiter, Stoffwärter, Pförtner oder Waschraumwärter (Stiftung Mitbestimmung 1975).

Von einer systematischen Primärprävention (Prophylaxe), für die die Arbeits- und Sozialmedizin die notwendigen allgemeinen Informationen und die Sozialversicherung die notwendigen speziellen Informationen liefern und koordinierende Maßnahmen ergreifen müßte, kann aber gegenwärtig nicht gesprochen werden (Thiele u. a. 1974, S. 152 f. ; Karsdorf und Renker 1977). Von gewerkschaftlicher Seite wird neuerdings aber eine Verknüpfung betrieblicher Mitbestimmung mit Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, die bislang fehlte, vorgesehen. Diese gewerkschaftliche Sozialpolitik, die einhergeht mit einer neuen Tarifvertragspolitik dürfte die einzig sichtbare Alternativstrategie sein – inwieweit sie sich gegenüber den verfestigten Interessen der Bürokratie und der Kapitalseite durchsetzen kann, bleibt abzuwarten (WSI 1977).

In dem eingangs zitierten Kommentar von Werner Meyer-Larsen zum Denkschema arbeitsmedizinischer Technokraten wird nun ausgeführt: „Natürlich ist alles längst erfunden, was diese Gesellschaft vor dem Zynismus bewahren könnte, Leben aufs Spiel zu setzen, damit eine Überflußgesellschaft noch billiger einkaufen kann. Die erfolgreichen Bemühungen um den blauen Himmel an der Ruhr, um die Reinigung von Seen und Flüssen, um die Entgiftung der Auspuffgase haben bewiesen, daß Technik, wenn man sie sich etwas kosten läßt, Sensationelles leisten kann, ohne daß Lebensstandard oder auch nur Luxus gefährdet würden. Technik kann infolgedessen auch alle Menschen aus krebserzeugenden Industrieanlagen heraushalten. ... Wo sich Bergbaumaschinen von der Höhe einer Kathedrale auf Knopfdruck steuern lassen, da werden wohl auch Menschen aus der Giftkammer herauszuhalten sein. Keiner kann kommen und behaupten, auch automatische Anlagen müßten dauernd durch Menschen überprüft werden. Gelegentlicher Aufenthalt wechselnder Personen in gefährlichen Anlagen schafft ebensowenig Krebs wie eine Zigarette am Tag ohne Lungenzug. Vom Achtstundentag ist hier die Rede, von ihm allein. Er muß nicht sein, wenn damit Gefahr für Leib und Le-

ben besteht. Die Arbeitsmediziner dürfen ihre Krebs-Überholthese zurück zu den Akten stecken.“

Bei der notwendigen Prävention pathologischer Alterserscheinungen unter den Bedingungen der Arbeit durch Humanisierung der Arbeitsbedingungen ist verstärkt und primär „Expositionsprophylaxe“ zu betreiben, bei der generell arbeitsbedingte Umweltfaktoren ausgeschaltet werden müssen, die zu einem beschleunigten oder verstärkten Altern führen könnten oder durch die ältere Menschen verstärkt gefährdet werden können. In Fällen, in denen das noch nicht generell möglich ist, muß eine Geroarbeitshygiene betrieben werden, die nach Siegfried Eitner durch eine kombinierte Dispositions- und Expositionsprophylaxe gekennzeichnet ist (Eitner u. a. 1975). Hierzu sind gezielte Grunduntersuchungen erforderlich, bei denen der Schwerpunkt auf der Fahndung nach Risikofaktoren im medizinisch-biologischen (Diabetes, Gicht, Übergewicht, Angina pectoris u. a.) und sozialen Bereich (Lärm, Wechselschicht, schwere körperliche Arbeit, definierte Schadstoffe, Hitzearbeit, Konflikt- und Verantwortungssituationen, Weitwohner, Arbeiterschwernisse, Zigarettenrauchen, Alkohol) liegt.

Ein Beispiel aus einem Textilbetrieb der DDR zeigt, in welchem Umfang Expositionsprophylaxe betrieben werden kann :

Tabelle 2. Verringerung der Arbeiterschwernisse im Zeitraum 1972 bis 1975 in einem Textilbetrieb

Art der Arbeiterschwernisse	Jahr	Prozentualer Anteil der Arbeitnehmer, die Arbeiterschwernissen ausgesetzt sind, im Verhältnis zur Gesamtbelegschaft
Schlechte klimatische Bedingungen	1972	4,10 v.H.
	1975	0,78 v.H.
Körperlich schwere Arbeit	1972	4,53 v.H.
	1975	0,29 v.H.
Einwirkung toxischer Stoffe	1972	3,19 v.H.
	1975	1,47 v.H.
Lärmeinwirkung	1972	43,30 v.H.
	1975	39,80 v.H.

Hinzuweisen ist noch darauf, daß die Arbeitsproduktivität im gleichen Zeitraum um 15 v. H. stieg (Demmler und Lohse 1976, S. 37). Insgesamt gibt es für eine der-

artige Expositionsprophylaxe im Rahmen der Primärprävention noch kaum Beispiele. Auf jeden Fall scheint es aber wohl so zu sein, daß die Möglichkeiten einer „Humanisierung der Arbeitswelt“ im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten oder gar der „Systemgrenzen“ der Bundesrepublik Deutschland bei weitem noch nicht adäquat angegangen worden sind, am wenigsten von seiten des „Systems“ der Sozialen Sicherung und seiner ärztlichen und bürokratischen Verwalter, die auch die eifrig diskutierte Kostenexplosion im Gesundheitswesen noch nicht zu einer prophylaktisch orientierten Alten- und Gesundheitspolitik bewogen hat.

Mängel des sozialen Sicherungssystems

Die Frage nach den Risikofaktoren führt nun dazu, daß die Diskussion um die „Berufskrankheiten“ in größerer Breite wieder aufgenommen werden muß. Die herrschende Meinung legt die in §551 I RVO enthaltene Definition der Berufskrankheit so eng aus, daß die paraprofessionellen Krankheiten kaum darunter subsumierbar sind (Lauterbach, H., o. J.). Das sind Krankheiten, die mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit durch Arbeitseinflüsse bedingt sind, die aber auch durch außerberufliche Faktoren der Konstitution und Erbanlage in einem Maße mitbedingt werden, daß ihre berufliche Verursachung nur mit statistischer Sicherheit zu belegen ist. Der Einzelnachweis ist deshalb schwer zu erbringen, weil das Auftreten bzw. die Genese dieser Krankheiten, die den größten Teil der genannten, zu Frühinvalidität führenden chronischen Krankheiten ausmachen, als ein polyätiologisches Geschehen gewertet werden muß, d. h. daß es auch von Lebensbereichen außerhalb des Arbeitslebens abhängt: Freizeitgestaltung, Ernährung, Genußmittelverbrauch und Medikamentengebrauch. Das ist andernorts bereits ausführlich erörtert worden (Tennstedt 1972 u. 1977; Schaefer 1976).

Hier ist sicher noch weitergehende Forschungsarbeit notwendig, aber primär kommt es darauf an, daß im Rahmen einer prophylaktischen Sozialpolitik, die vor dem Betrieb nicht Halt macht, schon vorhandene Forschungsergebnisse systematisch ausgewertet sowie organisatorisch und politisch „umgesetzt“ werden. Diese Forderung muß dringend erhoben werden, denn weiß man auch auf diesem Gebiet bei weitem noch nicht genug, so reicht das vorhandene Wissen aber doch schon aus, um zumindest das Problem einiger Risikofaktoren „vor Ort“ angehen zu können. Eine rechtzeitige, sei es auch nur partielle Einflußnahme ist auch deshalb erforderlich, weil diese Risikofaktoren langfristig wirken. Man muß befürchten, daß die auf Eigeninteressen von Wissenschaftlern abgestimmte „Publikationsforschung“ nur der Handlungsverzögerung dient. Soweit ersichtlich, ist die internationale Literatur noch nie unter dem Gesichtspunkt der Prophylaxe der Frühinvalidität durch die Sozialversicherung systematisch ausgewertet worden! Angesichts von 278 000 Renten wegen geminderter Erwerbsfähigkeit, angesichts des Programms zur Humanisierung der Arbeit (= „Anpassung der Arbeit an den Men-

schen“), angesichts der in §§ 1226, 1305 RVO enthaltenen Aufgaben und Kompetenzen leisten die Rentenversicherungsträger zu wenig für eine adäquate Forschung. Es geht vor allem auch darum, daß Konsequenzen aus der Kenntnis schon bekannter Risikofaktoren in der Arbeitswelt – Lärm in Lautstärken von über 65 dB, erhöhte psychische Belastung, körperliche Unterforderung, wiederholte gleichförmige körperliche Belastungen und Zwangshaltungen, Nachtschichtarbeit, Stäube und chemische Schadstoffe, Vibrationen u. a. – endlich gezogen werden, und zwar in dem Sinne, daß 1. gegenüber den Betrieben auf „Abstellung“ gedrängt wird und 2. den Versicherten, die mit diesen Risikofaktoren trotzdem noch kontinuierlich belastet werden, allein schon deshalb Dispensaire- und Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung gestellt werden.

„Am weitesten in der Richtung des Arbeiterschutzes geht noch die Unfallversicherung, die sich ja auf Vorgänge im Betrieb bezieht und zur Verringerung der finanziellen Last vorbeugende Einrichtungen im Betriebe schafft“ (Heimann 1928, S. 176). Die Unfallversicherung, bei der gemäß § 725 RVO die Beitragshöhe sich u. a. „nach dem Grade der Unfallgefahr in den Unternehmen“ richtet, nutzt auf ihre Weise das Interesse des Unternehmers an Meidung oder Minderung seiner Entschädigungslast positiv zur Verhütung und Beseitigung von Schäden aus. Dadurch ist auch dem Einzelbetrieb tendenziell eine gewisse Rücksichtnahme auf die Gefährdung der Reproduktion von Arbeitskraft auferlegt, wenngleich auch nur in höchst begrenztem Maße, und über die Reichweite läßt sich streiten (vgl. Naschold 1976; Nickl 1970 u. 1972, S. 181). Dennoch scheint hier im gegenwärtigen System ein prinzipiell besserer Weg gefunden zu sein als bei der Rentenversicherung, die zur Abwälzung entsprechender „Sozialkosten“ geradezu einlädt. Von dieser Überlegung ausgehend, hat Walter Rütth die Einführung des „Kausalprinzips“ in der BU/EU als Anreizmechanismus zur Einschränkung betrieblicher Risikofaktoren für die Gesundheit vorgeschlagen. Im einzelnen schlägt er vor „die direkte Verbindung des BU/EU-Rentenfalles mit der Kostenbeteiligung des Betriebs“. Periodische Vorsorgeuntersuchungen, die zur Klärung der gesundheitlichen Verfassung beitragen, sind dabei unabdingbar. Weitere Voraussetzungen dazu sind personelle und sachliche Ausstattung der arbeitsmedizinischen Gutachterstelle und eine von Betriebsleitung und Betriebsrat gemeinsam getragene Gutachterkommission. Die Kosten einer allgemeinen Umstellung des Beurteilungsverfahrens in der BU/EU auf das Kausalprinzip sind insoweit kein Hinderungsgrund für die Verwirklichung dieses Vorschlags, als die gesamte Wirtschaft, einschließlich der Arbeitnehmer, Umstellungskosten gemeinsam zu tragen bereit sind. Verglichen mit dem Einfluß dieser Maßnahme auf die Einstellung der Betriebe und ihrer Auswirkung auch auf die gesundheitliche Verfassung der Arbeitnehmer allgemein, sollte dieser entscheidende Schritt nicht gescheut werden (Rütth 1976, S. 152). Dabei ist klar, daß hier möglicherweise ein entscheidender Hebel zur Minimierung der zu paraprofessionellen Krankheiten führenden Risikofaktoren und zur Einrichtung von Schonarbeitsplätzen gesehen werden könnte.

Herausforderung an die Gewerkschaften

Die hier angedeutete Verknüpfung der Sozialpolitik mit der Arbeitswelt als prophylaktische „Alterspolitik“ erfordert in erster Linie die Initiative der Gewerkschaften (nach: WSI 1977, S. 1977 ff.). Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß eine enge Orientierung gewerkschaftlicher sozialpolitischer Forderungen an den staatlichen Handlungsmöglichkeiten die Durchsetzung gesundheitlicher Interessen der Arbeitnehmer hemmt und verzögert. Erst nach langen Kämpfen wurden fundamentale Rechte der Arbeitssicherheit und der werksärztlichen Versorgung (AsiG, Arbeitsstättenverordnung), der Mitbestimmung des Betriebsrats bei der Arbeitsgestaltung (BetrVerfG) bei zahlreichen einschneidenden Kompromissen durchgesetzt. Die Gewerkschaften und die Arbeitnehmervertreter in den Betrieben sollten verstärkt versuchen, unabhängig von den Restriktionen staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik (Finanzkrisen, Mehrheitsverhältnisse, parteipolitische Rücksichtnahme auf Interessengruppen) das von ihnen unmittelbar zu handhabende Instrumentarium für die Durchsetzung gesundheitlicher Ziele zu aktivieren:

- durch Tarifverträge, wie es insbesondere der Lohnrahmentarifvertrag II in Nordwürttemberg/Nordbaden darstellt; aber auch andere Tarifverträge liefern Beispiele,
- durch Betriebsvereinbarungen, wie sie insbesondere im Montanbereich durchgeführt werden,
- durch Beeinflussung von Investitionsentscheidungen.

Darüber hinaus werden aber auch Maßnahmen auf der Sozialversicherungsebene erforderlich, die eine Überwälzung von „Sozialkosten“ (z. B. in Form von Frühinvalidität) von den Betrieben auf die Sozialversicherung hemmen.

In jedem Fall können wir davon ausgehen, daß die Durchsetzung einer solchen autonomen gewerkschaftlichen Sozialpolitik davon abhängt, inwieweit es gelingt, den Arbeitnehmern ihre gesundheitlichen Interessen bewußt zu machen und sie für gesundheitliche Ziele zu mobilisieren. Denn eine sozial- und gesundheitspolitische Strategie der Beeinflussung von Gefährungsbereichen hat insbesondere mit zwei hemmenden Faktoren zu rechnen:

- die Orientierung an den kurz- und mittelfristigen Interessen der rentablen Kapitalverwertung und Orientierung an aktuellen Einkommensinteressen (die „Monetarisierung“ von erhöhter Belastung) kollidieren in erheblichem Maße mit der Durchsetzung gesundheitlicher Interessen;
- dies verweist auf das Problem der Machtverteilung, in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Verfügbarkeit über Arbeitsplätze, Arbeitsbedingungen und Produktionsprozesse (Investitionen) durch kapitalorientierte Interessen.

Damit wird deutlich, daß der Erfolg vorbeugender Sozialpolitik vor allem eine abhängige Variable von Mitbestimmungsrechten der Arbeitnehmer ist. Man sollte sich aber nicht darauf beschränken, in diesem Zusammenhang die beschränkten Mitbestimmungsrechte zu beklagen. Für die Sozial- und Gesundheitspolitik wird man zumindest sagen können, daß das bestehende Mitbestimmungspotential (vor allem auch in personeller Hinsicht) für die Umsetzung präventiver Politik erst einmal mobilisiert werden muß. Am Beispiel des Arbeitssicherheitsgesetzes kann gezeigt werden, daß Versuche zur Mobilisierung der Arbeitnehmer eine zweckgerichtete und gleichzeitig durchsetzungsbezogene Gesundheitspolitik darstellen. Selbst dieses kompromißhaft reduzierte Gesetz läßt immer noch Handlungsspielräume zu, physische und psychische Belastungsgrenzen zu setzen und darüber hinaus die Arbeit nach positiven gesundheitlichen Kriterien zu gestalten.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist das Problem der Information, insbesondere der Umsetzung wissenschaftlicher Ergebnisse in politische Programme und praktische Konsequenzen. Dazu ist sicherlich eine enge Zusammenarbeit von betrieblicher und gewerkschaftlicher Interessenvertretung mit den Experten der Arbeitsmedizin, der Arbeitssicherheit und der Ergonomie erforderlich. Um die Gefahr einer möglichen Absorption (z. B. durch Verwissenschaftlichung und damit „Neutralisierung“ von Macht- und Durchsetzungsinteressen) zu entgehen, ist allerdings zur „ortsnahen“ Erkennung pathogener Arbeitssituationen, z. B. in bezug auf koronare Herzkrankheiten oder psychosomatische Störungen, eine gesundheitsbewußte und aktive Belegschaft erforderlich. Ergänzend zur ortsnahen Erkennung von Belastungen sollte eine zentrale Erfassung gesundheitlicher Gefährdungen treten, wie sie der DGB fordert. Gerd Muhr schreibt dazu:

„Ein derartiges Erkennungssystem gesundheitlicher Gefährdungen am Arbeitsplatz wäre ein wichtiges Hilfsmittel für die Entwicklung einer menschengerechten Technologie und gesundheitsgerechter Arbeitsverfahren.“

Die zentrale Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen würde außerdem ein kooperatives Vorgehen der Sozialversicherungsträger bei der Bekämpfung der Frühinvalidität in der Arbeitswelt erleichtern. Die Statistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger weist aus, daß in bestimmten Bereichen der Arbeitswelt eine außerordentlich starke Häufung gewisser Krankheiten auftritt. Dies gilt beispielsweise für arthritische und rheumatische Erkrankungen sowie Beschwerden der Atemwege bei männlichen Versicherten in der Arbeiterrentenversicherung. Innerhalb der Angestelltenversicherung wiederum läßt sich eine Häufung der Frühinvalidität bei einzelnen Berufsgruppen feststellen. Ein Vielfaches der arbeitsbedingten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsfälle, die gegenwärtig die gesetzliche Rentenversicherung belasten, dürfte sich kostenmäßig auf die Krankenversicherung auswirken. Erwähnt sei auch das Ansteigen psychischer Erkrankungen, die oft ihre Ursache im betrieblichen Bereich haben. Die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger ist daher aufgerufen, sich für eine Aufhellung der gesundheitlichen Gefährdungen am Arbeitsplatz einzusetzen. Die Statistik der gesetzlich

anerkannten Berufskrankheiten umfaßt nur einen zahlenmäßig außerordentlich geringen Teil aller arbeitsbedingten Erkrankungen.

Ein Beispiel für die Notwendigkeit einer zentralen Datensammlung ist die erst sehr spät erkannte Gefährdung durch Vinylchlorid. Im Rahmen einer koordinativen Zusammenfassung der Krankheitserscheinungen wäre man wahrscheinlich schon viele Jahre früher auf den Zusammenhang zwischen schwerer Gesundheitsschädigung und dieser Einwirkung des technischen Fortschritts gestoßen. Ein weiteres Beispiel ist der Komplex der krebserzeugenden Arbeitsstoffe. Hier zeigen neuere Untersuchungen, daß der Zusammenhang zwischen Schadstoff und Krebserkrankung vielfach nur durch eine breit gestreute Fallsammlung bewiesen werden kann.

Eine wesentliche Komponente innerhalb dieses zentralen Systems wäre die Ermittlung von Werten maximaler Arbeitsplatzkonzentration gefährlicher Arbeitsstoffe (MAK-Werte). Gegenwärtig basieren die MAK-Werte, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft festgesetzt werden, zu einem großen Teil auf Feststellungen, die, weil sie beispielsweise im Tierexperiment gewonnen worden sind, nichts Zuverlässiges über die Auswirkungen auf den arbeitenden Menschen aussagen. Dieses System des institutionalisierten Risikos, das im Einzelfall hinsichtlich seiner Tragweite noch nicht einmal bekannt ist, wird von gewerkschaftlicher Seite entschieden abgelehnt.

Ein zentrales Erfassungssystem würde schneller als es bisher geschah die, „Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ liefern, die im Sinne des Berufskrankheitenrechts für den Nachweis einer arbeitsbedingten Verursachung erforderlich sind. Gegenwärtig müssen die Arbeitnehmer in vielen Fällen durch jahrelanges Prozessieren eine Aufgabe wahrnehmen, die sie völlig überfordert und die eigentlich durch die öffentlich-rechtlichen Institutionen gelöst werden müßte. Außerdem stehen viele Richter ratlos vor den ungeklärten Fragen der Berufskrankheitsprozesse, weil eine koordinative Informationsstelle fehlt“ (Muhr 1976, S. 37 f.).

Die Mobilisierung der Arbeitnehmer ist darüber hinaus auch Voraussetzung, gesundheitliche Forderungen, die über die Unternehmerinteressen hinausgehen, zu formulieren und die Chance ihrer machtmäßigen Durchsetzung zu erhöhen. Zu einer solchen Mobilisierungsstrategie gehören insbesondere:

- Information, Aufklärung und gewerkschaftliche Bildungsarbeit. Die Zusammenhänge zwischen belastenden Arbeitssituationen und ihren meist längerfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit liegen nur selten offen „auf der Hand“, sie bedürfen vielmehr der Vermittlung und darüber hinaus der Bewusstseinsbildung über die Notwendigkeit kollektiver (Gegen-)Aktion;
- die volle Ausschöpfung der gesetzlichen Möglichkeiten durch Betriebsräte und Sicherheitsfachkräfte (BetrVerfG, AsiG, Arbeitsstättenverordnung);
- die öffentliche Diskussion von Investitionsvorhaben mit belastenden Auswirkungen;

- die verstärkte Einbeziehung gesundheitlicher Belange in die Tarifverhandlungen: unmittelbare Mobilisierung gesundheitlicher Interessen.

Den Gewerkschaften fällt im Rahmen einer solchen betriebsnahen, prophylaktischen Sozial- und Gesundheitspolitik eine ganz zentrale Rolle zu. Sie verfügen sowohl über das organisatorische wie auch über das Machtpotential, um eine solche Mobilisierung initiieren und tragen zu können.