

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 2/2018 | Solibeitrag: 5 Euro



**Gesunde Arbeit
Immer noch eine Baustelle...**

Editorial	3
Phil Dickel: Arbeiter*innenmedizin 4.0	4
Gine Elsner: Wie entsteht ein Hype? Zum Problem der Experimente mit Stickstoffoxid	5
Wolfgang Hien: Dieselmotoremissionen und das Versagen der deutschen Arbeitsmedizin – Teil I	8
Wilfried Schneider: Hygiene im Krankenhaus. Theorie und Praxis unter den aktuellen ökonomischen Bedingungen	12
Petra Otte: Belastungsausgleich für Schichtarbeiter. Der jüngste Tarifabschluss in der Metall- und Elektroindustrie	14
Gine Elsner: Erbt, angeboren oder berufsbedingt? Ein historischer Überblick zur Diskussion über Erkrankungen der Hüfte	16
Helmut Wintersberger: Gesundheitskämpfe in Italien. Von der Arbeitsmedizin zur Arbeitermedizin	18
Wolfgang Hien: Die Mär von der humanisierten Arbeitswelt. Die Schranken eines Konzepts und heutige Arbeitsverhältnisse	22
Robin Maitra: Manches Ärgerlich, einiges erreicht. Ein Bericht vom Ärztetag in Erfurt	26
Ellis Huber: Ärztetag vom anderen Stern	28
Docs not Cops. Patients not Passports. Eine Initiative zur Rettung des solidarischen NHS	30
Carina Borzini / Thesere Jakobs: Rezension: Achtelik, Sanders e.a.: »Kulturkampf und Gewissen. Ein kritischer Beitrag über die »Lebensschutz«-Bewegung«	31

Der vdäa

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdäa-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaee.de

Redaktion

Thomas Kunkel, Eva Pelz,
Nadja Rakowitz, Andrea Schmidt,
Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2018
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer
Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Thomas Kunkel /
Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

pixabay.com
Titelbild: pixabay.com

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Druckerei Grube

Editorial

Diese Ausgabe von »Gesundheit braucht Politik« beschäftigt sich mit dem Verhältnis von Arbeit und Gesundheit; die nächste Ausgabe wird das Verhältnis von Umwelt und Gesundheit thematisieren. Die Übergänge sind fließend, weil Arbeit, also kapitalistische Produktion es ist, die die Umwelt am meisten verändert und weil umgekehrt die Umwelt, in der gearbeitet wird, oft das krankmachende ist. Gleichzeitig verschleiern unseres Erachtens Debatten über die gesundheitsschädlichen Einflüsse der »Umwelt« oft genug, dass diese Umwelt kein natürliches Phänomen ist, wie der Begriff suggerieren mag, sondern dass diese Umwelt Folge gesellschaftlichen Handelns ist.

Phil Dickel erinnert in seinem Beitrag an diese Zusammenhänge. Zugleich stellt er die historischen Veränderungen der (Lohn-)Arbeit wie der politischen Perspektive der Arbeiterbewegung und der Arbeitsmedizin auf Gesundheit dar. Er fragt, wie eine an der italienischen Arbeitermedizin orientierte subjektwissenschaftliche Perspektive heute in Zeiten neoliberaler Umstrukturierung des Arbeitsmarkts aussehen könnte. Auch der – gekürzte – Nachdruck eines Aufsatzes von Helmut Wintersberger über eben jenen Ansatz der Arbeitermedizin und Gesundheitskämpfe in Italien aus dem Jahr 1978 ruft dazu auf, sich dieser kämpferischen Tradition wieder zu besinnen, die schon damals in Deutschland nicht wirklich Fuß gefasst hatte.

In Deutschland wurde – daran erinnert Wolfgang Hien – Anfang der 1970er von führenden Vertreter*innen aus Arbeitswissenschaft, Soziologie, Sozialdemokratie, katholischer Soziallehre und Gewerkschaften eher über die »Humanisierung des Arbeitslebens« nachgedacht. Auf lange Sicht sollten die Schrecken der bisherigen Industriearbeit ins Reich der Vergangenheit gedrängt, Arbeit sollte »persönlichkeitsfördernd« sein und es sollte gar die Entfremdung in der Arbeit überhaupt überwunden werden. Dabei wurde in Deutschland – von ein paar radikalen Minderheiten abgesehen – allerdings im Unterschied zu Italien nicht an eine Wirtschaftsordnung jenseits des Kapitalismus gedacht. Hien zeigt, wie wenig von diesen Illusionen übrig geblieben ist und wie Arbeitsverhältnisse heute aussehen.

Wie mühsam heutzutage eine solche – innerkapitalistische – Humanisierung des Arbeitslebens ist, zeigt Petra Otte von der IG Metall am Beispiel des letzten Tarifvertrags, der Erleichterungen für die Kolleg*innen, die in Schicht arbeiten, herausgehandelt hat. Wilfried Schneider zeigt, wie mühsam es selbst im Krankenhaus ist, Arbeitsschutzmaßnahmen in einer durch und durch ökonomisierten Umgebung in der Praxis durchzusetzen. Dabei ist mangelnde Hygiene nicht nur ein Problem für die Beschäftigten sondern auch eines für die Patient*innen!

Dass der so genannte »Dieselskandal« nicht nur ein Umweltproblem ist, sondern auch eine arbeitsmedizinische Dimension hat, zeigt Wolfgang Hien im ersten Teil seines Aufsatzes (der zweite Teil zur Umweltdimension wird im

nächsten Heft von GbP erscheinen). Dass Menschen, die an ihrem Arbeitsplatz permanent Dieselabgasen ausgesetzt sind, ein erhöhtes Gesundheitsrisiko tragen, ist in der öffentlichen Debatte um die Autoindustrie und den Imageschaden der beliebtesten deutschen Exportware in den Hintergrund getreten. Dies und dass deutsche Arbeitsmediziner*innen es für viel wichtiger halten, die Risiken des Diesels – fundiert mit ihrer wissenschaftlichen Expertise – kleinzureden, zeigen Wolfgang Hien und auch Gine Elsner in ihrem Text über den zwischenzeitlich lancierten Hype um die Experimente mit Tieren und auch Menschen.

Im deutschen Faschismus spielte die Arbeitsmedizin eine wichtige Rolle zur Leistungssteigerung der Belegschaften. Gine Elsner zeigt am Beispiel orthopädischen Diagnosen wie in der NS-Zeit arbeitsbedingte Krankheitsursachen als Erbkrankheiten umdefiniert wurden. Dass Ärzt*innen immer noch an diese Vergangenheit ungerne erinnert werden, zeigte sich auf dem letzten Ärztetag in Erfurt. Robin Maitra und Ellis Huber wissen davon zu berichten. Auch davon, dass es dort nicht möglich war, eine Mehrheit der Ärzteschaft dafür zu gewinnen, den §219a ganz abzuschaffen. Dazu passt die Leseempfehlung von Carina Borzini und Therese Jakobs in dieser Ausgabe: Kirsten Achtelik, Eike Sanders u.a. haben mit »Kulturkampf und Gewissen« ein Buch geschrieben über die »Lebensschutz«-Bewegung, das zeigt, wie die »Lebensschutz«-Bewegung mit dem Aufschwung rechten Gedankenguts und rechter politischer Bewegungen in Europa im Rücken zunehmend selbstbewusster ihre Themen auf die politische Agenda setzt.

Wir sind uns darüber im Klaren, dass wir mit diesem Heft bei weitem nicht alle wichtigen Zusammenhänge des Verhältnisses von Arbeit und Gesundheit thematisieren; aber wir möchten einen Einstieg in die Debatte über das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit. Wir halten es für geboten, diese Debatte in weiteren Zeitschriftenausgaben fortzusetzen und freuen uns über Feedback und Anregungen.

Die Redaktion



Arbeiter*innenmedizin 4.0

Von Phil Dickel

Aus dieser von Marx formulierten Erkenntnis leitete sich der Fundamentalsatz der italienischen Arbeitermedizin ab: »Es gibt nur eine Gruppe in der Fabrik, die ein unmittelbares Interesse hat, die Gesundheit des Arbeiters zu schützen: nämlich die Arbeiter selbst.«

Vor diesem Hintergrund entwickelte die italienische Arbeiter*innenklasse auf Grundlage einer subjektwissenschaftlichen Perspektive in den späten 1960er Jahren ein neues epidemiologisches Modell zur Erforschung von Produktionsverhältnissen und deren Auswirkung auf Gesundheit.

Ein striktes Gebot der Nichtdelegation führte dazu, dass sich Arbeiterinnen und Arbeiter in den entstehenden Fabrikräten um das Thema Gesundheit organisierten und v.a. begannen, eigene Erhebung zum Thema durchzuführen. Es gründete sich die sogenannte Arbeitermedizin, welche einen beträchtlichen Anteil an der Entstehung des modernen Gesundheitsschutzes der Arbeiter*innen haben sollte.

Knapp 50 Jahre später sind viele Fabriken, in denen eine starke Arbeiterinnenmacht organisiert werden konnte, aus Europa in den globalen Süden verlagert worden. Nach mehreren Jahrzehnten neoliberaler Arbeitsmarktreformen herrschen vielerorts flexibilisierte Arbeitsverhältnisse. Outsour-

»Nach mir die Sintflut ist der Wahrluf jedes Kapitalisten und jeder Kapitalisten-nation. Das Kapital ist daher rücksichtslos gegen Gesundheit und Lebensdauer des Arbeiters, wo es nicht durch die Gesellschaft zur Rücksicht gezwungen wird.«

– Karl Marx –

cing, Standortverlagerung, prekäre Arbeit ohne Tarifvertrag zu Niedriglöhnen und eine Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsort ist die kennzeichnende Strategie des neoliberalen Rollback.

Wie steht es in diesen Zeiten um die Gesundheit der Menschen und wie steht diese in Zusammenhang mit den sich verändernden Produktionsverhältnissen? Während im Fordismus die Lebenserwartung aller gesellschaftlichen Klassen relativ stetig und gleichmäßig anstieg, ist in den letzten Jahrzehnten der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den reichen und armen Klassen gewachsen. In einigen Ländern Europas und v.a. in den USA stagniert bzw. fällt die Lebenserwartung von ärmeren Klassen das erste Mal seit langer Zeit. Eine Untersuchung von Unger und Schulze (2013) zeigt, dass sich die sozialen Unterschiede in der gesunden Lebenserwartung auch in Deutschland im Beobachtungszeitraum (1989, 1999 und 2009) ausgeweitet haben. Diese Ausweitung konnte auf zunehmende Unterschiede zwischen den Einkommens- bzw. Bildungsgruppen in Bezug auf die Gesundheitszufriedenheit zurückgeführt werden. Fundierte Untersuchungen zum Thema Arbeit, Arbeitsbedingungen, Stress und Gesundheit sind in Deutschland dagegen rar gesät. Eine Ausnahme bildet eine Untersuchung der Forscher Dragano et al. (2015), in der mittels deskriptiver Analysen eines breiten Spektrums an physischen und psychischen Arbeitsbelastungen, Informationen über die Belastungen einzelner Berufsklassen in Deutschland gesammelt und beschrieben wurden. »Hierbei zeigte sich für die Mehrzahl der untersuchten Belastungen, dass sie mit sinkender beruflicher Position anstiegen. Entsprechend hoch war auch die als mittlere Anzahl der erfahrenen Einzelbelastungen gemessene Gesamtbelastung in den unteren Berufsklassen.«

Dass es einen Zusammenhang zwischen den neuen Formen der Arbeitsorganisation und einer zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheit gibt, scheint logisch, es fehlen aber die einschlägigen Studien und Informationen dazu, so auch Dragano et al.

Neue gewerkschaftliche Strategien, um auf eine ungesunde Arbeit 4.0 zu reagieren, wurden im April diesen Jahres auf einer Konferenz der Rosa-Luxemburg-Stiftung formuliert. Ein neues Normalarbeitsverhältnis soll unterschiedliche Lebensphasen absichern und selbstbestimmtere Arbeitszeiten ermöglichen. Die Arbeit solle wieder um das Leben kreisen an-



statt das Leben um die Arbeit. Eine Arbeitszeitverkürzung, wie in der letzten Tarifrunde auch von der IG Metall aufgegriffen, wird hier unter dem Begriff der »kurzen Vollzeit für alle« diskutiert. Eine Initiative, die sicherlich in die richtige Richtung geht.

Aber wie könnte heute, anknüpfend an die italienische Arbeitermedizin, eine neue subjektwissenschaftliche Perspektive, die das tagtäglich gesammelte Wissen der Arbeiter*innen mobilisiert und mit einbindet, aussehen?

Was hieße es in Zeiten von »Atmen den Fabriken«, »just in time production«, neuen digitalen Arbeitnehmerüberwachungssystemen, von »Desk-Sharing«, »Bring your own device« und »Crowdworking«, eine kollektive Forschungsperspektive zum Thema Gesundheitsschutz zu entwickeln? Wie sähe heute eine standardisierte Form der Berichterstattung aus der organisierten Traurigkeit der Arbeitsverdichtung, des Dauerstresses unter den beschleunigten Arbeitsabläufen, der ständigen Erreichbarkeit und der Flut von Wissen, der Einsamkeit durch Roboterisierung und der entgrenzten Arbeit (Work-Life-Blending) aus? Gesundheit wird heute im Kontext von Lohnarbeit zunehmend als private Ressource und Investitions-gut des oder der Einzelnen angesehen.

Es wird Zeit für einen gesellschaftlichen Aufbruch zur Repolitisierung des Themas Gesundheit und einer Arbeiter*innenmedizin 2.0. Denn noch sind wir weit entfernt von einer nicht entfremdeten und dann hoffentlich gesundheitsförderlichen Arbeit oder Tätigkeit »in der kommunistischen Gesellschaft, wo jeder nicht einen ausschließlichen Kreis der Tätigkeit hat, sondern sich in jedem beliebigen Zweige ausbilden kann, die Gesellschaft die allgemeine Produktion regelt und mit eben dadurch möglich macht, heute dies, morgen jenes zu tun, morgens zu jagen, nachmittags zu fischen, abends Viehzucht zu treiben, nach dem Essen zu kritisieren, ohne je Jäger, Fischer oder Hirt oder Kritiker zu werden, wie ich gerade Lust habe.« (Karl Marx / Friedrich: »Die deutsche Ideologie« (1846), MEW 3, S. 33)

Phil Dickel ist Allgemeinarzt in der Weiterbildung und Mitglied im Kollektiv der Poliklinik Veddel in Hamburg, außerdem Mitglied im Vorstand des vdää.



Wie entsteht ein Hype?

Gine Elsner zum Problem der Experimente mit Stickstoffdioxid

Plötzlich war der Hype da. Er begann am 29. Januar 2018 und dauerte eine gute Woche. Rundfunk und Fernsehen begannen. Die Printmedien folgten. »Kritik von der Kanzlerin« titelte die *Frankfurter Rundschau* am 30. Januar 2018. »Diese Tests an Affen oder sogar Menschen sind ethisch in keiner Weise zu rechtfertigen«, sagte Regierungssprecher Steffen Seibert. Der Bundesverkehrsminister Christian Schmidt (CSU) hatte »keinerlei Verständnis für solche Tests zum Schaden von ... Menschen«. Die Umweltministerin sprach von »dreisten und unseriösen Methoden«, die Bundeswirtschaftsministerin erklärte, es gebe klare ethische Grenzen, die nicht überschritten werden dürften. Der niedersächsische Ministerpräsident nannte die Tests »absurd und widerlich«. Was war geschehen?

Geschehen war, was seit Jahrzehnten in der Bundesrepublik gängige Praxis in der Arbeitsmedizin-Forschung ist: dass nämlich Menschen in Simulationskammern bestimmten Schadstoffen ausgesetzt werden, damit anschließend die Folgen untersucht werden können. Niemand in der Öffentlichkeit hatte je an solchen Untersuchungen Kritik geübt.

Jetzt ging es um eine experimentelle Studie im Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der RWTH Aachen, bei der 25 gesunde junge Menschen in einer Arbeitsplatz-Simulationsanlage von 41m² einmal wöchentlich für drei Stunden einer Exposition von Stickstoffdioxid ausgesetzt wurden. Die Versuchsteilnehmer bekamen 100 Euro pro Tag. Anschließend wurden ihr Blut, Schleim und Nasensekret untersucht.¹

Auftraggeber der Studie war die *Europäische Forschungsvereinigung für Umwelt und Gesundheit im Transportsektor* (EUGT), eine Lobbyorganisation der Autoindustrie, die 2007 gegründet wurde und sich im Sommer 2017 auflöste.² Auch die EUGT war zuvor schon bekannt, und vor allem war bekannt, dass einige Arbeitsmedizinprofessoren im Beirat dieser Organisation saßen. Geschäftsführer der Organisation war Michael Spallek, langjähriger Betriebsarzt bei VW. Das Volkswagenwerk trug seine Lohnkosten. Als habilitierter Privatdozent der Frankfurter Goethe-Universität hat er direkten Kontakt zu Forschung und Lehre.³ Mit dem Direktor des Frankfurter Instituts für Arbeitsmedizin publiziert Spallek seit 2008. Als jener nach Frankfurt berufen wurde,



zitierte die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* den »neuen Star« mit den Worten, die Luft in Frankfurt sei so sauber wie lange nicht mehr.⁴

Es war ein US-amerikanischer Zeitungsartikel, der den jetzigen Hype bewirkte. Er verwies auf Affenversuche in den USA im Auftrag der EUGT. In der Folge wurden die Aachener Simulationsversuche bekannt, die bereits im Sommer 2017 veröffentlicht worden waren.⁵ Offensichtlich verfügen die Amerikaner über mehr Potenzen, Skandale öffentlich zu machen, als wir. Denn auch der Abgasbetrug wurde ja in den USA entdeckt.

■ Anhörung im Bundestag und Aktuelle Stunde

Am 2. Februar 2018 fand im Bundestag auf Antrag von Bündnis 90/Die Grünen eine Aktuelle Stunde statt zu den Abgasversuchen. Oliver Krischer, stellvertretender Fraktionsvorsitzender der Grünen, kritisierte, Prof. Dr. Helmut Greim, inzwischen 82 Jahre alt, Vorsitzender des EUGT-Beirats und Toxikologe, habe die Stickoxide als nicht gefährlich deklariert. Christian Schmidt (CSU), der geschäftsführende Verkehrsminister, sprach von einem inakzeptablen Skandal, denn die Tests seien allein zu Zwecken der Reinwaschung von Dieselmotoren durchgeführt worden, wofür ihm jedes Verständnis fehle. Er griff seinen Vorredner an und nahm Bezug auf einen Untersuchungsausschuss, der anderthalb Jahre zuvor stattgefunden hatte: »Wo war die Opposition im Untersuchungsausschuss gewesen? Weshalb haben Sie vor eineinhalb Jahren nichts gesagt? Sie, Herr Krischer, waren Obmann im Untersuchungsausschuss.« Denn es wurde deutlich – auch durch Kirsten Lüthmann (SPD), Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur –, dass in dem Untersuchungsausschuss anderthalb Jahre zuvor Helmut Greim angehört wurde und von Tierversuchen und Menschenversuchen berichtet hatte. Die SPD-Abgeordnete hatte ein Problem damit, seinerzeit nicht nachgefragt oder interveniert zu haben – jetzt aber die Sache

zu skandalisieren. Auch der CSU-Abgeordnete Steffen Bilger, ebenfalls Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur, sagte: »Was wir wissen, entspricht nicht ethischen und moralischen Kriterien.« Die Abgeordnete der Linken gab zu, dass man über einen Skandal rede, der seit drei Jahren bestünde. Nur die FDP-Abgeordnete exkulperte die RWTH ebenso wie der Abgeordnete der AfD, der sagte, dass die RWTH gegen kein geltendes Recht verstoßen habe. Alle anderen Abgeordneten hatten das Problem, dass sie jetzt einen Sachverhalt skandalisierten, den sie einige Zeit zuvor akzeptiert hatten.

Denn noch nie hatte die Politik Anstoß daran genommen, dass Menschen in Simulationskammern schädlichen Expositionen ausgesetzt würden. 1980 legte die *Deutsche Forschungsgemeinschaft* (DFG) im Auftrag des Bundesministers für Forschung und Technologie eine »Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin« vor.⁶ Bundesminister für Forschung und Technologie war seit 1974 Hans Matthöfer (1925-2009), der ein Forschungsprogramm zur Humanisierung des Arbeitslebens ersann und dazu eine Bestandsaufnahme zu den vorhandenen Forschungskapazitäten anforderte. Dieses Forschungsprogramm sollte vor allem auch Wissenschaftler der Sozialwissenschaften in die Forschungsarbeiten zur Humanisierung der Arbeit einbeziehen.⁷ Denn im Ergebnis erbrachte die DFG-Denkschrift eine labormäßige, apparateintensive und experimentelle Forschungsrichtung in den Instituten der Arbeitsmedizin. So wurde deutlich, dass es mindestens 20 Simulationskammern gab: Klimakammern, Schallschutzkammern (u.a. für experimentelle Schichtarbeit), Ganzkörper-Vibrationsanlagen, Expositions-kammern (für Schadstoffbelastungen) oder eine Unterdruckkammer.⁸

Diese Denkschrift blieb nicht unkritisiert – aber der Kreis der Kritiker war äußerst gering, und unter ihm waren nur vier Ärzte.⁹ Niemand von Politik oder Presse fragte nach, was in diesen Kammern passierte. Sie interessierten sich auch nicht dafür, als in den folgenden Jahren Menschen Lösemitteldämpfen in Simulationskammern ausgesetzt wurden – zum Beispiel in Gießen oder Hannover.¹⁰ Im ersten Fall wurden sieben Probanden in einer Versuchskammer insgesamt acht Stunden lang einer Exposition ausgesetzt, und im zweiten Fall wurden 16 männliche Probanden jeweils zweimal vier Stunden lang gegenüber verschiedenen Konzentrationen des Lösemittels exponiert.

■ Das Experiment ist in der Medizin immer noch die Methode der Wahl

Dass auch die Ethikkommission der RWTH die Stickstoffdioxid-Experimente an den Probanden befürwortete, liegt daran, dass das Experiment nach wie vor in der Medizin die Methode der Wahl ist. Denn Medizin ist vor allem dazu da, Krankheiten zu heilen. Es geht in der medizinischen Forschung darum, neue Heilverfahren zu entwickeln. Die müssen erprobt werden: zunächst am Tier. Einem Tier wird eine bestimmte Schädigung zugefügt, und dann wird im Experiment überprüft, ob das neue Heilmittel die Schädigung bekämpft. Von der medizinischen Forschung, die auf neue Heilverfahren orientiert, wurde die experimentelle Situation dann auf die Arbeitsmedizin übertragen.

50 Prozent der medizinischen Doktorarbeiten sind experi-

mentelle. Eigentlich haben nur experimentelle Arbeiten die Chance, mit einer Bestnote («magna» oder «summa cum laude») bewertet zu werden.¹¹ Alle methodischen Forschungsansätze, die nicht experimenteller Art sind, gelten in der Medizin als suspekt. Vermutet wird oft, dass gerade in der experimentellen Situation die Objektivität gewahrt werde. Doch eine experimentelle Situation widerspiegelt niemals die Alltagssituation, unter der Menschen leben und arbeiten. Sie reduziert zwar die Komplexität, möglicherweise aber in nicht akzeptabler Weise. Die Probanden in der Aachener Simulationskammer waren jung und gesund und widerstandsfähig; sie konnten in der Kammer lesen oder Gesellschaftsspiele machen. In der wirklichen Arbeitswelt sitzt aber niemand ruhig da und liest oder spielt, sondern er hetzt, arbeitet vielleicht im Akkord; er ist vielleicht auch nicht jung und widerstandsfähig. Die experimentelle Anordnung verändert stets die Umwelt, die sie zu erforschen meint.

So bleibt zu hoffen, dass das Experiment aus der Arbeitsmedizin nun allmählich verschwindet. Politik und Presse sollten wachsam bleiben und öfter nachfragen.

Prof. Dr. med. Gine Elsner, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Diplomsoziologin, war bis 2009 Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin, Fachbereich Medizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main.



- 1 Hessischer Rundfunk (HR), Hörfunk »Der Tag« vom 31. Januar 2018; »Aachener Student: So war es im Abgastest«, in: *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* vom 3. Februar 2018
- 2 Dohmen, F. u. a.: »Zum Affen gemacht«, in: *Der Spiegel* Nr. 6/2018, S. 60-63
- 3 »Arbeitsmedizin an den Hochschulen Deutschlands 2018«, in: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 53/2018, S. 660
- 4 »Mann der millionenfachen Messwerte«, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 2. Februar 2011
- 5 Brandt, P. /Bertram, J. /Chaker, A. /Jörres, R. A. /Kronseider, A. /Kraus, T. /Gube, M.: »Biological effects of inhaled nitrogen dioxide in healthy human subjects (Biologische Effekte von inhaliertem Stickstoffdioxid bei gesunden menschlichen Subjekten)«, in: *International Archives of Occupational and Environmental Health* 89/2017, S. 1017-1024
- 6 DFG: »Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland«, Boppard 1980
- 7 Matthöfer, H.: »Humanisierung der Arbeit und Produktivität in der Industriegesellschaft«, Köln/Frankfurt am Main 1977, S. 177
- 8 DFG-Denkschrift, a.a.O., S. 39
- 9 Elsner, G. /Hauss, F. /Karmaus, W. /Müller, R.: »Arbeitsmedizin und Ergonomie in der BRD – Stellungnahme zu einer Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft«, in: *Argument-Sonderband* 73, Berlin (West) 1981, S. 167-178; Abholz, H.-H. u. a.: »Von den Grenzen der Ergonomie und den Möglichkeiten der Arbeitswissenschaft«, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 35 (7 NF) 1981, S. 193-199
- 10 Knecht, U. /Ulzhöfer, A.: »Bio-Monitoring nach iso-Propylbenzol-Einwirkung«, in: »Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin«, Fulda 1996, S. 225-227; Bader, M. /Rosenberger, W. /Wrbitzky, R. /Blaszekwicz, M. /van Thriel, C.: »Experimentelle Studie zur Untersuchung der inneren Belastung mit N-Methyl-2-pyrrolidon (NMP) nach inhalativer und dermalen Exposition«, in: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 41/2006, S. 105
- 11 Siehe dazu Elsner, G.: »Konstitution und Krankheit. Der Arbeitsmediziner Helmut Valentin (1919-2008) und die Erlanger Schule«, Hamburg 2011, S. 119-124



Am 7. Juni 2018 ist unser langjähriger Freund und
Mitreiter

Tigris Seyfarth

nach langer Krankheit eingeschlafen.

Wir werden unseren liebenswerten, lebenslustigen
Querdenker in lebendiger Erinnerung behalten.

Ali Hans Albert, Willi Baldauf, Sibylle von Bibra, Wulf Dietrich, Ursel und Hansjörg Ebell
Joachim Engel, Rosi und Hermann Gloning, Margret und Justus von Gosen
Jürgen Gröbner, Lisa und Hans Grundhuber, Helga Haisch, Clarissa und Claus Herdeis
Traudl und Helmut Hitz, Franz Knoll und Gerda Wastian, Karl Neufeld, Ingeborg Oster
Claudia Ritter-Rupp, Christa Scholtissek, Regine und Peter Scholze, Gerhard Schwarzkopf
Ingrid Seyfarth-Metzger, Margret und Günther Sothmann, Milka Tisma, Günter Wangerin

Dieselmotoremissionen und das Versagen der deutschen Arbeitsmedizin

Teil 1: DME am Arbeitsplatz – von Wolfgang Hien

Dieselmotoremissionen (DME) enthalten gesundheitsschädliche und krebserzeugende Stoffe. Die krebserzeugende Wirkung wurde in großen epidemiologischen Studien vielfach belegt. Die Internationale Agentur für Krebsforschung hat deshalb DME als eindeutig krebserzeugend eingestuft. Für solche Stoffe und Stoffgruppen kann kein medizinisch begründbarer Schwellen- oder Grenzwert angegeben werden. Doch es gibt einen deutschen Sonderweg: Hierzulande werden DME als bedingt krebserzeugend betrachtet, genauer: Es wird ein Schwellenwert angenommen. In Deutschland sind auf Betreiben der Auto-Lobby alle maßgeblichen Gremien übereingekommen, epidemiologischen Studienergebnissen nicht die Bedeutung zuzumessen, die ihnen gebührt. Die deutsche Arbeitsmedizin spielt dabei eine entscheidende Rolle. Im ersten Teil des vorliegenden Aufsatzes wird die Arbeitsschutz-Seite des DME-Problems dargestellt. Im nächsten Heft wird in einem zweiten Teil auf die Umweltschutz-Seite eingegangen. Bemerkenswert ist, dass auch hier sich die Arbeitsmedizin dazu aufschwingt, die maßgebliche Expertise zur Gesundheit von Kindern und Alten in den Städten zu besitzen.

■ Einleitung

Dieselmotoren haben eine lange Geschichte. Sie wurden schon in der Weimarer Zeit in Serien gefertigt und vor allem in LKWs und Großfahrzeugen eingesetzt. Ende der 1930er Jahre liefen die ersten mit Diesel angetriebenen PKW vom Band, ein Trend, der sich in den 1960er Jahren rasant verstärkte. Dieselmotoren sind sowohl im Kraftstoffverbrauch als auch im Wirkungsgrad günstiger als Benzinmotoren. Da Diesel auch weniger CO₂ ausstößt, wurde er als »umweltfreundlich« eingestuft und schließlich auch steuerlich begünstigt. Dass Dieselmotoren deutlich mehr Rußpartikel, Feinststäube und NO₂ emittieren als Benzinmotoren, war zwar den Fachleuten bekannt, blieb jedoch erst einmal lange Jahre unthematisiert. An industriellen und handwerklichen Arbeitsplätzen dominierte »der Diesel«: LKWs, Gabelstapler, Fahrzeuge und Motoren in der Baubranche. Millionen von Arbeitern – und in manchen Warenabfertigungen und Lagerbereichen auch Arbeiterinnen – sind seit Jahrzehnten gegenüber hohen DME-Konzentrationen exponiert.

■ Die kanzerogene Wirkung von DME seit langem bekannt

In den 1980er Jahren wurden weltweit mehrere epidemiologische Studien zu Lastwagenfahrern und anderen gegenüber DME exponierten Berufsgruppen durchgeführt (DFG 2008). Einige Studien zeigten ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko, in einer besonders sorgfältig angelegten Untersuchung, in der für Rauchen adjustiert wurde, ließ sich ein signifikantes Risiko nachweisen (Garshick et al. 1987). Die krebserzeugende Wir-

kung konnte im Düsseldorfer Hygiene-Institut – dessen Leitung in den 1980er Jahren Prof. Friedrich Pott innehatte – in Versuchen mit Ratten ebenfalls eindeutig nachgewiesen werden (Pott/Heinrich 1988). Sowohl aus toxikologischer wie aus epidemiologischer Sicht sollten DME fortan als krebserzeugend für den Menschen angesehen werden. Bereits 1987 wurden DME von der Senatskommission der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe – eine Kommission, welche Stoffe einstuft und Maximale Arbeitsplatz-Konzentration-Werte (MAK) aufstellt – in die Liste der wahrscheinlich krebserzeugenden Stoffe eingeordnet (DFG 2008). Rußpartikel bzw. Fein- und Feinststäube in DME bestehen neben elementarem Kohlenstoff zu einem relevanten Teil aus Polyzyklischen Aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAK), einer Stoffklasse, die hochpotente Kanzerogene enthält. Insofern war es folgerichtig, dass bei DME eine lineare Dosis-Wirkungs-Beziehung angenommen wurde, die einen sicheren und medizinisch begründbaren Grenzwert ausschloss. Aus den Düsseldorfer Versuchen ließ sich errechnen, dass eine Konzentration von DME, berechnet als elementarer Kohlenstoff, in der Höhe von 1 mg/m³ eine zusätzliche Krebsinzidenz von 1:1000 erzeugt. An vielen Arbeitsplätzen lag die Konzentration höher, d.h. Maßnahmen waren dringend angezeigt. Nachdem DME als wahrscheinlich krebserzeugend eingestuft war, griff die gesetzlich zwingende Forderung nach Minimierung der Exposition. 1992 wurde eine Technische Richtkonzentration (TRK) von 0,2 mg/m³ festgelegt; 1997 wurde dieser Wert auf 0,1 mg/m³ abgesenkt. Ein TRK ist kein medizinisch begründeter Grenzwert, sondern eine Orientierungsgröße, die zugleich den Arbeitgeber zu weiteren Minimierungen zwingt. Gleichwohl wurde der TRK-Wert in vielen

Bereichen überschritten (Mattenklott et al. 2002); ernsthafte staatliche oder berufsgenossenschaftliche Kontrollen fehlten.

Dafür sorgte der lange Arm der Autoindustrie. Zugleich zweigte die Autoindustrie riesige Mittel ab, um sowohl Universitätsinstitute als auch private Institute mit »Gegenstudien« zu beauftragen, welche die Harmlosigkeit der DME »beweisen« sollten; zumindest war angesagt, die Ernsthaftigkeit der toxikologischen und epidemiologischen Erkenntnisse durch eine Propaganda des methodischen Zweifels zu zersetzen. Die Qualität dieser Angriffe war zuweilen hanebüchen und jeder wissenschaftlichen Auseinandersetzung unwürdig. Der Autor dieser Zeilen war zugegen, als 1990 anlässlich einer Tagung des *Vereins Deutscher Ingenieure* (VDI) Prof. Pott von anderen, industriehörigen Professoren als »Schwarzmalerei« abqualifiziert und als »Arbeitsplatzvernichter« beschimpft wurde. Der Autoindustrie gelang es, entscheidende Maßnahmen um fast zwei Jahrzehnte zu verzögern. Zwar trat schon 1993 eine verbindliche *Technische Regel zu Schutzmaßnahmen gegenüber Abgasen aus Dieselmotoren in Kraft* (TRGS 554), die 2008 deutlich verschärft wurde. 2005 war – inzwischen lag die Grenzwertsetzung beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und faktisch beim *Ausschuss für Gefahrstoffe* (AGS), welche das BMAS berät – der TRK-Wert aufgehoben worden. Dies bedeutete: Arbeitgeber wurden verpflichtet, umfassende Maßnahmen zur Minimierung der DME zu ergreifen, wobei nun in der TRGS sehr detaillierte Angaben gemacht werden. So müssen beispielsweise LKWs beim Ent- und Beladen mit DME-Aufsteck-Partikel-Filter ausgestattet sein, beim Einfahren von LKWs und Flurförderzeugen müssen Absaugstutzen am Auspuff angebracht werden, und es ist für räumliche Trennung von Ladebereichen und Produktions- oder Lagerhallen zu sorgen. Ist anzunehmen, dass dennoch bestimmte Arbeiter oder Arbeiterinnen einer Konzentration von mehr als $0,1 \text{ mg/m}^3$ ausgesetzt sind, müssen sie arbeitsmedizinisch beraten werden, wozu die Aufklärung über Gesundheitsgefahren und Schutzmaßnahmen gehört.



■ Stickstoffdioxid: Ein hochproblematischer Stoff

Ein weiterer, aus medizinischer Sicht sehr problematischer Bestandteil von DME sind Stickoxide, insbesondere Stickstoffdioxid (NO_2). Obwohl seit über 100 Jahren bekannt ist, dass NO_2 – aufgrund seiner in wässriger Phase erfolgenden Umsetzung zu Salpetersäure – äußerst lungenschädigend ist, ließ eine ernsthafte toxikologische und arbeitsmedizinische Auseinandersetzung mit NO_2 lange auf sich warten. Jahrzehntlang galt ein MAK-Wert von $9,5 \text{ mg/m}^3$, eine Konzentration, bei der es schon akut zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt (DFG 2010). Auch war seit den 1970er Jahren bekannt, dass Stickoxide in wässriger Phase mit Aminen reagieren und sich zu den extrem kanzerogenen Nitrosaminen umsetzen können. In den 1980er Jahren gab es zunehmend epidemiologische Berichte über die krebs-erzeugende Wirkung von DME, wobei auch explizit NO_2 als möglicher Verursacher genannt wurde. 2001 wurde der MAK-Wert ausgesetzt, 2003 stufte die MAK-Kommission NO_2 als wahrscheinlich krebs-erzeugend ein, 2010 wurde ein neuer MAK-Wert von $0,95 \text{ mg/m}^3$ eingesetzt – das ist 1/10 des bisherigen Wertes. Mittlerweile haben sich die epidemiologischen Methoden verfeinert, und es wurde möglich, auf NO_2 -Exposition ausgerichtete Studien durchzu-

führen und in großen weltweiten Meta-Analysen auszuwerten.

Auch für NO_2 kann aus epidemiologischer Sicht kein medizinisch begründbarer Grenzwert angegeben werden. Es gibt für Lungenkrebs eine lineare Dosis-Wirkungs-Beziehung, die – epidemiologisch formuliert – »durch den Nullpunkt geht« (Hamra et al. 2015). Seit den 1970er Jahren wird ein weiterer chemisch und toxikologisch bedeutsamer Zusammenhang des DME-Chemismus diskutiert: NO_2 setzt sich mit PAK zu Nitro-Aromaten um, die durch körpereigene Reduktasen zu aromatischen Aminen umgesetzt werden. Aromatische Amine erzeugen Harnblasenkrebs. Auch für PAK selbst ist inzwischen ein Blasenkrebsrisiko nachgewiesen. Schon in den 1980er Jahren berichteten epidemiologische Studien über signifikant erhöhte Risiken bei LKW-Fahrern. In einer groß angelegten Fall-Kontroll-Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg zeigten LKW-Fahrer ein fast zweifach und Lokomotiv-Führer sogar ein dreifach erhöhtes Risiko (Claude/Frentzel-Beyme/Kunze 1988). Auch Bergleute und Tunnelarbeiter, die unter Tage bis zur Jahrtausendwende wegen dieselbetriebener Maschinen besonders hohen Konzentrationen ausgesetzt waren, hatten ein erhöhtes Blasenkrebsrisiko. Diese Befunde wiederholten sich seither in vielen weiteren Studien. Eine große kanadische Studie konnte diese

Ergebnisse vor einigen Jahren, insbesondere für eine mehr als 10-jährige DME-Exposition, gut reproduzieren (Latifovic et al. 2015). Auch Taxifahrer*innen wiesen ein erhöhtes Blasenkrebsrisiko auf.

■ Die Epidemiologie zu DME und die deutsche »Interpretation«

In den 1990er Jahren bildeten sich in den USA zwei aus dem *National Cancer Institute* (NCI) und dem *National Institut für Occupational Safety and Health* (NIOSH) gespeiste Forschungsgruppen, die der Frage der krebserzeugenden Wirkung von DME nachgehen sollten. In neun Nicht-Kohle-Bergwerken wurde eine Gesamtkohorte von mehr als 12.000 Bergarbeitern zusammengestellt, deren Arbeitsplätze seit den 1980er Jahren messtechnisch sehr genau erfasst wurden. Die Studien wurden mit überaus großem Aufwand und einer großen methodischen Strenge durchgeführt, denn es war klar, dass die Ergebnisse ein Politikum sein würden. Ende der 1990er Jahre lagen die Ergebnisse vor. US-amerikanische Industrieverbände blockierten mittels gerichtlichen Unterlassungsklagen mehr als ein Jahrzehnt die Publikation der Ergebnisse. Erst 2012 konnten die nationalen Forschungsbehörden eine Freigabe – eine Veröffentlichung im *Journal of the National Cancer Institute* – durchsetzen. In der Kohortenstudie (Attfield et al. 2012) waren Lungenerkrankungen um das mehr als 6-fache erhöht, das relative Risiko für Lungenkrebs wies mit $RR = 1,26$ ein signifikant erhöhtes Maß auf. Das Interessante: Mit zunehmender Expositionsdauer stieg das relative Lungenkrebsrisiko auf das 5-fache an. Eine eingebettete Fall-Kontroll-Studie (Silverman et al. 2012), welche verschiedenen Expositionsfaktoren noch genauer nachgehen und für konfundierende Faktoren adjustieren konnte – Alter, »Rasse«, Vorerkrankungen, Raucherstatus usw. –, konnte die in der Kohortenstudie gesehene Ergebnisse voll bestätigen. Die Confounders änderten nichts an dem höchst besorgniserregenden Befund. Erwartungsgemäß zeigten sich für stark rauchende Bergarbeiter exorbitante Risiken von $RR > 20$.

Die Berichte der Forschungsgruppen sind sehr differenziert, und es werden auch methodische Probleme und die in sehr hohen Expositionshöhen teilweise inkonsistenten Befunde diskutiert. Eine gesundheitlich unbedenkliche DME-Konzentration konnte nicht angegeben werden. Diese US-amerikanische Großstudie ist zweifelsohne die umfassendste, die bisher je zu DME durchgeführt wurde. Die *Internationale Krebsforschungsagentur* (IARC), das für Krebsgefahren maßgebliche Institut der Weltgesundheitsorganisation in Lyon, stufte DME im gleichen Jahr – 2012 – als eindeutig beim Menschen krebserzeugende Stoffgruppe ein.

Das Erstaunliche: Nicht nur die internationale Autoindustrie, sondern auch deutsche Behörden – allen voran die *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* (BAuA), namentlich einer ihrer wissenschaftlichen Direktoren, Dr. Matthias Möhner – gingen in die Konfrontation mit dem IARC. Möhner/Wendt (2017) wendeten erhebliche Teile ihrer aus Steuermitteln bezahlten Arbeitszeit dafür auf, sämtliche epidemiologischen Studien, doch insbesondere die zitierte US-amerikanische Großstudie, auf mögliche methodische Schwachstellen zu durchforsten. Epidemiologische Studien

sind nur »quasi-experimentelle Studien« (Frentzel-Beyme) und können nie die Exaktheit streng kontrollierter toxikologischer Studien erreichen. Dennoch sind sie Studien, die nah am Menschen und daher von besonderer präventiver Bedeutung sind. Die Experten der deutschen Behörde maßen sich nun an, die Forschungsgruppen des NCI und der NIOSH eines methodischen Dilettantismus zu bezichtigen. Das ist neu und zeugt angesichts des Standes der epidemiologischen Arbeitsforschung in Deutschland – von annähernd ähnlich umfassenden Studien der BAuA können wir nur träumen – von einer hochnotpeinlichen Überheblichkeit. Inzwischen hat sich Herr Möhner auch zu umweltmedizinischen Fragen der DME geäußert – davon soll im zweiten Teil des hier vorgelegten Artikels (in Heft 3 von GbP) die Rede sein. Festzuhalten ist, dass die industriehörigen deutschen Experten seit Jahren versuchen, die kanzerogene Wirkung von DME kleinzureden und eine grundsätzliche Auseinandersetzung um DME zu hintertreiben.

■ Ein deutscher DME-Grenzwert und die Lobby-Hintergründe

Im Juli 2017 wartete das BMAS mit einem vom AGS jahrelang diskutierten und nunmehr verabschiedeten Arbeitsplatz-Grenzwert (AGW) auf: $0,05 \text{ mg/m}_3$ bzw. 50 Mikrogramm/ m_3 . Unterhalb dessen sei eine krebserzeugende Wirkung auszuschließen. Die neue Dieselmotor-Generation unterschreite ohnehin diesen Wert, sodass man recht eigentlich auf der sicheren Seite sei – ein Argument, das mit der Realität der Arbeitsplätze, an denen noch lange durchaus betagte Fahrzeuge eingesetzt werden, nur wenig zu tun hat.

Das Begründungspapier zum neuen Grenzwert (AGS 2017) umfasst 82 Seiten. Im Kern reduziert sich die Abhandlung auf folgendes Argument: »Der kritische Effekt ist eine partikelbedingte chronifizierte Entzündung in der Lunge. Bei Vermeidung dieser chronifizierten Entzündung wird angenommen, dass kein zusätzliches Krebsrisiko durch Dieselruß gegeben ist. Für dieses vorherrschende Wirkprinzip der Lungentumor-entstehung wird eine Schwellenwirkung (chronische partikelbedingte Entzündung) als am wahrscheinlichsten erachtet und ein AGW für Dieselruß, als EC, abgeleitet« (S. 2). Die





internationale Studienlage wird ignoriert, und diese Ignoranz wird behördlicherseits auch noch legitimiert. Hier generiert sich eine vom internationalen Forschungsstand abgekoppelte Arbeitsmedizin, eine »deutsche« Wissenschaft und »deutsche« Praxis, die den kritischen Beobachter nur mit Scham erfüllen kann. Im Wesentlichen sind es, neben dem schon zitierten Dr. Matthias Möhner, der Statistiker Dr. Peter Morfeld und die Arbeitsmediziner Dr. David Groneberg und Dr. Michael Spallek, die zu den Verharmlosern zu zählen sind. Spallek war bis vor kurzem Werksarzt bei VW, Groneberg ist Professor für Arbeitsmedizin an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Groneberg, Morfeld und Spallek waren auch in der *Europäischen Forschungsvereinigung für Umwelt und Gesundheit im Transportsektor* (EUGT), die 2017 als eindeutige Lobby der Autoindustrie in die Schlagzeilen geriet und inzwischen aufgelöst wurde. Die EUGT hat verschiedene Studien finanziert, deren Zielsetzung von vornherein feststand: Die deutsche Verharmlosungspolitik zumindest auf europäischer Ebene voranzutreiben und in möglichst vielen Punkten zu verankern. Unter anderem wurde an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen eine Kurzzeitstudie zu NO₂ durchgeführt. Nach drei Stunden Exposition – wobei die höchste Exposition in diesem Versuch

das Dreifache des gegenwärtig gültigen AGW-Wertes betrug – wurden bei den 25 gesunden Probanden keine Schädigungen entdeckt (EUGT 2017, S. 17). Was für eine Merkwürdigkeit, wenn man bedenkt, dass Tausende in der Arbeitswelt jahrzehntelang einer wesentlich höheren Dauerexposition ausgesetzt waren.

Doch auch nach der Auflösung des EUGT drängt sich der Eindruck auf, dass sich die Interessen der Autoindustrie weiter Raum schaffen. Nachdem Dr. Spalleks Vortrag bei der im März 2018 in München stattgefundenen Jahrestagung der *Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin* (DGAUM) kurzfristig abgesagt wurde, sprang Dr. Dirk Pallapies, Arbeitsmediziner am berufsgenossenschaftlichen Institut für Prävention und Arbeitsmedizin an der Ruhr-Universität in Bochum ein. Er vertrat die gleichen Ansichten wie die EUGT: DME-Wirkungen basieren auf Entzündungen und haben daher einen medizinisch begründbaren Schwellenwert; epidemiologische Studien seien nicht für die Abschätzung einer Expositions-Wirkungs-Beziehung geeignet (DGAUM 2018, S. 44). Im Vorfeld der DGAUM gab es Äußerungen verschiedener Arbeitsmediziner, die hinsichtlich der umweltmedizinischen Debatte epidemiologische Daten generalisierend als »theoretische Modelle ohne jede praktische Relevanz« abqualifizierten – darauf wird im zweiten Teil dieses Aufsatzes näher einzugehen sein. Kritische Stimmen aus den Reihen der Arbeitsmedizin sind selten zu hören, hinter vorgehaltener Hand gibt man zu bedenken, dass es risikoreich sei, sich »gegen die Mächtigen der Branche« zu Wort zu melden.

Es steht schlecht um die deutsche Arbeitsmedizin, wenn die Standortdebatte und die Angst, als Arbeitsplatzvernichter dazustehen, unabhängige Wissenschaft und arbeitsmedizinische Verantwortung in den Hintergrund drängen.

Wolfgang Hien ist Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler, Medizinsoziologe, Biographieforscher, Lehrbeauftragter der Universität Bremen im Studiengang Public Health.

Literatur

AGS (Ausschuss für Gefahrstoffe) (2017): »Begründung zum AGW für Dieselmotor-

emissionen«, in: <https://www.baua.de/DE/>

Attfield, M.D. et al.: »The Diesel Exhaust in Miners Study: A Cohort Mortality Study with Emphasis on Lung Cancer«, in: *Journal of the National Cancer Institute*, Band 104, Heft 11/2012, S. 869-883

Claude, J.C. / Frentzel-Beyme, R.R. / Kunze, E.: »Occupation and Risk of Cancer of the Lower Urinary Tract among Men. A Case-Control Study«, in: *International Journal of Cancer*, Band 41, Heft 3/1988, S. 371-379

Deutsche Forschungsgemeinschaft: »Toxikologisch-arbeitsmedizinische Begründungen der Maximalen Arbeitsplatzkonzentrationen«, 45. Lieferung, Dieselmotor-Emissionen, Weinheim 2008

Deutsche Forschungsgemeinschaft: »Toxikologisch-arbeitsmedizinische Begründungen der Maximalen Arbeitsplatzkonzentrationen«, 49. Lieferung, Stickstoffdioxid, Weinheim 2010

DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin): »Abstracts«, 2018, in: https://www.dgaum.de/fileadmin/PDF/Jahrestagungen/2018/DGAUM_2018_final_23.02.2018.pdf

EUGT (Europäische Forschungsvereinigung für Umwelt und Gesundheit im Transportsektor e.V.): »Bericht 2012-2015«, Berlin 2017, Eigendruck (wurde aus dem Internet herausgenommen)

Garshick, E. et al.: »A Case-Control Study of Lung Cancer and Diesel Exhaust Exposure in Railroad Workers«, in: *American Review of Respiratory Diseases*, Band 135, Heft 6/1987, S. 1242-1248

Hamra, G.B. et al.: »Lung Cancer and Exposure to Nitrogen Dioxide and Traffic: A Systematic Review and Meta-Analysis«, in: *Environmental Health Perspectives*, Band 123, Heft 11/2015, S. 1107-1112

Latifovic, L. et al.: »Bladder Cancer and Occupational Exposure to Diesel and Gasoline Engine Emissions among Canadian Men«, in: *Cancer Medicine*, Band 4, Heft 12/2015, S. 1948-1962

Mattenklotz, M. et al.: »Dieselmotoremissionen am Arbeitsplatz«, in: *Gefahrstoffe – Staub, Reinhaltung der Luft*, Band 62, Heft 1-2/2002, S. 13-23

Möhner, M. / Wendt, A.: »A Critical Review of the Relationship between Occupational Exposure to Diesel Emissions and Lung Cancer Risk«, in: *Critical Reviews in Toxicology*, Band 47, Heft 3/2017, S. 185-224

Pott, F. / Heinrich, U.: »Neue Erkenntnisse über die krebserzeugende Wirkung von Dieselmotorgasen«, in: *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete*, Band 34, Heft 12/1988, S. 686-689

Silverman, D.T. et al.: »The Diesel Exhaust in Miners Study: A Nested Case-Control Study of Lung Cancer and Diesel Exhaust«, in: *Journal of the National Cancer Institute*, Band 104, Heft 11/2012, S. 855-868

Hygiene im Krankenhaus

Wilfried Schneider über Theorie und Praxis unter den aktuellen ökonomischen Bedingungen

Wilfried Schneider zeigt, dass Hygienemaßnahmen im Krankenhaus dem Schutz der Patient*innen und der Beschäftigten dienen. Je größer aber der ökonomische Druck ist, umso größer ist der Zeitdruck für die Beschäftigten, die deshalb notwendige Hygienestandards oft nicht mehr einhalten können. Hygiene kostet Zeit und Geld – so das Fazit. Würde man beides investieren, könnte man Leben retten und Schaden von Patient*innen und Beschäftigten abwenden.

Hygiene im Krankenhaus dient dem Ziel, Erregerübertragungen zu verhindern. Dabei sollen einerseits die Beschäftigten – Arbeitsschutz – und andererseits Patienten und ihre Angehörigen – Schutz vor nosokomialen Infektionen – vor Besiedelung/Infektion geschützt werden. Dies wird im Wesentlichen durch Barrieremaßnahmen und Desinfektion erreicht. Als Barrieremaßnahmen stehen vor allem das Anlegen von Augen-, Mund- und Nasenschutz, Schutzkleidung und Handschuhen zur Verfügung. Desinfektionsmaßnahmen beziehen sich auf die Händedesinfektion der Beschäftigten und die Desinfektion von Flächen und Gegenständen in der Umgebung der Patienten. Oft dienen die angewandten Maßnahmen sowohl dem Beschäftigten- als auch dem Patientenschutz. Natürlicherweise sind aufgrund ihrer in-

takten Immunität die Beschäftigten deutlich geringer gefährdet.

Daher kommt der Arbeitsschutz besonders bei hochinfektiösen und/oder sehr schwerwiegenden Erkrankungen zum Tragen. Bei einigen – HIV, HCV, HBV – kann alleine durch das Tragen von Handschuhen bei Kontakt mit Körpersekreten von Patienten eine Übertragung verhindert werden. Oft wird diese Maßnahme von Beschäftigten auch befolgt. Wenn nicht, liegt es aber fast nie am Arbeitsdruck, sondern hat andere Gründe, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll. Bei hochinfektiösen Erkrankungen wie Ebola und SARS, die auch medial viel Aufmerksamkeit erzeugen, wird teilweise ein gigantischer Aufwand für den Arbeitsschutz betrieben. Ganzkörper-schutzanzüge, an- und abgelegt in eigenen Schleusen und nur für jeweils

vier Stunden Arbeitszeit und Einrichtung einer eigenen Personalstruktur von pflegerischen und ärztlichen Beschäftigten zur Versorgung eines Patienten sind Elemente, die bei der Versorgung eines Ebola-Patienten im Frankfurter Universitätsklinikum angewandt wurden. Dass dabei ein immenser Müllberg entstand und dies nicht die Lösung für eine Ebola-Epidemie sein kann, sei nur am Rande erwähnt.

Häufiger Gegenstand des öffentlichen Interesses sind allerdings Anhäufungen von nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern, und zwar besonders auf Intensivstationen und mit multiresistenten Erregern. Nach verschiedenen Angaben ist dabei von zwischen 400.000 und 600.000 Fällen jährlich auszugehen, von denen 80.000 bis 180.000 nach Expertenmeinungen als potentiell vermeidbar gelten. Diese vermeidbaren Infektionen führen zu 1.500 bis 4.500 vermutlich vermeidbaren Todesfällen.

Da Ausbrüche von Serien nosokomialer Infektionen für Krankenhäuser eine mediale und ökonomische Katastrophe sind, gibt es zahlreiche Maßnahmen, diese zu vermeiden. Als Erstes ist die Erstellung von Hygieneregeln in Katalogform zu nennen, die von den Beschäftigten einzuhalten sind. Leider sind diese von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedlich, was auch daran liegt, dass es keine Evidenz für die Anwendung vieler Maßnahmen gibt: Eine Recherche in der Cochrane Library hat für keine einzige Barrieremaßnahme eine wirkliche Evidenz nachweisen können, teilweise auch, weil



schlicht die Untersuchungen hierzu fehlen – etwa, weil sie nicht für nötig gehalten werden?

Als nachgewiesene wirksamste Maßnahme zur Vermeidung nosokomialer Infektionen ist die sorgfältige Händedesinfektion vor und nach Kontakt mit einem Patienten und/oder seiner unmittelbaren Umgebung aufzuführen. Eine solche dauert allerdings 30–45 Sekunden. Und hier kommen jetzt die ökonomisch geltenden Bedingungen in den Krankenhäusern zum Tragen, die vor allem durch Einsparungen bei den Personal- und insbesondere bei den Pflegepersonalressourcen gekennzeichnet sind: Nach einer Untersuchung sind auf einer chirurgischen Intensivstation von den versorgenden Pflegekräften an einem Patienten täglich 150 Händedesinfektionen, also 50/Schicht, vorzunehmen. Versorgt die Pflegekraft drei Patienten, was realistisch erscheint, hat sie in ihrer Schicht 150 Händedesinfektionen durchzuführen, die alleine 75 bis über 100 Minuten, entsprechend bis zu 25 Prozent ihrer Arbeitszeit in Anspruch nehmen. Dass die Compliance deshalb bei der Händedesinfektion teilweise bei unter 50 Prozent liegt, verwundert nicht. Zumal bei der Versorgung von Intensivpatienten oft ein rasches Eingreifen erforderlich ist, was erklärt, dass die Compliance nach Patientenkontakt etwas höher ist als vor dem Patientenkontakt, wo sie eigentlich wichtiger wäre.

Der beschriebene Zusammenhang erklärt auch, warum die Rate nosokomialer Infektionen auf Intensivstationen direkt mit dem Verhältnis Pflegekraft:Patienten korreliert. D.h., es handelt sich hier nicht um Schlamperei, fehlende Disziplin oder individuelles Versagen, wie in den Medien häufig gewertet, sondern um strukturelle Defizite aufgrund ökonomischen Drucks. Diese werden nicht ausgeglichen durch als Motivation gedachte Beteiligung an Kampagnen wie »Aktion Saubere Hände«, wo die Höhe der Steigerung der Compliance durch Schulung am Verbrauch von Desinfektionsmitteln festgemacht wird. Denn, wie Schulte-Sasse schreibt, »zu-wenige-Hände-versorgen-zu-viele-Patienten«, und diese müssen auch noch desinfiziert werden.

Der Zeitdruck für die Beschäftigten wird noch dadurch verschärft, dass durch das vermehrte Auftreten von multiresistenten Erregern zusätzlich zur Standardhygiene in Form von Händedesinfektion viele Hygienevorschriften die Anwendung von Barrieremaßnahmen vorschreiben. Abgesehen davon, dass für viele wie oben schon erwähnt die Evidenz fehlt, ist



die Durchführung zusätzlich zeitraubend: Wenn mit multiresistenten Keimen besiedelte oder infizierte Patienten in Einzelzimmern versorgt werden müssen, vor deren Betreten Schutzkleidung, Handschuhe und Mundschutz angelegt werden müssen, ist das besonders bei Intensivpatienten oft rasch erforderliche Eingreifen, eventuell auch noch verbunden mit Wechsel von einem zu einem anderen isolierten Patienten, mit der sorgfältigen Einhaltung der Hygieneregeln schlicht unvereinbar. D.h., unter diesen Bedingungen kann nur eine 1:1-Betreuung Abhilfe schaffen. Wird diese zur Vorschrift wie bei der Betreuung Frühgeborener unter 1.500g, ist das Geschrei der Krankenhausverwaltungen groß: Dies sei viel zu teuer und die Pflegekräfte seien nicht in ausreichender Zahl verfügbar. Geflissentlich verschwiegen wird dabei, dass aus Einsparungsgründen die Ausbildung in den letzten 25 Jahren immer unattraktiver gestaltet und die Kapazitäten heruntergefahren wurden.

Zurück zur Vermeidung der nosokomialen Infektionen: Nach Meinung vieler Experten wie Schulte-Sasse können weitere Maßnahmen wie die zeitnahe Beobachtung und Analyse von mikrobiologischen Untersuchungen und Antibiotika-Empfindlichkeiten (Surveillance) und die Kontrolle des Einsatzes von Antibiotika durch Experten (Antimicrobial Stewardship) die Rate dieser Infektionen und damit der vermeidbaren Todesfälle senken. Aber auch die Anwendung dieser Instrumente kostet Geld: Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte müssten in ausreichender Zahl ausgebildet und dann von den Krankenhäusern angestellt werden, um die Surveillance zeitnah durchzuführen. Für das Antimicrobial Stewardship gibt es derzeit auch noch nicht in ausreichender Zahl qualifizierte Beschäftigte, so dass auch hier erst einmal investiert und die Qualifizierten dann zusätzlich eingestellt werden müssten.

Dass dies unter den derzeitigen Wettbewerbsbedingungen im Krankensektor nur, wenn überhaupt, gegen große Widerstände langsam umgesetzt werden kann, erscheint nicht überraschend.

Dr. Wilfried Schneider ist Kinderarzt und arbeitet an der Universitätsklinik in Frankfurt/Main.



Belastungsausgleich für Schichtarbeiter

Der jüngste Tarifabschluss in der Metall- und Elektroindustrie bringt Beschäftigten in belastenden Arbeitszeitmodellen Erleichterungen – von Petra Otte

Mit dem Tarifabschluss 2018 für die Metall- und Elektroindustrie ist ein wichtiger Schritt für mehr Zeitsouveränität der Beschäftigten gelungen. Der Anspruch auf eine zeitlich befristete verkürzte Vollzeit für alle sowie die Wahlmöglichkeit zwischen einem neuen Entgeltbaustein oder acht zusätzlichen freien Tagen für einige Beschäftigte, sind der Kern dessen. Diese Wahlmöglichkeit haben auch Beschäftigte in belastenden und restriktiven Arbeitszeitmodellen wie Schichtarbeit – darum geht es im Folgenden ohne auf die weiteren Ergebnisse des Tarifabschlusses vom 6. Februar 2018 einzugehen.

■ Wahlrecht auf mehr Zeit für Schichtarbeiter

Erstmals 2019 können Schichtarbeiter – ebenso wie Beschäftigte mit kleinen Kindern und zu pflegenden Angehörigen –, statt des im Tarifvertrag vereinbarten sogenannten tariflichen Zusatzgelds acht zusätzliche freie Tage wählen. Dafür müssen bestimmte Fristen an Betriebszugehörigkeit und Dauer der Schichtarbeit erfüllt werden, am einfachsten ist der Zugang für Beschäftigte, die in drei oder mehr Schichten oder in Nachtschicht arbeiten (fünf Jahre Betriebszugehörigkeit, davon drei in Schicht). Wer sich für Freizeit statt Geld entscheidet, erhält gegenüber dem eigentlichen Gegenwert der Zahlung (sechs Tage) sozusagen zwei Tage oben drauf.



Während die Arbeitgeber ihren Widerstand gegenüber einem solchen Modell für Eltern und Pflegende relativ schnell aufgegeben haben, war der Zugang für Schichtarbeiter in den Verhandlungen lange Zeit umstritten. Für die IG Metall war eine solche Wahlmöglichkeit insbesondere für belastete Schichtarbeiter aber essentiell, um die Gesundheit der Kolleginnen und Kollegen zu schützen: Um die Flexibilitätsanforderungen der Unternehmen zu erfüllen und die Auslastung der hochinvestiven Maschinen und Anlagen optimal zu nutzen, sind Schichtmodelle von fünf, sechs, teils sogar sieben Tagen in der Woche mit 24-Stunden-Betrieb sehr häufig. Bundesweit arbeitet mehr als jeder sechste Beschäftigte im Schichtbetrieb, in den Branchen der IG Metall trifft das auf fast ein Drittel der Beschäftigten zu. Davon arbeiten wiederum zwei Drittel in Früh- und/oder Spätschichten, 28 Prozent im Dreischichtbetrieb und vier Prozent in Dauernachtschicht.

■ Schichten bis an die Leistungsgrenze

In den Betrieben der Metall- und Elektro-Industrie in Baden-Württemberg arbeiten 27 Prozent der Beschäftigten regelmäßig im Schichtbetrieb¹. Sie sind mit ihrer Arbeitszeit deutlich unzufriedener als der Rest der Beschäftigten, ihre Bedürfnisse nach persönlicher Zeitsouveränität werden häufig nicht berücksichtigt. So wünschen sich bei-

spielsweise acht von zehn Beschäftigten die freie Wahl von Freischichten – nur jeder Zweite hat diese Möglichkeiten tatsächlich.

Schwerer wiegen die gesundheitlichen Folgen von Schichtarbeit, wie eine der größten Schichtarbeiter-Studien der Hans-Böckler-Stiftung² deutlich macht: Demnach haben 70 bis 80 Prozent der knapp 1.300 Befragten gesundheitliche Probleme: Müdigkeit, Rücken-/ Nacken-/ Schulterschmerzen, Schlafstörungen und Erschöpfung. Je länger geschichtet wird, desto belastender ist die Arbeit: Nach über zwanzig Jahren müssen zwei Drittel der Befragten an ihre Leistungsgrenze gehen, in den ersten fünf Jahren 42 Prozent.

■ Vor allem Nachtarbeit schadet der Gesundheit

Erschreckend: Im Vergleich zu früheren Erhebungen zur Schichtarbeit – z.B. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – weist die Studie für Baden-Württemberg erhöhte negative Gesundheitsfolgen aus. So sind zum Beispiel Schlafstörungen und körperliche Erschöpfungszustände deutlich weiter verbreitet. Jeder zweite Studienteilnehmer geht davon aus, dass er seine Arbeit nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter ausüben kann. Bei Beschäftigten, die 21 Jahre und länger Schicht arbeiten, sind es sogar 58 Prozent.

Kommt Nachtarbeit hinzu, steigen Leistungsdruck und Gesundheitsbe-



schwerden nochmal deutlich an: Befragte im Dreischichtbetrieb gaben bei 22 abgefragten Beschwerden in 20 Fällen höhere Belastungen an als ihre Kollegen in Früh- und Spätschicht. Bei Nachtschicht kommt zudem noch ein erhöhtes Risiko von Herz-/Kreislauf- und Magen-/Darm-Erkrankungen sowie psychischer Belastung hinzu. Ganz neu sind die Erkenntnisse nicht, haben jedoch jüngst neue Aufmerksamkeit erfahren, als die US-Forscher Jeffrey Hall, Michael Rosbash und Michael Young 2017 für ihre Arbeiten zur »inneren Uhr« aus den 80er- und 90er-Jahren den Nobelpreis für Medizin erhalten haben.³

■ Ungesunde Schichtplangestaltung ist Realität

Trotz eindeutiger Pflichten im Arbeitszeitgesetz setzen viele Arbeitgeber arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zur Schichtplangestaltung nur unzureichend um. Eine möglichst gesunde Schichtarbeit kommt ohne Nachtschichten aus, wo dies nicht möglich ist, sollten möglichst kurze Schichtblöcke mit wenig Nachtarbeit und ausreichenden Ruhephasen danach eingeplant werden. Die Realität in den Betrieben in Baden-Württemberg sieht dagegen so aus: Nur zehn Prozent arbeiten in kurzen Nachtschicht-Blöcken (zwei bis drei Tage), 54 Prozent in längeren (vier bis fünf Tage) und 36 Prozent in sehr langen (sechs und mehr Tage). Fast jeder Zweite arbeitet im besonders gesundheitsgefährdenden rückwärtsrollierendem Dreischichtbetrieb.

Aus Sicht der IG Metall ist es höchste Zeit, dass die Unternehmen gemeinsam mit Beschäftigten und Betriebsräten die Verbesserung ihrer Schichtsysteme anpacken. Dies setzt freilich funktionierende Mitbestimmungsstrukturen und ein grundsätzliches Wollen von Arbeitgebern und Beschäftigten voraus. Umso wichtiger war es, dass die IG Metall in der jüngsten Tarifrunde mit dem Wahlrecht auf zusätzliche freie Tage ein weiteres Instrument zur Entlastung und damit zum Gesundheitsschutz von Schichtbeschäftigten durchgesetzt hat.

■ Wahlrecht noffalls im Konflikt durchsetzen

Schichtarbeiter können von diesem Wahlrecht jedes Jahr aufs Neue Gebrauch machen; ein entsprechender Antrag für 2019 muss bis 31. Oktober dieses Jahres gestellt werden. Dann wird sich zeigen, wie groß das Interesse an diesem Instrument tatsächlich ist, bereits heute bekommt die IG Metall insbesondere aus Betrieben mit vielen Schicht-Beschäftigten einen hohen Bedarf signalisiert. Dabei muss die klare Regel gelten: Wer will, der darf – vorausgesetzt natürlich, die individuellen Voraussetzungen sind erfüllt. Notfalls gilt es, die betriebliche Umsetzung im Konflikt auszu-tragen – gerade in kleineren Abteilungen sind Widerstände zu erwarten, wenn als Folge der zusätzlichen freien Tage Arbeitskapazität fehlt.

Petra Otte ist von Beruf Redakteurin. Seit 2014 arbeitet sie bei der IG Metall Baden-Württemberg als Pressesprecherin.

- 1 Beschäftigtenbefragung der IG Metall von 2017 mit 170.000 Antworten in Baden-Württemberg
- 2 Im Rahmen des Forschungsprojekts »Gestaltung von Schichtarbeit in der Produktion« (kurz: GeSCHICHT) haben Wissenschaftler von Januar 2015 bis April 2017 insgesamt 1.270 Schichtarbeiter und Schichtarbeiterinnen aus sieben Betrieben befragt. Darunter sind 14 Prozent Frauen, 40 Prozent sind 50 Jahre und älter, 43 Prozent arbeiten seit 21 Jahren und länger in Schicht. Die von Thomas Langhoff und Rolf Satzer angefertigte Studie wurde von der IG Metall-Baden-Württemberg und der Hans-Böckler-Stiftung initiiert und finanziert.
- 3 Ihre wesentlichen Forschungsergebnisse sind, dass der (arbeitende) Mensch nach einer inneren Uhr tickt, bei der Gene und Proteine den Tag-Nacht-Rhythmus steuern. Sonnenlicht bewirkt oder hemmt Prozesse (etwa die für den Schlaf wichtige Melatonin-Ausschüttung). Dieser Mechanismus hat Folgen für die Gesundheit (Blutdruck, Körpertemperatur, Wachheit, Hormonausschüttung) und damit auf die Leistungsfähigkeit. Lebt ein Mensch dauerhaft gegen seine innere Uhr, kann das Risiko für Krebs, Nervenleiden und Stoffwechselkrankheiten steigen.

Ererbt, angeboren oder berufsbedingt?

Ein historischer Überblick zur Diskussion über Erkrankungen der Hüfte – von Gine Elsner

Im vergangenen Herbst erschien im *Deutschen Ärzteblatt* ein Artikel über den Zusammenhang von körperlicher Belastung im Beruf und der Entstehung einer Coxarthrose.¹ Der Abdruck in dem Organ der verfassten Ärzteschaft war insofern bemerkenswert, als bis dahin unter Medizinern unangefochten die Ansicht bestand, die Ursachen einer Arthrose des Hüftgelenks seien verschleißbedingt, altersbedingt, geschlechtsbedingt – aber mit Sicherheit nicht beruflicher Natur. Demnächst wird also zu entscheiden sein, ob die Coxarthrose in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen wird und ob eine Entschädigungspflicht aus der Unfallversicherung besteht.

Es waren (oder sind) gerade die Orthopäden, die einen berufsbedingten Bezug der Hüftgelenksarthrose zumeist verneinten. Nur Georg Hohmann, seit 1930 langjähriger Ordinarius für Orthopädie in Frankfurt am Main, stellte eine Ausnahme dar. Er sah eine Schädigung des Hüftgelenks bei jugendlichen Landarbeitern, die schwere Arbeit leisteten, und sprach von einem »Bauernbein«.²

Die anderen Orthopäden der Weimarer Zeit vermuteten zwar auch äußere Faktoren bei den Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates – aber sie meinten dabei keine beruflichen Belastungen, sondern Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder Kinderlähmung oder Rachitis, die zu kindlichen Verkrüppelungen führten.

■ Nationalsozialismus

Diese Ansichten änderten sich schlagartig mit Beginn der Nazizeit. Es war, als hätte man einen Schalter umgelegt. Mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das Mitte 1933 verabschiedet wurde und Anfang 1934 in Kraft trat, interessierten sich die Orthopäden nun ab sofort vor allem für die Erbbedingungen von orthopädischen

Krankheiten. Das Gesetz sah die Sterilisation von Erkrankten mit »schweren erblichen körperlichen Missbildungen« vor, ohne dass der Gesetzgeber aber die Diagnosen, um die es ging, näher präzisiert hätte.³

So entstand unter den Orthopäden eine gut zehnjährige Debatte darüber, ob Menschen mit einer Hüftgelenksluxation zu sterilisieren seien. Die Meinungen dazu gingen auseinander. Einige waren dagegen und meinten, dann müsse man einen großen Teil der Bevölkerung sterilisieren, oder fanden, dass die Erbbedingtheit dieser Krankheit noch nicht hinreichend erforscht sei. Ein anderer Teil der Orthopäden plädierte für Sterilisation.

Insgesamt betraf höchstens ein Prozent der bei den Erbgesundheitsgerichten beantragten Sterilisationen eine Krankheit aus dem Kreis der »schweren erblichen körperlichen Missbildungen«. In etwa der Hälfte dieser Fälle entschieden die Gerichte (die mehrheitlich aus Ärzten bestanden), dass eine Sterilisation durchgeführt werden müsse. Hochgerechnet heißt das, dass in Deutschland in den Grenzen von 1937 etwa 1.600 Menschen wegen einer körperlichen »Missbildung« sterilisiert wurden. Wie viele Menschen mit einer Hüftgelenksluxation letztendlich unfruchtbar gemacht wurden, ist bislang nicht bekannt. Denn dazu müssten die Tausenden von Sterilisationsakten, die verstreut über Deutschland in den Archiven lagern, durchgesehen werden – eine individuell nicht zu bewältigende Aufgabe. Allerdings wurden etliche diesbezügliche Gerichtsverfahren veröffentlicht. Bei 71 publizierten Verfahren vor den Erbgesundheitsgerichten ordneten die Richter in 49 Fällen die Unfruchtbarmachung der Menschen mit einer Hüftgelenksluxation an, das sind gut zwei Drittel der verhandelten Fälle.

Manche der Orthopäden (so z.B. Max Brandes in Dortmund) meinten,



dass das krankhafte Gen nicht nur die Hüftluxation hervorrufe, sondern gleichermaßen eine Arthrose des Gelenks oder eine Perthes'sche Krankheit der jugendlichen Hüfte. Familiäre Häufungen dieser Krankheiten in ein und derselben Familie »machen es sehr wahrscheinlich«, dass diese Erkrankungen »auf eine gemeinsame, in der Erbmasse gelegene Ursache zurückgehen«.⁴

■ Nach 1945

In der Nachkriegszeit wollte kein Orthopäde mehr irgendetwas von diesen unsäglichen Sterilisationen wissen. Peter Pitzen (Münster) zitierte in den sechziger Jahren, als er die Chronik der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft schrieb, einen Fall, bei dem die Orthopäden als Gutachter die Sterilisation bei einem 38-jährigen »Fräulein« abgelehnt hatten und bei dem ihnen das Gericht gefolgt war. Er erwähnte aber keinen Fall, bei dem es zu einer Sterilisation gekommen war.⁵

Franz Schede (bis Kriegsende Leipzig) sagte anlässlich seiner Entnazifizierung, dass »es im Bereich des Erbgesundheitsgerichts Leipzig kaum

jemaIs zu Sterilisierungen von Hüftverrenkungen« gekommen sei.⁶ Über ein Jahrzehnt später schrieb Franz Schede in seiner Autobiografie, »dass in unserem Bezirk *keine* einzige Hüftverrenkung ... sterilisiert wurde«. ⁷ Schede meinte aber an gleicher Stelle, dass »im Nachbarland Thüringen fast alle Hüftluxationen auf Betreiben eines blindwütigen Rassentheoretikers« unfruchtbar gemacht worden seien. Zwischen »kaum« Sterilisationen und »keine« Sterilisationen klappt eine Lücke – eine bestimmte Anzahl von sterilisierten Menschen mit Hüftgelenkluxationen. In der Nachkriegszeit wollte aber keiner mehr etwas von den schlimmsten Auswüchsen der Nazipolitik wissen. Sie wurden totgeschwiegen, und kaum einer thematisierte ein Bedauern oder eine Entschuldigung. Das Paradigma von der Erbbedingtheit der orthopädischen Erkrankungen blieb allerdings bestehen. Zumindest in der Bundesrepublik.

■ **Verschiedene Ansichten in Bundesrepublik und DDR**

In der Bundesrepublik galten die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates über lange Jahre hinweg als nicht berufsbedingt. Eine wirksame Änderung kam erst mit der deutschen Vereinigung. Denn in der DDR galten sowohl die bandscheibenbedingten Erkrankungen als auch die Arthrosen der großen Gelenke wie die Coxarthrose als meldepflichtige Berufskrankheiten. Nun mussten nach der Vereinigung die Berufskrankheitenzeniffern beider deutscher Länder angeglichen werden.



chen werden. Auf diesem Weg sind wir nun immer noch mit der Diskussion der Berufsbedingtheit der Coxarthrose beschäftigt.

Dass die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats in der DDR zu den meldepflichtigen Berufskrankheiten gehörten, war nicht das Verdienst der dortigen Orthopäden. Gerd Heuchert, damals Arbeitsmediziner im DDR-Zentralinstitut für Arbeitsmedizin in Ost-Berlin, sagte, es sei auch in der DDR sehr schwer gewesen, einen Orthopäden für die arbeitsmedizinische Sicht zu begeistern: »Ich wüsste wirklich auch bei uns in der DDR keinen Orthopäden ... Professor Zippel, der Cheforthopäde aus der Charité, der ist also dafür überhaupt nicht zu begeistern ..., die halten sich aus diesen arbeitsmedizinischen Geschichten völlig raus.«⁸

Auch in der DDR wurde die Coxarthrose nicht häufig als Berufskrankheit anerkannt. Von einigen Tänzern hieß es, dass ihre Coxarthrose als Berufskrankheit angezeigt wurde. Aber: Die Arthrosen der großen Gelenke wie die Coxarthrose waren in der DDR-Berufskrankheitenliste enthalten.

Nun, 28 Jahre nach der deutschen Vereinigung, ist es Zeit, die Angleichung vorzunehmen.

Dieser Text ist ein Ausschnitt aus dem neuen Buch von Gine Elsner, das im Juni 2018

erscheint: »Die »aufrechte« Haltung. Orthopädie im Nationalsozialismus«, VSA Verlag, Hamburg 2018, 352 Seiten, 26,80 €

Prof. Dr. med. Gine Elsner, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Diplomsoziologin, war bis 2009 Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin, Fachbereich Medizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main.

- 1 Bergmann, A. /Bolm-Audorff, U. /Krone, D. /Seidler, A. /Liebers, F. /Haerting, J. /Freiberg, A. /Unverzagt, S.: »Hüftgelenksarthrose: Körperliche Belastung im Beruf als Risiko«, in: Deutsches Ärzteblatt 114: 2017, S. 581-588
- 2 Hohmann, G.: »Die gewerblichen Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Knochen und Gelenke«, in: Gottstein, A. /Schlossmann, A. /Teleky, L. (Hrsg.): »Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge«, zweiter Band, Berlin 1926, S. 514-529
- 3 Elsner, G.: »Die »aufrechte« Haltung. Orthopädie im Nationalsozialismus«, Hamburg 2018
- 4 Gütt, A. /Rüdin, E. /Ruttko, F.: »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen«, München 1936, S. 169f.
- 5 Pitzen, P.: »Die Geschichte der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft 1936-1962«, Stuttgart 1963, S. 218
- 6 Universitätsarchiv Leipzig, Personalakte Schede PA 0164, Bl. 294, Schede wegen seiner Rehabilitation (ohne Datum)
- 7 Schede, F.: »Rückblick und Ausblick«, Stuttgart 1960, S. 310
- 8 Persönliches Interview mit Gerd Heuchert im Juni 1990 in Ost-Berlin (DDR)

Gesundheitskämpfe in Italien

Von der Arbeitsmedizin zur Arbeitermedizin* – von Helmut Wintersberger

Wir veröffentlichen hier – leicht gekürzt – einen Aufsatz von Helmut Wintersberger, der zuerst 1978 im Jahrbuch für kritische Medizin erschienen ist. Beim Lesen wird dies am Duktus, an der politischen Perspektive und auch dem Optimismus bezüglich der Arbeiterbewegung deutlich. Wir wollen mit diesem Beitrag an diesen etwas in Vergessenheit geratenen fortschrittlichen Ansatz erinnern.

Im Zeitraum zwischen 1960 und 1968 war in Italien bei sinkender Beschäftigung, wachsender Produktion und stagnierenden Löhnen eine rasante Zunahme der Arbeitsunfälle zu verzeichnen. In einigen italienischen Schlüsselbetrieben hatten sich die Arbeitsbedingungen durch Arbeitsintensivierung (ohne flankierende Investitionen) in einem Ausmaß verschlechtert, dass sich die wachsende Unzufriedenheit der Arbeiter am Ende des Dezenniums (vor allem im »heißen Herbst« 1969) in Arbeitskämpfen manifestierte, die manchmal tumultartige Formen annahmen. Es ist ein Verdienst der italienischen Gewerkschaftsbewegung, die in diesen umstrukturierten Manifestationen freier werdenden Energien in dauerhafte Errungenschaften der italienischen Arbeiterklasse umgesetzt zu haben.

Diese Errungenschaften sind gesetzlicher, organisatorischer und kultureller Art. Zu den gesetzlichen Neuerungen gehört zweifellos die Verabschiedung des »Statuts der Rechte der Arbeiter« im Jahr 1970. Die bedeutendste organisatorische Innovation stellt die Einführung eines neuen Systems der betrieblichen Arbeitervertretung, der Fabrikräte bzw. Delegiertenräte dar, bei welchem jede homogene Arbeitergruppe (im Schnitt ca. 50 Arbeiter) durch einen jederzeit abberufbaren Delegierten im Fabriksrat vertreten ist. Eine der größten kulturellen Errungenschaften der italienischen Arbeiterklasse ist die Konstruktion eines neuen arbeitswissenschaftlichen Paradigmas, der Arbeitermedizin, welche das traditionelle Paradigma durch die Integration des Expertenwissens mit der Arbeitererfahrung überwindet. Im Forschungspro-

zess wird die Objektorolle des Arbeiters durch die Subjektorolle des kollektiven Arbeiters (homogene Gruppe) ersetzt.

■ Prävention als Partizipation – Fundamentale Begriffe der Arbeitermedizin

Angesichts des Anstiegs der Arbeitsunfälle, der Berufskrankheiten im engeren und weiteren Sinn sowie der Frühinvalidität, eines Trends, der sich in allen entwickelten kapitalistischen Ländern beobachten lässt, muss man zu dem Schluss gelangen, dass die traditionelle Arbeitsmedizin sowie die bisherigen Präventionsmaßnahmen gescheitert sind. Dieses Scheitern ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass der Gesundheitsschutz der Arbeiter an die Arbeitsinspektorate, die Werksärzte und ähnliche Institutionen delegiert worden ist. Die Zahl der Arbeitsinspektoren steht aber in keinem Verhältnis zu den Aufgaben, die zu bewältigen sind; die Werksärzte wieder-



um werden vom Unternehmer bezahlt und haben daher auch dessen Interessen wahrzunehmen. Der Gesundheitsschutz der Arbeiter kann dabei nur solange eine Rolle spielen, als die Profitinteressen des Unternehmers nicht gefährdet werden.

Daraus leitet sich der Fundamentalsatz der Arbeitermedizin ab: Es gibt nur eine Gruppe in der Fabrik, die ein unmittelbares Interesse hat, die Gesundheit des Arbeiters zu schützen: nämlich die Arbeiter selbst.

■ Die Nichtdelegierung (*non-delega*)

Die Nichtdelegierung ist ein Prinzip, das von der italienischen Arbeiterklasse während der Arbeitskämpfe der späten 60er Jahre entwickelt worden ist und inzwischen bereits in vielen Betrieben angewandt wird. Es gehört heute schon zur Plattform der drei repräsentativen Gewerkschaften, der kommunistisch-sozialistischen CGIL, der katholischen CISL und der sozialdemokratischen UIL. Nichtdelegierung bedeutet einfach, dass die Arbeiter in den Fabriken ihre Gesundheit selbst schützen müssen, das heißt: Der Gesundheitsschutz der Arbeiter darf an niemanden delegiert werden, nicht einmal an die Gewerkschaften. Das heißt aber auch, dass sich die Arbeiter in die Lage versetzen müssen, die Einhaltung der Sicherheitsbestimmungen selbst zu kontrollieren. Nichtdelegierung bedeutet ferner, dass die Arbeiter dem Unternehmer das Recht nehmen, die Arbeitsorganisation ohne Rücksicht auf die Gesundheit der Arbeiter zu bestimmen.

Die Verwirklichung der Nichtdelegierung hat jedoch drei Voraussetzungen: 1. Die Arbeiter müssen wissen, welche



Beeinträchtigungsfaktoren in jedem Teil der Fabrik wirksam sind und in welchem Ausmaß.

2. Sie müssen wissen, welche negativen Auswirkungen diese Faktoren auf ihre Gesundheit haben (Unfälle, Berufskrankheiten im engen und weiten Sinn, Krankenstände usw.).
3. Sie müssen wissen, mit welchen technischen und organisatorischen Lösungen diese Faktoren beseitigt werden können.

■ *Die homogene Arbeitergruppe (gruppo operaio omogeneo)*

Die homogene Arbeitergruppe ist die kleinste Zelle in der Fabrik, ein Produkt der modernen Arbeitsorganisation. Sie ist durch gleiche Arbeitsumwelt und des halb durch gleiche Risiken charakterisiert. Jedes Mitglied der homogenen Gruppe befindet sich täglich in derselben Situation. Der Arbeiter stellt ohne technische Instrumente (Thermometer, Phonometer usw.) aufgrund seiner eigenen Intelligenz und aufgrund seiner eigenen Erfahrungen die Auswirkungen der Arbeitsumwelt auf seine und seiner Arbeitskollegen Gesundheit fest.

Das Arbeitsrisiko ist daher für die homogene Gruppe ein klarer Begriff. Sie misst es:

- an der Zahl jener Arbeiter, bei denen leichte Gesundheitsstörungen auftreten (Husten, Verdauungsstörungen usw.);
- an den Krankenständen;
- an der Häufigkeit, mit der dieselben Krankheiten immer wieder auftreten;
- am häufigen Personalwechsel, an freiwilligen Kündigungen und Versetzungen;
- an den Jahren oder Monaten, die notwendig sind, um einen lebhaften und kräftigen jungen Arbeiter in ein müdes und desinteressiertes Individuum zu verwandeln, welches froh ist, sich am Wochenende ausschlafen zu können;
- an der Unfallhäufigkeit in der Abteilung.

Die homogene Gruppe, die denselben Risiken ausgesetzt ist und von denselben Störungen, denselben Unfällen und denselben Krankheiten heimgesucht wird, und zwar mit einer Wahrscheinlichkeit, die über der Norm liegt, ist von größtem wissenschaftlichen Interesse. Wichtig ist es, diese Erscheinungen auf der Ebene der Gruppe zu analysieren (statistisch, epidemiologisch) und nicht auf der Ebene des einzelnen Individuums, wo sie nicht interpretierbar sind.

Dieses epidemiologische Verfahren, welches die Entwicklung und das Verhalten von Krankheiten nicht auf individueller, sondern auf kollektiver Ebene betrachtet, wird von der Arbeiterklasse im Rahmen der spontanen Beobachtung sicherlich seit Jahrhunderten angewandt. Vergessen wir nicht, dass die Arbeiter seit Jahrhunderten die Silikose als eine durch den Staub in Bergwerken und Steinbrüchen verursachte Berufskrankheit erkannt haben, während die »medizinische Wissenschaft« noch im zwanzigsten Jahrhundert namhafte Spezialisten hervorbrachte, die die These vertraten, diese Krankheit sei keine Berufskrankheit, sondern eine besondere Form von Tuberkulose.

Die homogene Arbeitergruppe gibt sich jedoch nicht mit der Feststellung von Krankheitshäufigkeiten zufrieden, sie forscht auch nach den Krankheitsursachen (Stäube, Gase, Arbeitshetze usw.).

Der Begriff der homogenen Arbeitergruppe mag zwar in Österreich und in der BRD völlig unbekannt sein; er entspricht jedoch auch hier der Realität. Die homogene Gruppe zu finden, zu organisieren, aufzuklären und zu aktivieren ist von fundamentaler Bedeutung für die Schaffung des Klassenbewusstseins in den Fabriken. Für Gewerkschafter und fortschrittliche Arbeitsmediziner stellt sie den einzigen Ansatz für arbeitsmedizinische Forschung und gesundheitspolitische Aktion in den Fabriken dar.

■ *Die kollektive Bewertung (validazione consensuale)*

Unter der kollektiven Bewertung versteht man die Feststellung der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit gegebenen Arbeitsbedingungen beziehungsweise der Erträglichkeit oder Unerträglichkeit einer gegebenen Arbeitssituation durch die homogene Arbeitergruppe. Nur der Arbeiter bzw. die homogene Arbeitergruppe, die täglich acht Stunden denselben Risiken am Arbeitsplatz ausgesetzt ist, kann wirklich beurteilen, welcher Schaden für die Gesundheit des Arbeiters aus dieser Arbeitsumwelt resultiert.

■ **Arbeitsumwelt und Krankheit – Typologie krankmachender Faktoren**

Unter Arbeitsumwelt versteht man die Gesamtheit der Produktionsbedingungen, unter denen sich investiertes Kapital und Arbeitskraft in Ware, Profit und gesundheitliche Schäden verwandeln. Das Untersuchungsschema, welches die italienische Arbeiterklasse entwickelt hat, teilt die gesundheitsschädlichen Faktoren in der Arbeitsumwelt in vier Gruppen:

1. Faktoren, die auch in einer Wohnung vorhanden sind; dazu gehören: Temperatur, Feuchtigkeit, Belüftung, Beleuchtung, Lärm und Kubatur (der für einen Arbeiter verfügbare Raum).
2. Substanzen oder bestimmte Energieformen, die es in einer Wohnung im allgemeinen nicht gibt; dazu gehören: Stäube, Gase, Dämpfe, Vibrationen, ionisierende Strahlen.
3. Ermüdungsfaktoren, die mit der Tätigkeit der Muskeln zusammenhängen, das heißt schwere körperliche Arbeit.
4. Ermüdungsfaktoren, die nicht unmittelbar mit körperlicher Arbeit zusammenhängen, sondern mit folgenden Arbeitsbedingungen: schnelles Arbeitstempo, verantwortungsvolle oder repetitive und monotone Arbeit, geistige Anstrengung

oder Überanstrengung der Augen, wechselnde Arbeitszeit, Zwangshaltungen, autoritäre Betriebsführung usw.

Die zugrundeliegende Vorstellung besteht darin, dass die vier Gruppen von in der Arbeitsumwelt wirksamen Faktoren schädliche Folgen für die Gesundheit der Arbeiter haben. Dabei handelt es sich um Unfälle, unspezifische Krankheiten und Berufskrankheiten (im engeren Sinn). Das Schema, welches die Arbeiterklasse der Untersuchung der gesundheitsschädlichen Faktoren in der Arbeitsumwelt zugrunde legt, stellt eine echte Alternative zur traditionellen Arbeitsmedizin und Arbeitshygiene dar; denn:

1. die Faktoren werden um die dritte und vierte Gruppe erweitert (körperliche und nervliche Belastung);
2. es setzt der eindimensionalen, monokausalen Betrachtung jeweils nur eines einzigen Faktors die globale Betrachtung aller Faktoren, die in einem Produktionsbereich (Schweißerei, Lackiererei) auftreten, entgegen und trägt so der Tatsache Rechnung, dass auf den Arbeiter (Schweißer, Lackierer) alle vorhandenen Faktoren gleichzeitig einwirken; denn wenn auch die einzelnen Faktoren unter den maximalen Arbeitsplatzkonzentrationen (MAK-Werten) liegen, können sie zusammengenommen doch gesundheitliche Störungen hervorrufen.

Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, den Unternehmern und den Ärzten das umfassendere Untersuchungsschema aufzuzwingen, welches die gleichzeitige Wirkung aller Faktoren in einem Produktionsbereich berücksichtigt. Und hierfür ist die Erfahrung der homogenen Arbeitergruppe der einzige Bezugspunkt.

Die derzeitige Situation in Italien ist dadurch charakterisiert, dass die Arbeiter Konzentrationen akzeptieren, die sicherlich schädlich sind und über den international anerkannten Werten liegen. Ein betriebliches Kampfziel ist daher die Bestimmung von MAK-Werten, jenseits derer die Arbeitsumwelt als nicht mehr zumutbar angesehen wird. Früher gab es dafür nur aus Tier- oder Menschenversuchen gewonnene allgemeine Richtwerte. Mit dem von der italienischen Arbeiterklasse entwickelten Instrumentarium ist es aber möglich geworden, auf die konkreten Besonderheiten einer jeden Arbeitsumwelt einzugehen und spezielle MAK-Werte zu bestimmen. Absolutes Kampfziel ist es aber zweifellos, die MAK-Werte auf Null zu drücken, das heißt, die schädlichen krankmachenden Stoffe gänzlich aus der Arbeitsumwelt zu eliminieren.

■ **Epidemiologische Methoden: Datenerfassung und Dokumentation**

Welche Informationen sind dazu erforderlich?

Zur Kontrolle der krankmachenden Faktoren benötigt man vor allem die genaue Kenntnis der jeweiligen Arbeitsumwelt.

- a. **Qualitative Informationen über die Arbeitswelt:** Zunächst muss man wissen, welche krankmachenden Faktoren in der Arbeitsumwelt vorhanden sind (Staub, Hitze, schlechte Beleuchtung, Lärm, schnelles Arbeitstempo usw.). Hierbei spielt die spontane Beobachtung durch die Arbeiter eine wesentliche Rolle.



- b. **Quantitative Informationen über die Arbeitsumwelt:** Man muss wissen, in welchem Ausmaß die Faktoren vorhanden sind, zum Beispiel: Wie groß ist der Lärm (in Dezibel)? Wie stark/schwach ist die Beleuchtung (in Lux)? Wie viel Staub ist in der Luft (Anzahl der Partikel)? usw.
- c. **Der Zusammenhang – Arbeitsumwelt und Gesundheit:** Man muss die möglichen beziehungsweise wahrscheinlichen Folgen der Krankheiten, Unfälle, Störungen, Zahl der Krankenstände kennen.

■ *Erhebungsverfahren*

1. **Stufe: Spontane Beobachtung:** Die spontane Beobachtung ist ein wichtiges Instrument zur Kontrolle der Arbeitsumwelt; die erste Feststellung giftiger Substanzen und anderer krankmachender Faktoren in der Arbeitsumwelt entspringt der Sinneswahrnehmung der Arbeiter (Geruch, Geschmack, Gehör und Auge). Dieser Weg ist sicher nicht wirksam genug, da er zwar häufig die Präsenz krankmachender Faktoren feststellen, diese aber nicht exakt identifizieren kann. Es wäre jedoch falsch, die Bedeutung der spontanen Beobachtung zu unterschätzen; sie stellt vielmehr den Ausgangspunkt eines komplexen Forschungsprogramms der italienischen Arbeiterklasse dar. Der Arbeiter bringt sein physisches und psychisches Unbehagen durch spontane, meist unstrukturierte Äußerungen zum Ausdruck.
2. **Stufe: der Standard-Fragebogen:** Die Resultate der spontanen Beobachtung haben im Wesentlichen eine Alarmwirkung, die von den Gewerkschaften zur Erarbeitung eines umfassenden und gesicherten Wissens über die Arbeitsumwelt und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Arbeiter eingesetzt wird. Hierzu eignet sich ein standardisierter Fragebogen, der von der im vorangegangenen Abschnitt behandelten Typologie ausgeht. Der Fragebogen wird im Allgemeinen von einem Mitglied der Gruppe ausgefüllt, und zwar nach der Sammlung der Beobachtungen aller Gruppenmitglieder, die jede einzelne Frage gemeinsam analysieren, diskutieren und beantworten.
3. **Stufe: Programmierete kontinuierliche Datenerfassung:** Ausgehend von der spontanen Beobachtung der Arbeiter erreicht man über die Ausfüllung und Auswertung des standardisierten Fragebogens die dritte Stufe der program-

mierten und kontinuierlichen Erfassung der Daten aus der Arbeitsumwelt sowie der damit zusammenhängenden medizinischen Daten über die gesundheitliche Lage der Arbeiter. Die Grundlagen dieses Systems bilden vor allem zwei Instrumente, das Umweltregister und das Gesundheitsregister.

■ **Die Dokumentation**

Die Dokumentation erfolgt auf zwei Ebenen: auf Gruppenebene werden diese im Umweltregister und im Gesundheitsregister festgehalten, auf individueller Ebene im Gefahrenbuch und im Gesundheitsbuch. Das Umweltregister enthält abteilungsweise und gruppenweise alle Daten über Gefahren und Risiken in der Arbeitsumwelt. Das Gesundheitsregister enthält alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die sich in einem Zeitraum bei einer homogenen Gruppe in der Form von Unfällen, Berufskrankheiten, Krankenständen, Invalidität usw. manifestiert haben.

Diese beiden Register ermöglichen es, auf betrieblicher, Branchen- oder nationaler Ebene Arbeitsumwelt und negative Auswirkungen auf die Gesundheit gegenüberzustellen, mit dem Ziel, in einer epidemiologischen Untersuchung die Krankheitsursachen festzustellen und zu eliminieren. Dieser Umstand ist für die Gewerkschaften vor allem bei der Aufstellung der qualitativen Forderungen sehr bedeutsam.

Das Gefahrenbuch enthält auf individueller Ebene alle Daten aus dem Umweltregister. Aus diesem Dokument ist daher der Zusammenhang zwischen Arbeitsumwelt und Krankheit, zwischen Arbeitsumwelt und Unfall ersichtlich. Es dient aus diesem Grund:

1. bei der Durchsetzung von Ansprüchen des Arbeiters gegenüber dem Unternehmer beziehungsweise der Unfallversicherung;
2. bei der Prävention, Diagnose und Heilung durch den Arzt;
3. bei der Bestimmung der generellen und spezifischen Eignung für eine bestimmte Arbeit.

Das Gesundheitsbuch begleitet den Arbeiter während seines ganzen aktiven Lebens. Er verwendet es nicht nur bei Untersuchungen im Betrieb, sondern auch bei Untersuchungen durch den

Kassenarzt. Da alle Untersuchungsergebnisse im Gesundheitsbuch festgehalten sind, können das Entstehen und Fortschreiten einer Krankheit beobachtet und somit Prävention, Diagnose, Heilung und Rehabilitation erleichtert werden (siehe Grafik).

Gefahrenbuch und Gesundheitsbuch können ferner zum Ausgangspunkt einer neuen Arzt-Patient-Beziehung werden, in welcher beiden eine wesentliche Rolle bei der Bestimmung der Diagnose und der Feststellung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zukommt.

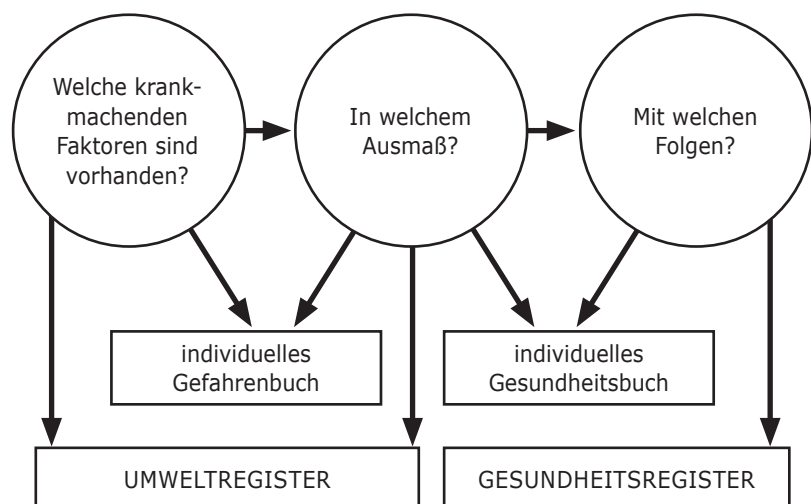
■ **Schlussfolgerungen**

Ich habe den Versuch unternommen, mit diesem Beitrag einen Einblick in die Gesundheitskämpfe zu geben, die während der letzten Jahre in den italienischen Fabriken auf der Grundlage eines neuen epidemiologischen Modells geführt wurden. In einer Schulungsbrochure der italienischen Metallarbeitergewerkschaften heißt es eingangs, dass es sich dabei um ein »erstes Modell« handelt. »Wir betonen den Begriff erstes Modell, denn nur die Kritik an diesem Modell basierend auf den breiten Erfahrungen der italienischen Arbeiterklasse und der Gewerkschaften – kann zur Konstruktion eines Modells führen, welches ein Maximum an Effektivität in sich birgt.«

Bruno Trentin hat einmal – unter Bezugnahme auf die europäische Gewerkschaftsbewegung – den Satz geprägt: »Entweder gelingt es uns, die italienische Art des Arbeiterkampfes in die anderen Länder Europas zu exportieren, oder es wird dem Kapital gelingen, die DGB-Politik nach Italien zu importie-

ren.« Mit etwas vorsichtigeren Formulierungen hat sich einer der führenden gesundheitspolitischen Strategen der KPI, Giovanni Berlinguer, zu ebendiesem Thema zu Wort gemeldet: »Wir sind leider das einzige Land – ich sage leider, denn es wäre wünschenswert, dass diese Erfahrungen Verbreitung finden – das einzige Land, wo das Thema Gesundheit ein Thema des Kampfes der Volksmassen geworden ist und wo die werktätigen Klassen, organisiert von den Gewerkschaften und von den Arbeiterparteien, die führende Rolle im Kampf um die Gesundheit spielen.« Und an anderer Stelle meint Berlinguer: »Ein Rechtsvergleich würde in der Tat zeigen, dass das Statut der Arbeiterrechte und einige Kollektivverträge, die zwischen 1969 und 1973 in Italien abgeschlossen wurden, avantgardistische Errungenschaften im Rahmen der kapitalistischen Welt darstellen. Den Vergleich der einzelnen Paragraphen überlasse ich den Juristen und Gewerkschaftern. Es gibt jedoch einige Konzepte, einige theoretische Positionen aus den Erfahrungen dieser Jahre, die in den Massen verwurzelt sind und deren Bedeutung wahrscheinlich über die Frage der Gesundheit sowie über die Grenzen Italiens hinausreicht.«

Die Verbreitung der italienischen Arbeitermedizin begegnet bei Intellektuellen in Österreich oder der BRD keinen großen Schwierigkeiten. Der vorliegende Beitrag wurde in ähnlicher Form im März 1976 im Allgemeinen Krankenhaus in Wien vor Ärzten, Sozialwissenschaftlern und Medizinstudenten vortragen und fand dort größtes Verständnis. Schwieriger ist es, die Arbeitermedizin den Gewerkschaften und



den Arbeitern selbst näherzubringen.

Der Artikel beruht im Wesentlichen auf einer von Sandra Gloria bearbeiteten Schulungsbroschüre des Gewerkschaftsverbandes CG IL sowie einer Schulungsbroschüre der Metallarbeitergewerkschaft FLM (beide aus dem Jahr 1971). Die Arbeitermedizin hat inzwischen (trotz der Wirtschaftskrise in Italien) weitere Fortschritte gemacht. Die Ausdehnung der Arbeitsumwelt- und Gesundheitsregister auf rund 7 Millionen Arbeiter, die Herausgabe der Zeit-

schrift »Medicina dei Lavoratori« durch das gewerkschaftliche Forschungs- und Dokumentationszentrum in Rom, die Einrichtung von zwölf regionalen gewerkschaftlichen Koordinationszentren gegen die Gefahren in der Arbeitsumwelt, der Ausbau der Schulungsmöglichkeiten und die Heranbildung von arbeitswissenschaftlich bestens ausgebildeten Arbeiterkadern mögen dies beispielhaft belegen. Demgegenüber mag das im Beitrag erwähnte »Arbeiter-Ärzte-Studenten-Kollektiv« (ein Be-

weis für die fruchtbare Verbindung von Arbeiter- und Studentenbewegung in Italien am Ende der 60er Jahre) aus heutiger italienischer Sicht überholt sein. Ich habe es dennoch im Text belassen, weil es ein strategischer Ansatzpunkt für die Umsetzung der Arbeitermedizin in Österreich oder der BRD sein könnte.

Aus: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 3., Argument-Sonderband AS 27, Wolfgang Fritz (Hrsg.), Berlin 1978



Die Mär von der humanisierten Arbeit

Wolfgang Hien über die Schranken eines Konzepts und heutige Arbeitsverhältnisse

Wir dokumentieren hier eine von uns gekürzte Fassung eines Kapitels aus dem neuen Buch von Wolfgang Hien: »Die Arbeit des Körpers. Von der Hochindustrialisierung in Deutschland und Österreich bis zur neoliberalen Gegenwart«, das vor kurzem beim Mandelbaum Verlag in Wien erschienen ist. Wir hoffen, dass der Text anregt, mehr wissen zu wollen und legen unseren Leser*innen das Buch ans Herz.

Schon der Human-Relations-Bewegung, die sich in den 1930ern als Reaktion auf die wachsende Verweigerungshaltung der Arbeiter*innen in US-amerikanischen Großbetrieben bildete, war es darum zu tun, die Arbeit »menschlicher« zu gestalten – freilich immer das Ziel der Produktivitätssteigerung im Auge. Impulse der 68er-Bewegung und der Aufschwung der Klassenaus-einandersetzung, beflügelt von Reformversprechen der Ära Brandt und Kreisky, schufen eine besondere Atmosphäre. Sie war angereichert mit wirtschaftsdemokratischen Hoffnungen und

der Sehnsucht nach Anerkennung menschlicher Würde in der Arbeitswelt. Explizit thematisiert wurden das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und körperlich-seelische Gesundheit.

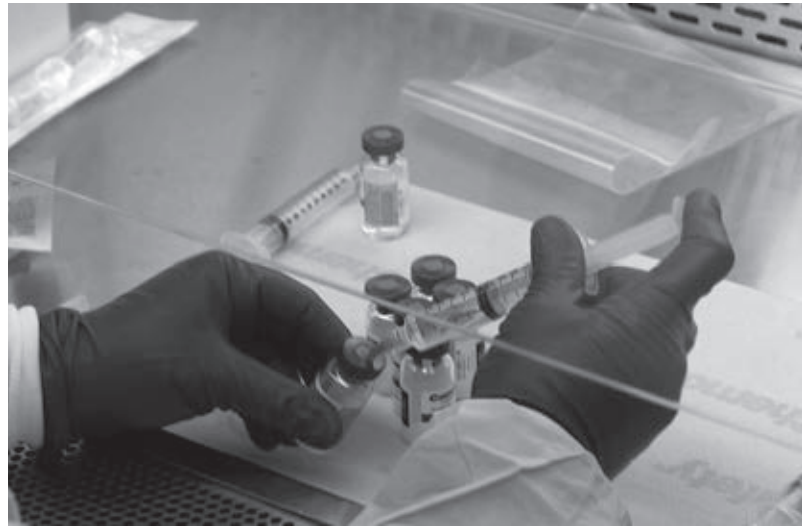
Anfang der 1970er schlossen sich führende Vertreter*innen aus Arbeitswissenschaft, Soziologie, Sozialdemokratie, katholischer Soziallehre und Gewerkschaften zusammen, um sich gemeinsam für eine »Humanisierung des Arbeitslebens« einzusetzen. Auf lange Sicht sollten die Schrecken der bisherigen Industriearbeit ins Reich der Vergangenheit gedrängt werden. Man

hatte sich vorgenommen, die Trennung von Hand- und Kopfarbeit zu überwinden. Lässt man industriesoziologische Veröffentlichungen der 1970er und 1980er Revue passieren, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass körperliche Arbeit bald abgeschafft wäre. Arbeit sollte nicht nur schädigungslos und beeinträchtigungsfrei, sondern auch »persönlichkeitsfördernd« werden. Die Humanisierung hatte sich zur Aufgabe gemacht, körperliche und seelische Qual, ja: die Entfremdung in der Arbeit überhaupt zu überwinden. An eine Wirtschaftsordnung jenseits des

Kapitalismus war aber nicht gedacht. Es gab einen »Basis-konsens«, dass Humanität und Gesundheit einerseits und »Produktivitätssteigerung durch Motivation und erhöhte Leistungsbereitschaft der Beschäftigten ... als gleichwertige Ziele« anzusehen seien.

Die Humanisierung war mit dem Versprechen verknüpft, dass mit der Überwindung von Taylorismus und Fordismus auch die Produktivität steigen würde. Dies sollte erreicht werden durch Arbeitsanreicherung mit höher qualifizierten Tätigkeiten, die Einführung von Gruppenarbeit und die Übernahme von Eigenverantwortung – eine Kategorie, für die sich seit der Jahrtausendwende der Begriff »Selbststeuerung« einbürgerte. Als großes Vorbild galten die schwedischen Volvo-Werke in Kalmar und Uddevalla, wo in den 1970ern die Fließbandproduktion durch Gruppenarbeit ersetzt wurde. Zwischen 1975 und 1977 gab es eine Versuchsphase mit Gruppenarbeit bei VW Salzgitter, später auch in anderen Industriebetrieben. Alle Experimente, in Schweden wie auch in Deutschland und Österreich, hatten bald ein Ende. Zu viel Autonomie bedrohte die betriebliche Herrschaftsstruktur, die auf gar keinen Fall in Frage gestellt werden sollte. Die Bereitschaft des Großkapitals, sich auf »Humanisierung« einzulassen, war begrenzt und letztlich auf den Punkt produktivitätssteigernder Technologien fixiert. Das hatte schon Jürgen Mendner vorausgesehen, als er Mitte der 1970er schrieb: »Eine allgemeine Tendenz zur Humanisierung wird man aus der zeitweiligen Anwendung der autonomen Gruppenarbeit freilich nicht ableiten können. Ist die neue Technologie praktisch erprobt, ist die Anlage erst einmal eingefahren, sind die Schwachstellen bekannt und beseitigt, so können Kontrolle, Wartung und Instandhaltung von einer reduzierten Mannschaft bewältigt werden; die verbleibenden Resttätigkeiten werden nun ihrerseits zum Objekt kapitalistischer Rationalisierung und damit wieder der Tendenz arbeitsorganisatorischer Taylorisierung unterworfen.«

So ist es gekommen; jedenfalls was die Masse der nach wie vor subalternen Tätigkeiten betrifft. Merkwürdig ambivalente gewerkschaftsnahe Interpretationen, die der Entwicklung doch noch eine wie auch immer geartete Befreiung von Unterdrückung und Entfremdung abgewinnen glauben zu können, ändern daran nichts. »Mit der Realität in den heutigen Produktionshallen hat das herzlich wenig zu tun«, schreibt Tom Adler, ein alternativer Betriebsrat im Daimler-Werk Untertürkheim, um fortzufahren: »Dort muss heute unter enormem körperlichen und psychischen Druck gearbeitet werden. Die wenigen Elemente einer Gruppenarbeit, die jemals ihren Weg aus den Public-Relation-Heftchen in die gelebte betriebliche Praxis gefunden haben, sind längst zurückgenommen und von Dutzenden Lean-Production-Projekten kleingemahlen worden.« Verschnaufpausen, seien es die tariflich erstreikten oder die im Zuge von Gruppenarbeit erkämpften, wurden und werden eingeebnet: Sie schrumpfen aufgrund der »permanente(n) Arbeitsinnovation« Richtung Null. Die fortschreitende reelle Subsumtion, d.h. die Technisierung, Computerisierung und Roboterisierung von Produktions- und Dienstleistungsketten, erzeugt einen Kältestrom, der den Menschen ins Gesicht bläst. Vormalig homogene Arbeitsgruppen werden auseinandergerissen, individualisiert, atomisiert. Dem kurzen Sommer der Arbeiter*innenmacht



der 1970er Jahre folgte ein langer Herbst der technischen und organisatorischen Rationalisierung, Flexibilisierung und Intensivierung der Arbeit.

In der politischen Debatte wird davon ausgegangen, dass im Zuge der fortschreitenden reellen Subsumtion und der umfassenden Neoliberalisierung die Disziplinargesellschaft von einer Kontrollgesellschaft abgelöst worden sei. Gesellschaft, Leben, Arbeit, Körper und Geist würden allein durch den Verwertungsprozess gesteuert. Erhebliche Zweifel sind angebracht. Disziplinierung, Sanktionierung und gewaltförmiger Zugriff stehen immer noch ganz oben auf der Agenda der Managements. Zugleich breitet sich darüber eine Decke der Psychopolitik aus, die uns einlullen oder auch irritieren kann. Es gilt festzuhalten: Auch wenn der Neoliberalismus zu einem umfassenden, über den Arbeitsprozess hinausgehenden Zugriff auf unser Sein fortschreitet, auch wenn er unsere Psyche beherrschen will, so heißt dies nicht, dass die Ära der Körperpolitik zu Ende sei.

Harte körperliche Arbeit bietet zwar längst keinen Grund mehr für Selbstbewusstsein, Stolz und Ehre. Doch wird heute nach wie vor körperlich gearbeitet, weltweit mehr denn je. Davon zu sprechen, wir stünden am Beginn eines Zeitalters ohne körperliche Arbeit und ohne körperliche Verausgabung, blendet etwas Entscheidendes aus: Auch Geist und Seele brauchen einen fitten, funktionierenden, anpassungsfähigen und flexiblen Körper. Der Leibkörper ist nach wie vor Medium von Wissen und Erfahrung. Der globale Kapitalismus fordert von den Menschen mehr körperliche, kraft- und gesundheitszehrende Arbeit denn je, und die geforderten geistigen Leistungen sind nur zu erbringen, wenn durch körperliche Fitness sowie pharmakologisches und biotechnisches Enhancement die Voraussetzungen gegeben sind oder geschaffen werden. Was sich sagen lässt: Reine Körperpolitik wird zu einer Politik erweitert, die das Seelische und Geistige umfasst. Gefordert wird nicht mehr die bloße Verausgabung der Arbeitskraft, sondern die des ganzen Menschen. Das Neue ist die Ausbeutung der Persönlichkeit, ein Prozess, der mit dem Begriff der »Subjektivierung« belegt wurde.

Die dem Kapitalismus immanenten Widersprüche – zwischen Profit und Allgemeinwohl, Quantität und Qualität, Wert und Nützlichkeit, Verausgabung und Selbstschutz, letztlich zwischen Kapital und Arbeit – werden in das Individuum ver-

lagert. Ihm wird in seiner leibkörperlichen Existenz die Austarierung der Widersprüche überantwortet. Die Beschäftigten sollen je individuell unternehmerisch denken, doch einen Einfluss auf die Zielsetzung von Produktion, Dienstleistung und Verteilung haben sie nicht. Es mag dahingestellt bleiben, ob es im Taylorismus mehr tatsächliche Individualität gegeben habe. Im Post-Taylorismus wird eine Illusion von Individualität und Freiheit geschaffen, in welcher der oder die Einzelne keinen Einfluss darauf hat, was, wie, wieviel und wofür produziert wird. Geschaffen wird ein Psychodrama der Arbeitswelt, an dem nicht zu zerbrechen fast einem Wunder gleichkommt. Die Konkurrenzdynamik des globalen Marktes wird auf jeden einzelnen heruntergebrochen. Restrukturierung, Flexibilisierung und Subjektivierung sind Kennzeichen der neoliberalen post-tayloristischen und post-fordistischen Arbeitsgesellschaft, die zugleich von Re-Taylorisierung und neuen Kontrolltechniken durchsetzt ist. Die gesellschaftlichen Veränderungen drängen die Arbeitenden in eine Situation, in der sie der Instrumentalisierung ihres Körpers und ihres Geistes ausgesetzt sind. Dem verführenden und zuweilen auch psychisch gewaltförmigen Zugriff zu entkommen, ist ein schwieriges Unterfangen geworden: Körper, Geist und Seele – der Leibkörper – Objekte der ökonomischen Begierde.

Vermarktlichung, Restrukturierung, Rationalisierung und Intensivierung überlagern sich gegenseitig und haben eine Geschwindigkeit angenommen, die keinen Platz mehr lässt für »langsame« oder – wie uns ein Interviewpartner sagte – »anders geartete Menschen«. Diese Veränderungsprozesse erzeugen oder verstärken die Individualisierung. Moralisches Denken und Handeln, die Alltags-solidarität und die ganz normale Mitmenschlichkeit werden zu einem Störfaktor im Getriebe einer so gearteten postmodernen Produktions- und Dienstleistungsarbeit.

In der Automobil- und Automobilzuliefererindustrie besteht mittlerweile fast ein Drittel der Belegschaften aus befristet Beschäftigten, Leiharbeiter*innen – beschönigend als Zeitarbeitnehmer*innen bezeichnet – und Werkvertragsnehmer*innen. Einen noch höheren Anteil prekär Beschäftigter weisen Branchen wie Handel, Logistik und Lebensmittel auf. Ähnlich wie Migrant*innen stoßen Leiharbeiter*innen auf eine Wand von Diskriminierung und Sozialrassismus. Hohe Belastungen und entsprechend viele somatische und psychosomatische Erkrankungen sind die Folge. Originalton aus einer österreichischen Studie: »Man wird schlechter behandelt. Als Zeitarbeiter arbeiten ist immer Schwerarbeit. Man muss machen, was niemand machen will, das ist meist schlechte Arbeit. Wenn man es nicht macht, fliegt man raus.«

Auch die Arbeit in anderen Branchen wie Stahlindustrie, Chemieindustrie oder Handel und Logistik ist in weiten Teilen immer noch Knochenarbeit. Gerne wird von kapitalnaher Seite argumentiert, nun würden Industrieroboter die schwere Arbeit übernehmen. Auch das stimmt nur sehr begrenzt. Für einen Arbeitsschritt, den der Roboter übernimmt, kommen fünf oder zehn neue Arbeitsschritte auf den Menschen zu, der in der unmittelbaren Produktion eingesetzt ist. Arbeit in verdrehter Körperhaltung, Zeitstress, Schichtarbeit – all das wirkt intensiv und oftmals engtaktig gekoppelt auf den Menschen ein, insofern der Arbeitsprozess EDV-gesteuert abläuft und



durch das Eingreifen des Menschen meist gar nicht mehr zu beeinflussen ist. Ein besonders eindrückliches Beispiel sei aus der Donaustadt Linz referiert. Dort produziert die Aluminiumgießerei Nematik Teile für die Automobilindustrie. Im österreichischen Industriemagazin heißt es: »Nahezu vollautomatisiert produziert Nematik Linz millionenfach Zylinderköpfe für BMW, Porsche und Ford. (...) Manuelle Prozesse greifen nahtlos in hochautomatisierte. Mit Kernschießmaschinen stellt der Betrieb die Sandkerne her. Gießmaschinen produzieren mit Stahlwerkzeugen die Aluminiumgussteile. Hammerstationen und Schwinganlagen entsanden die Teile. (...) Und CNC-Fertigungszellen laufen rund um die Uhr. Wo Roboter, Fertigungsautomaten und Fördersysteme noch Platz lassen, bahnen sich Stapler ihren Weg. Eine Meisterleistung der Linzer.« Was hier nicht gesagt wird, ist, wie sich die Arbeitsverhältnisse tatsächlich gestalten. Einige Hundert slowenische, slowakische, tschechische, ungarische und rumänische Arbeiter sind für die »manuellen Prozesse« zuständig. Sie stehen nicht nur aufgrund des Akkordsystems bzw. aufgrund der am Umsatz und der Rendite orientierten Prämie unter enormem Druck, sie arbeiten gleichsam als Zwischenglied zwischen den Robotern und überwiegend im Kontext körperlich harter Bedingungen. Schwere Handhabungen sind immer noch Normalität, ebenso wie extreme Arbeitsumweltbedingungen wie Lärm, Hitze, Stäube und Rauche. Kaum eine Absaugung über den Gießerbeitsplätzen funktioniert optimal. Von der Decke her kommen Schwaden an giftigen Dämpfen auf, die bis in den Atembereich der Arbeiter reichen. Die Verwunderung des Beobachters angesichts der besonders harten Bedingungen der ausländischen Arbeiter wurde mit der Bemerkung kommentiert: »Sollen das etwa wir Österreicher machen?« Die Belastungen der Massenarbeiter*innen hinter der schönen neuen Automatisierungswelt verschwinden zu lassen, ist eine typische Legitimationsfigur des Neoliberalismus, der die sozialen Spaltungen und Rassismen als naturgegeben und daher nicht hinterfragbar ansieht.

Paradigmatisch für die Handels- und Logistikbranche steht Amazon. An der Leistung wird der Mensch gemessen, man muss »high performer« sein. Ein »low performer« gilt nichts, er wird von Vorgesetzten wie von Kolleg*innen gemobbt, ausgegrenzt, aussortiert und »entsorgt«. Ein so herabgewürdigter Mensch gilt auch in seinem privaten Kontext als Verlierer, als Schwächling, als nicht oder nicht mehr vollwertig. Ein so stigmatisierter Mensch versucht, sein Stigma zu verheimli-

chen. Unter den Mitarbeiterinnen, so der SZ-Artikel, ist es »ungeschriebenes Gesetz, potentiell Langwieriges wie einen Bandscheibenvorfall oder gar psychische Probleme zu verschweigen«.

Die besondere Qualität der digitalisierten Arbeitsweisen bestehe nun darin, alle Tätigkeiten zugleich so zu erfassen, dass deren Daten einer Leistungsüberwachung zugeführt werden können. Ob Arbeit am Computer, am Terminal, in oder mit einem digital gesteuerten Gerät oder mit dem Handscanner: Wer auch nur eine Minute heimlich Pause macht, sägt am Ast, auf dem er sitzt. Aufgebaut werden also eine neue Art von Kontrolle und eine neue Art von Überwachung, die eine gegenseitige Taxierung, eine gegenseitige Denunziation und das Anheizen von Konkurrenz am Arbeitsplatz einschließen. Die neuen Technologien eröffnen neue Dimensionen des abwertenden und disziplinierenden Zugriffs auf den arbeitenden Körper. Arbeitsprozesse werden extrem zerstückelt, sodass vollkommen berechtigt von einem »digitalen Taylorismus« gesprochen werden kann. Was in der gegenwärtigen arbeitspolitischen Debatte die »vierte industrielle Revolution« und »Arbeit 4.0« bezeichnet wird, bekommt Konturen, die wenig mit den Schönfärbereien industrienaher Werbeagenturen zu tun haben.

Das Institut für Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg-Essen berechnet auf Grundlage aller verfügbaren Daten regelmäßig, wie viele Erwerbstätige unter welchen Lohn- und Arbeitsbedingungen arbeiten. Als Resultat kann festgehalten werden: Mehr als die Hälfte aller Erwerbstätigen

in Deutschland und Österreich arbeiten unter körperlich harten Bedingungen, erleben einen massiven Gesundheitsverschleiß und unterliegen einer Tendenz der psychischen Verelendung. Wer sich die betriebliche Situation der bundesdeutschen und österreichischen wie der globalen Wirklichkeit ohne rosarote Brille anschaut, muss aufpassen, dass er von der Fülle der Paradoxien, Aporien und Antinomien, d.h. der absolut unvereinbaren Tendenzen und Gesetzmäßigkeiten, nicht erschlagen wird. Während gewisse Gelehrte angesichts der Digitalisierung vom »Ende der Arbeit« fabulieren, überborden uns legale und illegale Menschenhändler mit Heeren arbeitswilliger Billiglöhner*innen, die als Scheinselbständige unsere Straßen reparieren, öffentliche und private Gebäudekomplexe errichten und unsere Alten pflegen.

Der Eindruck täuscht nicht: Wirtschaftselite und Politik unterstützen einander gegenseitig im Bemühen, den massenhaften Menschenhandel, die massenhafte Unterbezahlung, die massenhafte Unterschlagung der Sozialabgaben und die massenhafte Gesundheitszerstörung der Ausgebeuteten weiterzutreiben und auszuweiten. Es gibt nicht einmal eine halbwegs ordentliche Statistik, wie viele Hunderttausende von Menschen hierzulande zerschunden werden und ohne jede soziale und finanzielle Entschädigung in einem osteuropäischen Land ihr dürftiges Leben fristen, während hier Länder und Gemeinden stolz sind, mit geringen Kosten die Infrastruktur für die wohlhabende Mittel- und Oberschicht zu pflegen und erneuern zu können. Nicht zufällig werden gleichzeitig arme und

sogenannte »abgehängte« Stadtteile und Regionen ihrem Verfall überlassen. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass viele wissenschaftliche Kolleg*innen diese Phänomene nicht sehen wollen oder sie unablässig herunterspielen. Ich sehe in vielen Aspekten – sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht – die Marxsche Verelendungstheorie bestätigt. Selbstredend sind Deutschland und Österreich immer noch Inseln der Glückseligen, insofern hier der Nachkriegsboom und weitere Besonderheiten die Bildung einer breiten Mittelschicht bzw. Mittelklasse begünstigt haben, die aber seit Jahren im Schrumpfen begriffen ist. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Armen in der Bevölkerung zu, und gleichzeitig leben Hunderttausende, wenn nicht Millionen auch bei uns außerhalb des zwar noch existierenden, doch immer löchriger werdenden sozialstaatlichen Netzes. Dieses Netz gibt es für viele – und dies ist eine wachsende Zahl – schlichtweg nicht.

Und erst recht nicht für Millionen Menschen außerhalb Deutschlands, die durch die Verausgabung ihrer Arbeitskraft dafür sorgen, dass wir hierzulande Billigware kaufen können. Wir, genauer: der wohlhabendere Teil der Arbeiterklasse hierzulande profitiert von einem gigantischen globalen Mehrwerttransfer. Der Kapitalismus treibt einen gewaltigen Spaltkeil in unsere Welt, und der Keil geht inzwischen mitten durch die Metropolen. Die soziale Spaltung zwischen Arm und Reich nimmt auch bei uns dramatisch zu. Das wird Widerstand erzeugen, der alle sozialen Schichten und alle sozialen und kulturellen Milieus zu einer Haltung dazu herausfordert wird. Gemessen an den Auseinandersetzungen, die mit Wahrscheinlichkeit kommen werden, leben wir zwar immer noch in einem klassenpolitisch weitgehend befriedeten Paradies. Doch der Schein trügt. Es gibt Entwicklungen, hierzulande wie global, die Veränderungen ankündigen – ob zum Guten, wird die Geschichte zeigen, an deren Gestaltung wir beteiligt sind.

(Aus: Wolfgang Hien: »Die Arbeit des Körpers. Von der Hochindustrialisierung in Deutschland und Österreich bis zur neoliberalen Gegenwart«, Wien 2018, Mandelbaum Verlag, S. 247-260)



Manches Ärgerlich, einiges erreicht

Robin Maitras Eindrücke vom 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt

Der 121. Deutsche Ärztetag fand dieses Jahr in Erfurt statt. Zur Vorbereitung trafen sich die oppositionellen Abgeordneten des Ärztetages und weitere Interessierte und Besucher*innen sowie einige Student*innen der *Bundesvereinigung der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd)*, um alle geplanten Anträge und die Tagesordnungspunkte zu diskutieren. Kritisch muss angemerkt werden, dass schon im Vorfeld klar wurde, dass die oppositionellen Abgeordneten beim Deutschen Ärztetag nicht gut vernetzt sind. So trafen sich zwar Leute aus Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen und Berlin, zu anderen Kammern bestehen derzeit aber keine engen Verbindungen.

Am nächsten Morgen wurde der Ärztetag mit einer Festveranstaltung eröffnet. Vor der Veranstaltung hatten Medizinstudent*innen und Aktivist*innen eine Plakat- und Flugblattaktion gegen die Abtreibungsparagraphen §§218 und 219a organisiert. Die bunte und lautstarke Präsenz der Abtreibungsgegner*innen störte die eintreffenden Feiertage empfindlich und konnte doch etliches an Aufmerksamkeit erregen – Aktion geglückt!

In der Eröffnungsveranstaltung selbst war mit Bodo Ramelow als thüringischem Ministerpräsident erstmalig ein Politiker der Linken als Hauptredner geladen und wurde vom Auditorium nach gelungener Rede durchaus freundlich verabschiedet. Zum festen Bestandteil der Ärztetage gehören die programmatischen Ansprachen der Präsidenten der Bundesärztekammer. F. U. Montgomery kritisierte erwartungsgemäß in seiner Rede die Regelungen des Koalitionsvertrags und warnte vor Eingriffen in die ärztliche Selbstverwaltung. Ein weiteres Anliegen war der Erhalt der Qualität ärztlichen Handelns vor dem Hintergrund der Tätigkeit einer Vielzahl ausländischer Ärzt*innen mit unterschiedlichem Ausbildungsstand und Sprachkenntnissen. Wie auf jedem anderen Ärztetag durfte auch die Forderung nach einer Reform der Gebührenordnung nicht fehlen.

Der Auftritt des neuen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn war sicher von den meisten der 1.000 Gäste der Eröffnungsveranstaltung mit Spannung erwartet worden. Der Minister zeigte sich zwar als routinierter Redner, sagte aber tatsächlich wenig Neues. Inwieweit die Unterschiede bei der Terminvergabe für privat und gesetzlich versicherten Patient*innen durch die von ihm geforderte Erweiterung der Sprechstundenzeiten von Ärzt*innen gelöst werden könnten, bleibt ein Geheimnis, sorgte allerdings für deutlichen Unmut im Auditorium. Auch sonst blieb der Beitrag des Bundesministers Spahn überaus enttäuschend und zeigte weder Perspektiven noch Visionen auf.

Nach Eröffnung der Plenarsitzungen zeigten sich in der Aussprache zur allgemeinen Berufspolitik beim Thema »Veröffentlichung von Interessenswahrnehmungen« erste Kontroversen. Nachdem schon beim Sonder-Ärztetag 2015 zur GOÄ-Reform bekannt geworden war, dass ein nicht unerheblicher Teil des Vorstandes der Bundesärztekammer gleichzeitig Beratungsgelder von der Versicherungsindustrie bezog, war der Ruf nach Offenlegung der Nebeneinkünfte laut geworden, wie dies auch im Bundestag oder auch der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft üblich ist. Gleichlautende Anträge auf den folgenden Ärztetagen folgten, wurden aber jeweilig an das Präsidium überwiesen, das nun eine Arbeitsgruppe mit der Ausarbeitung einer Lösung betraut hatte. Die Lösung: Die Offenlegung von Nebeneinkünften kann künftig *freiwillig* erfolgen, wenn ein Funktionär bestimmende Funktionen an einem Unternehmen im Gesundheitswesen wahrnimmt. Die von uns eingebrachte Forderung nach einer verpflichtenden Offenlegung der Nebeneinkünfte wurde nach kontroverser Diskussion zuerst positiv beschieden, in zweiter Lesung aber wieder abgelehnt, nachdem der Präsident einwarf, man könne mit dieser Regelung »ja gleich seine Steuererklärung öffentlich machen«. So geht Ärztetag!

Eines der weiteren Hauptthemen des Ärztetages betraf die Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen. In dem eigenen Tagesordnungspunkt wurde die Bedeutung psychischer Erkrankungen im gesellschaftlichen Kontext aufgezeigt und über Ansätze zur primärärztlichen Versorgung wie auch sektorenübergreifende Modelle in der Versorgung psychisch kranker Menschen referiert.

Von vielen Abgeordneten mit Spannung erwartet worden war die Darstellung des Standes der Verhandlungen zur Neuordnung der Gebührenordnung für Ärzt*innen. Der zwischenzeitlich mit den Ausarbeitungen und Verhandlungen beauftragte Vizepräsident der ÄK Westfalen-Lippe und Vorsitzende des Hartmannbundes Reinhardt berichtete zwar über die neue Systematik der GOÄ und über die derzeitige Abstimmung mit den Fachverbänden, ging aber angesichts der derzeitigen politischen Großwetterlage nicht davon aus, dass eine Umset-



zung noch in dieser Legislaturperiode zu erreichen sei.

Ein weiterer wichtiger Punkt betraf die Novelle der Musterweiterbildungsordnung, die nun auch schon seit Jahren die Deutschen Ärztetage begleitet und mit der Reform den Erwerb von Kompetenzen in den Mittelpunkt stellt. Neben einer Vielzahl gewünschter Änderungen einzelner Verbände scheiterten auch wir mit unseren Anträgen, die eine Beteiligung hausärztlich tätiger Internist*innen in der Weiterbildung für Allgemeinärzt*innen ermöglichen sollte. Immerhin konnten wir gemeinsam mit anderen erreichen, dass der Erwerb der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin auch berufsbegleitend und für niedergelassene Kolleg*innen möglich ist. Schon im Vorfeld des Ärztetages war der Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes große mediale Aufmerksamkeit zuteil geworden. Beschlossen wurde eine Lockerung der Regelungen in der Berufsordnung, so dass im Rahmen von Modellvorhaben telemedizinische Behandlungen erprobt werden können.

Das Thema der medizinischen Versorgung von geflüchteten Menschen konnte von uns zwar in die Beratungen eingebracht werden und in einigen Fällen wie der Entschliebung gegen die Diskriminierung behinderter Menschen und Geflüchteter auch positiv entschieden werden. In etlichen Fällen («Gesundheitsschäden nach Abschiebung in Bürgerkriegsländer», «Psychische Belastungen bei ankommenden Geflüchteten») entschied das Plenum in anderen aber oftmals unerträglicher Weise mit »Nichtbefassung«.

Wichtige Themen zu Gesundheit, Klima und Umwelt wurden zu weiteren Beratungen an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen – um dort möglicherweise ein »Begräbnis 1. Klasse« zu erfahren. Mit einem ausgeklügelten Verfahren war schon ein weithin beachteter Beschluss des letzten Jahres zu den gesundheitlichen Gefahren gering radioaktiven Restmülls aus dem Abbau von Kernkraftwerken ausgehebelt worden. Nach erheblichem Druck aus den Umweltministerien hatte sich der Präsident gegen den Beschluss des Ärztetages gestellt und unter Umgehung der Antragsteller dessen Unwirk-

samkeit verkündet. Dies Vorgehen entspricht leider dem vorherrschenden Stil unter F. U. Montgomery, der sich auch nach der jetzt vorgebrachten Kritik der Antragsteller nicht einsichtig zeigte. Bei der Debatte um den §219a konnten wir uns mit der Forderung nach dessen Abschaffung zwar nicht durchsetzen, aber letztlich eine Entschliebung mit der Aufforderung zur Reform des Paragraphen bewirken.

Was bleibt nach einer Woche Ärztetag? Es war anstrengend und sehr intensiv und arbeitsreich, hat aber auch viel Spaß gemacht. Ärgerlich waren nicht seltene Positionen aus dem Kolleg*innenkreis, die gerade beim Thema Geflüchtete zeigen, dass rechte Gruppierungen innerhalb der Ärzteschaft durchaus aktiv sind. Tatsächlich konnten wir aber viel bewegen und auch alternative und kritische Positionen in die Beratungen einbringen: Der Ärztetag lohnt sich!

Robin Maitra ist Arzt und Mitglied der LdÄÄ Baden-Württemberg



Debatte zu Medizinischer Versorgung Inhaftierter

Anfang 2017 hatte der erweiterte Vorstand beschlossen, sich dem Thema *Medizinische Versorgung im Gefängnis* zu widmen. Vorangegangen waren etliche Anfragen von Inhaftierten bezüglich mangelhafter medizinischer Hilfen.

Anträge zum Deutschen Ärztetag 2017 wurden vorbereitet und fast alle angenommen.

Die Jahreshauptversammlung 2017 diskutierte mit Beschäftigten aus verschiedenen Haftanstalten; die dort vermeintlich zu positiv dargestellte Situation rief im Verein auch Kritik hervor. Im Rahmen der weiteren Beschäftigung haben wir uns dem »Aktionsbündnis Gefängnistage 2018« angeschlossen. Es ist eine zentrale Veranstaltung mit vdää-Beteiligung für den 21. September 2018 in Berlin geplant, etliche dezentrale Aktionen werden bis zum 30. September 2018 bundesweit stattfinden. Der vdää hat für den 28. und 29. September 2018 das Kulturzentrum und ehemalige Polizeigefängnis »Klapperfeld« in Frankfurt für eine Veranstaltung reserviert.

Das Thema hat sich mittlerweile als äußerst komplex dargestellt. Die unterschiedlichen Gruppen Untersuchungshäftlinge, Strafgefängene, Einsitzende im Maßregelvollzug, Geflüchtete in Abschiebehaft haben gemeinsam, das sie keine gesellschaftliche Lobby haben und stigmatisiert sind, aber es gibt unterschiedliche Problemlagen. Fragen der Infektiologie, Suchtmedizin, Flugtauglichkeit bei PTBS, Krankenversicherung, freie Arztwahl und noch mehr erfordern Schwerpunktsetzungen, Klärung unserer Positionen und Formulierung politischer Forderungen.

Wir brauchen dringend Mitglieder, die Lust haben, sich an der Debatte zu beteiligen, und mit uns bis September ein – wenn auch vorläufiges – Positionspapier des vdää erarbeiten wollen!

Bitte meldet Euch bei Interesse bei der Geschäftsstelle.

Der Ärztetag vom anderen Stern

Ein Kommentar von Ellis Huber

Auf dem diesjährigen Ärztetag gab es gute Debatten und Beschlüsse. In dem wegweisenden Referat von Dr. Iris Hauth aus Berlin ging es um die bessere Versorgung von psychosomatisch und psychisch kranken Menschen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, sektorenübergreifende und integrative Versorgungskonzepte und um eine bio-psycho-soziale Medizin. Den anstehenden Paradigmenwechsel zur integrierten oder integrativen Medizin und zu interdisziplinären Versorgungsteams verstehen allerdings die meisten Delegierten nicht. Versorgungserfahrungen wie im Gesunden Kinzigtal (<https://www.gesundes-kinzigtal.de/>) oder in Billstedt/Horn Hamburg (<http://optimedis.de/netzwerke/gesundheit-fuer-billstedt-horn>) werden von der Mehrheit nicht einmal zur Kenntnis genommen. Der Ärztetag verteidigt mit Ärztepopulismus und fundamentalistischen Postulaten eine verlorene Standeswelt. Er blickt nicht in die Zukunft und gerät so immer mehr in das gesundheitspolitische Abseits. Die Digitalisierung wird als Fortschrittsglaube ebenso wie als Angst vor Transparenz behandelt. Patienten und Ärzte können das Internet aber sinnvoll nutzen, als Mittel, nicht als Zweck. Die Berufsordnung wurde dafür geöffnet. Die Muster-Weiterbildungsordnung ist novelliert, kompetenzbasierte Weiterbildung, »Inhalte statt Zeiten« beschreiben das neue Ziel. Es ist mehr, als wir erwarten konnten und deutlich weniger als das, was eine zukunftsfähige Weiterbildung erfordern würde. »Das Gesundheitswesen befindet sich in einer historischen Umbruchsituation und steht vor großen Herausforderungen. Die Gesundheitsgesellschaft ist zunehmend global vernetzt, was dazu führt, dass die traditionellen Grenzen zwischen Disziplinen und Berufen, Institutionen und Ländern verschoben werden. Ebenso wird das Verhältnis zwischen Leistungsangebot und Bürger,

Markt und Regulierung, Arzt und Patientin, Dienstleister und Konsument neu definiert. Neue Ansätze und Modelle für Strategien im Gesundheitswesen und in der Ausbildung der Health Professionals müssen all diesen Herausforderungen Rechnung tragen, um einen relevanten Beitrag für die Zukunft leisten zu können.« Dieses Vorwort aus der Deutschen Übersetzung des *Lancet Reports* (<http://www.careum.ch/lancet-report>) zeigt die Realitätsferne der deutschen Medizin. Der internationale Diskurs zur ärztlichen Weiterbildung ist längst weiter.

Zwei Beschlüsse allerdings zeigten dann einen Ärztetag ohne jegliche soziale Empathie, Patientennähe und Selbstbewusstsein. Der §219a, mit dem systematisch die Kolleginnen und Kollegen von Fundamentalisten diffamiert und verfolgt werden, die Frauen in Notlagen helfen, soll bleiben. Die Mehrheit der Delegierten zeigte eine paternalistisch bevormundende Haltung, verdächtigte die betroffenen Kollegen der Geldgier und wollte die staatliche Strafandrohung und Kriminalisierung beibehalten. Es macht fassungslos, wie Ideologie und Selbstgerechtigkeit vorherrschen und Kollegialität wie Menschlichkeit missachtet werden. Der beste Schutz des ungeborenen Lebens ist immer noch der konsequente Schutz und ein sichere Lebensperspektive für das geborene Leben. Frauen, die mit Lust und Freude zur Abtreibung gehen, hat noch kein Arzt gesehen. Warum dann Ärztetagsdelegierte solche Bilder produzieren und die Kolleginnen und Kollegen, die Abbrüche durchführen, moralisch noch belehren wollen, ist eher Ausdruck einer kollektiven Selbstherrlichkeit und Ignoranz.

Die Kollegen Manfred Richter-Reichhelm und Roman Skoblo, beide standespolitisch nicht unbekannt und keiner Linksabweichung verdächtig, engagie-

ren sich für den Lern- und Gedenkort Alt Rehse, wo der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund die »Führerschule der Deutschen Ärzteschaft« zur »weltanschaulichen Schulung« der damaligen Ärzteschaft eingerichtet hatte. Das Projekt braucht 60.000 Euro, um weit- aus höhere staatliche Förderungen zu bekommen. Es soll sich neben der Geschichte auch der Ethik im Gesundheitswesen in Gegenwart und Zukunft widmen und mit Aus- und Weiterbildungsangeboten eine menschliche Medizin sichern helfen. Das Vorhaben ist einfach gut und wichtig. Aber die Mehrheit der Ärztetags-Delegierten lehnte die Förderung ab. Erschreckend: ein von der IPPNW nach der Wende geplantes Projekt mit gleicher Zielsetzung scheiterte damals, weil die KBV als formaler Rechtsnachfolger des NS-Ärztebundes ihre Eigentumsrechte durchsetzte und das Gelände später an private Investoren verkaufte. Für lukrative Eigentumsrechte war Alt Rehse also wichtig, für das Gedenken und die Lehren aus der NS-Zeit ist aber kein Geld da. Das geschichtsvergessene Verhalten der Ärztetags-Delegierten ist erschreckend. Hier wird die Ärztekammer Berlin nun ein Zeichen setzen, dass es auch eine andere Haltung gibt, und das Vorhaben unterstützen. Die Ärztetagsmehrheit will mit der NS-Geschichte nichts mehr zu tun haben. Das Beispiel zeigt in trauriger Weise die fehlende soziale Verantwortlichkeit der ärztlichen Selbstverwaltung. Es wird Zeit, dass bei den kommenden Kammerwahlen in Berlin eine neue Mehrheit gewählt wird, die Ärztinnen und Ärzte in sozialer Verantwortung und mit menschlichem Herz stärkt und fördert.

Ellis Huber ist Arzt, Delegierter der ÄKB, Stv. Vorstandsvorsitzender PARITÄT LV Berlin e.V., GF St. Leonhards-Akademie gGmbH, Vorsitzender Berufsverband der Präventologen e.V.

Docs not Cops – Patients not Passports

Kämpfe für ein Solidarisches NHS

Am 23. Oktober wurde im Öffentlichen Gesundheitssystem (NHS) in England eine Ausweiskontrolle eingeführt für alle Patient*innen, die Zugang zum Gesundheitswesen suchten – ausgenommen sind Notfälle. Aus Erfahrung mit solchen Politikversuchen wissen wir, dass sie immer zu rassifizierenden Ergebnissen kommen. Ein Krankenhaus hat sich entschuldigt dafür, schwangere Frauen gefragt zu haben, ob sie »Wirtschaftsmigrantinnen« seien. Der NHS trust verlangt, dass ein acht Tage altes Baby nachweisen muss, dass es Anspruch auf freien Zugang zur medizinischen Versorgung hat. Schwangere Flüchtlinge, die ein Recht auf Versorgung haben, sind zu ängstlich, um zu ihren vereinbarten Vorsorgeuntersuchungen zu kommen, Tausenden von zugangsberechtigten Patient*innen, darunter auch welche, die an Krebs leiden, wurde fälschlicherweise der Zugang zur NHS-Versorgung verweigert, weil man sie für »Ausländer*innen« hielt.

Docs Not Cops ist eine Kampagne von Gesundheitsprofessionellen aus dem NHS und Patient*innen, die daran glauben, dass Gesundheit ein Recht ist und kein Privileg. Diese Politik ist ein Public Health-Desaster, das noch mehr Druck für die Notaufnahmen bedeuten wird, da Menschen, die Angst haben vor Diskriminierung und Zuzahlungen nur noch ins Krankenhaus gehen werden, wenn ihre Krankheiten so akut sind, dass sie zum Notfall werden, anstatt präventive Maßnahmen zu ergreifen, dass es gar nicht zu solchen Notfällen kommt.

Als NHS-Personal sind wir ausgebildet worden, uns um alle zu kümmern, bei denen es nötig ist, nicht, Menschen wegzuschicken. Wir machen diese Kampagne um die Werte wieder zu beleben, auf denen eine NHS einst gegründet wurde: Mitgefühl und universelle Versorgung. Niemand sollte Angst



haben, zum Arzt zu gehen, weil er entweder nicht bezahlen oder bestraft werden kann. Und Ärzte sollten die Menschen, die sie behandeln, nicht kontrollieren müssen.

Set 1948 hat das NHS kostenlose medizinische Versorgung allen in UK lebenden Menschen gewährt – unabhängig davon, ob sie bezahlen konnten oder nicht. Dies gehörte zu den Gründungsprinzipien. Dies war ein universelles Recht in Großbritannien.

Mit dem Immigration Act 2014 plant die Regierung nun, bestimmten Migranten für den Besuch beim Hausarzt und für die Notfallversorgung eine Gebühr abzuverlangen. Menschen aus Ländern außerhalb der EU und Studenten werden gezwungen, für den Zugang zum NHS zu bezahlen, Flüchtlinge, Asylsuchende und Menschen ohne Papiere werden von lebenswichtiger Versorgung ausgeschlossen.

■ Seit April gibt es Gebühren im NHS

Die Regierung behauptet, dass dieses neue Gesetz Großbritannien Geld spart, aber das ist nicht wahr. Es gibt wenig Forschung zu diesem Thema, aber das, was es an Forschung gibt, deutet darauf hin, dass »Gesundheits-Tourismus« dem NHS eher mehr Geld bringt als dass es kostet. Dafür sind die Kosten für diese gate-keeping-Kontrollen immens.

Zudem sind Gebühren für medizinische Versorgung, die man Migranten

abverlangen will, der erste Schritt hin zur Normalisierung von Gebühren für alle. Wenn die Regierung erst einmal ein Gebührensystem installiert hat, ist es viel einfacher, dieses Schritt für Schritt auf alle anderen auszuweiten – unabhängig von ihrer Nationalität. Rassismus wird benutzt, um das Bekenntnis unserer Gesellschaft zur universellen medizinischen Versorgung unterminiert und damit die Werte der sozialen Solidarität, die unsere Gesellschaft zusammenhalten.

- Wir sind Ärzte, Krankenpfleger, Gesundheits-Aktivist*innen, Studenten, Lehrer, Arbeiter, Wähler und Steuerzahler.
- Wir sind Migranten, Britische Bürger und ständige Bewohner.
- Wir arbeiten solidarisch zusammen mit Together Against Prejudice, einer Gruppe, die die Islamophobie der Regierung, alle Muslime für potentielle Terroristen zu halten, bekämpft.

Wir kämpfen für das NHS, eine der besten Errungenschaften in Großbritannien.

- Wir appellieren an das Gesundheitsministerium, den Immigration Act zurückzunehmen.
- Sie dürfen nicht neue Regeln einführen, die Menschen diskriminieren, die Hilfe brauchen.

Mehr Infos unter:

<http://www.docsnotcops.co.uk/>

(Übersetzung: Nadja Rakowitz)

Macht, Geld und christliche Werte

Über die Strategien der Lebensschützer*innen – Rezension von Carina Borzím und Therese Jakobs

In ihrem kürzlich erschienen Buch »Kulturkampf und Gewissen – Medizinethische Strategien der »Lebensschutz«-Bewegung« beleuchten Eike Sanders, Kirsten Achtelek und Ulli Jentsch die Argumentationsweisen und Hintergründe der sogenannten »Lebensschutzbewegung«. Sie zeigen die Verbindung zum christlichen Glauben auf und beschreiben, in welchen Gruppen, Vereinen etc. die Lebensschützer*innen sich organisieren und auf welchen Ebenen sie ihre Gedanken verbreiten. Mit ihrer Analyse decken die Autor*innen auf gelungene Weise auf, welche Machtpositionen und welche Bedeutung sich die »Lebensschutz«-Bewegung bereits erarbeitet hat. Es wird mit dem gängigen und verharmlosenden Klischee aufgeräumt, Abtreibungsgegner*innen seien nur die Wenigen, die vor Beratungsstellen demonstrieren. Im Buch wird deutlich, um welche teils mächtigen und finanzstarken Akteur*innen es sich handelt.

Es wird gezeigt, wie die »Lebensschutz«-Bewegung mit dem Aufschwung rechten Gedankenguts und rechter politischer Bewegungen in Europa im Rücken zunehmend selbstbewusster ihre Themen auf die politische Agenda setzt. Es gehe dabei um mehr als nur den Kampf gegen liberale Abtreibungsregelungen, sondern darüber hinaus auch um die Retraditionalisierung von Geschlechterrollen, eine restriktive Sexualmoral und um klassische Familienbilder. Der homophoben Positionen, die damit einhergehen, noch nicht genug; ein allgemeiner Werteverfall durch Feminist*innen, Homosexuelle, Genderbewusstsein in Sprache und Öffentlichkeit, LGBTI*-Personen usw. werde von den Lebensschützer*innen angeprangert. Die Autor*innen zeigen auf, dass die »Lebensschutz«-Bewegung sich als Grundlage für ihre Argumentationen gerne auf Gott und (fundamental-)christliche Moralvorstellungen und ebenso auf völkische, rechtsnationale

Kirsten Achtelek / Eike Sanders / Ulli Jentsch: »Kulturkampf und Gewissen – Medizinethische Strategien der »Lebensschutz«-Bewegung«, Verbrecher Verlag, Berlin 2018, 160 Seiten, 15,00 € ISBN 978-3-95732-327-9

Vorstellungen bezieht. Um jedoch mehrheitsfähig in einer säkularisierten Gesellschaft zu werden, sei ein Umschwung hin zu rechtlichen und medizinethischen Argumentationen festzustellen. Passend dazu erweitere die »Lebensschutz«-Bewegung ihre Themen auch über die Abtreibungsgegner*innenschaft hinaus und beziehe Position unter anderem zu Themen rund um Reproduktionstechnologien, Sterbehilfe, Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik.

Diesen Themen sei gemein, dass meist eine Differenz festzustellen sei zwischen dem medizintechnologischen Stand der Möglichkeiten und der dazugehörigen gesellschaftspolitischen Debatte. Dies führe zu ethischen Fragestellungen, die geradezu perfekten Nährboden für rechtspopulistische Antworten bieten. Genau an diesem Punkt setze die »Lebensschutz« Bewegung an. Und genau hier seien weiterführende Debatten notwendig, würden breit aufgestellte emanzipatorische und feministische Positionen gebraucht und Akteur*innen, die die Deutungsmacht um sexuelle und reproduktive Rechte, um medizinethische Problemstellungen nicht den Rechten überlassen. Die Autor*innen rufen in ihrem Buch deutlich dazu auf.

Eine wichtige Stütze in der Argumentationsweise der Lebensschützer*innen ist laut Sanders, Achtelek und Jentsch, die Berufung auf den christlichen Glauben und damit verbunden auch die Anklage der Lebensschützer*innen, dass sie aufgrund ihres Glaubens diskriminiert würden. Der ständige Bezug auf christliche Werte wirft beim Lesen des Buches die Frage auf, ob die »Lebensschutz«-Bewegung den christlichen Glauben nur für ihre Zwecke missbraucht, oder ob ein Großteil der Christ*innen hinter der Bewegung steht. Müssen wir eine Debatte über Religion führen, um die Deutungshoheit nicht den Fundamentalist*innen zu überlassen?

■ Einblicke in die »Lebensschutz«-Bewegung

Absolut empfehlenswert ist die Lektüre für viele unterschiedliche Zielgruppen. Gerade Feminist*innen und politisch Aktive können für ihre weitere Auseinandersetzung und ihre Positionierung in der Debatte profitieren. Alle Menschen, die beruflich oder privat Berührungspunkte mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch haben, ob als Berater*in, Sozial-



arbeiter*in, Ärzt*in oder Jurist*in, OP-Assistent*in, medizinische*r Fachangestellte*r oder in ähnlichen Zusammenhängen, finden hier die Möglichkeit, sich fundiert zu informieren und die Debatte politisch genauer einzuordnen. Im sechsten Kapitel des Buches wird unter der Überschrift »Die Akteur*innen« detailliert aufgeschlüsselt, wie die Lebensschützer*innen sich organisieren und welche teilweise wichtigen Positionen sie in der europäischen Politik inne haben. Diese Informationen sind besonders hilfreich für Interessierte, die politisch weitergehend zu dem Thema arbeiten wollen, jedoch womöglich zu umfangreich für Andere, die sich nicht so vertiefen wollen.

Wer noch gar keine Erfahrungen im Diskurs um Schwangerschaftsabbruch und reproduktive Rechte hat, profitiert von einer vorherigen Einführung durch weitere Lektüre, weil diese im vorliegenden Buch eher kurz gehalten ist.

Es hat uns beim Lesen sehr erfreut, dass die Autor*innen sich für die Schreibweise »Frauen*« entschieden haben, um sichtbar zu machen, dass nicht alle Frauen Kinder bekommen können und nicht nur Frauen gebärfähig sind, was sonst als Aspekt in der Debatte um Schwangerschaftsabbrüche häufig vernachlässigt wird. Positiv empfinden wir auch, dass die Autor*innen darauf verzichten, die Debatte zu emotionalisieren, was gerade beim Thema Schwangerschaftsabbruch nicht selten geschieht.

■ **Wie weiter? / Was nun? Schlussfolgerungen für die weitere Debatte**

Nach der Lektüre des Buches wird unter anderem klar, dass Ärzt*innen eine wichtige Zielgruppe für die Lebensschützer*innen sind und diese auf mehreren Ebenen versuchen, an medizinisches Personal heran zu treten. Dass das Thema sowohl in der medizinischen Aus- als auch ärztlichen Weiterbildung vernachlässigt wird, bietet den Lebensschützer*innen viel Spielraum für ihre Einflussnahme, ob mit medizinethischen oder christlichen Argumenten.

Es gibt Leerstellen und Widersprüche sowohl in der Gesetzgebung als auch in der gesellschaftlichen Diskus-

sion um Schwangerschaftsabbruch und weitere medizinethische Fragestellungen zu Reproduktionstechnologien, Präimplantations- und Pränataldiagnostik oder Sterbehilfe. Themen, die sich die »Lebensschutz«-Bewegung zunehmend auf die Fahnen schreibt. An dieser Stelle brauchen wir gesellschaftlich breit geführte Debatten und die Entwicklung feministischer, emanzipatorischer Positionen, um sogenannten Lebensschützer*innen klar entgegen treten zu können.

Durch den §219a kam zwar das Thema Schwangerschaftsabbruch im tagespolitischen Geschäft zur Sprache, aber wie diskutieren wir weiter? Wie sprechen wir weiter auch über §218, über die Fristen- und die Indikationsregelungen, über feministische Selbstbestimmung bezüglich sexueller Reproduktion, über Möglichkeiten der Solidarisierung mit Behindertenbewegungen und auch differenzierter feministischer Kritik der Abbrüche aufgrund medizinischer Indikationen?

■ **Es braucht feministische Gegenpositionen zum »Lebensschutz«!**

Ein erster Schritt, kann die Implementierung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sein um damit auch eine Enttabuisierung voranzutreiben. Wir brauchen die Debatte nicht nur in der Politik und auf Papier, wir brauchen sie auch innerhalb der Kliniken. Dort, wo womöglich allein die Trägerschaft der Klinik oder die Gewissensfrage der Chefärzt*innen entscheiden, ob Abbrüche durchgeführt werden oder nicht.

Pro-Choice-Positionen in der Medizin werden wieder vermehrt gebraucht, auch öffentlich und nicht nur in der eigenen Tätigkeit. Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen brauchen Solidarität, Öffentlichkeit und rechtliche Sicherheit.

Wir möchten Eike Sanders, Kirsten Achteik und Ulli Jentsch für die ausführliche Recherche danken und können das Buch allen Menschen weiterempfehlen, die gerne tiefer in die Thematik einsteigen möchten. Es ist uns ein großes Anliegen, dass möglichst viele Menschen entschieden und mit guten Argumenten den Lebensschützer*innen entgegen treten können.



Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdää

16.–18. November 2018
im Bürgerzentrum Alte Feuerwache in Köln

Freitagabend, 16. November

Versorgung marginalisierter Gruppen

- Heidrun Nitschke (Köln): **Gesundheitsversorgung für alle: philanthropische Tafel oder Menschenrecht?**
- Prof. Dr. Gerhard Trabert (Mainz): **Armut und Gesundheit**

Samstag, 17. November

Gesundheitspolitisches Forum des vdää zum Thema: Ambulante Versorgung

- **Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen 2018**
- Ursula Helms, Patientenvertreterin im G-BA: **Kriterien sinnvoller Bedarfsplanung**
- Prof. Kerstin Hämel, Pflegewissenschaften Universität Bielefeld): **Welche (neuen) Versorgungsformen braucht es für die Versorgung im ländlichen Raum?**
- NN: **Sie verlassen den ambulanten Sektor! Kritik der Sektorengrenzen**

Samstag Nachmittag

Workshops zu verschiedenen Themen

- **Versorgung marginalisierter Gruppen** (mit: Herbert Breker, Malteser Migranten Medizin, Köln)
- **Welchen Beitrag kann Telematik in der Versorgung leisten?** (mit: Wilfried Deiss, Allgemeinarzt, Siegen)
- **Bedeutung interprofessionelle Versorgung am Beispiel der »Leuchtturmprojekte« / Polikliniken in HH und Berlin** (mit: Phil Dickel und Kirsten Schubert)
- **Ambulante Versorgung und intersektorale Bedarfsplanung in Dänemark**
- **Evtl. Workshop zur Auseinandersetzung zum § 219a**

Samstag Abend

Zeit für Netzwerktreffen, Gespräche, Musik und Tanz

Sonntagvormittag, 18. November

- **Mitgliederversammlung** des vdää
- **Diskussion über erstarkende rechte Bewegungen und wachsenden Rassismus** (auch im Gesundheitswesen): Was können wir dagegen tun?

Ende 12:30 Uhr

Danach: Kritischer Stadtrundgang organisiert von den Kritischen Medizinstudierenden Köln

Information

Geschäftsstelle des vdää | Nadja Rakowitz | www.vdaae.de | www.facebook.com/vdaae