

Sonderforschungsbereich 186

**Statuspassagen und Risikolagen
im Lebensverlauf**

**Institutionelle Steuerung
und individuelle
Handlungsstrategien**

**Arbeits- und Ergebnisbericht
Juli 1988 - Februar 1991**

Bremen, Februar 1991

Migrationsforschung zu beantragen, das die Integration von Asylsuchenden, de-facto-Flüchtlingen, Aussiedlern, EG-Arbeitsmigranten und anderer Zuwanderer in die gesamtdeutsche Gesellschaft zum Thema hat, wobei auch die Differenzen in den beiden Bevölkerungsteilen der Einwanderungszielgesellschaft mituntersucht werden sollen.

Arbeits- und Ergebnisbericht des Teilprojekts C1

**Thema: Regulierung von Statuspassagen im Erwerbsleben durch Experten.
Das Beispiel der Betriebsärzte.**

Beteiligte Wissenschaftler/innen:

Prof. Dr. Rainer Müller	(GA) (Projektleiter)
Dr. Bernard Braun	(EA)
Dipl.-Psych. Susanne Pape	(GA)
Dr. Dietrich Milles	(GA)

Inhalt:

1. Zusammenfassung
2. Ausgangsfragestellung und Kenntnisstand
3. Methodische Vorgehensweise
4. Ergebnisse und offene Fragen
 - 4.1 Zusammenfassende Darstellung der bisherigen Untersuchungsergebnisse
 - 4.1.1 Berufsinventar: Historisch gewachsene Normalitätsannahmen in arbeitsmedizinischen Handlungsorientierungen
 - 4.1.2 Aktuelle Befunde zum Berufsinventar
 - 4.1.3 Betriebliche Kontextfaktoren
 - 4.1.4 Berufliches Verhalten
 - 4.2 Offene Fragen
5. Veröffentlichungen
6. Fachkontakte und Außenaktivitäten

1. Zusammenfassung

Im Teilprojekt wurde der Frage nachgegangen, welche Bedeutung ärztliche Experten innerhalb institutioneller Regulierung von Statuspassagen, hier innerhalb des Betriebes, haben und durch welche Bedingungen das Urteilen und Handeln der betriebsärztlichen Instanz beeinflusst werden.

Als zentrales Ergebnis der vorgenommenen Dokumentenanalyse, der schriftlichen Befragung und der durchgeführten qualitativen Interviews läßt sich feststellen: Gemessen an den therapeutisch tätigen Ärzten muß die Professionalisierung der Betriebsärzte als bisher wenig entwickelt bezeichnet werden. Es gelang ihnen bislang nicht ausreichend, ein Handlungsprofil und einen beruflichen Habitus zu entwickeln, um den Anforderungen nach betrieblicher prophylaktischer Gesundheitspolitik zu genügen. Gerade die Wirkmächtigkeit des klinischen Krankheitsbegriffs erschwert die Ausbildung eines eigenständigen betriebsärztlichen Berufsinventars.

Die Auswertung der Fragebögen erbrachte quantitative Ergebnisse über die strukturellen Handlungsbedingungen, z.B. Größe und Branche des Betriebes, betriebliche gesundheitspolitische Einrichtungen, über das Berufsinventar, z.B. Qualifikation, personelle und technische Ausstattung, und über die betriebsärztlichen Regulationstätigkeiten, z.B. Einstellungsuntersuchungen, Einleitung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

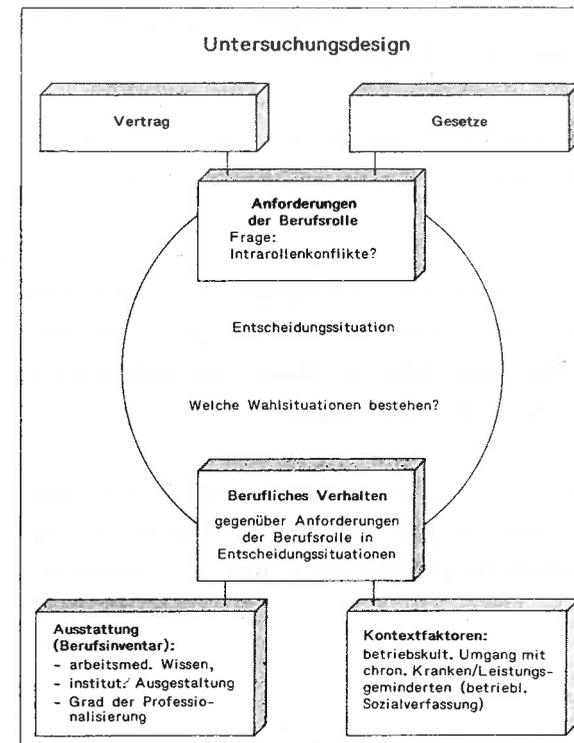
2. Ausgangsfragestellung und Kenntnisstand

Im Teilprojekt sollte der Frage nachgegangen werden, welche Bedeutung ärztliche Experten innerhalb institutioneller Regulierung von Statuspassagen, hier innerhalb des Betriebes, haben und durch welche Bedingungen das Urteilen und Handeln der betriebsärztlichen Instanz bestimmt werden.

Übersicht 1: Untersuchungsdesign

Im Schaubild 1 ist die Anlage der Untersuchung vereinfacht dargestellt. Es geht um das regelmäßige Verhalten von Betriebsärzten gegenüber Anforderungen der Berufsrolle in (vergleichbaren) Entscheidungssituationen an Statuspassagen (Kreis in der Mitte). Dabei können die Anforderungen der Berufsrolle durch vertragliche und gesetzliche Fixierungen operationalisiert und auf in ihnen enthaltene Intrarollenkonflikte hin begriffen werden.

Schaubild 1:



In der Übersicht 1 wird die Anlage der Untersuchung vereinfacht dargestellt. Es geht um

- das Verhalten von Betriebsärzten
- gegenüber Anforderungen der Berufsrolle in Entscheidungssituationen an Statuspassagen.

Dabei können die Anforderungen der Berufsrolle durch vertragliche und gesetzliche Regelungen, insbesondere des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASIG), operationalisiert und auf in ihnen enthaltene konfligierende Erwartungen untersucht werden. Insbesondere Paragraph 3.1 des ASIG fordert vom Betriebsarzt Beratung bei der Arbeitsplatzgestaltung und präventive Maßnahmen, Anforderungen, die in der Praxis des niedergelassenen und auch des klinisch tätigen Arztes weit seltener gestellt werden. Paragraph 3.2 formuliert als Anforderung an den Betriebsarzt die auf den Arbeitnehmer bezogene Beurteilung der Tauglichkeit für bestimmte Tätigkeiten.

Das berufliche Verhalten in Entscheidungssituationen ist abhängig von beruflicher und professioneller Ausstattung (Berufsinventar) einerseits und Kontextfaktoren andererseits.

Unter "Berufsinventar" fassen wir die Ressourcen zusammen, die Betriebsärzte befähigen, den Anforderungen des Gesetzes und ihres Vertrages zu genügen. Diese Ressourcen umfassen arbeitsmedizinisches Wissen, die institutionelle Ausgestaltung und den Grad der Professionalisierung.

Zu den Kontextfaktoren, die nachhaltig auf das betriebsärztliche Verhalten wirken, zählen Branche und Größe des Betriebes, betriebspolitischer Umgang mit Leistungsfähigkeit/Krankheit/Gesundheitsrisiken und Kooperationsbeziehungen sowie Konfliktfelder.

Das berufliche Verhalten untersuchen wir bezogen auf Entscheidungssituationen gegenüber den gesetzlichen Anforderungen, darunter fallen Mithilfe bei Regulationstätigkeiten an Statuspassagen wie z.B. Einstellungsuntersuchungen, Tauglichkeitsuntersuchungen bei innerbetrieblichen Arbeitsplatzwechseln, bei Einleitung von medizinischer bzw. beruflicher Rehabilitation und von Berufskrankheitenverfahren.

3. Methodische Vorgehensweise

Die Analyse von beruflichem Verhalten in Entscheidungssituationen erfordert die Anwendung sowohl quantitativer wie qualitativer Methoden. Das Untersuchungsdesign sieht vor, die wesentlichen Einflußfaktoren, die für Entscheidung und Entscheidungssituation konstitutiv sind, jeweils in ihren Strukturmomenten und in ihrer Wechselwirkung mit dem beruflichen Handeln zu erfassen. Die Genese, Struktur und Ausprägungen der Spannung zwischen Anforderungen der Berufsrolle und beruflichem Verhalten wurden mit einer schriftlichen Befragung, einer Dokumentenanalyse und problemzentrierten Interviews begriffen.

Mit der schriftlichen Befragung konnten aktuelle Strukturdaten über die eben in Übersicht 1 genannten Untersuchungsfelder erhoben werden, nämlich über vertragliche Stellung, Qualifikation, eingeschränkt über den professionellen Habitus und institutionelle Ausgestaltung der betriebsärztlichen Tätigkeit sowie über deren Aktionsfelder, d.h. Größe, Branche und Infrastruktur der betreuten Betriebe.

Ausführlichere Informationen über die zuletzt genannten Felder erzielten die problemzentrierten Interviews und die auch historisch verfahrenende Dokumentenanalyse.

Für die schriftliche Befragung standen zwei Datenzugänge zur Verfügung. Zum einen waren die Adressen der Mitglieder des Verbandes der Werks- und Betriebsärzte bekannt. Zum anderen wurden uns von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Adressen jener Ärzte zur Verfügung gestellt, die von den Berufsgenossenschaften zu bestimmten arbeitsmedizinischen Untersuchungen ermächtigt sind. Im ersten Fall handelt es sich um eine Grundgesamtheit von ca. 2.500 Ärzten, die mehrheitlich bei Unternehmen fest angestellt sind. Diese Grundgesamtheit repräsentiert somit nur einen kleinen Ausschnitt aus der gesamten Spannweite praktischer Arbeitsmedizin. Im zweiten Fall handelt es sich um eine Grundgesamtheit von 9.602 Ärzten, die ganz unterschiedlich und ungleichgewichtig arbeitsmedizinisch tätig sind. Wir haben uns dafür entschieden, aus der Grundgesamtheit der 9.602 ermächtigten Ärzte eine Stichprobe von 3.000 Adressen zu ziehen. Ausschlaggebend hierfür war, daß auf diesem Wege zu repräsentativeren Ergebnissen zu gelangen ist, da auch diejenigen arbeitsmedizinisch Tätigen eine Chance hatten, in die Stichprobe zu kommen, die nicht im Berufsverband organisiert sind.

Aufgrund vergleichbarer Forschungen, in denen Ärzte befragt wurden, wurde eine Rücklaufquote von etwa 30% erwartet. Aufgrund der Tatsache, daß in der Grundgesamtheit ein nicht unwesentlicher Anteil von Ärzten nicht im Betrieb tätig ist, sondern lediglich einige vorgeschriebene "Tauglichkeitsuntersuchungen" (die G-Untersuchungen) durchführen, mußte eine relativ große Anzahl von Ärzten angeschrieben werden. Die Stichprobe umfaßte also 3.000 zufällig ausgewählte Ärzte, die nach Bundesländern geschichtet wurde. Weitere Schichtungen, zum Beispiel nach Geschlecht, Qualifikation oder vertraglicher Stellung, konnten nicht vorgenommen werden, da diese Ausprägungen nicht in allen Angaben der Berufsgenossenschaften gleichermaßen vorhanden waren.

Der Rücklauf von 1.034 Fragebögen entsprach der erwarteten Quote von etwa einem Drittel. In dem zahlenmäßig guten Ergebnis fand sich eine ausrei-

chende Anzahl von im engeren Sinne, d.h. in Betrieben, arbeitsmedizinisch tätigen Ärzten. Die entsprechenden 498 Fragebögen wurden quantitativ ausgewertet.

Es kann leider nicht ausgeschlossen werden, daß sich eine Reihe von Adressaten des Fragebogens wegen einer in Form und Inhalt bedauerlichen, mißverständlichen Karikatur auf dem Fragebogentitelblatt nicht an der Befragung beteiligt hat. Darüber, ob und in welchem Umfang die Gesamtbeteiligung oder die Beteiligung einzelner Gruppen dadurch nachhaltig verzerrt wurde, gibt es keine genauen Anhaltspunkte.

Die schriftliche Befragung brachte einen Rücklauf von 1034 Fragebögen. 536 Fragebögen wurden mit Anmerkungen zurückgesandt, aus denen hervorging, daß die Adressaten zwar zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen von den Landesverbänden der Berufsgenossenschaften ermächtigt sind, daß sie diese Untersuchungen jedoch nicht in Betrieben, sondern in ihrer Praxis durchführen. Es handelte sich insbesondere um Hals-Nasen-Ohren-, Augenärzte und kardiologisch tätige Ärzte, die die Hör-, Seh- und körperliche Leistungsfähigkeit entsprechend der berufsgenossenschaftlichen Grundsätze durchführen. Da diese Fragebögen nur unvollständig oder gar nicht ausgefüllt wurden, haben wir diese Fragebögen in die Auswertung nicht einbezogen. Die nachfolgenden Ergebnisse der schriftlichen Befragung beziehen sich auf 498 Fragebögen.

Die 498 ausgewerteten Fragebögen entfallen zu 75,7% auf Männer und zu 23,3% auf Frauen.¹ Das Durchschnittsalter beträgt 49 Jahre. Die regionalen Verteilungen entsprechen dem Verteilungsmuster der Grundgesamtheit und

¹ Sofern sich Prozentangaben nicht auf 100% summieren, erklärt sich die Differenz aus fehlenden Angaben.

sind in Nordrhein-Westfalen mit 25%, Bayern mit 20% und Baden-Württemberg mit 17% konzentriert.

Der Einsatz weiterer, ursprünglich vorgesehener Methoden - wie z.B. ein Selbstdokumentationsbogen für Betriebsärzte und teilnehmende Beobachtung bei Betriebsärzten - hat sich bei praktischen Versuchen als schwierig erwiesen und wurde wegen des sehr eingeschränkten Erkenntnisgewinns oder forschungsethischer Fragen nicht weiter verfolgt.

Der Fragebogen enthielt die Bitte, sich für intensivere mündliche Interviews bereit zu erklären. So konnten 49 Ärzte qualitativ in themenzentrierten Interviews befragt werden. Die Auswahl erfolgte nach regionalen, qualifikatorischen und vertraglichen Gesichtspunkten. Die Interviews fanden in den betriebsärztlichen Einrichtungen statt, folgten einem Leitfaden und waren problemzentriert. Die transkribierten Interviews ermöglichen typologisierende und generalisierende Aussagen über den Einfluß von Berufsinventar und Kontextfaktoren auf das berufliche Verhalten.

Die Dokumentenanalyse wertete zeitgenössische und aktuelle Aussagen ärztlicher Experten zu arbeitsmedizinischem Wissen und Aufgabenstellungen aus. Sie zielte darauf, die gesellschaftlichen Bedingungen und die innere Logik des arbeitsmedizinischen Wissens in Auseinandersetzung mit sozial- und betriebspolitischen Anforderungen historisch genetisch zu verstehen.

4. Ergebnisse und offene Fragen

4.1 Zusammenfassende Darstellung der bisherigen Untersuchungsergebnisse

Im vorliegenden Ergebnisbericht stehen Untersuchungen im Vordergrund, die auf das berufliche Verhalten in Abhängigkeit von Berufsinventar und betrieblichem Kontext zielen. Im Mittelpunkt stehen vornehmlich die Dimensionen des Berufsinventars. Dazu werteten wir die schriftliche Befragung, die problemzentrierten Interviews und die historische Dokumentenanalyse aus. Zunächst werden die Ergebnisse der historischen Analyse resümiert. Arbeitsmedizinisches Wissen und Grad der Professionalisierung als wesentliche Momente des Berufsinventars werden in ihrer historischen Genese und ihren strukturellen Zusammenhängen gesehen.

4.1.1 Berufsinventar : Historisch gewachsene Normalitätsannahmen in arbeitsmedizinischen Handlungsorientierungen²

Betriebsärzte stehen vor dem Dilemma, daß ihre auf juristische und andere nicht-therapeutische Anforderungen bezogenen Aussagen nicht vollständig medizinwissenschaftlich gedeckt sind. Daher wurde danach gefragt, wie Betriebsärzte Divergenzen zwischen Anforderungen und fachspezifischer Kompetenz ausbalancieren. Die Analyse zeitgenössischer Fachliteratur und archivierter behördlicher Unterlagen seit 1866 zeigt, daß diese Balance-Leistungen

² Die im folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf Untersuchungen, die von D. Milles durchgeführt und in einzelnen, im Literaturverzeichnis aufgeführten Vorträgen und Publikationen ausformuliert wurden.

durch ihre historisch ausgeformte Stellung innerhalb des allgemeinen medizinischen Wissens und ärztlicher Professionalisierung möglich ist. Die damit verbundenen Sichtweisen und Entscheidungsroutrinen werden angewandt auf betriebliche Risikolagen, die als Gefährdungen in Arbeitsbedingungen oder als Schädigungen bei Erwerbstätigen auftreten. Zwar kann die klinische und naturwissenschaftliche Diagnostik nur bestimmte Ausschnitte dieser Gefährdungen und Schädigungen fassen, doch kommt diese Reduktion wegen ihrer Annahmen über normale Körperlichkeit und zu akzeptierende Risiken von Erwerbsarbeit den juristischen und sozialpolitischen Anforderungen entgegen.

Das historisch gewachsene Berufsinventar betrifft zunächst die vielen Bemühungen einer Professionalisierung, die im wesentlichen über feste Anstellung, zunächst und vor allem in der chemischen Großindustrie, einerseits und leistungsmedizinisch flankierter Kriegsproduktion ab 1942 andererseits erfolgten. Die schwerpunktmäßigen Tätigkeiten waren von Beginn an auf Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, d.h. auf Statusentscheidungen im Erwerbsleben, angelegt. In diesen Schwerpunkten beruflichen Verhaltens sind jeweils historische Entwicklungslinien auszumachen, in denen sowohl das Berufsinventar als auch die betrieblichen Kontextfaktoren aus den konkreten Anforderungen und betriebspolitischen Verhältnissen und weniger von allgemeinen medizinischen oder präventiven Grundsätzen geprägt wurden. Eine deutliche Linie ist zu erkennen in dem Zusammenhang zwischen Art der Anstellung und Betonung von "Praxis", wobei eine eigenständige Kombination von medizinisch-klinischer Versorgung und Forschung in den großen chemischen Werken und auch großen Firmen der Metallindustrie (z.B. Krupp, Siemens) auszumachen ist. Diese Kombination produzierte nicht nur spezifische Aufgabenstellungen betriebsärztlicher Tätigkeiten, sondern auch die wissenschaftliche Einbettung und Legitimation. Eine andere Linie ist auszumachen in der Verbindung zu Problemen der betrieblichen Sozialpolitik. Maßnahmen, die um den "Stamm von qualifizierten Arbeitern" kreisen und

durch Konkurrenzen auf dem Arbeitsmarkt gekennzeichnet sind, werden auf Aussagen über 'Tauglichkeiten', allgemein über konstitutionelle körperliche Merkmale gegründet.

Die deutlichen Aufgabenstellungen aus den betrieblichen Interessenkonstellationen heraus verbindet sich mit allgemeinen gewerbehygienischen Konzepten, wie "Berufswahl und körperliche Eignung", die aus individualisierenden sozialhygienischen Strategien abgeleitet sind. So gibt es zwar eine historisch gewachsene Option, als Arzt in Grenzbereichen zwischen Individualmedizin, Public Health und Sozialpolitik tätig sein zu können. Diese Möglichkeit hat jedoch bislang zu keinem klar abgegrenzten eigenen Handlungsprofil der Betriebsärzte geführt. Auf der Basis der Dokumentenanalyse kann festgestellt werden, daß eine den Ärzten in Krankenhäusern und Praxen vergleichbare Professionalisierung bislang nicht gelungen ist.

Teile der historischen Untersuchungen betreffen die Konzeptualisierung von Risikolagen, auf die sich betriebsärztliches Handeln bezieht. Wesentliches Ergebnis ist der Nachweis, daß nur Argumentationszusammenhänge für betriebsärztliches Handeln wirksam werden konnten, die eine strenge Trennung zwischen Politik und Ökonomie vornahmen (vgl. D. Milles 1991). Bis heute ist es trotz politischer Aufforderungen im Anschluß an das Arbeitssicherheitsgesetz nicht gelungen, effektive arbeitsmedizinische Programme zur menschengerechten Gestaltung der Arbeitswelt in Gang zu setzen und zu implementieren (D. Milles 1990). Der Produktionsbereich selbst scheint durch Arbeitsvertrag und durch Gewerbeordnung so geregelt, daß keine politischen Gestaltungsfragen und keine öffentlichen Interessen für betriebsärztliches Handeln konkretisiert werden müssen. Um so wichtiger waren die Thematisierungen, die aus den betrieblichen Interessenkonflikten und dem betrieblichen Umgang mit industrieller Pathogenität resultierten und betriebsärztliches Handeln formten.

Die arbeitsmedizinischen Normalitätsannahmen, wie sie durch Begutachtungen von 'tauglichen' Körpern, psychomotorischen Funktionen und sozialen Fähigkeiten fortgeschrieben wurden, zeigen sich als erstaunlich konstant. Annahmen über Tauglichkeit, Konstitution, Alterung, vorhandene oder verbleibende Erwerbsfähigkeit, 'Sittlichkeit', Arbeitsorientierungen sind demnach eher in der Vorstellungswelt der Arbeitsgesellschaft als in ärztlichen Vorstellungen einer gesundheitsgerechten Arbeits- und Lebensweise verankert.

Bei den Auswertungen der problemzentrierten Interviews fanden sich diese historisch gewachsenen Momente des arbeitsmedizinischen Wissens in den Handlungsorientierungen der Betriebsärzte in unterschiedlicher Ausprägung wieder. In der Entscheidung, ob beispielsweise ein Arbeitnehmer auf einen Arbeitsplatz mit bestimmten Anforderungen gesetzt werden kann, greifen Betriebsärzte auf tradierte normative Annahmen über Arbeitsverpflichtung, klinisch-pathologisch verstandene Konstitution oder altersgemäße Leistungsfähigkeit zurück.

4.1.2 Aktuelle Befunde zum Berufsinventar

Zum Berufsinventar zählt das arbeitsmedizinische Wissen, die institutionelle Ausgestaltung und der Stand der Professionalisierung. Während das arbeitsmedizinische Wissen zunächst schwerpunktmäßig in historischer Sicht und in den vorherrschenden Normalitätsannahmen untersucht wird, sind die Merkmale der formalen Qualifikation und der institutionellen Ausgestaltung (Vertrag, materielle und personelle Ausstattung) durch schriftliche Befragung sowie die Professionalisierung vor allem durch problemzentrierte Interviews erhoben worden.

Institutionelle Ausgestaltung

Die institutionelle Ausgestaltung wird entscheidend geprägt durch die Art des Vertrages zwischen Betriebsarzt und Unternehmen. Weiterhin fassen wir darunter die technische und personelle Ausstattung für seine arbeitsmedizinische Tätigkeit.

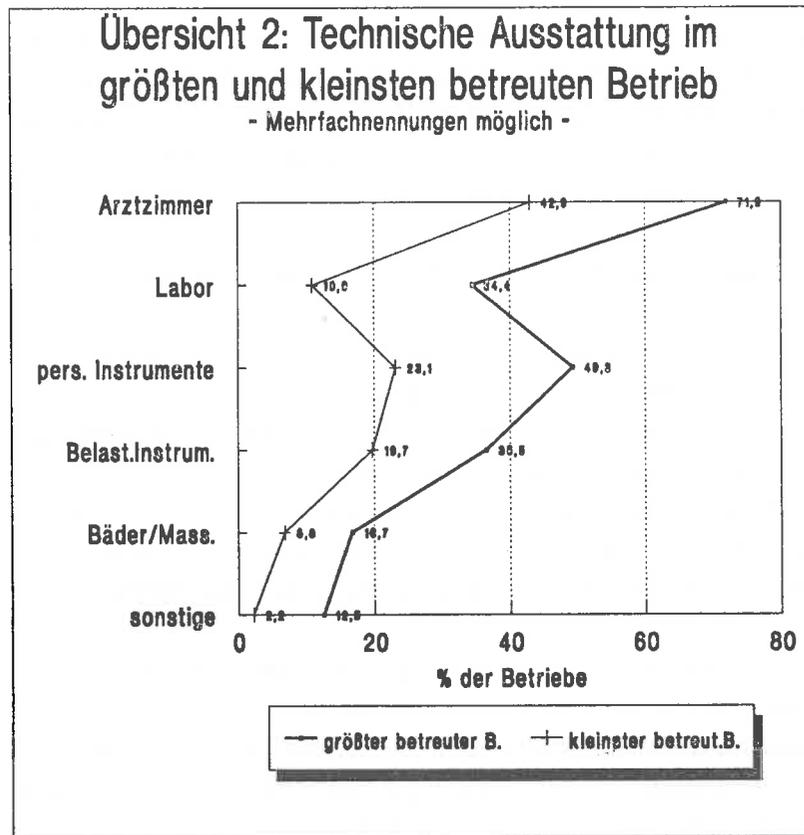
Die vertragliche Stellung sieht folgendermaßen aus: 19% der 498 Ärzte sind bei einem oder in Ausnahmefällen bei mehreren Unternehmen fest angestellt. In arbeitsmedizinischen Zentren verschiedener Trägerschaft arbeiten 13%. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 68%, sind in unterschiedlicher Art und Weise freiberuflich als Betriebsarzt tätig. In der letzten Gruppe überwiegen mit 55% niedergelassene Ärzte. 80% von ihnen üben jedoch die betriebsärztliche Tätigkeit nur zu weniger als 25% ihrer gesamten ärztlichen Tätigkeit aus. Nur 4% dieser Gruppe betreuen in mehr als 75% ihrer Arbeitszeit Betriebe.

Die verschiedenen betriebsärztlichen Berechtigungsnachweise verteilen sich deutlich unterschiedlich auf die von uns betrachteten drei vertraglichen Konstellationen. Während rund 42% der antwortenden Ärzte für Arbeitsmedizin fest bei Unternehmen, noch fast 38% bei Zentren und rd. 23% freiberuflich beschäftigt sind, lauten die Prozentangaben für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" nach denselben vertraglichen Konstellationen 21%, 13% bzw. 65% und für die Ärzte mit kleiner Fachkunde 8%, 4% und 87%.

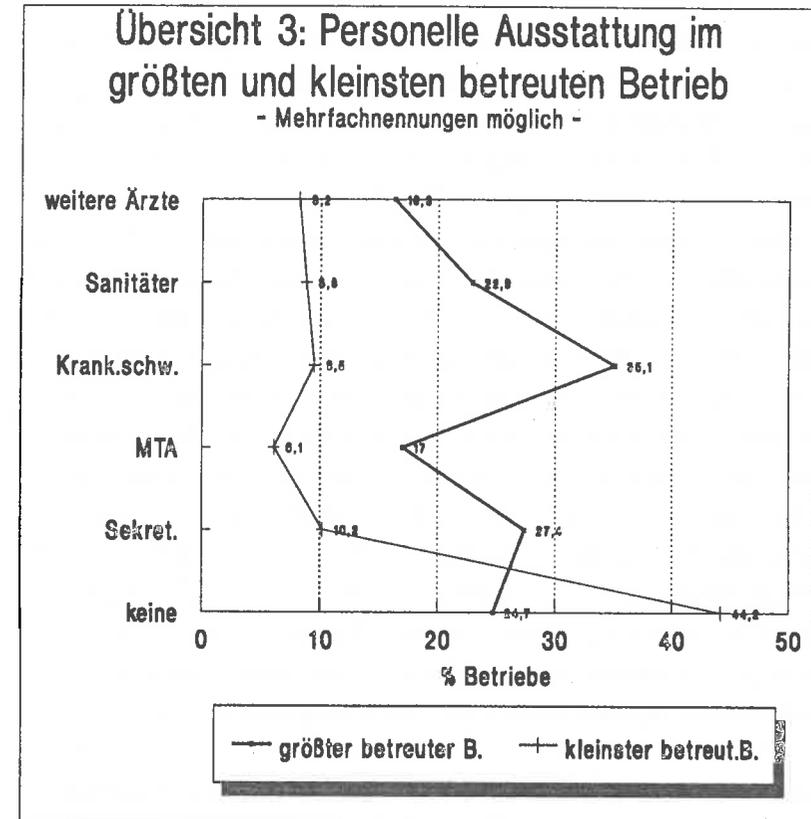
Für die institutionelle Ausgestaltung ist neben der vertraglichen Stellung die unmittelbare arbeitsmedizinische technische und personelle Ausstattung relevant. Dabei lassen sich am Beispiel der Betriebsärzte, die mehrere Betriebe betreuen, die Spannbreite der Ausstattung aufzeigen. Die Übersichten 2 und 3 veranschaulichen dies jeweils für den größten bzw. kleinsten betreuten Betrieb.

Die betreffenden Betriebsärzte, die mehrere verschiedene Betriebe zu versorgen haben, haben es also nicht nur mit unterschiedlichen sozioökonomischen Kontextbedingungen und gesundheitlichen Risikolagen zu tun, sondern auch mit diskrepanten Möglichkeiten zur Problemerkennung und -bewältigung.

Übersicht 2: Technische Ausstattung im größten und kleinsten betreuten Betrieb



Übersicht 3: Personelle Ausstattung im größten und kleinsten betreuten Betrieb



Entwicklung der Professionalisierung

Bei unserer Untersuchung knüpfen wir an Überlegungen von Ulrich Oevermann und Hannsfried Kellner an, die Professionelles und expertliches Handeln als Gegensatz fassen (vgl. Behrens/Milles/Müller 1990). Professionsangehörige und Experten unterscheiden sich in der Art ihres Rückgriff auf wissenschaftliches Wissen. Professionsangehörige sind sich bewußt, daß ihr Handeln unter Entscheidungsdruck durch Wissenschaft nicht immer gedeckt sein kann. Dieses Dilemma lösen idealtypisch Professionsangehörige nicht dadurch, daß sie es verdrängen und den Rekurs auf Wissenschaft überziehen, sondern durch ausbalancierte Selbstbeschränkung. Diese Balance-Leistungen werden erleichtert, erschwert oder unmöglich gemacht durch die Ausstattung der Berufsrolle. Diese Ausstattung umfaßt, wie wir zeigten, weit mehr als das medizinische Wissen, nämlich die rechtliche Ausstattung der Position und den in täglichen Entscheidungen routinisierten beruflichen Habitus, die faktische Berufsethik. In der Tat lassen gesetzliche Regelungen Betriebsärzten weite Spielräume, die durch routinisierte, mehr oder weniger professionstypische Habitus ausgefüllt sind. Solche Habitus sind am besten durch Interaktionsprotokolle zu erheben. Es lassen sich aber auch aus standardisierten Befragungen Hinweise auf die Entwicklung der Professionalität entnehmen, insbesondere, soweit es um die Wahrnehmung der eigenen beruflichen Anforderungsstruktur geht.

Die Bedeutung von Professionsfaktoren wurde in den Fragebögen im Hinblick auf Qualifikation, Dauer der Berufstätigkeit und Mitgliedschaft in Fachverbänden erhoben. Von den 498 Befragten sind 24% Ärzte für Arbeitsmedizin ("Facharzt"), 27% haben die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" und 42% besitzen die sogenannte kleine Fachkunde (7% ohne Angabe). Im Durchschnitt verfügt diese Gruppe über eine betriebsärztliche Tätigkeit von 11 Jahren. Ein wichtiges Element für die Professionalisierung ist der Bezug der Ärzte zu Betrieben. Für die Professionalisierung von Betriebsärzten ist der praktische,

erfahrbare Bezug zu betrieblichen Problemlagen bedeutsam. Wie bereits ausgeführt, sandten überraschenderweise 536 Ärzte den Fragebogen mit dem ausdrücklichen Hinweis zurück, sie hätten mit Betrieben gar nichts zu tun, sondern würden lediglich "ein paar Stunden im Jahr in ihrer Praxis" Augen-, Gehör- und Untersuchungen der Tauglichkeit für das Tragen von Atemschutzgeräten machen. In der öffentlichen Diskussion zum betrieblichen Arbeitsschutz werden auch diese als betriebsmedizinisch Tätige ausgewiesen. Dies steht im Widerspruch zum eigenen Selbstverständnis einer großen Zahl von arbeitsmedizinisch Tätigen, wie es sich im Antwortverhalten eines Teils der Befragten dokumentiert.

Den Professionsfaktoren wurde in den problemzentrierten Interviews in den Aussagen über betriebsärztliche Handlungsorientierungen, Tätigkeiten und Entscheidungen nachgegangen. Das qualitativ gesammelte Material konnte nach professionssoziologischen Dimensionen strukturiert werden. Über den Vergleich der je individuellen Handlungsrelevanzen und normativen Orientierungen der Interviewten waren überindividuelle Strukturen der Handlungssituation zu finden, durch die das professionelle Referenzsystem mit den betrieblichen Anforderungen vermittelt wird. Dieses soziale Handeln vollzieht sich in erlebbaren Situationsgefügen, in denen sich typische soziale Situationen herauskristallisieren, die wiederum Handlungsroutinen im Sinne von professionellen Strategien konstituieren. Das professionelle Handeln ist dabei nicht bezugslos, es vollzieht sich vermittelt über Interaktions- und Kommunikationsformen und mit Bezug auf einerseits vorgegebene institutionelle Strukturen und andererseits subjektive Orientierungen, Reflexionen und Intentionen. Diese konstitutiven Elemente für das betriebsärztliche Alltagshandeln sollen als Auslegungsschemata und Bezugsrahmen sozialer Situationen aus dem Interviewmaterial herausgefiltert werden.

Die wesentlichen professionssoziologischen Dimensionen, mit denen die Handlungsorientierungen der Betriebsärzte analysiert und die Interviews ausgewertet wurden, können folgendermaßen (Übersicht 4) systematisch dargestellt werden:

Übersicht 4: Orientierungen betriebsärztlichen Handelns

Dimensionen	Ausprägungen
Einstellung zum Beruf/Berufswahl	Joborientierung ----- "Berufung"
Bezug auf gesetzl. Anforderungen	stark ----- schwach
Problemorientierungen	Gesundheit -- Gefährdung -- Krankheit
Sozialbezug	Population ----- Einzelfall
Betriebsbild	sozialverfaßt ----- ökon.-technisch determiniert
professioneller Focus	Prävention ----- Kuration
Funktionsverständnis	Experte ---- Schlichter -- Helfer
Verhaltensorientierungen	beraten ----- untersuchen, beurteilen

Die von den Betriebsärzten in den Interviews dargelegten Ausführungen zeigen, daß sich in dem betriebsärztlichen Alltag die Dimensionen überschneiden und wechselseitig durchdringen.

Einstellung zum Beruf / Motive der Berufswahl

Die Gründe der Berufswahl interpretieren wir als Hinweis auf Bild und Ansehen, das von dieser Tätigkeit bei Ärzten in Ausbildung bestanden haben mag und jetzt erinnert wird. Selbstverständlich schließen wir nicht von diesen Einstellungen auf das tatsächliche berufliche Handeln. Die Rekonstruktion der Gründe für die Entscheidung, als Betriebsarzt tätig zu werden, zeigen aktive bzw. passive Momente unterschiedlicher Bezüge zu Beruf und professionellem Selbstverständnis. Im Interviewmaterial sind einander gegenüberzustellende Bezüge zu finden:

a) Zum einen wird die Entscheidung für eine betriebsärztliche Tätigkeit in nicht wenigen Fällen aus gescheiterten Bemühungen um eine ärztliche Karriere in Klinik oder Niederlassung in anderen medizinischen Disziplinen erklärt³.

b) Zum anderen stehen die Entscheidungen im klaren Zusammenhang mit einem Verständnis von Betriebsmedizin als eigenständigem Fach mit relevanten Aufgabenstellungen. Diese Gruppe verknüpft fachspezifisches Verständnis mit praktischen Anforderungsmustern und mit sozialem Engagement.

Im ersten Fall sind solche Joborientierungen, die das Arztsein nicht mehr als "Berufung" begreifen⁴, sondern andere Lebensansprüche und Bedürfnisse für

³ So ließen einen Betriebsarzt der Konkurrenzdruck und die ökonomischen Zwänge einer eigenen Praxis ("Ich habe keine Kaufmannsseele") vor der Niederlassung als Hautarzt zurückschrecken. Für einen anderen rückte die Facharztausbildung durch die besonderen Hemmnisse der hierarchischen Strukturen im Krankenhaus in immer weitere Ferne und führte zum Wechsel des Berufsziels.

⁴ "Der Beruf ist nicht alles im Leben."

sich reklamieren, stärker ausgeprägt. Für diesen Typus der Befragten waren die geregelten Arbeitszeiten ausschlaggebend für die Entscheidung. Als Betriebsarzt wollen sie den aufreibenden Diensten im Krankenhaus, die kaum mehr Privatleben zulassen, entgehen.

Die Art der Entscheidung für Beruf und des professionellen Selbstverständnisses prägt die Qualifizierung zum Betriebsarzt, z.B. wenn schon im Studium der Schwerpunkt auf arbeits- und sozialmedizinische Themen gelegt wurde und die Wahl eines Betriebes als Arbeitsfeld bewußt erfolgt ist.

Bezug auf gesetzliche Anforderungen

Die Anforderungen an die Berufsrolle werden neben der vertraglichen Stellung zum Betrieb durch die gesetzlichen Bestimmungen, hier vor allem durch den § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes, festgelegt (vgl. oben Pkt. 2). Handlungsorientierungen sind daher nicht nur subjektive, situationsgenerierte Konstruktionen. Es stellt sich die empirische Frage, wieweit Betriebsärzte diese Anforderungen wahrnehmen, bewerten und realisieren.

Da die Orientierungen für das betriebsärztlichen Handeln nicht vollständig durch Gesetze und Verträge determiniert sind, werden sie im Alltag von den Betriebsärzten unterschiedlich ausgefüllt.

Ein Teil der Betriebsärzte hat die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmer, "die sowieso auf der schlechteren Seite sitzen", als "höheres Ziel" vor Augen und versucht "Maßstäbe zu setzen" im betrieblichen Arbeitsschutz, indem sie die gesetzlichen Anforderungen umzusetzen versuchen, d.h. Anforderungs- und Tätigkeitsprofile erstellen und betriebliche Belastungskataster anlegen.

Das Geflecht von Normen, Vorschriften und vertraglichen Regelungen bietet andererseits keine klare Handlungsorientierung, sondern ermöglicht und legitimiert betriebsärztliches Handeln je nach Situation und Interessenkonstellation. Dies ist sowohl in sozialpolitischer Nähe zu dem Unternehmen als auch zu dem Arbeitnehmer möglich. So definiert ein interviewter Betriebsarzt die Ziele z.B. des "Einstellungsgeschäfts" zum einen als Prognose über die Arbeitsleistung und zum anderen als Sicherstellung dafür, "daß Arbeit nicht zusätzlicher Risikofaktor wird". Ein anderer versucht in bestimmten Fällen nachzuweisen, daß eine Krankheit nicht arbeitsbedingt, sondern auf persönliche Konstitution zurückzuführen ist.

Gesetzlich-normative Vorgaben haben daher im betrieblichen Alltag einen ganz unterschiedlichen Stellenwert. Sie lassen Interpretationsspielräume offen und evozieren Unsicherheiten, da den Betriebsärzten im je eigenen situativen Kontext überlassen bleibt, die widersprüchlichen Anforderungen von formell-gesetzlichen und informellen (betriebsspezifischen) normativen Rahmungen auf individuelle Weise auszufüllen.

Eine Identifikation mit dem besonderen, sich von therapeutischer ärztlicher Tätigkeit gerade unterscheidendem Berufshandeln des Betriebsarzts findet sich selten - nicht nur bei den Betriebsärzten, sondern vor allem auch bei anderen Mitgliedern des Betriebes, wie sie sie wahrnehmen. Professionelles Handeln ist zwar auch ohne explizierbare Identifikation möglich - aber dann dürfte die Unsicherheit bei den beratenden und präventiven Anforderungen des ASIG nicht so groß sein.

In der weiteren Interviewauswertung wird analysiert werden, ob die alltagspraktische Ausfüllung der gesetzlichen oder anderen normativen Anforderungen durch die Betriebsärzte jeweils beliebig-zufällig ist oder sich in überindividuellen Mustern/Typen beschreiben läßt. So wird die Fragestellung ver-

folgt, ob eine eigenständige betriebsärztliche Professionalisierung in einem starken Bezug auf gesetzliche Anforderungen entwickelt wird oder werden kann.

Problemorientierungen

Betriebsärzte können ihre Tätigkeiten und Entscheidungen neben gesetzlichen oder vertraglichen Anforderungen von einem konkreten Bezug zu den betrieblichen Arbeitsbelastungen, den Arbeitsanforderungen oder der Gesundheitssituation ableiten.

Betriebsärztliches Handeln zeigt unterschiedliche Problembezüge. Auf der einen Seite können einfache Untersuchungstechniken (wie zum Beispiel Blutbleibbestimmung) herangezogen werden, auf der anderen Seite ergibt sich ein komplexer und schwieriger Bezug zu den Problemen, die mit gesellschaftlichen Konstellationen, Werten und Zielsetzungen zu tun haben (wie zum Beispiel gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung). Im ersten Fall gelingt im Rahmen arbeitsmedizinischer Wissenbestände ein einfacher Bezug zu Krankheit, festzustellenden Schädigungen oder verminderter Leistungsfähigkeit. Komplexere Bezüge zu öffentlicher und individueller Gesundheit verlangen vom Betriebsarzt weitergehende Deutungsleistungen. Da konkrete Handlungssituationen sprachlich reproduzierbar sind und als Absicherung der eigenen Position im betrieblichen Konfliktfeld gedeutet werden können, sind die latenten Orientierungen nur vermittelt und über Deutungsleistungen mit konkreten Situationen in Beziehung zu setzen. Handlungsorientierungen enthalten eine subjektive Sinngebung der betriebsärztlichen Tätigkeit auf allgemeinerer Ebene.

Die Ausprägungen der Problemorientierung reichen vom Typus einer mechanistischen Krankheitsvorstellung ("was kaputt ist, muß abgestellt werden") über einen Risikobegriff, wonach allein schon die Möglichkeit, krank zu werden, zum term of characteristic wird (zum Beispiel Bluthochdruck als Ausschlußkriterium für bestimmte Arbeitsplätze), bis hin zu einem Verständnis, das auch subjektive Befindlichkeitsstörungen und psychosoziale Bedingungen in die Problemwahrnehmung integriert. Der Krankheitsbegriff hier wird verschieden verwandt. Er schließt bei einem Teil der Betriebsärzte psychosomatische Störungen in die klassisch klinische Sichtweise ein und versieht solche Probleme mit dem Etikett 'Krankheit'. Bei einem anderen Teil der Betriebsärzte ergibt sich die Schwierigkeit, durch einen engeren Krankheitsbegriff stärker mit sozialen Problemdefinitionen und -strategien operieren zu müssen.

Als auffallendes Ergebnis der bisherigen Interviewauswertung muß hier herausgestellt werden, wie stark die Krankheitsvorstellungen die Identität der Betriebsärzte als Ärzte bestimmen. Die Möglichkeit, überhaupt Krankheit in eigenen Handlungskontexten identifizieren zu können - unabhängig davon, ob ihre Quelle im Individuum oder in den Arbeitsbedingungen gesucht wird -, scheint die *conditio sine qua non* zu sein, die den Professionsstatus innerhalb des betrieblichen Sozialgefüges legitimiert und garantiert.

Die Wirkmächtigkeit von Krankheitsorientierungen unterschiedlicher Gestalt produziert Gegensätze und Brüche zur "betrieblichen Logik" des rationellen, reibungslosen Funktionierens, die zumindest für einen Teil der Konflikt Erfahrungen der interviewten Betriebsärzte verantwortlich zu sein scheinen. Es stellt sich hier die Frage, ob und inwieweit Betriebsärzte überhaupt Optionen haben, angesichts der strukturellen Zwänge des Betriebes und der festverfügten Ausbildungs- und Weiterbildungsbedingungen durch die Standesorganisation, von krankheitsbezogenen Interpretationen ihrer Umwelt abzurücken und komplexen sozialen Problemorientierungen Raum zu geben.

Sozialbezug

Die in den Problemorientierungen der Betriebsärzte auszumachende Spannung zwischen einfachen Bezügen auf körperliche Parameter, an denen Normalitätsannahmen über Gesundheit und Krankheit festgemacht werden, und komplexeren Bezügen auf Strukturen, Entwicklungen und Wertungen hat eine Entsprechung in den sozialen Bezügen. Soziale Bezüge sind im Verhältnis zu Belegschaften, insgesamt oder in Teilen, beziehungsweise zu einzelnen Beschäftigten ausgeprägt.

In den Interviews fällt auf, daß die Betriebsärzte generell Schwierigkeiten haben, ihre sozialen Beziehungen von denen eines therapeutisch tätigen Arztes zu unterscheiden. Immer wieder sprechen sie von "Patienten", was in Nachsätzen in "Proband", "Arbeitnehmer" oder "Mitarbeiter" korrigiert wird. Die Einzelfallorientierung korrespondiert mit dem angesprochenen klinisch-therapeutischen Krankheitsverständnis und ermöglicht situationsspezifisches berufliches Verhalten. Zwar sprechen Betriebsärzte in den Interviews bestimmte Gruppen oder Teilpopulationen der Belegschaften an, doch entwickeln sie daraus nur in seltenen Fällen epidemiologisch gestützte Kriterien prophylaktischen Handelns.

Betriebsbild

In den Interviews finden sich Vorstellungen über den Betrieb, die vom Betrieb als sozialem "inhomogenem Gebilde" bis zum "großen Apparat", in dem der Betriebsarzt "ein Rädchen im Getriebe ist", reichen. Daraus folgt eine Handlungsorientierung auf betriebliche Sozialverfassung, die in bestimmten Fällen die vorherrschende Orientierung auf einen technisch-ökonomisch festgelegten Betriebsablauf zu durchbrechen in der Lage ist. Es gelingt

manchen, ein Verständnis von betrieblichen Interessen- und Machtstrukturen zu entwickeln, in denen sie ihr betriebsärztliches Handeln verorten können.

Professioneller Focus

Die Ausführungen der Interviewten, was die Bezüge zu Problemen, Personen oder Betrieb angeht und wie sie vor allem durch den Krankheitsbegriff strukturiert sind, verweisen auf ein grundlegendes Dilemma betriebsärztlichen Handelns. Dieses Dilemma erwächst aus den widerstreitenden Ausprägungen von kurativen und präventiven Handlungsmustern. Betriebsärzte haben die kurativen Handlungsmuster bezogen auf Diagnostik, Therapie und Prognose in Klinik und ambulanter Praxis verinnerlicht. Diese professionellen Handlungsroutinen bieten auch den Betriebsärzten eine standardisierte, abgesicherte Möglichkeit, in problematischen Situationen zu handeln, ohne sich der Reichweiten der Probleme und des Handelns vergewissern und die Zielsetzungen des Handelns legitimieren zu müssen. Betriebsärzte betonen diese Handlungsroutinen ("langjährige Erfahrung als Kliniker") und die damit verbundene "Weisungsfreiheit" nach dem Arbeitssicherheitsgesetz ("hier bin ich nur meinem Gewissen verantwortlich").

Während diese klassischen individualmedizinischen Handlungsroutinen auch von allen betrieblichen Akteuren akzeptiert werden, klagen die Betriebsärzte darüber, daß sie mit präventiven Vorstellungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in die konfliktbeladenen betrieblichen Interessenkonstellationen geraten ("das habe ich immer wieder vergeblich versucht und stand dann allein da", "da kann man sich nur die Finger verbrennen"). Diese widerstreitenden Verhaltensanforderungen und -erwartungen prägen die Alltagserfahrungen der Betriebsärzte.

Pointiert formuliert könnte man sagen, daß die Schwierigkeit professionellen Handelns von Betriebsärzten im Grunde darin besteht, ihr erlerntes Wissen und Können - nämlich Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren - nicht unmittelbar anwenden zu können, wenn sie dem Grundgedanken der Prävention folgen. Andererseits verlieren sie den traditionellen eigenständigen ärztlichen, auf Therapie zielenden Habitus, wenn sie von krankmachenden Bedingungen aus präventive Vorstellungen und Handlungskonzepte entwickeln. Diese paradoxe Aufgabenstellung führt zu Irritationen und Rollenambiguitäten, die sich im Interviewmaterial in verschiedenen Themenbereichen offenbaren. So wird ein Gegensatz zwischen der Betriebsmedizin und der "großen Medizin", bei der es "um Leben und Tod geht", aufgebaut. Es wird beklagt, daß Betriebsarzt kein "renommierter Facharzt" sei und daß die Arbeitnehmer sie nicht als "richtigen Arzt" anerkennen, weil sie nicht behandeln dürfen. Auch die vielfach geäußerten Idiosynkrasien gegenüber niedergelassenen Ärzten lassen sich vor diesem Hintergrund verstehen.

Unter wissens- und professionssoziologischer Perspektive verweisen diese Ergebnisse darauf, daß sich Wissensformen nur dann verändern können, wenn sich die Bedingungen ihrer Anwendung ebenfalls verändern.

Als offene Frage bleibt festzuhalten, daß in einer, in diesem Projekt nicht geplanten Beobachtung von natürlichen Interaktionen geprüft werden müßte, wieweit die aus Handlungsorientierungen entnommenen Anzeichen ungenügender Professionalisierung auf tatsächliches Handeln durchschlagen.

4.1.3 Betriebliche Kontextfaktoren

Angenommen wurde, daß die betrieblichen Kontextfaktoren abhängig sind von der Branchenzugehörigkeit der Betriebe, ihrer Größenstruktur und dem betrieblichen Umgang mit Gesundheitsgefährdungen, Schädigungen, Leistungsan-

forderungen und Leistungsgeminderten.

Von jedem Betriebsarzt erfragten wir in der schriftlichen Befragung Branchenzugehörigkeit und Größe von maximal sechs betriebsärztlich versorgten Betrieben. Der gesamte Erfahrungshorizont unserer Befragung erstreckt sich auf ca. 4800 Unternehmen. Über 1186 Betriebe erhielten wir betriebsärztliche Angaben mit entsprechenden Hinweisen zu Strukturmerkmalen. In der Branchenstruktur dieser Betriebe hat der Bereich 'Metall' mit 34% den größten Anteil, gefolgt von Dienstleistung mit 18%, öffentlicher Dienst mit 17% und Chemie mit 10%. In der Größenstruktur der betriebsärztlich betreuten Betriebe ergab sich ein schwergewichtiger Anteil (37%) von Betrieben in der Größenordnung zwischen 101 und 500 Beschäftigten, gefolgt von 17 % zwischen 51-100 Beschäftigten, 17% zwischen 1-50 Beschäftigten sowie 15% zwischen 501-100 Beschäftigten und 11% zwischen 1001-5000 Beschäftigten. Demnach ist das Schwergewicht betriebsärztlichen Handelns in Betrieben mittlerer Größe zu finden.

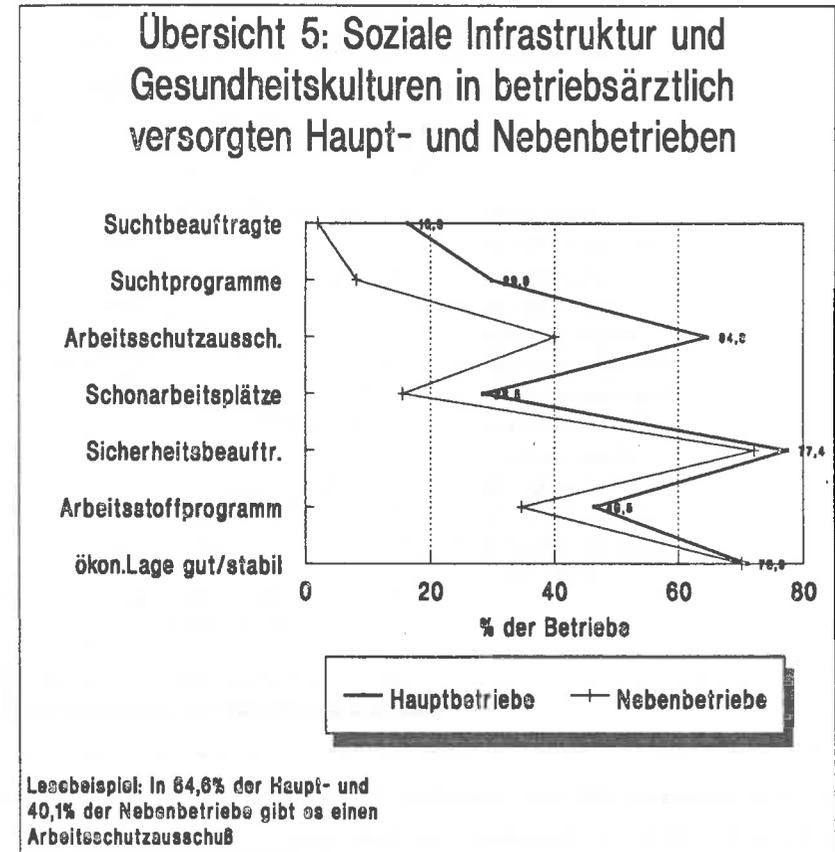
Für die präventiven und gesundheitsfürsorglichen Handlungsmöglichkeiten des Betriebsarztes ist entscheidend, auf welche impliziten bzw. expliziten Umgangsweisen in Bezug auf Leistungsfähigkeit, Krankheit und betriebliche Gesundheitsrisiken er sich beziehen kann. Der Stand der Sozialverfassung des Betriebes läßt sich an dem Vorhandensein bestimmter Einrichtungen ablesen. Die Tabelle 1 zeigt, inwieweit Betriebsärzte mit z.B. Betriebs-/Personalräte, Sicherheits-, Suchtbeauftragte u.a. rechnen können.

Tabelle 1: Einrichtungen zur gesundheitspolitischen Infrastruktur nach vertraglicher Stellung des Betriebsarztes

Einrichtungen Personen Hauptbetrieb	Summe	Unter- nehmen	Zentrum	freibe- ruflich	Keine Angabe
Betriebs/Persrat	77.1	98.2	100.0	68,5	57,1
SchwerbVleute	57.6	96.4	78.9	46.2	14.3
Sicherheitskraft	77.4	100.0	97.4	69.5	42.9
Ersthelfer	69.8	91.1	84.2	63.5	28.6
Arbschutzausschuß	64.6	96.4	89.5	53.8	28.6
Suchtbeauftr.	16.3	57.1	7.9	7.6	0.0
Krankenschwester	27.8	69.6	23.7	17.8	0.0
Keine Angabe	18.8	0.0	0.0	25.9	42.9

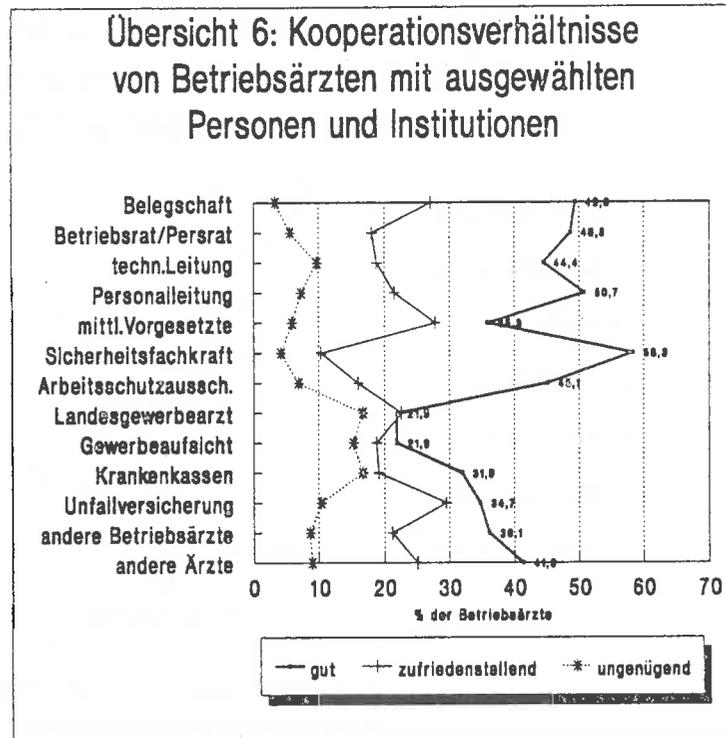
In welchen Bereichen sich für diejenigen Betriebsärzte, die mehrere Betriebe betreuen, die durch die genannten Einrichtungen bestimmten Handlungskontexte unterscheiden, veranschaulicht die Übersicht 5.

Übersicht 5: Soziale Infrastruktur und Gesundheitskulturen in betriebsärztlich versorgten Haupt- und Nebenbetrieben



Die betriebsärztlichen Handlungsmöglichkeiten werden ferner durch den Umfang und die Qualität der Kooperation mit inner- aber auch außerbetrieblichen Personen und Institutionen gefördert oder eingeschränkt. Für eine Reihe von Kooperationsmöglichkeiten sind dazu in der Übersicht 6 die Beurteilungen durch die befragten Betriebsärzte zusammengefasst.

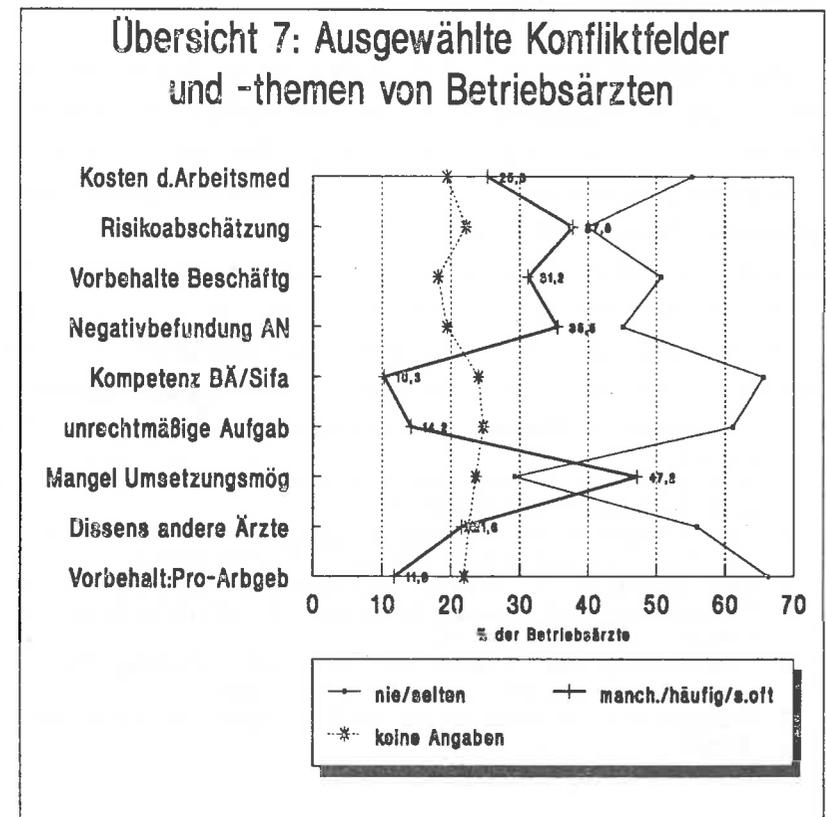
Übersicht 6: Kooperationsverhältnisse von Betriebsärzten mit ausgewählten Personen und Institutionen



Als bemerkenswert läßt sich eine deutlich unterentwickelte Kooperation mit außerbetrieblichen, insbesondere institutionellen Akteuren bzw. sozialpolitischen Institutionen beobachten. Innerbetrieblich gelingt die Kooperation mit den Sicherheitsfachkräften am besten. Die innerhalb des innerbetrieblichen Kooperationsgefüges relativ ungenügende Kooperation mit den mittleren Vorgesetzten wird hinsichtlich möglicher Hintergründe und Auswirkungen noch genauer zu untersuchen sein.

Als eine die Handlungen von Betriebsärzten prägende soziale Bedingung sind ebenfalls die von ihnen antizipierten Konfliktfelder und -themen relevant. Überraschend ist hier zunächst der mit rd. 26% Nennungen relativ geringe Anteil ("manchmal", "häufig" oder "sehr oft") direkter Konflikte um die Kosten arbeitsmedizinischer Tätigkeit. Indirekt dürfte die ökonomische Konfliktrichtigkeit betriebsärztlicher Regulation aber im Kontext der von fast 50% der Betriebsärzte als häufig genannten Konflikte um den Mangel an Umsetzungsmöglichkeiten doch noch eine Rolle spielen.

Übersicht 7: Ausgewählte Konfliktfelder und -themen von Betriebsärzten



4.1.4 Berufliches Verhalten

Berufliches Verhalten der Betriebsärzte wurde in seinem Zusammenhang mit institutionalisiertem Berufsinventar und mit Kontextfaktoren durch schriftliche Befragung und problemzentrierte Interviews untersucht. Nachfolgend werden zunächst einige wichtige Strukturdaten vorgestellt, und vor diesem Hintergrund werden dann Berichte aus den Interviews über berufliches Handeln in Entscheidungssituationen interpretiert.

Umsetzung gesetzlicher Anforderungen

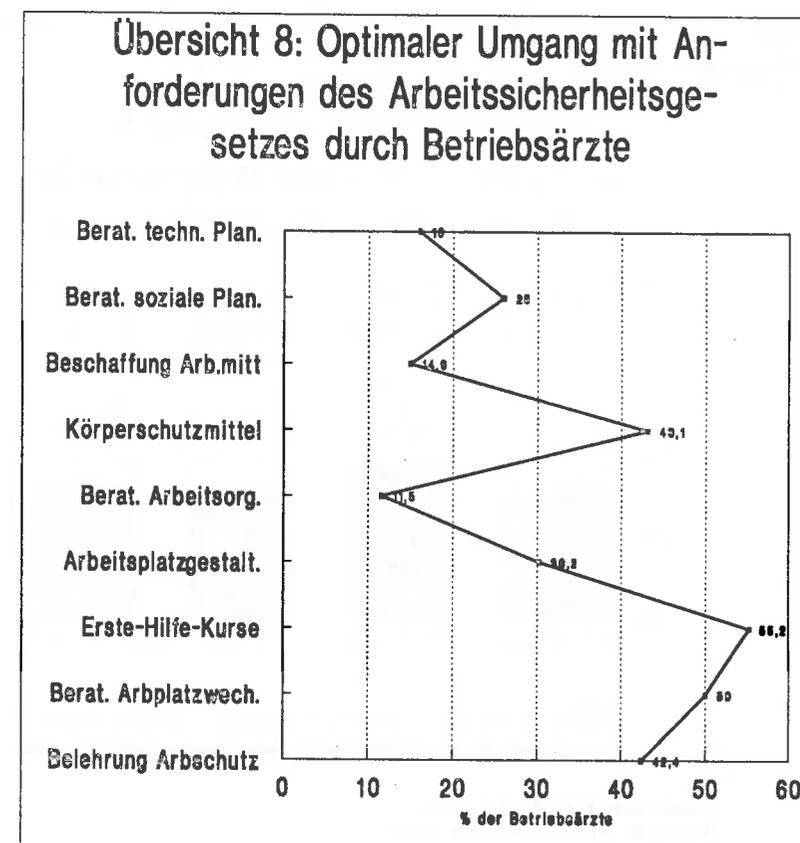
In der schriftlichen Befragung wurde danach gefragt, in welchem Umfang Betriebsärzte die Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes (zum Beispiel Beratung bei der Einführung und Beschaffung technischer Arbeitsmittel bzw. Arbeitsstoffen) wahrnehmen. Die Umsetzung der technisch-planerischen und personalen Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes kann danach unterschieden werden, ob sie optimal oder minimal erfolgte. Unter "optimal" werden die Antwortvorgaben "sehr oft" und "häufig", unter "minimal" die Vorgaben "manchmal", "selten" und niemals" zusammengefaßt. Die Frageliste enthielt als Items folgende Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes:

1. Beratung bei der Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen
2. Beratung bei der Planung, Ausführung und Unterhaltung von sozialen und sanitären Einrichtungen
3. Unterstützung bei der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen
4. Unterstützung bei der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln
5. Unterstützung und Beratung bei Fragen des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und Pausenregelung
6. Unterstützung und Beratung bei Fragen der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung
7. Beratung und Unterstützung bei der Organisation der "Ersten Hilfe" im Betrieb

8. Beratung und Unterstützung in Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter
9. Belehrung und Unterweisung von Beschäftigten über Fragen und Anforderungen des Arbeitsschutzes.

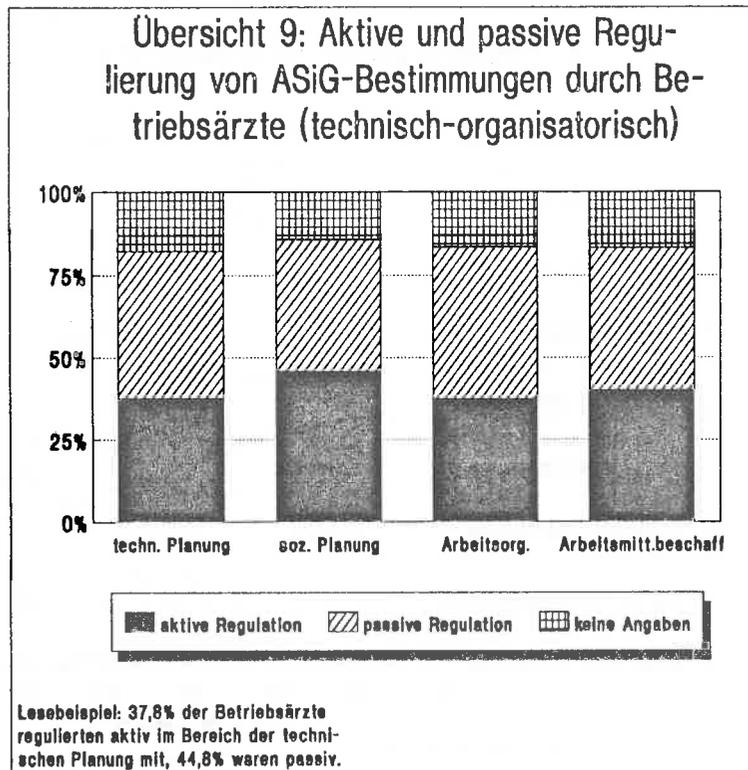
Die folgende Übersicht veranschaulicht, daß die Betriebsärzte diesen Anforderungen deutlich unterschiedlich "optimal" gerecht werden.

Übersicht 8: Optimaler Umgang mit Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes durch Betriebsärzte

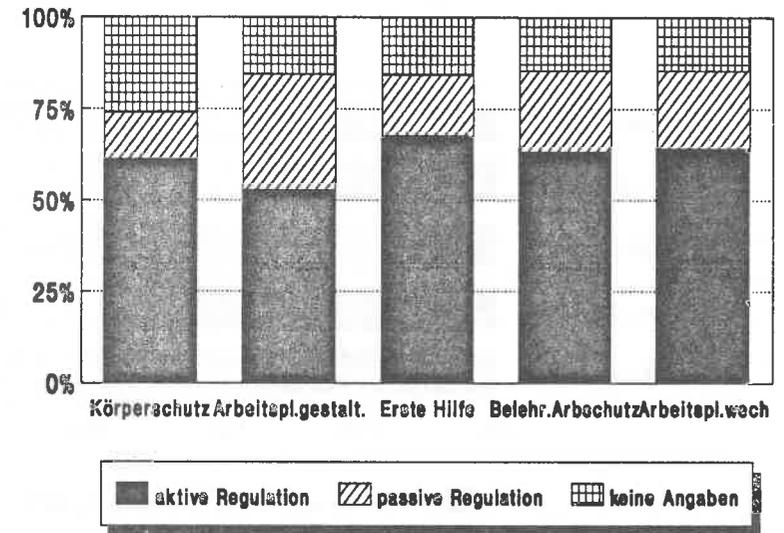


Wenn man den optimalen Umgang mit jedem Anforderungselement als Optimum der betriebsärztlichen Gesamtstätigkeit nimmt, erreichen dies allerdings nur noch 1,4% unserer Befragten. Die Gruppe der Betriebsärzte, die nur ein Minimum dieser Gesamtstätigkeit erreichen, ist dagegen mit 13,2% merklich größer. Die restlichen fast 65% der Betriebsärzte, die hier überhaupt antworteten, bewegen sich mit den verschiedenen Tätigkeitskombinationen dazwischen.

Bei einer Betrachtung des Anforderungskatalogs, die nach technisch-organisatorischen und personalbezogenen Aufgaben unterscheidet, zeigte sich, daß Betriebsärzte häufig personalbezogene Anforderungen aktiv regulierend erfüllen, während technisch-organisatorischen Anforderungen seltener nachgegangen wird.



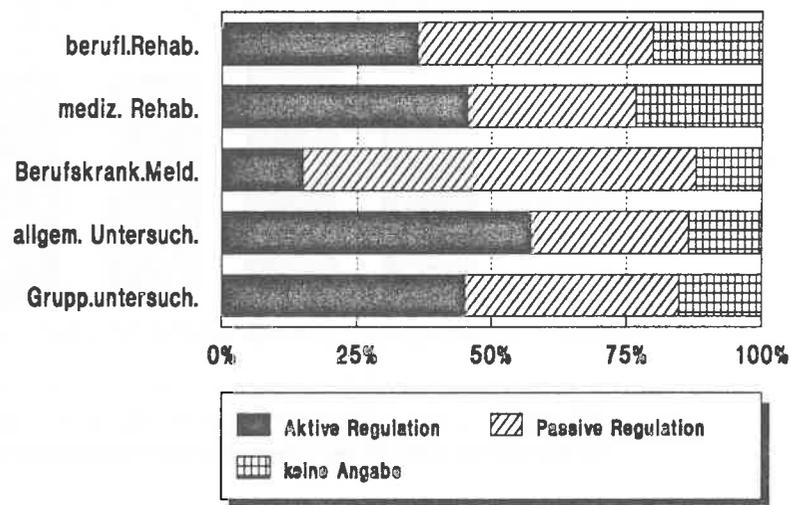
Übersicht 10: Aktive und passive Regulierung von ASiG-Bestimmungen durch Betriebsärzte (personalbezogene Regulierung)



Regulationstätigkeiten bei Statuspassagen

In der schriftlichen Befragung wurde nach der Häufigkeit von Einstellungsuntersuchungen im größten bzw. kleinsten betreuten Betrieb gefragt. Dabei wird davon ausgegangen, daß Einstellungsuntersuchungen eine der sichtbarsten und folgenreichsten Regulierungen im Hinblick auf Statuspassagen in das Erwerbsleben darstellen. Im Ergebnis gaben von den 498 Betriebsärzten 46% an, "häufig" in dem betreuten Großbetrieb Einstellungsuntersuchungen durchzuführen. Sofern mehrere Betriebe betreut wurden, betrug dagegen die Anzahl der Einstellungsuntersuchungen in dem kleinsten Betrieb 15%.

Übersicht 11: Aktive und passive Regulierung durch Betriebsärzte in ausgewählten Bereichen



Leesebeispiel: 36,1% der Betriebsärzte handelten im Bereich berufliche Rehabilitation aktiv, 43,7% waren passiv

Auf die Frage nach der Einleitung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie eines Berufskrankheitenverfahrens zeigt sich die in Übersicht 11 abgebildete Beteiligung, wobei die Antwortvorgaben "sehr oft" und "häufig" als aktive Regulation und die Vorgaben "manchmal", "selten" oder "niemals" als passive Regulation zusammengefaßt werden.

Berufsrolle

Die Anforderungen an ihre Berufsrolle werden von Betriebsärzten anhand der gesetzlichen Festlegung auf beratende Funktionen problematisiert. Die Aussagen über ihre Beratungstätigkeit nimmt in den Interviews einen breiten Thematisierungsraum ein. Häufig wird von dieser Tätigkeit in Formulierungen gesprochen, in denen die selbst- und fremdgesetzten Grenzen der eigenen Handlungsreichweite und Kompetenz bedauert werden ("Wir beraten ja nur", "Wir haben nicht die Macht, wir sind nur beratend", "Wir sind die Narren der Industrie, können viel sagen, aber wir haben keine Macht."). Für eine andere Gruppe der Befragten eröffnen sich in der Beratungstätigkeit jedoch auch Freiräume, die positive Handlungskonsequenzen haben, da sie von Verantwortungsdruck befreien ("da man den Stein nur ins Rollen bringt, muß man ihn nicht auffangen").

Die negative Konnotation im Ausdruck "nur beraten" findet ihre Entsprechung in Äußerungen der Interviewten zur Rollenausgestaltung in den betrieblichen Interaktionsformen, die wiederum Hinweise auf gewisse Rollenunsicherheiten geben.

Alle Befragten berichten, daß es zu Beginn ihrer Tätigkeit schwierig war, sich in den betrieblichen Strukturen zurecht zu finden. Man habe erst lernen müssen, wer für was zuständig sei und "wie rede ich eigentlich mit so'm Meister." Eine Gruppe der Befragten betont die Notwendigkeit, daß man "diplomatisch vorgehen muß", eine Menge Überzeugungsarbeit leisten und aufpassen müsse, daß man nicht ausgenutzt werde. Insbesondere das Verhältnis zum oft als "Patienten" bezeichneten Arbeitnehmer wird häufig von einer Kontrollperspektive beherrscht. Der Möglichkeit, vom Arbeitnehmer "über den Tisch gezogen zu werden", versuchen einige Interviewte durch "engmaschige Untersuchungsabstände" und "engmaschige Kontrolle" zu begegnen.

Nur für eine kleine Gruppe der Betriebsärzte übt das "zwischen den Stühlen sitzen" den Reiz ihrer Berufsrolle aus. Diese bewerten es als positiv, im Betriebsalltag verschiedene Rollen spielen zu können, "zwischen den Positionen hin und herzuwechseln", "Schlichter der unterschiedlichen Interessen" zu sein, ohne daß "man sich jedoch festlegen lassen darf."

Die Interviewpassagen zu dieser Dimension betriebsärztlichen Handelns belegen, daß gegenüber professionellen Verhaltensstandards und Codizes das Situationale in den alltäglichen Interaktionsbeziehungen größere Wirkungskraft besitzt. In Abhängigkeit zum zu bearbeitenden Problem kann der Betriebsarzt zwischen verschiedenen "Rollen" (Experte - Schlichter-Helfer) wechseln, so daß die Berufsrolle als allgemeiner Typus zwar zur Verfügung steht, jedoch jeweils situativ aktualisiert werden muß.

Schwerpunkte beruflichen Verhaltens

Entscheidungen von Betriebsärzten bezogen auf die Regulierung betrieblicher Statuspassagen stellen nach den empirischen Befunden einen Schwerpunkt betriebsärztlichen Handelns dar. Hier zeigt sich allerdings eine interessante Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der schriftlichen Befragung und den Aussagen in den Interviews.

In den narrativen Interviewpassagen über den beruflichen Alltag ließen sich jedoch weniger tatsächliche und konkrete Entscheidungen über Statuspassagen erkennen, als von uns angenommen und in der schriftlichen Befragung gefunden wurden. Auch wenn nicht zu erwartet ist, daß Betriebsärzte ihre regulative Funktion bei Statuspassagen ausbreiten, so müssen die geringen Thematisierungen und Reflexionen über diesen Tatbestand als ein noch genauer zu interpretierendes Faktum festgehalten werden.

Weiterhin sind die Einschätzungen der Reichweite des eigenen Handelns, der eigenen Kompetenz und der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu berücksichtigen. Dazu wurde von einigen der Befragten in den Interviews zur eigenen Entlastung und Legitimation auf die erwähnte Betonung der beratenden Funktion im Arbeitssicherheitsgesetz hingewiesen.

Die Möglichkeiten des betriebsärztlichen Handelns werden von einigen Befragten als eingebunden in einen betrieblichen Gesamt-Entscheidungsprozeß mit verschiedenen - auch expertlichen - Beteiligten dargestellt, in dem "alles geregelt wird" und "der Betrieb dafür sorgt". Diese Verortung des eigenen beruflichen Verhaltens, die für größere und mittlere Betriebe gilt, bestärkt die Orientierung auf untersuchende und beurteilende Arbeitsmedizin.

Auch wenn ein Teil der Befragten die Auffassung vertritt, daß "Arbeitsmedizin nicht Untersuchungsmedizin" sein dürfe, zeigen andere Interviews, daß gerade durch diese untersuchende und beurteilende Tätigkeit professionelle Rollensicherheit und -identität hergestellt wird. So sagt eine Betriebsärztin, daß sie sich im Betrieb, z.B. auf Arbeitsschutz-Ausschuß-Sitzungen, "nicht so heimisch fühle, sondern lieber Untersuchungen machen" würde, weil "das habe ich gelernt". Ein anderer Betriebsarzt findet in der Behandlungen von Akuterkrankungen positive Momente seiner Tätigkeit, während ein weiterer Arzt zumindest auf das "Andiagnostizieren" nicht verzichten mag.

Resümierend läßt sich feststellen, daß ein Typus von Betriebsärzten zur Ausgestaltung ihrer Berufsrolle auf die klassischen professionellen Handlungscharakteristika (Diagnostik, Therapie, Prognose) zurückgreifen, auch wenn sie wissen, daß "eigentlich keine Therapie gemacht werden darf" und daß "wir hier eigentlich Gesunde untersuchen."

4.2 Offene Fragen

Die Entscheidungssituationen betriebsärztlichen Handelns sind auf Basis der schriftlichen Befragung und der Interviews von dem Berufsinventar und den Kontextfaktoren, auch von den vertraglichen und gesetzlichen Anforderungen her angegangen, aber noch nicht an sich und in den Wahlmöglichkeiten analysiert worden. Vor allem das Material der transkribierten Interviews soll im Hinblick auf typologisierende Aussagen über Kriterien betriebsärztlicher Gate-keeper Funktionen ausgewertet werden. Die Frage, inwieweit man von einer defizitären professionellen Entwicklung der Betriebsärzteschaft sprechen kann und welche Professionalisierungsansätze sich zeigen, soll in den nächsten Monaten genauer analysiert werden.

5. Veröffentlichungen

Behrens, Johann; Milles, Dietrich; Müller, Rainer (1990): Zur Medikalisierung sozialpolitischer Konflikte. Gutachtermedizin zwischen Sozialstaat und Individuum. In: Dressel, Werner; Heinz, Walter R.; Peters, Gerd; Schober, Karen (Hg.): Lebenslauf, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik, Nürnberg (IAB-Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 133), S. 151-174

Braun, Bernard; Georg, Arno (1990): Prävention und betriebliche Gesundheitskultur. In: Peter, G.; Pröll, U. (Hg.): Prävention und betriebliches Alltagshandeln, Dortmund, S. 150-178

Braun, Bernard; Reiners, Hartmut (1991): Public health und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Deppe, H.U.; Friedrichs, H.; Müller, R. (Hg.): Public Health, Frankfurt/M.

Milles, Dietrich (1989): La capacité de travail, pour qui et pourquoi? Pour une contribution à l'histoire des mouvements ouvriers et de l'hygiène d'entreprise en Allemagne.- In: Prevenir 18, S. 137-156

Milles, Dietrich (1990): 'Künstliche' und 'natürliche' Risiken in der Geschichte der Arbeitsmedizin.- In: Hamburger Stiftung für Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts (Hg.): Arbeitsschutz- und Umweltschutzgeschichte.- Hamburg

Milles, Dietrich (1991): "Public Health" - Konzepte und Diskussionen in der deutschen Geschichte.- In: H.-U. Deppe/H. Friedrichs/R. Müller (Hg.): Public Health.- Frankfurt/M.

Milles, Dietrich; Müller, Rainer (1991): Public-Health-Forschung und Gesundheitswissenschaften.- In: H.-U. Deppe/H. Friedrichs/R. Müller (Hg.): Public Health.- Frankfurt/M.

Müller, Rainer (1989): Grenzwerte und ihre konkrete Umsetzung in betriebsärztliche Praxis. In: Kortenkamp, Andreas; Grahl, Birgit; Grimme, L.Horst (Hg.): Die Grenzenlosigkeit der Grenzwerte, Karlsruhe, S. 159-173

Müller, Rainer (1989): Perspektiven einer präventiven betrieblichen Gesundheitspolitik. In: Loccumer Protokolle, Jg. 41, Nr. 11, S. 169-189

Müller, Rainer (1989): Social Support through Company Doctors: Is it possible? In: Federal Centre for Health Education, WHO Regional Office for Europe (Hg.): Health Promotion in the working world, Berlin/Heidelberg/New York, S. 115-121

6. Fachkontakte und Außenaktivitäten

Behrens, Johann (1990): Evaluation institutioneller Ressourcen betriebsärztlichen Handelns. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizer Gesellschaft für Medizinsoziologie, 9.-13.10.1990, Wien

Braun, Bernard (1990): Möglichkeiten und Probleme der Gesundheitsförderung im Betrieb aus der besonderen Sicht der Betriebsärzte. Vortrag auf dem Kongreß der deutschen Gesellschaft für klinische Psychologie und Psychotherapie "Leitsymptom Gesundheit", 19.-23.02.1990, Berlin (zus. mit Rainer Müller, Susanne Pape, Ariane Schorn)

Milles, Dietrich: Economy of War and Men. Industrial Hygiene in Germany at the beginning of the Weimar-Republic. Vortrag an der Universität Liverpool, 26.1.1990, Liverpool

Milles, Dietrich: Gesichertes arbeitsmedizinisches Wissen und betriebsärztliche Verantwortlichkeit. Vortrag auf der Arbeitstagung "Betriebsärzte und produktionsbezogene Gesundheitspolitik in der Geschichte" (gemeinsam mit

dem Sfb 186 und der Hamburger Stiftung für Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts veranstaltet von Arne Andersen und Dietrich Milles), 17./18.11.1989, Hamburg

Milles, Dietrich: Am Rande. Zur Auslagerung industrieller Pathogenität aus kommunaler Gesundheitspolitik um die Jahrhundertwende. Vortrag Vierte Nassauer Gespräche "Stadt und Gesundheit im ersten Drittel dieses Jahrhunderts", 22.5.1989, Waldliesborn b. Lippstadt

Milles, Dietrich: Gesicherte arbeitsmedizinische Erkenntnisse als historisch gewachsene Anforderungen und Überforderungen.- Vortrag Dt. Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, September 1988, Hannover

Milles, Dietrich: Die Entstehung der "Gutachtermedizin" im Problemfeld von Berufsarbeit und Krankheit.- Colloquium "Sozialgeschichte der Medizin" der Robert-Bosch-Stiftung 14./15.4.1988, Stuttgart

Milles, Dietrich: Gesichertes arbeitsmedizinisches Wissen und ärztliche Verantwortlichkeit.- Vortrag Arbeitstagung "Betriebsärzte und produktionsbezogene Gesundheitspolitik in der Geschichte" veranstaltet von Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Sonderforschungsbereich 186, Universität Bremen, Hamburger Stiftung für Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts in Hamburg am 16./17.11.1989

Milles, Dietrich: Medizin und Gesundheit in historischer Sicht. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt durch Ärzte.- Ringvorlesung "Gesundheitswissenschaften", Universität Bremen WS 1988/89

Milles, Dietrich: Risikoverständnis in der Arbeitsmedizin.- Vortrag Workshop "Arbeit, Technik und Gesundheit" des Forschungsverbundes Arbeit und Technik, Universität Bremen, am 1.12.1990

Müller, Rainer: Die Bedeutung ärztlicher Experten für die Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen. Vortrag auf der Tagung "Behinderte und Rehabilitation" im Zentrum für Arbeit und Soziales der Universität Trier, 7.-9.10.1990, Trier

Müller, Rainer: Technik und Gesundheitsrisiken. Forderungen an die Technikgestaltung aus arbeitsmedizinischer Sicht. Vortrag auf der Tagung des VDE Bezirksvereins Rhein-Ruhr e.V., 25.11.1989, Soest

Müller, Rainer: Die Professionalisierung von Betriebsärzten durch den Staat; vor und nach dem Arbeitssicherheitsgesetz 1974. Vortrag auf der Arbeitstagung "Betriebsärzte und produktionsbezogene Gesundheitspolitik in der

Geschichte" (Hamburger Stiftung für Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts gemeinsam mit SFB 186), 17./18.11.1989, Hamburg

Müller, Rainer: Health promotion in the working environment. Integration of legal employment protection and health promotion. Vortrag auf dem Symposium "Community Participation und Empowerment Strategies in Health Promotion", 08.06.1989, Bielefeld

Pape, Susanne: Zur Evaluation institutioneller Bedingungen betriebsärztlichen Handelns.- Vortrag auf der Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 05.-07.10.1989, Berlin (zus. mit Johann Behrens, Bernard Braun, Dietrich Milles und Rainer Müller)

Am 11.9.1990 fand auf Einladung des Bremer Landesverbandes der Werks- und Betriebsärzte e.V. eine Vorstellung und ausführliche Diskussion der Forschungskonzeption und vorliegender Ergebnisse statt. Eine Weiterführung der Diskussion mit dem Verband ist abgesprochen.

Eine Gastprofessur am Zentrum für Sozialpolitik im Dezember 1990 ermöglichte eine ausführliche Diskussion mit Dr. Nico Plomb, Institut für Soziale Geneeskunde der Freien Universität Amsterdam.

Amerikanische Erfahrungen zu Professionalisierung und "gate-keeping" von Betriebsärzten wurden im November 1990 mit Prof. Dr. Deborah Stone diskutiert.

Am 10. und 11.4.1991 wird die Forschergruppe auf Einladung der Oberösterreichischen Akademie für Arbeitsmedizin auf einer internationalen Tagung die Ergebnisse des Teilprojektes vorstellen.