

Rainer Müller, Susanne Pape, Johann Behrens, Bernard Braun, Dietrich Milles¹ (1992): Gesundheitsschutz durch arbeitsmedizinische Betreuung - Fiktion oder Wirklichkeit?

Vorbemerkung

Die Frage nach der Relevanz der Betriebsmedizin für den betrieblichen Gesundheitsschutz ist vom Gesetzgeber positiv mit gesetzlichen Regelungen, insbesondere denen des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) beantwortet worden. Diese gesetzlichen Regelungen beschreiben jenen Sollzustand, in dem der Gesundheitsschutz durch arbeitsmedizinische Betreuung keine Fiktion, sondern Wirklichkeit wäre. Daher liegt es nahe, mit dem empirischen Ist-Zustand zu vergleichen. Das soll hier unter Rückgriff auf Ergebnisse des Forschungsprojektes "Regulierung von Statuspassagen im Erwerbsleben durch Experten - Das Beispiel der Betriebsärzte" begonnen werden. Dieses Vorhaben wurde im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Sonderforschungsbereich an der Universität Bremen mit dem Thema "Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. Institutionelle Steuerung und individuelle Handlungsstrategien" durchgeführt².

Im Projekt wurde untersucht, wie das berufliche Verhalten von Betriebsärzten geformt ist und welche Bedingungen ihr Handeln und Urteilen allgemein und insbesondere an betrieblichen Statuspassagen beeinflussen.

Im vorliegenden Aufsatz sollen erste deskriptive Ergebnisse zusammengestellt werden; die Auswertung der Untersuchung steht erst am Anfang.

An Einflußbedingungen haben wir unterschieden:

1. **Anforderungen:** Vertragliche Stellung zum Betrieb und gesetzliche Regelungen (Arbeitssicherheitsgesetz, Unfallverhütungsvorschriften, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen)
2. **Kontextfaktoren:** z.B. Branche und Größe des Betriebes, betriebliche gesundheitsbezogene Einrichtungen, Kooperationsbeziehungen der Betriebsärzte im Betrieb, betriebskultureller Umgang mit Leistungsgeminderten (Sozialverfassung

¹ Dank an Peter Boy für die statistische Auswertung.

² Im Forschungsprojekt wurde der Frage nachgegangen, welche Bedeutung Betriebsärzte bei der Regulierung und Steuerung von betriebsbezogenen Statuspassagen haben.

Mit Statuspassagen werden Übergänge in andere Lebensabschnitte bezeichnet, wie z.B. Eintritt in die Schule, Heirat, Eintritt in das Berufsleben, Wechsel der Berufstätigkeit oder Verrentung. Bezogen auf den betrieblichen Kontext sind unter Statuspassagen z.B. Einstellung, Entlassung, innerbetriebliche Umsetzung, Maßnahmen der beruflichen bzw. medizinischen Rehabilitation zu verstehen.

des Betriebes)

3. **Professionelle Ausstattung** (Berufsinventar)

Hierzu gehören die Qualifikation, also arbeitsmedizinisches Wissen mit den entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten. Weiterhin zählen dazu institutionelle Ausgestaltung und Grad der Professionalisierung. Die institutionelle Ausgestaltung zeigt sich sowohl in der rechtlichen Stellung der Betriebsärzte im Betrieb (Unabhängigkeit, Abrenzung des Aufgabenbereichs) als auch in den technischen und personellen Ausstattungen der betriebsärztlichen Einrichtung. Unter Professionalisierung sollen hier Orientierungen betriebsärztlichen Handelns verstanden werden. "Orientierungen betriebsärztlichen Handelns" sind nicht nur Einstellungen oder Meinungen, die ja keine Folgen für das tatsächliche berufliche Handeln haben müssen, sondern die täglichen Praktiken, die sich zu einem beruflichen Habitus verfestigen. Der Grad der Professionalisierung läßt sich dann mindestens daran messen, wie weit sich bei Betriebsärzten, die ja alle den gleichen gesetzlichen Anforderungen zu genügen haben, ein gemeinsamer beruflicher Habitus (Berufsinventar) überhaupt erkennen läßt, der sie befähigt, den gesetzlichen Anforderungen zu genügen.

Im Forschungsvorhaben stellte sich bereits bei der Gesetzesanalyse heraus, daß widersprüchliche Erwartungen an den Betriebsarzt herangetragen werden. Solche widersprüchlichen Erwartungen finden sich einmal auf Gesetzesebene in der Spannung zwischen Prävention und Begutachtungstätigkeit als auch in konkreten Handlungssituationen durch die Erwartungen der verschiedenen Gruppierungen im betrieblichen Sozialgefüge. Konflikthaft ist z.B. die Handlungsanforderung, auf der einen Seite prognostische Leistungsbeurteilungen für Personalentscheidungen vorzunehmen, auf der anderen Seite aber im Sinne von präventiven Maßnahmen Arbeitssituation und Belastung in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Arbeitnehmer zu sehen. Zu Konflikten können auch die Erwartungen der einzelnen Beschäftigten führen, die ihre Deutungen der betriebsärztlichen Tätigkeit auf der Folie ihrer Erfahrungen mit niedergelassenen Ärzten vornehmen. Ob diese Konflikte zu einer Überforderung führen oder aber im betrieblichen Alltag von Betriebsärzten ausbalanciert werden können, so unsere These, wird bestimmt durch Ressourcen der professionellen Ausstattung und durch betriebliche Kontextfaktoren.

Methodisch wurde folgendermaßen vorgegangen:

Zunächst führten wir eine schriftliche Befragung von 3.000 Betriebsärzten durch, die wir zufallsgesteuert aus den 9.602 der in der Alt-BRD für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen ermächtigten Ärzte ausgewählt haben. Die Angaben dazu haben wir den Listen entnommen, die die Landesverbände der Berufsgenossenschaften führen und uns zur Verfügung gestellt haben. Der Rücklauf von 1.034 Fragebögen entsprach einer erwarteten Quote von 33 %, die für Ärztebefragungen im internationalen Vergleich als vergleichsweise gut anzusehen ist. Die Listen der Berufsgenossenschaften waren der einzige Zugang zum Forschungsfeld, da Adressenlisten über die Grundgesamtheit der in der Alt-BRD tätigen Betriebsärzte nach z.B. Alter, Geschlecht, Qualifikation und Art

der Anstellung nicht existieren.

Als zweites methodisches Verfahren wurden themenzentrierte qualitative Interviews mit 49 Ärzten in der gesamten Alt-BRD durchgeführt.

Ergebnisse:

1. Allgemein:

Bei der schriftlichen Befragung tat sich eine Diskrepanz im Selbstverständnis der betriebsmedizinisch tätigen Ärzte auf: 532 Ärzte (d.h. über 50 %) sandten den Fragebogen mit dem Hinweis zurück, sie hätten mit den Betrieben gar nichts zu tun. Sie wären eigentlich gar keine Betriebsärzte und würden nur gelegentlich einige G-Untersuchungen durchführen. Dies ist interessant, als auch diese Ärzte als betriebsmedizinisch tätige der betriebsärztlichen Versorgung der Erwerbsbevölkerung zugeschlagen werden. Dies steht im Widerspruch zum eigenen Selbstverständnis dieser Ärzte selbst.

Ausgefüllt wurde der Fragebogen nur von 502 Ärzten, die sich selber als Betriebsärzte sahen. Auf sie bezieht sich die folgende Auswertung.

2. Kontextfaktoren

28 % der Ärzte betreuten nur einen Betrieb, 14 % zwei, 9 % drei, 18 % vier bis zehn Betriebe und 37 % mehr als 10 Betriebe. 22 % hatten keine Angaben gemacht.

Die Tabellen 1 und 2 geben die Größe und Branche des einzig betreuten bzw. der ersten drei vorrangig betreuten Betriebe an.

Tabelle 1:
(N = 502)

Anzahl der Beschäftigten in betreuten Betrieben

Anzahl Be- schäftigte	einzi- ger oder 1. Betrieb %	2. Betrieb %	3. Betrieb %
1 - 50	12	8	6
51 -100	6	9	8
101 - 500	22	22	15
501 - 1000	16	9	6
1001 - 5000	19	3	1
über 5000	9	-	-
K.A.	16	48	63

Prozentangaben sind auf- bzw. abgerundet

Tabelle 2:

Branche der betreuten Betriebe (N = 502)

Branche	einzi- ger oder 1. Betrieb %	2. Betrieb %	3. Betrieb %
Metall	32	16	9
Chemie	8	5	3
Handel	3	2	2
Transport	1	1	1
Dienstleistung	14	11	9
Nahrung	3	2	2
öffentl. Dienst	18	8	6
Sonstige	9	6	4
K. A.	14	50	65

Erfolgreiche betriebsärztliche Arbeit kann wesentlich von der gesundheitsbezogenen sozialen Infrastruktur eines Betriebes und von speziellen Programmen bzw. Einrichtungen abhängen.

Die Tabellen 3 und 4 geben Auskunft darüber, wie häufig Betriebsärzte im größten bzw. einzig von ihnen betreuten Betrieb und im Kleinbetrieb solche Einrichtungen vorfinden.

Tabelle 3: Gesundheitsbezogene soziale Infrastruktur im größten (einzig) und kleinsten betreuten Betrieb (N = 502)

Einrichtung	größter (einziger) Betrieb %	kleinster Betrieb %
Betriebs-/Personalrat	76	33
Fachkraft für Arbeitssicherheit	79	34
Schwerbehinderten Vertrauensleute	58	14
Sicherheitsbeauftragte	76	38
Ersthelfer	70	35
Arbeitsschutzausschuß	63	20
Suchtbeauftragte	18	1
Betriebskrankenschwester	30	4

Tabelle 4: Gesundheitsbezogene Programme im größten (einzig) und kleinsten betreuten Betrieb (N = 502)

Programm	größter (einzig) Betrieb %	kleinster Betrieb %
Ernährungspr./Kantine	23	4
Antiraucherprogramme	14	3
Bewegungsprogramme	13	2
Suchtprogramme (Alkohol)	30	5
spez. Programme	11	2
Gesundheitszirkel, Ergonomiegruppen	3	-
Schonarbeitsplätze	27	7
Schwerbehinderten-	47	15

arbeitsplätze		
Arbeitsplätze für Schwangere	22	5
besondere Anweisungen für gefährliche Arbeitsstoffe	46	19

4. Professionelle Ausstattung (Berufsinventar)

Qualifikation

23 % der antwortenden Ärzte (N = 502) gaben an, Arzt für Arbeitsmedizin zu sein. 27 % besaßen als höchste Qualifikation die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin und 38 % die Kleine Fachkunde. Für den Rest fehlen die Angaben. 87 % der Ärzte mit der Kleinen Fachkunde wirkten freiberuflich. Ärzte für Arbeitsmedizin waren zu 42 % fest in Betrieben oder zu 38 % in Zentren für Arbeitsmedizin angestellt. 178 (36 %) der 502 Ärzte bezeichneten sich als Arzt im Ruhestand. 5 % waren erst seit weniger als 2 Jahren, 16 % bereits 2 bis 5 Jahren, 26 % 6 bis 10 Jahre und 30 % 11 bis 20 Jahre betriebsärztlich tätig.

Vertragliche Stellung

21 % der Betriebsärzte hatten eine feste Anstellung in einem Betrieb. 13 % waren in einem überbetrieblichen Zentrum angestellt. 68 % übten die Tätigkeit freiberuflich aus, davon 77 % als niedergelassene Ärzte. Auf einige Ärzte traf nicht nur eine der drei Vertragsmöglichkeiten zu.

Ausstattung

Für die institutionelle Ausgestaltung ist neben der vertraglichen Stellung unmittelbar die betriebsmedizinische, technische und personelle Ausstattung relevant. Die Tabelle 5 veranschaulicht, daß die technische und personelle Ausgestaltung nicht durchgängig in den betreuten Betrieben optimal ist. So verfügen nur 55 % der Betriebsärzte mit der Kleinen Fachkunde im größten von ihnen betreuten Betrieb über ein eigenes Arztzimmer. Nur ein Drittel kann in diesem Betrieb arbeitsmedizinische Untersuchungen mit entsprechenden personenbezogenen Meßinstrumenten wie z.B. Audiometrie durchführen.

Tabelle 5: Technische und personelle betriebsärztliche Ausstattung innerhalb des größten bzw. einzig betreuten Betriebes

Ausstattung	alle % N = 502	Arzt für Arbeits- medizin % N = 115	Betriebs- medizin % N = 134	Kleine Fach- kunde % N = 192
Arztzimmer	68	93	92	55
Labor	34	59	43	21
Personenbezogene Meßinstrumente (z.B. Audiometrie)	49	71	71	34
Belastungsbezogene Meßinstrumente (z.B. Schall- pegelmesser)	36	59	50	22
Bäder/Massage	17	29	17	13
Sonstiges	12	32	15	2
weitere Ärzte	17	40	12	8
Sanitäter	21	37	25	13
Krankenschwester bzw. -pfleger, HelferIn	38	62	47	26
MTA	17	41	15	9
Sekretärin	27	53	29	16
keine Fachperson	23	18	26	29

Grad der Professionalisierung

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. Es stellt sich die empirische Frage, inwieweit Betriebsärzte diese Anforderungen wahrnehmen, bewerten und realisieren.

In der schriftlichen Befragung wurde danach gefragt, in welchem Umfang Betriebsärzte die Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes erfüllen. Die Frageliste enthielt als Items die Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes (siehe Tabelle 6). Die Umsetzung der technisch-planerischen und personalen Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes kann danach unterschieden werden, ob sie optimal oder minimal erfolgte. Unter "optimal" können die Antwortvorgaben "sehr oft" und "häufig", unter "minimal" die Vorgaben "manchmal", "selten" und "niemals" gedeutet werden.

Tabelle 6 Umgang mit Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes während der betriebsärztlichen Tätigkeit insgesamt (N = 502)

Anforderungen	sehr oft	häufig	manchmal	selten	niemals
Beratung bei der Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen	3	13	19	24	21
Beratung bei der Planung, Ausführung und Unterhaltung von sozialen und sanitären Einrichtungen	6	20	24	16	17
Unterstützung bei der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen	2	12	24	22	20
Unterstützung bei der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln	13	31	16	9	12
Unterstützung und Beratung bei Fragen des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und Pausenregelung	2	9	22	22	25
Unterstützung und Beratung bei Fragen der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung	5	25	23	15	14
Beratung und Unterstützung bei der Organisation der "Ersten Hilfe" im Betrieb	27	27	12	5	12
Beratung und Unterstützung in Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter	20	28	14	8	13
Belehrung und Unterweisung von Beschäftigten über Fragen und Anforderungen des Arbeitsschutzes	14	29	19	11	9

An dieser Tabelle zeigt sich ein so weit streuendes Spektrum, daß schon von daher zu bezweifeln ist, ob die untersuchten Betriebsärzte **eine** Profession bilden. Etwa ein Drittel der Befragten zeigen eine regelmäßige professionelle Praxis, die den gesetzlichen Definitionen des Berufsstandes nahe kommt. Nicht in diesem Artikel, aber in weiteren Auswertungen wollen wir klären, was diesem Drittel es ermöglicht, den gesetzlichen Anforderungen zu genügen.

Ergebnisse der themenzentrierten qualitativen Interviews zu den beruflichen Orientierung

Bei so weit streuender beruflicher Praxis ist entweder damit zu rechnen, daß sich ein einheitliches berufliches Selbstverständnis noch nicht herausgebildet hat; oder damit, daß sich ein schon vorhandenes einheitliches berufliches Selbstverständnis aller Berufsangehörigen an sehr verschiedenen Handlungskontexten stößt. Im letzten Fall sind es Unterschiede der Handlungskontexte, nicht des beruflichen Selbstverständnisses, die die großen Verhaltensunterschiede erklären.

Die folgenden ersten Ergebnisse der themenzentrierten qualitativen Interviews konzentrieren sich auf Themen, die von fast allen Interviewten angesprochen wurden:

Den Professionsfaktoren wurden in den problemzentrierten Interviews anhand der 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 Handlungsrouinen 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 1) vergrößert dargestellt werden:

Übersicht 1: 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 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 zwei Extreme zu finden:

- a) Bei den 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 erklärt.³
- b) Bei den 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.

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.

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 Problemzüge. Auf der einen Seite können einfache Untersuchungsmethoden (wie z.B. 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 z.B. gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung). Im ersten Fall gelingt im Rahmen arbeitsmedizinischer Wissensbestände ein einfacher Bezug zu Krankheit, festzustellenden Schädigungen oder verminderter Leistungsfähigkeit. Komplexere Bezüge zu öffentlicher und individueller Gesundheit verlangen vom Betriebsarzt weitergehende Deutungsleistungen. Die Ausprägungen der Problemorientierung reichen vom Typus einer mechanistischen Krankheitsvorstellung über einen Risikobegriff, wonach allein schon die Möglichkeit, krank zu werden, zum *term of characteristic* wird (z.B. 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 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 rationalen, reibungslosen Funktionierens, die zumindest für einen Teil der Konflikterfahrungen der interviewten Betriebsärzte verantwortlich zu sein scheinen.

Sozialbezug

Die in den Problemorientierungen der Betriebsärzte auszumachende Spannung zwischen einfachen Bezügen auf körperliche Parameter, an denen Normalitätsan-

nahmen 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 plausible Kriterien prophylaktischen Handelns.

Betriebsbild

In den Interviews finden sich Vorstellungen über den Betrieb, die die vom Betrieb als sozial "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 anbelangt 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. Viele Betriebsärzte haben die kurativen Handlungsmuster bezogen auf Diagnostik, Therapie und Prognose in Klinik und ambulanter Praxis verinnerlicht. Diese professionellen Handlungsrountinen bieten auch den Betriebsärzten eine standardisierte, abgesicherte Möglichkeit, in problematischen Situationen zu handeln, ohne sich der Reichweiten der Probleme und des Handelns zu vergewissern und die Zielsetzungen des Handelns legitimieren zu müssen. Betriebsärzte betonen diese Handlungsrountinen ("langjährige Erfahrung als Kliniker") und die damit verbundene "Weisungsfreiheit" nach dem Arbeitssicherheitsgesetz.

Während diese klassischen individualmedizinischen Handlungsrountinen 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 interpretieren.

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.

Was in den Ausführungen immer wieder aufscheint, ist der Bruch zwischen der Sozialisation in die Profession des Arztes auf der einen Seite und der Sozialisation in der Profession des Betriebsarztes im Vollzug der beruflichen Alltagspraxis auf der anderen Seite. Auf der Grundlage des empirischen Materials kann man von daher bei der Professionalität der Betriebsärzte von einer geliehenen, nämlich von den kurativ tätigen Ärzten geliehenen, sprechen.

Regulationstätigkeiten bei Statuspassagen

Einstellungsuntersuchungen stellen eine der sichtbarsten und folgenreichsten Regulierungen im Hinblick auf Statuspassagen in das Erwerbsleben dar. 68 % (N = 502) gaben in der schriftlichen Befragung an, Einstellungsuntersuchungen vorzunehmen.

Mit welcher Häufigkeit direkt und indirekt man an Maßnahmen zur Regulierung von innerbetrieblichen Berufsverläufen beteiligt ist, zeigt die Tabelle 7. So sind berufliche wie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in der betriebsärztlichen Wahrnehmung eher seltene Ereignisse. Noch seltener werden Anzeigen wegen Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit geschrieben.

Tabelle 7: Maßnahmen zur Regulierung von innerbetrieblichen Berufsverläufen im größten bzw. einzig betreuten Betrieb (N = 502)

Maßnahmen	sehr oft %	häufig %	manchmal %	selten %	nie %
berufliche Rehabilitation in den letzten 12 Monaten	2	10	22	22	20
medizinische Rehabilitation in den letzten 12 Monaten	4	18	22	14	15
Anzeige einer Berufskrankheit durch Betriebsarzt in den letzten 12 Monaten	-	2	14	34	37
allgemeine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach ASiG §	18	24	14	11	19
Gruppenspezifische Untersuchungen	9	19	18	15	24

Die diagnostische ärztliche Tätigkeit spielt eine beträchtliche Rolle. Immerhin sagen 42 %, daß sie in ihrem größten bzw. einzig betreuten Betrieb sehr oft bzw. häufig allgemeine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes durchführen. Bedenkt man die Relevanz der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (G-Untersuchungen), dann wird die zentrale Bedeutung diagnostischen Handelns im Handlungsspektrum der Betriebsärzte noch offensichtlicher.

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").

Alle Befragten berichten, daß es zu Beginn ihrer Tätigkeit schwierig war, sich in den

betrieblichen Strukturen zurechtzufinden. 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 ausgeutzt 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 erwarten 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 Befragten in den Interviews zur eigenen Entlassung 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 Gesamtentscheidungsprozeß mit verschiedenen - auch expertlichen - Beteiligten dargestellt, in dem "alles geregelt wird" und "der Be-

trieb 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 sagte 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 den 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 klassische professionelle Handlungscharakteristika (Diagnostik, Therapie, Prognose) zurückgreift, auch wenn sie wissen, daß "eigentlich keine Therapie gemacht werden darf" und daß "wir hier eigentlich Gesunde untersuchen."

Schlußbemerkung

Betriebsärzte sind, das zeigten unsere bundesweiten Untersuchungen, weit elementarer als die meisten anderen ärztlichen Berufsgruppen eine **Profession im Entwicklungsprozeß**. Eine einheitliche, den gesetzlichen Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes entsprechende Berufsausübung hat sich nicht herausgebildet. Auch kein berufliches Selbstverständnis als präventiv und beratend wirkende Gruppe von Ärzten entwickelte sich, das der Stärke vergleichbar wäre, mit der sich etwa Internisten versus Chirurgen ihrer besonderen beruflichen Aufgabe gewiß sind. Betriebsärzte beziehen sich noch sehr weitgehend auf kurative Medizin, die sie doch selber nicht betreiben. Aus einem entwickelten beruflichen, gerade auf die spezifisch präventiven Anforderungen an den Betriebsarzt bezogenen und institutionell gefestigten Habitus heraus scheinen die wenigsten Befragten ihre Stärke beziehen zu können.

Aber man kann nicht sagen, keine Betriebsärztin und kein Betriebsarzt würde dem Bild des ASIG gerecht. Die Berufspraxis streut enorm. Etwa ein Drittel - also eine keineswegs zu vernachlässigende Zahl - scheint dem Bild zu entsprechen, das sich das ASIG von betriebsärztlicher Tätigkeit macht. Was dieses Drittel dazu befähigt - seien es betriebliche Kontexte und betriebliche Sozialverfassungen oder professioneller Habitus (Berufsinventar, institutionelle Ausgestaltung der betrieblichen Stellung) - ,das wird als nächstes von uns in unseren Daten zu untersuchen sein. Je weniger der Grund dieser Fähigkeit in der zertifizierbaren Ausbildung und je mehr er in den institutionellen Ausgestaltungen, den Routinen der Berufspraxis und in den

betrieblichen Kontexten und Sozialverfassungen liegt, umso klarer wird die Schlußfolgerung: der Versuch, arbeitsmedizinische Betreuung zu einem bedeutenderen Teil des Gesundheitsschutzes zu machen, muß scheitern, wenn er vor allem an der zertifizierbaren "theoretischen" Ausbildung der Betriebsärzte ansetzt und nicht an supervisionsgestützten institutionellen Veränderungen im alltäglichen Betrieb.