

Angelika Dehne, Rainer Müller (1997): Die Rolle von Betriebsärzten bei betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten, in: P. Nieder, B. Susen (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung, Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung, Bern/Stuttgart/Wien, Paul Haupt Verlag 1997, S. 145-174

1. Betriebliche Gesundheitsförderung und das Fehlzeitenproblem

Stellt betriebliche Gesundheitsförderung eine Notwendigkeit dar, oder handelt es sich nur um eine vorübergehende Modeerscheinung, die nach kurzer Zeit wieder in der Versenkung verschwindet? Fraglich ist tatsächlich, ob nicht im Zuge zunehmender Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, stagnierenden Löhnen und Gehältern sowie insgesamt stagnierender Wirtschaftswachstumswahlen der Druck auf die Arbeitnehmerschaft derart verstärkt wird, daß nicht mehr gewagt wird, durch Krankheitstage den Unmut von Betriebsleitungen auf sich zu ziehen und somit von Entlassung bedroht zu sein. So hat beispielsweise ein großes deutsches Automobilwerk, das eine Vorreiterrolle in der betrieblichen Gesundheitsförderung innehat, ein drastisches Sinken der Krankenstände zu verzeichnen, seitdem bekannt ist, daß Personalabbau droht. Auf welche Umstände das Sinken der Krankenstände zurückzuführen ist, ist im einzelnen nicht nachvollziehbar. Tatsache scheint aber zu sein, daß Arbeitnehmer unter besonderen Umständen bereit sind, über ihre Belastungsgrenzen hinaus zu arbeiten. Ob dies allerdings das Ziel von Unternehmen sein kann, ist insofern fraglich, weil anzunehmen ist, daß bei ständiger Überschreitung der Belastungsgrenzen irgendwann einmal die Manifestierung der Erkrankung, d.h. ein Leistungsknick, eintreten muß. Die Gefahr nicht-revidierbarer Schäden und Erwerbsunfähigkeit droht dem überbeanspruchten Arbeitnehmer.

Chronische Krankheiten bei Erwerbstätigen hängen mit Bedingungen der Arbeitswelt zusammen. Die meisten Arbeitsbedingungen sind nicht streß- und belastungsfrei beschaffen. Dies belegen anschaulich alle Studien zu Arbeitsbelastungen. Genannt sei beispielhaft eine repräsentative Befragung von Erwerbstätigen in der Region Bremen¹ und die repräsentative Erhebung des BIBB und des IAB von 1991/92 (Janssen 1993, siehe auch Anhang Übersicht 1). In der Bremer Studie wurde eine Zunahme der Belastungen, insbesondere der psychischen Belastungen, bedingt durch Arbeitstempo und Hektik, sowie durch neue Techniken festgestellt (vgl. Angestelltenkammer Bremen 1993, S. 74f; siehe auch Anhang Übersicht 2). Für das Vorhandensein von nicht geringen Belastungen in der Arbeitswelt spricht außerdem, daß die Mehrheit der Arbeitnehmer: Arbeiter, Angestellte sowie Beamte, arbeitsbezogene Maßnahmen zur Humanisierung der Arbeitsbedingungen bzw. arbeitsbezogene Maßnahmen in Verknüpfung mit personenbezogenen Maßnahmen für wünschenswert halten (vgl. Angestelltenkammer Bremen 1993, S. 122f.). Insbesondere der größte Teil der befragten Arbeiterschaft (38,8 %) wünscht sich arbeitsbezogene Veränderungen. Lärm, Schmutz und hohe einseitige körperliche Belastungen sind Arbeitswelt-Probleme der Arbeiter, von denen ein Abbau gefordert wird. Anhaltspunkte zur Erklärung des zu Anfang vorgestellten Phänomens des Sinkens der Krankenstände bei drohendem Arbeitsplatzverlust konnten in der Bremer Studie gegeben werden: Die Studie bestätigte die Auffassung, daß Arbeitnehmer nicht nur zunehmend bereit sind trotz Krankheit

¹ Die Befragung "Gesundheit und Lebensqualität" wurde im Frühjahr 1993 im Land Bremen durchgeführt. 6.331 Fragebögen konnten im Rahmen dieser Untersuchung, in der Fragen zu verschiedenen Schwerpunkten, wie z.B. Alltag, Arbeitswelt, Medizin und Beratung gestellt wurden, ausgewertet werden.

zu Arbeit zu gehen, sondern Arbeitnehmer praktizieren diese Haltung zunehmend: 40 % der Befragten gaben an, im Zeitraum des vorangegangenen Jahres zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie sich richtig krank gefühlt hätten. Dies steht entgegen Appellen zu gesundheitsverantwortlichem Verhalten, sich nämlich bei Krankheit zu schonen. Solche empirischen Befunde betonen aber, daß der Druck auf die Beschäftigten zum Teil so groß ist, daß sie bereit sind ohne Rücksicht auf ihre Gesundheit weiter ihrer Arbeit nachzugehen, um ihren Arbeitsplatz zu erhalten. Betriebliche Gesundheitsförderung erhält gerade bei diesen hohen Leistungsanforderungen, Arbeitsbeanspruchungen und Erschwernissen einen besonderen gesundheitspolitischen Stellenwert.

2. Gesundheit und Krankheit in der betrieblichen Politik

Gesundheit und Krankheit sind Gegenstand von betrieblicher Politik im Rahmen betrieblicher Leistungspolitik. In der Regel wird Gesundheit von den Betrieben (Management) als selbstverständlich verfügbare Ressource bei den Beschäftigten angesehen und als nicht weiter problematisierte Basis von Qualifikation und Leistung unterstellt. Die Frage nach der Gesundheit der Beschäftigten stellt sich für die betriebliche Politik erst dort, wo sozialversicherungsrechtliche Regelungen den Einsatz bzw. das Fehlen von Beschäftigten steuern. Zu nennen sind hier vor allem Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen (Fehlzeit, Krankenstand), medizinische und berufliche Rehabilitation und Schwerbehinderung. Ein weiterer wichtiger Anlaß, sich im Betrieb mit Gesundheit zu beschäftigen, sind die Arbeitsschutzregelungen des Staates bzw. der Unfallversicherung bzgl. bestimmter Einzelbelastungen chemischer (z.B. Lösemittel), physikalischer (z.B. Lärm) oder biologischer (z.B. Viren) Gesundheitsrisiken. Anlaß zur Thematisierung von Gesundheitsschutzfragen können diese Vorschriften selbstverständlich nur dann werden, wenn die Belastungen und deren Regulierung von den Betriebsleitungen und den Interessensvertretungen der Belegschaften wahrgenommen und beachtet werden. In nicht wenigen Betrieben werden vorgeschriebene Schutzvorschriften mißachtet. Es herrscht ein nicht geringes Umsetzungsdefizit. Rechtsansprüche der Erwerbstätigen auf Gesundheitsschutz bleiben unerfüllt. Man kann von einer organisierten Unverantwortlichkeit gegenüber dem Gesundheitsschutz sprechen.

Zusätzlich zu diesen Tatbeständen taucht die Gesundheitsproblematik in den Betrieben im Zusammenhang mit arbeitsfähigen Beschäftigten auf, wenn sie wegen einer chronischen Erkrankung, Alterung, Drogenabhängigkeit und anderen Behinderungen leistungsgemindert sind. Der betriebspolitische Umgang mit leistungsgeminderten Arbeitnehmern hängt wesentlich von dem Interesse des Unternehmers an der betroffenen Person (Qualifikation) und dem Stand der Sozialbeziehungen zwischen Belegschaft/Betriebs- bzw. Personalrat und Management/Unternehmer ab. Kotthoff hat in einer Untersuchung "Arbeitseinsatz und Arbeitssituation von Behinderten und leistungsgeminderten Arbeitnehmern" im gewerblichen Bereich sieben Muster des personalpolitischen Umgangs mit gesundheitlichen Beeinträchtigten herausgefunden:

1. instrumentell organisierte Politik der Diskriminierung und Ausgliederung
2. selbstgesteuerte Diskriminierung und Ausgliederung in überschaubaren Kleinbetrieben
3. durch einen konfliktbereiten Betriebsrat gebremste Diskriminierung und Ausgliederung
4. unbürokratische Integration durch sozialfürsorgliche Nähe

5. beiläufige Integration in der gering determinierten Arbeitsorganisation
6. Integration und Fürsorge im sozialen Schutzsystem des Mitbestimmungsbetriebes
7. das Stabsmodell: defensive Integration im Großbetrieb.

Auf die Frage, woran es liege, daß manche Betriebe eine Integration und andere eine Diskriminierung der Leistungsgeminderten betreiben, wird folgendes festgestellt: entscheidend für die integrative Form ist die betriebliche Sozialbeziehung zwischen Arbeitgeber und Belegschaft. Hier wirkt insbesondere integrativ die Montan-Mitbestimmung. Eine Teilerklärung liefert auch die Art der Produktionsstruktur und das damit gegebene Niveau an nachgefragter Qualifikation. In stark entqualifizierten Arbeitsstrukturen ist die Chance für ein integratives Muster geringer als in Betrieben mit überwiegend qualifizierten angelernten Tätigkeiten oder in Facharbeiterbetrieben. Ebenso übt die Betriebsgröße einen Einfluß aus. Die wirtschaftliche Lage des Betriebes allerdings habe keine besondere Bedeutung (Kotthoff 1986 S.40).

Das Thema der leistungsgeminderten Arbeitnehmer ist heute wie in den 50er Jahren zunehmend relevant. In nicht wenigen Betrieben und Branchen finden wir ein hohes Durchschnittsalter der Belegschaft bei gleichzeitiger Schwierigkeit der Betriebsleitungen jüngere, qualifizierte Kräfte zu bekommen. Wie groß die Zahl der gesundheitlich Beeinträchtigten nach Alter, Qualifikation, Tätigkeit Geschlecht und Branche ist, läßt sich leider nicht feststellen, da exakte Zahlen darüber nicht vorliegen. Kotthoff und Ochs gehen für das Saarland für den Zeitraum Ende der 80er Jahre davon aus, daß etwa ein Viertel der gewerblichen Arbeitnehmer zu dieser leistungsgeminderten Arbeitnehmergruppe gehört. Die Quote der leistungsgewandelten d.h. gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer/innen sei Ende der 80er Jahre gestiegen. Dies geht auf den Anstieg des Durchschnittsalters zurück.

Daß die betriebliche Politik der Externalisierung von leistungsgewandelten Arbeitnehmern in Arbeitslosigkeit und Frührente an seine Grenzen gerät, wird durch ein historisch völlig neues Faktum in Zusammenhang mit dem demographischen Wandel der Bevölkerung erzwungen. In einigen Jahren wird nämlich der Anteil der unter 30jährigen anteilmäßig - nämlich 25 % - genauso groß sein wie der Anteil der über 50jährigen. (Vgl. hierzu Deutscher Bundestag 1994)

3. Arbeitsbelastungen in der heutigen Zeit

Ein weiterer wichtiger Problemdruck, sich mit Fragen von Gesundheit, Belastung und Arbeitsplatzgestaltung sowie Gesundheitsförderung in den Betrieben zu beschäftigen, geht von den neuen Problemlagen aus, die mit der breiten Diffusion neuer Technologien in den Betrieben verbunden sind. Durch die umfassende Einführung der Mikroelektronik als Basistechnologie, die Entwicklung und breite Anwendung der Informationstechnologie, der Bio- und Gentechnologie sowie neuer Werkstoffe und Energietechniken entstehen neue Gefährdungen und Gesundheitsrisiken. Zwar argumentieren manche Studien der Qualifikationsforschung und der Industriesoziologie, daß für Facharbeiter in Betrieben mit neuen Technologien (Automobilindustrie, Großchemie, Werkzeugmaschinenproduktion) sich Arbeitsanforderungen einstellen würden, die mehr Entscheidungskompetenz und Handlungsspielräume mit sich bringen würden, jedoch belegen andere Studien, daß der breite Einsatz der neuen Automations- und Computertechnologien in Bereichen der industriellen Arbeit und bei

Angestellentätigkeiten eine weitere Verschärfung der Arbeitszergliederung und Leistungsverdichtung zur Folge haben werden.

Im einzelnen fokussieren diese Studien folgende Problematiken: Die Unternehmensstrategien würden darauf abzielen, die bisher noch verborgenen Zeitreserven in Arbeitsvorgängen zu beseitigen, um mittels der Informationstechnologie eine komplette Kontrolle über die Verausgabung der Arbeitskraft zu bekommen. Der Handlungs- und Entscheidungsspielraum der einzelnen Arbeitnehmer nehme ab. Die Arbeiten würden monotoner und sinnentleierter. Vermehrt müsse Schichtarbeit mit z.T. Nacharbeit geleistet werden. An Restarbeitsplätzen würden sich die psychischen und physischen Belastungen (z.B. Monotonie und körperliche Beanspruchungen wie z.B. statische Haltearbeit und Zwangshaltung) vermehren. Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten würden sich in den Betrieben verringern. Es komme zu einer Reizverarmung in einer hochtechnisierten, meistens ergonomisch gestalteten, jedoch sterilen Arbeitsumgebung. Das Zeitgefühl der Arbeitnehmer zerfließe (Brandt 1987, Böhle, Milkau 1988, Peter 1988, Dabrowski u.a. 1989, Greif u.a. 1991).

Die Belastungssyndrome, wie sie beispielhaft beim Umgang mit dem mittlerweile gängigsten Arbeitsinstrument, dem Computer, insbesondere den Datensichtgeräten auftreten, sollen kurz genannt werden: Es kommt zu psycho-mentalenen Belastungen bzw. Beanspruchungen wegen der erheblichen Unterschiede zwischen der menschlichen Informationsverarbeitung und der angewandten maschinellen Datenverarbeitung. Das Denken wird auf eine binäre Logik mit starren ja - nein bzw. Wenn-dann-Entscheidungen eingeeengt. Kreativität geht verloren bzw. kann sich nicht entwickeln. Der stundenlange Umgang mit entsinnlichten, entstofflichten und immateriellen Arbeitsvollzügen formaler logischer oder symbolischer Art bringt Umstellungsschwierigkeiten auf die Alltagsfragen und die allgemeinen Lebensbedürfnisse mit sich. Zwischen lebensgeschichtlichen Erfahrungen des Alltags und der Symbole des Computers bestehen keinerlei Beziehungen. Es kommt zu einem Zerfließen von Raum- und Zeitvorstellungen. Der Computer wird zu einem Objekt emotionaler Fixierung. Er vermittelt das Gefühl von Macht und Unfehlbarkeit, andererseits auch von Ohnmacht und Minderwertigkeit (Volpert 1985).

Sensomotorische Belastungsprobleme treten deshalb auf, weil die Bewegungen des Maschinensystems von den menschlichen Bewegungen bzgl. Art und Schnelligkeit erheblich voneinander abweichen. Es kommt zu Koordinierungsproblemen und zu Fehlerhäufung sowie zu Unfällen.

Zu Problemen/Störungen bei kognitiven Wahrnehmungsprozessen kommt es, da an computergesteuerten Maschinen Zeichen und Symbole verwandt werden. Es wachsen die Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten. Die neuen Arbeitsplätze verlangen eine permanente örtliche Anbindung des Überwachungs/ Bedienungspersonals. Dies kann zu Problemen bei kommunikativen Wahrnehmungsprozessen führen. Kontakte und Dialoge zu Kollegen bzw. zu Vorgesetzten sind äußerst reduziert. Emotionale und soziale Unterstützung, für die Bewältigung von Problemen und Belastungen sehr wesentlich, sind stark eingeschränkt. Das Ziel des Arbeitsprozesses wird vom Einzelnen nicht mehr erkannt. Die Identifikationsmöglichkeit mit dem Gesamtprozeß und dem Betrieb kann verloren gehen (Ulich 1991, Hoyos 1992). Störungen bei interaktiven Wahrnehmungsprozessen sind u.U. die Folge.

Diese geschilderten Veränderungen der Belastungsstrukturen bringen Veränderungen der Beanspruchungsfolgen bei den Beschäftigten in Form von Unwohlsein,

Befindlichkeitsstörung und psychosomatischen Krankheiten mit sich. Zugleich bleiben allerdings akute Folgen der Arbeit in Form von Unfällen, erkannten und nicht erkannten Berufskrankheiten weiterhin von Bedeutung. Das Krankheitsspektrum verschiebt sich mehr von akuten zu chronischen Erkrankungen. Chronische Erkrankungen sind dadurch zu charakterisieren, daß die kurative Medizin ihnen zumeist machtlos gegenübersteht. Sie kann keine Wiederherstellung von Gesundheit herbeiführen, sondern nur Linderung verschaffen. Bei diesen geschilderten unspezifischen Belastungssyndromen treten keine spezifischen Erkrankungen wie bei den Unfällen und Berufskrankheiten als Reaktionen auf. Die Erkrankung muß vielmehr als unspezifische Reaktionsweise verstanden werden. Diese unspezifischen psychosomatischen Reaktionsformen lassen eine Zusammenhangsfrage bezogen auf die verursachenden Arbeitsbedingungen mit den monokausalen Kategorien von Arbeitsunfall und Berufskrankheit nicht zu. Sie sind in diesen einfachen Modellvorstellungen über die Entwicklung und Verursachung von Krankheit, wie sie in der Arbeitsmedizin herrschend sind, nicht mehr zu fassen. Gefährdungen und Beschädigungen bzw. Belastung und Beanspruchung sowie deren Bewältigung wirken bei der Arbeitsperson in einer funktionalen Verschränkung (Friczewski 1988).

4. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Betrieben, ein Widerspruch?

Eine Analyse und darauf basierende Bewältigung von Gesundheitsgefährdungen durch und in Erwerbsarbeit hat mit einer Reihe verschiedener, miteinander verknüpfter Fragestellungen zu tun.

Bei einer Verknüpfung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sind somit verschiedene Dimensionen zu beachten. Sie bieten eine Orientierung für die theoretische wie praktische Auseinandersetzung mit der gesundheitsgerechten, sozial- und umweltverträglichen Gestaltung von Arbeit und Techniksystemen. Nachfolgend sollen einige Dimensionen kurz angesprochen werden.

- Ebene der Risikolagen und Gefährdungsmuster auf dem Arbeitsmarkt, in verschiedenen Branchen, Betrieben, Tätigkeiten und an den unterschiedlichen Arbeitsplätzen sowie ihre Entwicklungsprozesse.

Die Risiken reichen von Arbeitslosigkeit über die klassischen arbeitshygienischen Belastungsfaktoren aus der stofflichen Seite des Arbeitsprozesses (z.B. gefährliche Arbeitsstoffe) bishin zu den Gefährdungen aus der Arbeitsorganisation (z.B. Nachtarbeit, Isolation, Monotonie), der Zeitstrukturierung (z.B. Zeitverdichtung, Flexibilisierung) und den inhaltlichen Arbeitsanforderungen (z.B. Computerdialog).

- Ebene der betrieblichen Aushandlungsprozesse zwischen den Interessen der Unternehmer (Management und der Belegschaft/Betriebs- bzw. Personalrat), Niveau der Sozialbeziehung zwischen Kapital und Lohnarbeit bzw. Stand der Mitbestimmung.

Ob in Betrieben Gesundheitsrisiken wahrgenommen, thematisiert und präventiv angegangen werden und wie mit gesundheitlich Gefährdeten bzw. Beeinträchtigten umgegangen wird (diskriminierend oder integrativ fürsorglich), ob die Notwendigkeit einer aktiven gesundheitsgestalterischen Betriebspolitik gesehen wird, hängt entscheidend davon ab, ob Mitbestimmung vorhanden ist und welche Qualität sie hat.

- Ebene der institutionellen und normativen Regulierung von Gefährdung und

Schädigung bzw. individueller Problemlagen (Gesundheits- und Sozialpolitik, betriebliches/überbetriebliches Arbeitsschutzsystem).

Das derzeitige Schutzsystem wirkt selbst bei traditionellen Risiken höchst selektiv (Einzelbelastung, Einzelfälle, Unfallparadigma. Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren im Umgang mit Erkrankten fördert diese Individualisierung und Verrechtlichung im Rahmen der finanziellen Kompensation (Verrentung) und Kuration (medizinisch behandeln).

Regulierungsformen der Gesundheitsgefährdungen aufgrund der neuen technologischen und arbeitsorganisatorischen Entwicklung stehen kaum zur Verfügung. Auf eine sozial- bzw. humanverträgliche Arbeits- und Technikgestaltung ist das System gar nicht oder nur sehr unzureichend vorbereitet. Es bedarf der Ergänzung und Strategien der Gesundheitsförderung und der menschengerechten Arbeit- und Technikgestaltung.

- Ebene der geschlechts- und gruppenspezifischen Lebens- und Berufsverläufen
Die Chancen, in stabile und inhaltlich anspruchsvolle sowie gesundheitsverträgliche Berufsverlaufsmuster zu kommen, sind ungleich verteilt. Von einer Kumulation von Arbeits- und Lebensrisiken in ihrem Lebenslauf sind insbesondere Unqualifizierte (häufig Frauen und Ausländer) betroffen.

Sozialpolitische Interventionen blenden gerade Zeitstrukturen, Prozeßcharakteristiken aus. Vorstellungen über die Zeitgestaltung von Leben und Lebensanforderungen, Arbeit und Arbeitsanforderungen sind in diesem Zusammenhang anzusprechen (Nachtarbeit, Rhythmus). In diesen Zusammenhang gehören auch alle diejenigen Gesichtspunkte, die mit den Stichworten Individualisierung und Aushandlungsprozesse zwischen Mann und Frau, um Orientierung auf Beruf, gesellschaftliche Teilhabe in Einklang zu bringen, mit Wünschen nach emotionaler, sozialer Bindung (Kinder, Hilfe in Problemlagen, Familienleben).

- Ebene der individuellen bzw. subjektiven Bewältigungs- bzw. Auseinandersetzungskompetenz, lebensweltlicher Horizont, in dem sich Individuen orientieren und ihr Handeln planen

Die Erhaltung von Gesundheit bzw. Entwicklung von Krankheit hängt wesentlich davon ab, welche biologische und psychosoziale (miteinander verschränkt) "Immunlage" eine Person erworben hat und von welcher Art bzw. von welchem Niveau die soziale Unterstützung des Umfeldes ist (Kollegen, Familie, Nachbarschaft, Freunde).

Bildung, berufliche Qualifikation, Konfliktfähigkeit, Einkommen, soziale Kontakte, emotionale Beziehungen, politische Teilnahme spielen hier eine entscheidende Rolle.

- Ebene der theoretischen Modellbildung über Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsverursachung und Entwicklung

Für den Arbeitsschutz wie für Gesundheitsförderungspolitiken und Strategien der Arbeit und Technikgestaltung ist es notwendig, sich theoretisch auf ein Modell zum Wechselverhältnis von Umwelt und Individuum im Rahmen von beruflicher Tätigkeit zu verständigen. In diesem zunächst einfachen Modell von Umwelt und Individuum gilt es

zu unterscheiden zwischen Risiken/Gefährdungen und den Ressourcen.

- Ebene der verschiedenen betrieblichen und überbetrieblichen Politikfelder (z.B. Technologie- Arbeits-, Betriebs- und Umweltpolitik).

Wenn man nicht bei einer Analyse der Gesundheitsgefährdungen und einer technischen Prävention stehenbleiben will, sondern zu einer gestalterischen Gesundheitsförderungspolitik übergehen will, wird man auf eine Integration der Gesundheitsfrage in alle Politikbereiche übergehen müssen (Healthy-public-policy). Dies gilt auch für die verschiedenen Politikfelder und Politikbereiche in den Betrieben.

Problem der Verzahnung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung ist, daß beide Konzepte auf z.T. unterschiedlichen, u.U. nur schwer kompatiblen theoretischen und praktischen Ebenen operieren. Nachfolgend sollen eigene Dimensionen angesprochen werden, um sie in Bezug auf Arbeitsschutz bzw. Gesundheitsförderung zu bewerten. So ist zu fragen, mit welchen Zielen allgemein die Betriebsmedizin bzw. der Arbeitsschutz operiert und ob sich diese Perspektive hier mit den Sichtweisen der Gesundheitsförderung decken bzw. vereinbaren lassen. Die Betriebsmedizin und der Arbeitsschutz kommen historisch in ihren Sichtweisen von Unfällen, Berufskrankheiten und z.T. von arbeitsbedingten Erkrankungen her. Ihr Risikoverständnis steht im Vordergrund und macht sich fest an meßbaren biologischen, physikalischen und chemischen Einwirkungen.

Das Konzept einer entwickelten Gesundheitsförderung geht dagegen von einem positiven Verständnis von Gesundheit aus. Es betont die Umwelt-Individuum-Verbindung und spricht von einer Optimierung der Fähigkeiten und Fertigkeiten in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Es geht um die gesundheits- und sozial- sowie umweltgerechte Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen. Für eine Bewertung der beiden Verständnisse sind deren historische Entwicklungskontexte von Interesse. Die Betriebsmedizin hat sich aus der klassischen Medizin entwickelt. Hier sind zu nennen die Physiologie, die Toxikologie und die klinische Medizin. Betriebsmedizin war und ist eine Domäne von industriellen Großbetrieben. Gesundheit als Gestaltungsaufgabe ist eher in sozialen Bewegungen thematisiert worden und in gewisser Weise auch als Gegenkultur zu Industrie und Medizin verstanden worden. Konzepte der Gesundheitsförderung haben einen positiven Interpretationshorizont. Es wird von alltagsweltlichen Vorstellungen vom guten Leben ausgegangen. Deklarationen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung fußen auf sozialwissenschaftlichen und nicht auf biomedizinischen Modellen. Auch die Zeitperspektiven unterscheiden sich in beiden Konzepten. Die Betriebsmedizin bzw. der Arbeitsschutz ist kurz- und mittelfristig orientiert, während Gesundheitsförderung auf Lebenszyklen, organische und psychologische Zeitvorstellungen, auf Rhythmus und auf einen gelungenen Lebenslauf orientiert ist. Das Wissenssystem der Betriebsmedizin leitet sich aus dem professionellen kodifiziertem Wissen der Medizin her, während Gesundheitsförderung explizit auf Laien- und Alltagswissen, unterstützt durch professionelles Wissen zurückgreift. Partizipation ist theoretisch wie methodisch ein entscheidendes Verständnis. Während die Problemwahrnehmung und Intervention in der Betriebsmedizin an Einzelbelastungen in der Arbeitsumwelt oder an einzelnen biologischen Parametern bei der Arbeitsperson ansetzt, sind Maßnahmen und Strategien der Gesundheitsförderung kontextorientiert, ganzheitlicher ausgerichtet und beziehen die subjektive, interpretative Seite der handelnden Arbeitsperson ein. Es geht um ein gemeinsames Verständnis der Akteure im Betrieb über die Arbeitssituation und

ihre Gestaltbarkeit. Interventionsmaßnahmen der Betriebsmedizin sind von daher sehr spezifisch, technisch und selektiv angesetzt, während Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -aktionen verhältnisorientiert, strukturell und unspezifisch angelegt sind. Es geht um Transparenz von Problemlagen und um die Aktivierung der Akteure in der Organisationseinheit Betrieb. Während die Strategien der Betriebsmedizin bzw. des Arbeitsschutzes hierarchisch, technisch und managementorientiert sind, lebt Gesundheitsförderung entscheidend von den sozialkulturellen Kompetenzen und Interessen der Beteiligten. Sie ist dialogisch und demokratisch ausgerichtet.

5. Bedeutung der Gesundheitsförderung in Betrieben

In den letzten Jahren hat Gesundheitsförderung in Betrieben zunehmend an Bedeutung gewonnen. Es werden Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung von gesetzlichen Krankenkassen initiiert. Zum Teil rufen Betriebe selbst Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ins Leben. Das Interesse der Betriebe an betrieblicher Gesundheitsförderung ist in der Regel darin zu verorten, mittels der Senkung der Krankenstände eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Wettbewerbsfähigkeit zu erreichen. Diese Problematik ist im Rahmen der Diskussionen um die "Standortfrage Deutschland" sowie der um die "Karenztage" von besonderer Bedeutung.

Betrachtet man die Landschaft der betrieblichen Gesundheitsförderung genauer, so wird man feststellen, daß seit 1989, dem Jahr der Einführung des § 20 SGB V, es zwar wesentlich mehr Projekte und Vorhaben zur Gesundheitsförderung in Betrieben gibt, daß aber die Anzahl dieser Bemühungen im Vergleich zur absoluten Zahl der Betriebe sich recht gering ausmacht.

Verschiedene Faktoren tragen dazu bei, daß betriebliche Gesundheitsförderung nicht vorbehaltlos Aufnahme in das betriebliche Alltagshandeln findet: Eine der wichtigsten Voraussetzungen ist, daß die Entscheidungsträger in den Betrieben, insbesondere die Betriebsleitung, bereits ein bestimmtes Maß an Offenheit gegenüber Gesundheitsfragen mitbringen müssen. Ist dieses nicht vorhanden, so verpuffen die positiven Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung relativ wirkungslos, wenn sie nicht sogar von vornherein zum Scheitern verurteilt sind. Zum anderen ist betriebliche Gesundheitsförderung zunächst einmal ein kostenverursachender Posten, der einen in Mark und Pfennig zu berechnenden Nutzen nicht garantieren kann. Außerdem mag vielen Verantwortlichen im Betrieb die Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung als überflüssig erscheinen, weil es bereits den betrieblichen Arbeitsschutz gibt, unter dessen Schirmherrschaft das Aufgreifen gesundheitsrelevanter Fragen gesetzlich geregelt ist.

6. Qualitätsmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung

Idealerweise hat betriebliche Gesundheitsförderung zum Ziel, ein Bewußtsein für Gesundheit bei allen Beteiligten, den eigentlichen Arbeitnehmern aber auch bei den Führungspositionen, zu schaffen. Das Gesundheitsbewußtsein soll sich jedoch nicht auf die Verhaltensweisen der Werk tätigen beschränken, Ziel ist auch, ein Klima zu schaffen, daß alle Beteiligten auf gesündere Arbeitsbedingungen hinwirken können und wollen. Weitere Merkmale einer effizienten betrieblichen Gesundheitsförderung ist

"Kooperation". Da die Umsetzung des Gesundheitsförderungsgedankens auf den verschiedenen Ebenen geschehen muß, ist es unerlässlich, daß ein kommunikativer Austausch zwischen den unterschiedlichen Hierarchien und Ebenen stattfindet und zu einer dauerhaften Zusammenarbeit gefunden wird, die von einem gemeinsamen Leitgedanken getragen wird. Betriebliche Gesundheitsförderung, die nur von einer Ebene ausgeht, also z.B. quasi von oben verordnet wird, hätte kaum Erfolge zu verbuchen, wie der Arbeitsschutz bisher. Insofern sind Vernetzung, Partizipation, Kommunikation und Kooperation nicht nur zentrale Forderungen betrieblicher Gesundheitsförderung, sondern auch Qualitätskriterien, die "normale" Gesundheitsförderungsangebote, die zufällig in Betrieben stattfinden, von den Maßnahmen unterscheidet, die sich berechtigterweise betriebliche Gesundheitsförderung nennen.

Weitere zentrale Qualitätskriterien beziehen sich auf die Ausrichtung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Betrieb bietet sich die Chance, auch besonders belastete Personen zu erreichen, und auf deren spezielle Probleme und Problemlagen einzugehen. Aus folgenden Gründen ist die Einführung von Gesundheitsförderung gerade in Betrieben sinnvoll:

a.) Ein großer Teil der chronischen Erkrankungen geht auf Belastungen in der Arbeitswelt zurück. Setzt man eine eingehende Ist-Analyse der Gesundheitsgefahren bzw. -belastungen voraus, kann betriebliche Gesundheitsförderung zur Prävention solcher Erkrankungen eingesetzt werden;

b.) Man findet in Betrieben Personen, die ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind, so daß betriebliche Gesundheitsförderung gleichzeitig die vielleicht ansonsten eher seltenen Probleme mehrerer Personen aufgreifen kann. Gesundheitsförderung im Betrieb hat also den entscheidenden Vorteil, nicht nach dem "Gießkannenprinzip" Angebote bereitstellen zu müssen;

c.) Ein weiteres Plus gerade der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die "physische Greifbarkeit" der Personen, die für eine Intervention in Frage kommen. D.h. daß gesundheitsrelevante Fragen auch physisch nahe am Arbeitsplatz behandelt werden können. Personen, die sich in ihrer Freizeit weniger mit Fragen der Gesundheit beschäftigen würden, können so erreicht und gezielt angesprochen werden.

Ein vorletzter Topos, unter den sich eine Reihe von Qualitätsmerkmalen betrieblicher Gesundheitsförderung subsumieren lassen, läßt sich mit "Ganzheitlichkeit" bezeichnen. Unter "Ganzheitlichkeit" fällt zum einen der Anspruch, daß der Arbeitnehmer als psychisches, physisches und soziales Wesen im Sinne der Ottawa-Charta angesprochen werden soll, zum anderen bedeutet "Ganzheitlichkeit" auch, daß mittels einer auf Dauer angelegten Gesamtkonzeption Belastungsfaktoren entgegengewirkt werden soll und, daß mittels verhaltens- wie auch verhältnispräventiven Ansätzen und Maßnahmen eine vorbeugende Gestaltung der Gesamtarbeitssituation angestrebt werden soll.

Für die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung gilt als Qualitätsmerkmal außerdem, daß nicht nur Einzelmaßnahmen allein Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramme sein sollen. Den Maßnahmen soll mindestens eine Bedarfserhebung vorangehen, um die Zielgerichtetheit zu gewährleisten. Insbesondere bei nicht erprobten Konzepten ist außerdem eine eingehende Evaluation vonnöten.

Eine im Frühjahr 1995 durchgeführte Befragung bei Gesetzlichen Krankenkassen zum Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung² zeigte, daß die Ermittlung von Bedarfen vor der Initiierung betrieblicher Gesundheitsförderung von den Betrieben und von den Kassen in der Regel als notwendig erachtet wird und -wenn auch in unterschiedlicher Qualität und Tiefe- auch durchgeführt wird. Für die Evaluation hingegen stehen in der Regel kaum Ressourcen zu Verfügung; d.h für eine Reflexion der eigenen betrieblichen Gesundheitsförderungspraxis stehen zumindest in den einzelnen Krankenkassen, die betriebliche Gesundheitsförderung betreiben, selten ausreichende personelle und finanzielle Mittel zu Verfügung. Insbesondere wurde von einigen Kassenakteuren bemängelt, daß es im Gegensatz zur Bedarfserhebung kaum geeignete Konzepte oder Instrumente gibt, die in der Gesundheitsförderung routinemäßig zur Evaluation eingesetzt werden können. -Dahingestellt sei, ob die Forderung nach einer "Routine-Evaluation" nicht im Widerspruch zu einer zielgruppen-gerichteten betrieblichen Gesundheitsförderung steht.-

7. Der Betriebsarzt, der ideale betriebliche Gesundheitsförderer?

Gesundheitsförderung stellt für Experten des Arbeitsschutzes, auch für Betriebsärzte, eine neue Herausforderung dar. Um eine Zielgerichtetheit von Gesundheitsförderung in die Handlungsroutine dieser Experten möglich zu machen, ist eine Analyse der entwickelten Handlungsweisen notwendig.

Im betrieblichen Kontext ist der Betriebsarzt per definitionem die für Gesundheit zuständige Person. Allerdings sind die Bedingungen der Handlungskompetenz der Betriebsärzte noch genauer zu prüfen.

7.1. Bedingungen der Handlungskompetenz von Betriebsärzte

Die Frage nach der Relevanz der Betriebsmedizin für den betrieblichen Gesundheitsschutz ist vom Gesetzgeber positiv mit gesetzlichen Regelungen beantwortet worden. Diese gesetzlichen Regelungen beschreiben den Soll-Zustand, in dem der Gesundheitsschutz durch arbeitsmedizinische Betreuung keine Fiktion, sondern Wirklichkeit wäre. Das berufliche Verhalten von Betriebsärzten ist jedoch nicht nur durch gesetzliche Regelungen geformt, sondern wird auch durch andere Bedingungen bestimmt, die das Handeln und Urteilen von Betriebsärzten allgemein und insbesondere in betrieblichen Entscheidungssituationen beeinflussen. Als Einflußbedingungen auf das Handeln und Urteilen von Betriebsärzten lassen sich rechtliche Anforderungen unterscheiden. Hier sind zunächst die vertragliche Stellung des Arztes zum Betrieb und die verschiedenen rechtlichen Vorschriften und Regelungen zu nennen. Im ersten Punkt ist es von Bedeutung, ob der Betriebsarzt einen festen Anstellungsvertrag hat oder nur nebenberuflich dort tätig ist oder als angestellter Arzt eines Zentrums einen Betrieb betreut. Weiterhin ist von Bedeutung, in welchem betrieblichen Kontext sich der Betriebsarzt bewegt. Als solche Kontextbedingungen lassen sich nennen: Wirtschaftszweig, Art und Gegenstände der Produktion, Größe des Betriebes, Stand der Technologie, Niveau der sozialen

² Im Frühjahr 1995 wurde eine schriftliche standardisierte Befragung in der GKV Niedersachsens durchgeführt. Von 193 angeschriebenen Kassen sandten 75 den Fragebogen ausgefüllt zurück. Im Dezember 1995 wurden ergänzend 14 Interviews mit Experten betrieblicher Gesundheitsförderung verschiedener gesetzlicher Krankenkassen durchgeführt. Der Gesamt-Ergebnisbericht wird im Frühjahr 1996 erstellt.

Beziehungen zwischen Unternehmer und Belegschaft, Struktur und Güte der Kooperationsbeziehungen des Betriebsarztes zu den verschiedenen Akteuren im Betrieb, betriebskultureller Umgang mit leistungsgeminderten Arbeitnehmern, Ausstattung des Betriebes mit sozial- und gesundheitspolitischen Einrichtungen und Grad der Risiken bzw. Gefährdungen in den jeweiligen Arbeitstätigkeiten. Für das individuelle Handeln des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin spielt wesentlich außerdem seine professionelle Ausstattung, das was man auch das Berufsinventar nennt, eine große Rolle. 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, Abgrenzung 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 überhaupt erkennen läßt, der sie befähigt, den gesetzlichen Anforderungen zu genügen.

Wie für alle Berufe bzw. Professionen, so gilt auch besonders für Betriebsärzte, daß sie widersprüchlichen Erwartungen genügen müssen. Solche widersprüchlichen Anforderungen finden sich einmal auf Gesetzesebene in der Spannung zwischen Prävention und Begutachtungstätigkeit als auch in konkreten Handlungssituationen durch die Erwartungen der verschiedenen Akteure und Gruppierungen im betrieblichen Sozialgefüge. Konflikthaft z.B. ist die Handlungsanforderung, auf der einen Seite prognostische Leistungsbeurteilungen für Personalentscheidungen vorzunehmen, auf der anderen Seite aber im Sinne von präventiven Maßnahmen Arbeitssituation und Belastung im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand 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 Überforderungen der Betriebsärzte führen oder aber im betrieblichen Alltag von ihnen ausbalanciert werden können, wird bestimmt durch Ressourcen der professionellen Ausstattung und durch betriebliche Kontextfaktoren, wie z.B. Stellung, Position, Sozialgefüge.

7.2. Standardsituationen betriebsärztlichen Handelns

Als Standardsituation betriebsärztlichen Handelns lassen sich drei Situationen abgrenzen und als professionelles Handlungsfeld beschreiben: Diagnosestellung an Personen, Arbeitsstättenbegehung, Beratung.

7.2.1. Diagnosestellung an Personen

Zur Diagnosestellung müssen Einstellungsuntersuchungen, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach staatlichen und unfallversicherungsrechtlichen Grundsätzen sowie Untersuchungen gerechnet werden, die auf Wunsch des

Arbeitgebers bzw. des Arbeitnehmers selbst zustande kommen. Solche arbeitsmedizinischen Untersuchungen werden mit der Behauptung durchgeführt, daß die Untersuchungen erstens zur Beurteilung der Tauglichkeit geeignet sind, zweitens sie es gestatten, die berufliche Exposition gegenüber Gefährdungen mittels Biomonitoring zu überwachen, drittens durch diese körperlichen Untersuchungen Berufskrankheiten und außerberufliche Erkrankungen früh erkannt werden können, viertens sie geeignet sind, bisher unbekannte berufliche Gesundheitsrisiken im Sinne echter Berufskrankheiten oder arbeitsbedingte Erkrankungen zu ermitteln und daß letztlich solche Untersuchungen als allgemeine Gesundheitsvorsorge für Prävention und Gesundheitsförderungen einen Beitrag leisten können.

Die diagnostische ärztliche Tätigkeit spielt eine beträchtliche Rolle im Handlungskontext von Betriebsärzten und prägt sehr entscheidend ihren professionellen Habitus.

Wie stark die Sichtweisen und Orientierung und das Handeln von Betriebsärzten durch klinische Medizin mit ihrer breiten und immer subtileren diagnostischen Kompetenz geprägt ist, belegen Ergebnisse von zwei neueren sozialwissenschaftlichen Studien über Betriebsärzte in der alten Bundesrepublik Deutschland.

In einer Studie über "Arbeitsmedizin in Klein- und Mittelbetrieben" wurde für ein typisches Betriebsarztzentrum des berufsgenossenschaftlichen arbeitsmedizinischen Dienstes e.V. (BAD) das Wirken von vier vollzeit- und drei teilzeittätigen Betriebsärzten in 45 Betrieben in Baden untersucht (Mayer u.a. 1992). Von der erbrachten Jahreseinsatzzeit dieser Ärzte entfielen 3.752 Stunden auf firmenbezogene Leistungen und 5.046 Stunden auf Untersuchungsleistungen einschließlich Beratungen der Arbeitnehmer in den Räumen des Zentrums. Bei den Untersuchungen im Zentrum handelte es sich im wesentlichen um "arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen" nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen und staatlichen Vorschriften. Jede dieser vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchung beinhaltete auf freiwilliger Basis einen allgemeinen Check up mit allgemeiner körperlicher Untersuchung, Bestimmung von Risikofaktoren für Herz- und Kreislaufkrankheiten (Blutdruck, Blutfette, Harnsäure, Blutzucker). In den Zentren des Landesbereichs Baden des BAD entfielen 29 % der Einsatzzeit der Betriebsärzte auf arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen bzw. staatlichen Vorschriften und 25 % auf sonstige Vorsorgeuntersuchungen und arbeitsmedizinische Beurteilungen von Arbeitnehmern. Nur 5 % der Einsatzzeit wurde für Betriebsbegehungen, Arbeitsplatzmessungen und Arbeitsplatzanalysen aufgewandt (Mayer u.a. 1992, S. 10). Das betriebsärztliche Tätigkeitsprofil wird als eine medizinische Dienstleistung charakterisiert:

"Die Vorrangstellung von 'arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen', die seltenen und nicht nach arbeitswissenschaftlichen Grundsätzen durchgeführten Arbeitsplatzanalysen, die mangelnde Dokumentation der eigenen Tätigkeit als auch der festgestellten Befunde weisen darauf hin, daß die mögliche präventive Arbeitsmedizin zugunsten der unmöglich präventiven Medizin innerhalb des Tätigkeitsprofils in den Hintergrund gerät" (ebenda, S. 28).

Der Rückzug auf medizinisch-traditionelle Handlungsfelder, nämlich Diagnostik entspricht nach Auffassung der Autoren dem Verlangen der Arbeitgeberseite. Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation werden als Thematisierungs- und Inter-

ventionsfeld potentiell tabuisiert. Das Ansetzen der betriebsärztlichen Maßnahmen am "Arbeitnehmer-Patient" wird als ein zentrales Ergebnis der Studie bezeichnet. Das Selbstverständnis der Betriebsärzte ist am "Arbeitnehmer-Patient" als Untersuchungs-, Beeinflussungs- und Heilungsobjekt, dem Bearbeitungsgegenstand, gebunden. Betriebsärzte sehen sich eher als Mediziner denn als Arbeitsmediziner. Der Körper des Patienten dient als "Ansatzpunkt präventiver Datensammlung und führt somit in die dilemmatische Situation, vom Symptom in der Frühphase nicht auf die Krankheitsursache schließen zu können, und in der Spätphase, wenn dieser Schluß möglich wird, keine Prävention mehr betreiben zu können, da man es bereits mit einem schwer Erkrankten zu tun hat" (ebenda, S. 35). Prävention wird in dieser Sichtweise und in diesem Handlungsmuster zu einer Verhaltensbeeinflussung des Arbeitnehmer-Patient und bleibt den üblichen Risikofaktoren der Medizin verhaftet.

Die starke Fixierung von Betriebsärzten auf medizinisch-klinische Diagnostik belegt ebenfalls eine Studie zur Professionalität von Betriebsärzten in den alten Bundesländern (Müller u.a. 1992)³. In dieser Studie wurden Ärzte schriftlich mit einem standardisierten Fragebogen und mündlich in themenzentrierten Interviews in den Jahren 1990 und 1991 befragt.

Von den Betriebsärzten führten 43 % häufig und 24 % gelegentlich innerhalb der vertraglichen Einsatzzeit Tauglichkeitsuntersuchungen vor der Einstellung von Arbeitssuchenden aus. Mittel- und Großbetriebe betreuende Betriebsärzte praktizierten solche Einstellungsuntersuchungen zu 90 %. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften wurden von fast allen Betriebsärzten als die zeitlich am meisten beanspruchende regelmäßige Tätigkeit genannt.

Leider wurden weder von den Betriebsärzten noch von den Arbeitsschutzinstitutionen die präventive Effektivität und Effizienz solcher Vorsorgeuntersuchungen nach epidemiologischer Methodik ausgewertet.

7.2.2. Arbeitsstättenbegehung als arbeitsmedizinische Arbeitsanalyse

Die Standardsituation "Arbeitsstättenbegehung" wird leider, wie die empirischen Erhebungen zeigen, nicht im notwendigen zeitlichen Umfang durchgeführt. Bei der dieser zweiten Standardsituation ist es sicherlich fraglich, ob sie ein Monopol oder zumindestens ein von Betriebsärzten dominierter Vorgang darstellt. Eine Arbeitsstättenbegehung bzw. ein Betriebsrundgang mit der Frage, ob physikalisch-chemische bzw. biologische Risiken an Arbeitsplätzen vorliegen, ob die Arbeitsplatzbedingungen ergonomisch gestaltet sind, ob richtiges Heben und Tragen möglich ist oder ob zuviel Streß herrscht durch zeitlich restriktive Arbeitsaufträge bzw. durch soziale Kommunikationsprobleme ist sicher auch für Laien möglich und notwendig und ebenso sind auch andere Berufsgruppen wie Chemiker, Physiker, Ergonomen, Sicherheitsfachkräfte, Soziologen und Psychologen gefragt und zu einem kompetenten Urteil fähig, jedoch muß sich die Betriebsmedizin fragen lassen, in welchem Ausmaß

³ Dieses Forschungsvorhaben wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft im Sonderforschungsbereich 186 an der Universität Bremen "Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. Institutionelle Steuerung und individuelle Handlungsstrategien" gefördert.

sie hier ihr eigenes professionspolitisches Profil gewinnen will. Die Position, Betriebsärzte sollten sich auf das durch sie monopolisierbare Gebiet zurückziehen und sich auf die Diagnostik von Personen beschränken, widerspricht eindeutig dem gesetzlichen Auftrag. Diese Beschränkung widerspricht auch der Logik der Verständnisse von berufs- und arbeitsbedingten Erkrankungen. Sollten nämlich Betriebsärzte sich auf eine lediglich personenbezogene Diagnostik beschränken, so bräuchten sie für jeden Betrieb eine Oberinstanz, die in der Lage wäre, die betriebsärztliche Diagnosestellung über eine Person in Relation zu Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen zu lesen und umzuschreiben. Dies ist selbst in Großbetrieben kaum vorstellbar, erst recht wird es für Kleinbetriebe unpraktikabel sein, diese Position einzubehalten, wenn man denn Gesundheitssicherung, Prävention und Gesundheitsförderung betreiben will. Eine solche Position ist nicht nur unpraktikabel. Sie widerspricht auch der Grundkonzeption arbeitsmedizinischen Denkens und Handelns. Das Grundverständnis arbeitsmedizinischer Diagnostik besteht eben darin, daß die ärztlichen Befunde der körperlichen Untersuchung des Arbeitnehmers auf die vergangenen, aktuellen bzw. zukünftigen Arbeitsbedingungen und -anforderungen zu beziehen sind. Gerade in dieser Gesamtschau von Arbeitsumwelt, Arbeitsanforderungen und Arbeitsperson besteht die Besonderheit der betriebsärztlichen bzw. arbeitsmedizinischen Tätigkeit.

7.2.3. Beratung als betriebsärztliches Handlungsfeld

Beratung als betriebsärztliches Handlungsfeld kann als die dritte wesentliche Standardsituation betriebsärztlichen Handelns angesehen werden. Gleichgültig, wo diese Beratung stattfindet, ob im formalisierten Arbeitsschutzausschuß oder zwischen Tür und Angel, sie stellt eine eigene Standardsituation des Betriebsarztes dar. Die Beratung läßt sich nach verschiedenen Kriterien einteilen: nach den Adressaten, wie Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertrauensperson, Fachkraft für Arbeitssicherheit. Es ist zu unterscheiden zwischen Beratung von Individuen und Funktionsträgern und von Organisationseinheiten. Unterschieden werden muß auch der Grad von Freiwilligkeit. Der Grad der Freiwilligkeit unterscheidet sich wesentlich, ob es um eine Einstellungsuntersuchung, eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach staatlicher oder unfallversicherungsrechtlicher Vorschrift oder Aufforderung durch den Unternehmer bzw. den Arbeitnehmer selbst geht. Die Beratungssituation selbst ist durch die Sozialstruktur des Betriebes bestimmt. Hierarchisches Gefälle, Ansehen, Kooperation, Interessenvertretung, Personalentscheidungen und soziale Kontrolle wie auch Fürsorge sind wesentliche Dimensionen in der jeweiligen Situation. Die Beratung bezieht sich entweder auf eine Person oder auf die Arbeitsplatzgestaltung. Wie die beiden genannten Studien gezeigt haben, wird gerade diese dritte Standardsituation von Betriebsärzten als schwierig eingeschätzt oder sogar als unangenehm erlebt. Von ihnen werden gerade in diesem Zusammenhang Konflikte und Widersprüche als problematisch erlebt. Erst recht erleben sie ihre eigene ungenügende Durchsetzungskraft, insbesondere auf die notwendige humane Gestaltung von Arbeitsbedingungen. In nicht geringem Maße werden hier Ohnmachtserfahrungen artikuliert. Es trifft jedoch nicht auf alle Betriebsärzte zu. Einige äußern sich durchaus positiv und berichten über aktive Einflußnahme auf Arbeitsplatzgestaltung und Berufsverlaufsplanung von Beschäftigten. Sie zeigten sich in der Lage, innerhalb des Aushandlungsprozesses der betrieblichen Akteure Einfluß auf Entscheidungen von Vorgesetzten zu nehmen und positive Entwicklungen zu beeinflussen. Häufig wuchs ihnen aufgrund ihrer sozialen Stellung im

Betrieb eine Funktion als Schlichter und Moderator zu, die mit der medizinischen Kompetenz in engerem Sinne nichts zu tun hatte. Diejenigen Betriebsärzte, die diese Moderatorfunktion aufgriffen, sahen in dieser Rolle eine wichtige Motivation für ihren Beruf. In dieser Situation liegen zweifellos mögliche Vereinseitigungen, sogar Übergriffe, weil derartige Situationen schwer auszubalancieren sind. Wahrscheinlich sind sie ohne Stütze einer Profession und eines durch sie tradierten routinisierten professionellen Habitus überhaupt nicht auszubalancieren.

7.3. Betriebsärzte auf dem Weg zur Profession

Diagnosestellung an Personen, Arbeitsstättenbegehung und Beratung sind die drei Standardsituationen betriebsärztlichen Handelns, wie es das Gesetz vorschlägt. Der Zusammenhang der drei Standardsituationen kann durchaus brisant sein. Die erste der drei Standardsituationen, nämlich Diagnosestellung an Personen, ist die am besten ärztlich monopolisierbare und zugleich die, auf die Ärzte durch ihre Ausbildung kognitiv und routinemäßig am besten vorbereitet sind. Daher zeigt sich in einer ganzen Reihe von Interviews mit Betriebsärzten die Rückzugstendenz, sich auf vermeintlich sicherem Grund zu bewegen, nämlich ein Experte für Diagnosestellung an Personen zu sein.

Ob nun das Wirken von Betriebsärzten wirklich oder nur fiktiv zu einem Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer beiträgt, ist wesentlich davon abhängig, ob die Betriebsärzte als Gruppe eine professionelle Kompetenz und Position erwerben. Die Interpretationsmöglichkeiten ihres eigenen professionellen Selbstverständnisses können schwanken zwischen

- Experte für Diagnosestellung an Personen
- Human Resource-Manager eines Betriebes, der zum Betriebszweck Gewinn dadurch beiträgt, daß er für eine möglichst gesunde und damit auch zufriedene Belegschaft Sorge trägt
- Wirken als Betriebsepidemiologe im Sinne einer Kompetenz zur Thematisierung von Risiken und Schädigungen
- Verständnis als Gesundheitspolizist im Auftrage des Staates und der Unfallversicherung mit Bezug zu Public Health-Prinzipien
- Verständnis als Gesundheitsanwalt für Arbeitnehmer
- Selbstdeutung als "Hausarzt" eines Betriebes
- Rollendefinition als Leiter einer betriebsinternen Ambulanz für leichte Erkrankungen
- Beratungsinstanz für Arbeitnehmer im Gestrüpp der Sozialversicherungen oder
- "Gate Keeper" (Toröffner oder -schließer) in Personalentscheidung des Betriebes.

Alle diese vom eigentlichen Professionsmodell abweichende Handlungstypen sind zwar auf den ersten Blick plausibel, dennoch ist zu bedenken, daß kein einziger Handlungstypus allein für sich das Professionsmodell abdeckt.

Durch Gesetz ist professionelles Handeln nicht anzuordnen. Professionell handeln werden Betriebsärzte dann, wenn sie dazu außer dem gesetzlichen auch noch ein faktisches, z.T. informelles innerbetriebliches Mandat erhalten. Das Klientensystem muß wissen, was ein Betriebsarzt ist. Dieser Interaktionsprozeß sich wechselseitig stabilisierender Verhaltenserwartungen wird aber vom Betriebsarzt angestoßen. Es ist seine Bringschuld, seine Position und damit sein Angebot deutlich zu machen. Er kann nicht darauf warten, daß der Betrieb eher weiß, was ein Betriebsarzt zu tun hat als der Betriebsarzt selber es weiß.

Welches professionelle Wissen nun Betriebsärzte entwickeln, hängt wesentlich davon ab, wie es gelingt, in ihrer Weiterbildung und Fortbildung ihre Kompetenz als Kliniker zu relativieren bzw. diese Kompetenz in einen Bezug auf die beiden Standardsituationen Betriebsbegehung bzw. Arbeitsanalyse und Beratung zu modifizieren. Gilt für die erste Standardsituation das klassische medizinische bzw. arbeitsmedizinische Wissen, so erfordern auch die anderen beiden Standardsituationen expertliches Wissen im Sinne von systematischem Wissen wie auch im Sinne von Alltagswissen, verstanden als soziale Kommunikationskompetenz. Um auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung kompetent mitwirken zu können, haben sich Betriebsärzte gesundheitswissenschaftliches Wissen anzueignen.

7.4. Betriebsärzte als Gesundheitsförderer in der Sicht der Krankenkassen

Krankenkassen, die sich betriebliche Gesundheitsförderung auf ihre Fahnen geschrieben haben, haben die Bedeutung der Betriebsärzte als wichtigen Kooperationspartner im Betrieb erkannt. Die bereits erwähnte Befragung, die in der GKV Niedersachsens durchgeführt wurde, ergab, daß in der Vergangenheit nur 12,5% der befragten Kassen, die Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung abgeschlossen haben, mit Betriebsärzten kooperierten, in dem sie den Betriebsarzt in Form von gemeinsamer Planung beteiligten. Bei den laufenden Projekten hingegen fand bei 20 % der Vorhaben eine Kooperation in Form von gemeinsamer Planung zwischen Betriebsärzten und Krankenkasse statt. Für zukünftige Projekte gaben 50,4 % aller befragten Kassen, die betriebliche Gesundheitsförderung durchführen wollen, an, eine Kooperation in Form einer gemeinsamen Planung mit Betriebsärzten für am erstrebenswertesten halten. Zumindest für die gesetzlichen Krankenkassen, die im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv sind, ist der Betriebsarzt der Favorit möglicher Kooperationspartnerschaften. Als weitere wichtige Kooperanden im betrieblichen Zusammenhang wurden für die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft Betriebsleitung und Betriebsrat, sowie mögliche Abteilungsleiter o.ä. sowie die Fachkräfte für Arbeitssicherheit benannt. Bei konkreten Gesundheitsförderungsprojekten waren Betriebsleitung, Betriebsrat und Abteilungsleiter die wichtigsten Kooperanden. Der Betriebsarzt lag hier, vor der Sicherheitsfachkraft, an vierter Stelle. Hingegen nimmt der Betriebsarzt für die Zukunft die absolute Spitzenstellung unter allen möglichen Kooperationspartnern für betriebliche Gesundheitsförderung ein.

Die Frage ist, ob der Betriebsarzt in der Lage ist, die Rolle eines "betrieblichen Gesundheitsförderers" zu übernehmen. Mit dem heutigen landläufigen Verständnis vom Betriebsarzt dürfte eine solche Rollenverlagerung, sowohl aus Sicht der Betriebsärzte selbst, wie auch der betreuten Arbeitnehmer, kollidieren. Laut der bereits erwähnten Bremer Studie zu Gesundheit und Lebensqualität in der auch arbeitsweltbezogene Fragen gestellt wurden⁴, sehen Arbeitnehmer den Betriebsarzt noch nicht einmal bei arbeitsbedingten körperlichen Beschwerden als vorrangigen Ansprechpartner. Vorgesetzte und Hausärzte sowie der Betriebs- oder Personalrat rangieren weit vor dem Betriebsarzt als mögliche Ansprechpartner bei Gesundheitsproblemen im betrieblichen Alltag. Dieses Ergebnis zeigt sich sowohl bei Rückenbeschwerden, von denen die Mehrzahl der Befragten angibt, daß sie

⁴ vgl. Fußnote 1

arbeitsbedingte Entstehungszusammenhänge vermuten als auch bei möglicherweise allergieauslösenden Arbeitsstoffen. Um mögliche Zusammenhänge zwischen bestimmten Arbeitsstoffen und beobachteten Allergien zu identifizieren, wäre der Betriebsarzt sicherlich der geeignetere Ansprechpartner denn der Hausarzt. Einem Betriebsarzt dürfte die Aufdeckung von möglichen Zusammenhängen zwischen Krankheitssymptomen und bestimmten Arbeitsplatzbedingungen wesentlich leichter fallen, da der Betriebsarzt die Produktions- und Arbeitsverfahren und der dabei zum Einsatz kommenden Stoffe besser kennt als der Hausarzt. Außerdem stehen dem Betriebsarzt Wege offen, gegen gesundheitsgefährdende Bedingungen im Betrieb zu intervenieren, die einem Hausarzt nicht offen stehen.

Ein Grund dafür, daß der Betriebsarzt im Bewußtsein von Arbeitnehmern nur in geringem Maße als Ansprechpartner für gesundheitliche im Arbeitsalltag verankert ist, ist darin zu sehen, daß Betriebsärzte erst ab einer Betriebsgröße von "300 Beschäftigten und mehr" zu einer nennenswerten Größe im betrieblichen Geschehen werden (vgl. Angestelltenkammer Bremen 1993, S. 145f). In kleineren Betrieben spielen -bis jetzt- Betriebsärzte- keine nennenswerte Rolle bzw. sind nicht vorhanden. Ein weiterer und stärker zu gewichtender Grund dürfte darin zu finden sein, daß vielen Arbeitnehmern nicht bewußt ist, daß die Aufgaben der Betriebsärzte von denen der Hausärzte differieren und daß Betriebsärzte z.B. Ansprechpartner bei Leistungs- und anderen betriebsbezogenen Problemen sein können. Diese Zuschreibung der Arbeitnehmer beruht jedoch auf der überwiegenden Haltung der Arbeitsmediziner, die sich von der der "gewöhnlichen" Hausärzte kaum unterscheidet. Das Handeln von Betriebsärzten steht in der Regel der kurativen Medizin näher, als daß es auf die Praxis der Wechselbeziehung zwischen beruflicher Arbeit und Gesundheit ausgerichtet ist. Die Tätigkeit der Betriebsärzte besteht, ähnlich wie in der kurativen Medizin, aus der mehr oder weniger regelmäßigen Einbestellung und Untersuchung von Arbeitnehmern. Insofern ist es nicht weiter erstaunlich, daß Arbeitnehmer sich auch bei vermutlich arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen an ihren Hausarzt wenden, den sie kennen und zu dem sie in der Regel ein größeres Vertrauen haben als zu "ihrem" Betriebsarzt. Desweiteren wirkt einem möglichen Vertrauensverhältnis zwischen Betriebsarzt und Arbeitnehmer die Mittelbarkeit ihrer Beziehung entgegen: Der Betriebsarzt hat dem Unternehmer ein Urteil über die körperliche Eignung des Arbeitnehmers zu geben. Arbeitnehmer können somit nicht davon ausgehen, daß ihre berichteten und/oder tatsächlich vorhandenen Beschwerden nicht an Dritte weitergeleitet werden.

Aus dieser Zwitterrolle heraus ist es nicht unverständlich, daß sich der Betriebsarzt auf die diagnostische Untersuchung von Arbeitnehmern zurückzieht. Denn auch der Arbeitsmediziner ist zunächst ein klinisch ausgebildeter Arzt, der allerdings eine Zusatzaus- bzw. Weiterbildung zur Arbeitsmedizin durchlaufen hat. Das Selbstverständnis von Arbeitsmedizinern unterscheidet sich aus den genannten Gründen kaum von dem des klinischen Arztes. Auch der Arbeitsmediziner geht ebenso von naturwissenschaftlichen Fragestellungen aus, sowie von einem eher ein-dimensionalen Ursache-Wirkungsbegriff aus, der (nicht nur) für die Erklärung von arbeitsbedingten Erkrankungen zu kurz greift. Für eine präventive Tätigkeit in Betrieben fehlt den Betriebsärzten somit eine genügende soziologische und psychologische Problemwahrnehmung und somit eine größere kommunikative Kompetenz (vgl. Müller 1989).

8. Resümee

Betriebsärzte haben eine wichtige Funktion im betrieblichen Gesundheitsschutz. Sie sind vom Selbstverständnis und von der rechtlichen Aufgabenstellung her mit der Thematisierung von Humanisierungsdefiziten und der humanen Arbeitsgestaltung beauftragt.

Eine erfolgreiche Gesundheitsförderung im Betrieb muß daher notwendigerweise in enger Abstimmung und Kooperation mit den Betriebsärzten erfolgen. Allerdings haben sich die Betriebsärzte mit den Theoremen und Methoden der Gesundheitsförderung stärker als es bislang geschehen ist, bekannt zu machen.

ANHANG

Übersicht 1:Arbeitsbelastungen bei deutschen Erwerbstätigen

Artikulierte Belastungsart (in %)	praktisch immer/häufig			
	Industrie	Handwerk	Handel	Öffentl. Dienst
Lasten von mehr als 20 kg tragen/heben	30	49	26	20
Rauch, Staub, Gase, Dämpfe	30	38	8	11
Gefährliche Stoffe	24	25	6	15
Kälte, Hitze, Nässe, Zugluft	30	52	21	22
Lärm	43	46	11	20
in gebückter, hockender, kniender, liegender Stellung arbeiten, Arbeit über Kopf	24	48	14	17
Arbeit mit Öl, Fett, Schmutz, Dreck	35	43	10	13
Nacht-/Schichtarbeit	15	5	6	16
Arbeitsdurchführung genau vorge- schrieben (Monotonie)	40	39	30	29
starker Termin-/Leistungsdruck	60	60	53	51

Quelle: IAB/BiBB-Befragungen von 1991/92

Übersicht 2: Wünsche nach Arbeitsgestaltung

in % der Befragten	Arbeiter (N=911)	Angestellte (N=2125)
Gleitzeit, persönliche Arbeitseinteilung	29	28
mehr körperliche Bewegung, Pausengymnastik	8	20
mehr Gruppen-/Teamarbeit	13	15
bequemere Arbeitsplatzausstattung, Stühle	19	24
bessere Umgebungsbedingungen (Lärm, Nässe, Schmutz)	39	11
mehr oder genauere betriebliche Informationen	25	24
Teilzeit, kürzere Arbeitszeit	12	18
besserer Führungsstil, mehr Anerkennung von Vorgesetzten	47	43
mehr Mitsprache bei Entscheidungen, Mitbestimmungsmöglichkeiten	34	31

Quelle: Befragung Erwerbsbevölkerung Bremen 1993

Literatur:

Angestelltenkammer Bremen (Hg.): Gesundheit und Lebensqualität. Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen, Bremen, Oktober 1993

Böhle, F., Milkau, B.: Vom Handrad zum Bildschirm, Frankfurt 1988

Brandt, G.: Arbeit, Technik und gesellschaftliche Entwicklung, Frankfurt 1990

Braun, B., Friedrich, W.: Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung am Beispiel der "Kooperation". In: H.-U. Deppe (Hg.): Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main/New York 1995, S. 150-169.

Dabrowski, H., Marstedt, G., Mergner, U.: Mehr als Monotonie und Zeitdruck, Wiesbaden 1989

Deutscher Bundestag: Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel", Bonn 1994.

Friczewski, F.: Sozialökologie des Herzinfarkts, Berlin 1988

Greif, S., Bamberg, E., Semmer, N. (Hg.): Psychischer Streß am Arbeitsplatz, Göttingen 1991

Hoyos, C., Graf: Neue Technologien - Gewandelte Anforderungen im Umgang mit Gefahren? In: Sicher ist sicher, 43, 1992, S. 131-136

Janssen, R.: Arbeitsbelastungen und qualifikationsrelevante Arbeitsbedingungen. In: Janssen, R., Stooß, F. (Hg.): Qualifikation und Erwerbssituation im geeinten Deutschland, BIBB/IAB-Erhebung 1991/92, S. 97-102

Köchling, A.: Arbeitsplätze der Zukunft. In: Forum Demographie und Politik, Heft 2/1993, S. 60-81

Kotthoff, H.: Betriebliche Personalpolitik im Umgang mit gesundheitlich Beeinträchtigten, hrsg. von der Arbeitskammer des Saarlandes, Saarbrücken 1986

Mayer, H. u.a.: Arbeitsmedizin in Klein- und Mittelbetrieben, Manuskript, Heidelberg 1992

Müller, R.: Soziale Unterstützung durch Betriebsärzte. In: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Bericht über eine internationale Tagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, In Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, Köln 7.-10. Oktober 1985, Berlin, Heidelberg, New York u.a. 1989, S. 129-137.

Müller, R. u.a.: Gesundheitsschutz durch arbeitsmedizinische Betreuung. Fiktion oder Wirklichkeit? In: Neumann, L.F. (Hg.): Arbeits- und Gesundheitsschutz aktuell, Köln 1992, S. 81-99

WHO, Regionalbüro für Europa: Gesundheitsförderung. Glossar. Kopenhagen 1990
(=Nachdruck einer Broschüre vorbereitet für: Gesundheitsförderung. Eine Investition
für die Zukunft. Internationale
Konferenz; Bonn, 17.-19. Dezember 1990)

Peter, G. (Hg.): Streß, Bern, Stuttgart, Wien 1981

Ulich, E.: Arbeitspsychologie, Stuttgart, Zürich 1991

Volpert, W.: Zauberlehrlinge - die gefährliche Liebe zum Computer, Weinheim 1985