

# **Rainer Müller (1998): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und Konsequenzen für die Betriebsmedizin**

## **1. Qualitätsmanagement im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement Gesundheitswesen**

Wenn man Qualitätsmanagement auf Gesundheitswesen und Betriebsmedizin bezieht, sollten die Verständnisse und Definitionen von diesen Bereichen angesprochen werden. Denn der Begriff Qualitätsmanagement ist stark geprägt durch die Verständnisse und Konzeptionen der DIN ISO 9004. Vorstellungen über das Gesundheitswesen werden stark bestimmt durch Erfahrungen und Kenntnisse über das Medizinsystem und über Krankenversicherungen. Erfahrungen mit der Arbeits- bzw. Betriebsmedizin liegen nur eher sehr marginal in der Bevölkerung vor. Bevor man sich auf die Debatte um Qualitätssicherung bzw. -management einläßt, ist es also sinnvoll, für eine erweiterte Perspektive in beide Richtungen zu plädieren und den Begriff Qualität und Management offenzuhalten und nicht gleich den Definitionen der ISO-Konzeption gedanklich sich zu unterwerfen oder den betriebswirtschaftlichen Management-Konzepten "auf den Leim zu gehen". Denn hinter diesen Definitionen und Konzeptionen stehen Annahmen, Theorien, Ideologien und historische Entwicklungslinien, die hinterfragt gehören und die man nicht immer teilen muß. Ebenso verhält es sich mit dem Gesundheitswesen und der Betriebsmedizin. Auch hier existieren "Fehlannahmen".

Wie stark der Begriff Qualität von inhaltlichen normativen, qualitativen Verständnissen, kulturellen Mustern und Deutungen geprägt ist, soll mit einem Zitat von Laot-se deutlich gemacht werden: „..... beim Wohnen zeigt sich Qualität am Platze, beim Denken zeigt sich Qualität in der Tiefe, beim Schenken zeigt sich Qualität in der Liebe, beim Reden zeigt sich Qualität in der Wahrheit, beim Walten zeigt sich Qualität in der Ordnung, beim Wirken zeigt sich Qualität im Können, beim Bewegen zeigt sich Qualität in der rechten Zeit..." (Laot-se, ca. 300 v. Chr.).

Das Verständnis vom Management ist stark geprägt durch unsere Kenntnisse über betriebliche Führungsstrukturen. In der Politologie wird unter Management eher eine Kompetenz und Fähigkeit zum Steuern und Regulieren verstanden. Unterschieden werden sollte hier analytisch, auf welcher Ebene gesteuert und reguliert werden soll. Politikwissenschaftlich unterscheidet man die Meso- und Mikroebene. Auf der Makroebene sind für das Gesundheitswesen die Europäische Union und der Nationalstaat, auf der Mesoebene die Interaktionen der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der Kassenärztlichen Vereinigung zum Beispiel von Bedeutung. Auf der Mikroebene haben wir das individuelle Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten in Familie, am Arbeitsplatz, jedoch auch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu betrachten. Für das Qualitätsmanagement ist nun zu fragen, wie die Interaktionen zwischen diesen drei Ebenen sind und wie bewußt nicht nur "top down"-, sondern auch "bottom up"-Regelungen und -Steuerungen gewollt sind bzw. eher indirekt verlaufen.

Bei der Klärung des Verständnisses vom Gesundheitswesen sollte man von der Tatsache ausgehen, daß ein großer Teil der Bewältigung von gesundheitlichen Krisen im Laienbereich, nämlich bei der betroffenen Person selbst, bei dem engeren sozialen Netz, wie Familie, Partner, Kollegen, Nachbarn, ehrenamtliche Unterstützung

erfolgt. Es ist immer noch so, daß ein großer Teil der Bewältigung von alltäglichen Herausforderungen auch in gesundheitlichen sozialen Krisensituationen auf der Da-seinskompetenz von Individuen und ihren Mitmenschen beruht und soziale bzw. gesundheitliche Krisen nicht sofort und jeder Zeit durch erwerbsförmige professionelle Hilfen bearbeitet werden. Gerade der Familie kommt hier eine besondere helfende, unterstützende und stabilisierende Funktion zu und hier sind es insbesondere Frauen, die einen großen Anteil an den sozialen Unterstützungsleistungen haben. Nur ein geringerer Teil der Problemlagen und Problemfälle wird von den professionellen sozialstaatlichen Sicherungssystemen betreut und behandelt. In diesem System wiederum ist es so, daß der größere Teil in dem ambulanten Sektor verbleibt und nur eine äußerst geringe Zahl von Fällen in die stationäre klinische Versorgung kommt. Wenn also vom Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen gesprochen werden soll, dann ist deutlich zu machen, daß es auch darum geht, das sogenannte Laiensystem zu qualifizieren und diesen sozialen Bereich mit in die Betrachtung einer qualitätsorientierten Gesundheits- und Arbeits- sowie Familienpolitik aufzunehmen. In dieser Perspektive ist weiterhin in Rechnung zu stellen, daß ein nicht unerheblicher Teil solcher Leistungen auf der Basis von Solidarität, Nächstenliebe, Caritas, Diakonie und psychosozialer emotionaler Zuwendung stattfindet. Die moralische Ökonomie ist hier die Basis der sozialen Beziehungen und nicht die monetäre Entlohnung von Dienstleistungen. Wir haben es hier mit einer Art naturalwirtschaftlicher und - wie gesagt - moralischen Ökonomie zu tun, die nicht auf marktförmige Tauschprozesse, sondern auf ein Prinzip der Gegenseitigkeit (Reziprozität) beruht. Sympathie und Solidarität erweisen sich als die wichtigen Motive sozialer Anerkennung und Mißbilligung als wichtige Sanktionen, um die Prozesse der Wohlfahrtsproduktion in diesem Sektor aufrechtzuerhalten. Dieser Bereich der Sicherung von Gesundheit und sozialer Integrität bzw. Integration zeichnet sich durch deutlich geringere Kosten als diejenigen des Marktes aus. Er ist in seiner Wirksamkeit und damit unter den Kriterien von Qualität hochrangig zu bewerten, weil solche sozialen und emotionalen praktischen Unterstützungen Wohlbefinden, Selbstwertgefühl und soziale Integration schaffen bzw. stärken. Diese unmittelbaren personenbezogenen Dienstleistungen sind - wie gesagt - wenig professionalisiert und leben von dem Engagement, der Umsicht und der Bereitschaft, Zeit und Zuwendung zu investieren, wie jede Hausfrau und Mutter weiß. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Selbsthilfebewegung zu verweisen, die die wachsende Dominanz der Professionellen in den sozialen Dienstleistungen und auch im Gesundheitswesen in Frage stellen. Die Selbsthilfebewegung zeigt, wie wesentlich selbstbestimmte Eigenaktivitäten und gemeinschaftliche Problemlösungen sind für die Sicherung von Wohlbefinden und sozialer Statussicherung (siehe Kaufmann 1997). Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen hat sich also nicht nur um Optimierung des eingesetzten Sachkapitals, des entlohnten Arbeitsvermögens (Humankapital) sowie der Effizienz der wirtschaftlichen Organisation zu bemühen, sondern ebenso gleichberechtigt das soziale Kapital, d.h. das Ausmaß der Sozialbeziehungen, zu qualifizieren, also den Bereich zu stützen und zu optimieren, in dem sich Menschen untereinander wechselseitig ungeltlich nützlich machen und helfen.

Es soll an dieser Stelle ebenso gesagt werden, daß Gesundheitssicherung nicht ausschließlich abhängig ist von Medizin, sondern Entscheidungen über Gesundheit fallen in verschiedenen Politikfeldern, wie Arbeitspolitik, d.h. Arbeitsmarktpolitik, Sozialpolitik, Umweltpolitik und Familienpolitik. Gesundheit ist nämlich, wie die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften belegen, abhängig von der Höhe des

Einkommens, der Bildung, von sinnvoller Arbeit, von angemessenen Wohn- und Lebensbedingungen und dem sozialen Status. Gerechte Gratifikation und Würdigung der Arbeitsleistungen in Erwerbstätigkeit wie auch in anderen Formen der gesellschaftlichen Arbeit sind von hoher Bedeutung für Gesundheit und langes Leben. Gerade auf der Basis dieser Erkenntnis hat sich historisch wie aktuell der Einsatz von Betriebsmedizin in der Arbeitswelt legitimiert.

Den Begriff Management hat man ebenfalls etwas weiter zu fassen. Es geht nämlich nicht nur um das Handeln von Organisationen wie Betrieben oder von Ämtern bzw. Krankenhäusern, sondern ebenso um das Handeln von Individuen in- und außerhalb von Organisationen bzw. Institutionen. Es geht ebenso nicht nur um das Handeln von Experten und Professionellen, sondern um das Wirken, Tätigsein, Mitarbeiten von Laien in ihren Rollen als Hausfrau, Mutter, Partner, Arbeitnehmer oder im Rahmen des institutionellen professionellen Sektors als Patienten, hilfsbedürftige Ratsuchende, Klienten, Belegschaften, Manager, Vorgesetzte. Allerdings wenn von Qualitätsmanagement, „case management“ oder „disease management“ die Rede ist, dann kommen vornehmlich betriebswirtschaftliche Konzepte zum Tragen, die Kosten und Nutzen bilanzieren und mit dem Ziel Rentabilität verknüpft sind.

Die monetär entgoltenen Leistungen im Gesundheitssektor sind als personale Dienstleistungen zu charakterisieren. Bei solchen Dienstleistungen gilt das Uno actu-Prinzip, d.h. die Leistung entsteht und wirkt im unmittelbaren Vollzug zwischen Arzt und Patient bzw. Krankenschwester und Patient bzw. Ratgebendem und Ratsuchendem. Patienten bzw. Hilfsbedürftige sind so gesehen Produzenten von Selbstheilung und von Rehabilitation, von Prävention und Gesundheitsförderungsprozessen. Medizinisch-ärztliche, pflegerische oder auch sozialpädagogische Leistungen unterstützen lediglich die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums, Krankheit bzw. soziale Krisen zu bewältigen.

Von daher ist der eigene Wille des Patienten, seine eigene Einsicht in die Situation, seine Motivation und sein Vertrauen in die Institution des Systems der sozialen Sicherung wie in den professionellen Helfer bzw. die Helferin eine wesentliche Bedingung für Heilung, Gesundheitsförderung und Prävention beim Umgang mit Leiden, Behinderung, chronischer Erkrankung bzw. prekärer sozialer Lebenssituation.

Bei der Arbeit im Gesundheitswesen geht es um die Bewältigung von soziopsychophysischen Krisen, von prekären unsicheren Existenzweisen, um Hilfesuchen und Hilfestellungen und damit um ein Verstehen, Deuten, Interpretieren und um eine gemeinsame Strategie der Problemlösung. In diesen existentiellen Krisen stellen sich Sinnfragen und Deutungen der Vergangenheit wie auch der Zukunft der eigenen Biographie bzw. des Lebenslaufs.

Bei Krankheit, Unwohlsein und prekären sozialen Lebenssituationen besteht eine Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Die Krisensituationen bedrohen die selbständige Lebensführung, also die psychophysische soziale Identität. Ärztlich-medizinische Behandlung, Pflege wie auch Sozialtherapie führt zu einem Ausgeliefertsein, was typisch ist für schwere Krankheiten.

Behandlung, Pflege, Rehabilitation, Prävention, Gesundheitsförderung und psychosoziale Beratung sind keine fertigen Güter, keine Waren, die schlicht konsumiert wer-

den können. Patienten bzw. Hilfesuchende können also nicht schlicht als Konsumenten bzw. Kunden interpretiert werden. Die Sicherung der psychosozialen physischen Existenz aller Einwohner läßt sich so gesehen nicht über Dienstleistungen sichern, die als Ware auf dem Markt autonom eingekauft werden können.

Märkte wirken höchst selektiv und schließen gerade Personen mit Verlust an Autonomie und Bewältigungskompetenz von Leistungen aus. Märkte führen häufig zu der paradoxen Entwicklung, daß es nämlich zu einem Ausschluß von Wahlfreiheit und Teilnahmekancen kommt.

Bei Waren, deren Qualität Konsumenten allein umfassend bewerten können, ist die Wahlfreiheit des Konsumenten zwischen konkurrierenden Anbietern ein Mechanismus der Qualitätssicherung. In der Versorgung von Kranken, Hilfsbedürftigen, Ratsuchenden durch Professionen wird davon ausgegangen, daß Patienten, Hilfsbedürftige die Qualität der Güter und Dienstleistungen nicht hinreichend beurteilen können, um eine kompetente Kontrolle der Leistungsanbieter vornehmen zu können. Es bedarf also einer Qualitätssicherung durch die Anbieterorganisationen der Dienstleistungen selbst, auch als interne Qualitätssicherung bezeichnet, und einer externen Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen. Die externe Qualitätssicherung kann nun durch verschiedene Organisationsweisen sichergestellt werden, einmal durch die Financiers der Dienstleistungen (Krankenkassen) oder bei der Betriebsmedizin durch die Betriebe, zum anderen durch eine Kooperation zwischen Dienstleistungsanbietern und Financiers oder auch durch externe Einrichtungen, die über Staat, Selbsthilfeorganisationen oder Wissenschaft etabliert sind. Bei der derzeitigen Reorganisation des Gesundheitswesens geht es gerade um eine solche interne wie auch externe Qualitätssicherung auf den Ebenen von Prozeß, Struktur und Ergebnis (Outcomes). Diese aktuelle Qualitätssicherungspolitik bezieht sich auf professionelle personale Dienstleistungen, die im System der sozialen Sicherung erfolgen. Das Qualitätsmanagement hat also erwerbsförmige Dienstleistungsarbeit zum Gegenstand. Der organisatorische Kontext dieser Bemühungen um Qualitätssicherung bezieht sich auf die organisatorische Einheit Betrieb. So werden eben auch das Krankenhaus, die ambulanten therapeutischen Einrichtungen und Krankenkassen als Betriebe verstanden und in Richtung einer betriebswirtschaftlichen Struktur reorganisiert.

Es verwundert also nicht, wenn die herrschenden Konzeptionen von Qualitätsmanagement, die auf das Gesundheitswesen angewandt werden, solche sind, die aus den Strategien und Konzeptionen zur Rationalisierung, Optimierung und Ökonomisierung der industriellen Arbeit und des Industriebetriebes kommen. Hier hat historisch die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin als Leistungsphysiologie oder -hygiene einen nicht unwesentlichen Anteil. Die Qualitätsmanagementsysteme verstärken also den Prozeß, die personale Dienstleistungsarbeit im Gesundheitswesen in den Organisationskonzeptionen von Betrieb und in der Form der Erwerbsarbeit zu bewerkstelligen. Technische, organisatorische, soziale und ökonomische Rationalisierung der industriellen Erwerbsarbeit im Industriebetrieb ist das Vorbild. Dort entwickelte Konzeptionen und Strategien werden auf den Gesundheits-Betrieb übertragen. Welches Verständnis haben nun die Akteure und Verantwortlichen in dem Gesundheitssektor, in Kliniken und Arztpraxen sowie in der Betriebsmedizin von Arbeit und Technik bzw. von der Sozialkonfiguration Arbeit und Technik? Dies bleibt nicht ohne Konsequenz für die Autonomie gerade der Ärzte, aber auch anderer Professionen, für die Mitwirkungsrechte und Kompetenzen der Patienten bzw. Hilfesuchenden und für die ar-

beitsteilig organisierte Arbeitskompetenz der dort Erwerbstätigen. Für Betriebsärzte bzw. Betriebsärztinnen stellt sich diese Frage in doppelter Hinsicht. Sie sind Mitwirkende bei den Modernisierungen und Rationalisierungen in den Betrieben. Zugleich sind sie aber ebenso die Objekte von Überlegungen zur Rationalisierung der betrieblichen Aufbau- und Ablauforganisation. Sie sind also in zweifacher Weise von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement betroffen.

## **2. Gesundheits- bzw. sozialpolitischer Kontext der Qualitätssicherungsdiskussion**

Die Inszenierung der Debatte über Kostenexplosion im Gesundheitswesen hatte die Konsequenz, daß über Effektivität und Effizienz, d.h. über Wirtschaftlichkeit, über Kosten und Nutzen medizinisch-ärztlicher Leistungen eine öffentliche Debatte angezettelt wurde. Diese Debatte gründet einerseits auf empirischen Belegen in der nationalen und internationalen Literatur zur Ineffektivität, Über- und Unternutzung medizinisch-ärztlicher Leistungen sowie zur Iatrogenese medizinisch-ärztlicher Leistungen, durch insbesondere die "Technisierung" der Medizin bzw. des ärztlichen Handelns. Die Debatte rührt andererseits aus der Erfahrung, daß die Organisation der Patientenkarriere gerade an den Schnittstellen des Übergangs von ambulant zu stationär bzw. von stationär zu ambulant prekär und problematisch mit negativen Konsequenzen für den Heilungserfolg ist.

Die Qualitätssicherungsdiskussion in den Krankenversorgungssystemen ist weiterhin Ausdruck einer verstärkten Rationalisierung gesellschaftlicher Prozesse der Waren- wie der Dienstleistungsproduktion. Die Internationalisierung und Globalisierung von Märkten führt zu einer verschärften Konkurrenz und damit auch zu einer Ökonomisierung der Erbringung öffentlicher Dienstleistungen und Güter.

Ein weiterer zentraler Begründungszusammenhang für die Qualitätssicherungs- und -verbesserungsdebatte besteht in einer ideologischen Auseinandersetzung über die Organisationsweisen der Waren- und Dienstleistungsproduktion. Es wird als generelle Maxime behauptet, daß eo ipso Markt bzw. Wettbewerb quasi automatisch Qualität von Waren und Dienstleistungen sichere und diese auch wirtschaftlich produzieren würde.

Die Diskussion über Qualitätssicherung in der Medizin unterliegt also auch diesen angesprochenen ökonomischen Trends und ideologischen Auseinandersetzungen.

## **3. Qualitätssicherung als gesetzliche Verpflichtung für die Akteure in der Krankheitsversorgung**

Im Gesundheitsreformgesetz von 1989 und im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wie auch in der letzten Änderung des SGB V vom 23.06.1997 wurde die Qualitätssicherung fest verankert. § 12 SGB V verlangt, daß die Leistungen ausreichend zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Neben diesen gesetzlichen Auflagen des V. Sozialgesetzbuches, verpflichten eine Reihe von Berufs- und Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern wie auch Richtlinien der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen sowie Gesetze wie das Strahlenschutzgesetz, die Eichordnung und die Medizingeräteverordnung zur Qualitätssicherung.

Nach § 135 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn durch Richtlinien 1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methoden und 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen gesichert sind und die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung erfolgen. In diesen Richtlinien werden vor allem die fachlichen und apparativen Qualifikationserfordernisse festgelegt. Im wesentlichen sind technische, apparative Ausstattungen und Qualifikationen gefordert. Nach § 136 SGB V prüfen die kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben.

Erst in neueren Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Qualitätszirkelverfahren sind Ansätze ersichtlich, die Aspekte der Ergebnisqualität und des Qualitätsmanagements berücksichtigen.

Die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung ist im § 137 SGB V angesprochen. Die Maßnahmen der stationären Versorgung sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und die Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden.

#### **4. Angelpunkte zur Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität medizinisch-ärztlicher Leistungen**

Wichtige Vorarbeiten zu diesem Thema hat Avedis Donabedian geleistet. Er unterscheidet zwei unabhängige eigenständige Bezugsrahmen für seine Definition:

1. "Medizinische Qualität drückt sich aus in dem Maß, in dem eine Gesundheitsleistung die Gesundheit des Patienten, gemessen am medizinisch Möglichen, verbessert".
2. "Medizinische Qualität wird erreicht, in dem Maß, in dem die Gesundheitsleistung die Erwartungen oder Standards des Patienten oder der Öffentlichkeit erfüllt bzw. in dem Maß, in dem die Gesundheitsleistung von denen akzeptiert wird, an denen sie erbracht wird" (zitiert nach Straub 1994).

Bei der ersten Definition wird die objektivierte klinische Effektivität mit der klaren Ausrichtung auf den Patienten angesprochen. Qualitätssicherung bezieht sich hier auf die apparative technisch prozessuale Dimension der Versorgung.

Die zweite Definition zielt auf die sozialen Kontextbedingungen der Medizinpraxis. Es geht um Erwartungen von Individuen und der Öffentlichkeit, es geht um Standards, Verständnisse und um die Akzeptanz im Laiensystem. Es wird hier Gewicht auf die

interaktiven kommunikativen Aspekte der Beziehung zwischen Leistungsanbietern im Medizinsystem und dem Laiensystem gelegt. Ebenso wird damit eine öffentliche kollektive Verantwortung angesprochen.

Auf Donabedian gehen die drei zentralen Kategorien bei der Bestimmung von Qualität zurück.

#### Strukturqualität

Hierunter fallen die strukturellen Bedingungen, die das ärztliche Handeln, die ärztliche Therapieentscheidung beeinflussen. Hierzu gehören rechtliche Regelungen, technische Ausstattung, Qualifikation und auch Honorierung.

#### Prozeßqualität

Unter Prozeßqualität wird die Organisation und Durchführung von Diagnostik und Therapie oder auch von Prävention verstanden. Hier geht es um die Frage, wie technische Mittel eingesetzt werden, welche Standards gelten, welche theoretischen Konzepte für den Umgang mit dem Kranken bzw. zur Bewältigung der Krankheit gelten. Man unterscheidet:

1. explizite Standards, also durch die Profession konsensual festgeschriebene Standards als Beurteilungsmaßstab;
2. implizite Standards. Hier gilt es, die Besonderheiten des Einzelfalles mit seiner Komplexität zu beachten. Die Entscheidungen müssen trotzdem begründet, diskutierbar und in Experten-Kollegenkreisen nachvollziehbar sein, also plausibel begründet werden können.

#### Ergebnisqualität

Unter Ergebnisqualität wird das eigentliche Ziel der Qualitätssicherung verstanden. Zielgrößen sind: Erhöhung und Wiederherstellung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, Vermeidung von Komplikationen, Senkung von Mortalität. Hier bestehen grundsätzliche Probleme der Zieldefinition, der Bildung von Indikatoren, der Definition der Komplexität von Gesundheit als relativer Gesundheit. Dies wird deutlich an den Indikatoren: Überlebenszeit und Lebensqualität. Was bedeuten diese Indikatoren praktisch?

### **5. Notwendigkeit von Evaluation für die Strategie von Qualitätssicherung**

Evaluation läßt sich als eine umfassende Messung und Bewertung von Nutzen und Kosten (Ressourcenverzehr), von alternativen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren, Leistungsangeboten, Versorgungsstrukturen, Geräten, Einrichtungen und anderen Dingen interpretieren. Evaluation ist von daher als wissenschaftliche Analyse unabdingbarer Teil des Zyklus der problemorientierten Qualitätssicherung.

Nach diesem international verwendeten Paradigma sollen Qualitätssicherungsmaßnahmen aus einer bestimmten Abfolge von Elementen bestehen, die zyklisch durchlaufen werden müssen:

1. retro- oder prospektive Beobachtung des eigenen Handelns

2. Erkennen von Problemen und Setzen von Prioritäten
3. Analyse des ausgewählten Problems und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen
4. Auswahl des am geeignetsten erscheinenden Lösungsansatzes und seine Umsetzung in die tägliche Praxis und
5. Kontrolle, ob durch die eingeleiteten Maßnahmen das Problem auch beseitigt wurde (Selbmann 1983).

Die Methodik der Evaluation hat sich an die zu evaluierende Maßnahme, ihren Entwicklungsstand und an das Umfeld, in dem die Maßnahme eingesetzt wird, anzupassen. Für jede Evaluation ist ein Studienprotokoll zu erstellen, in dem u.a. das Ziel der Evaluation, die Evaluationskriterien (ethische, medizinische und ökonomische) und der Plan zur Durchführung der Evaluation festgelegt wird. Die verwandten Kriterien stellen operationalisierbare Ziele dar. Die ethischen, medizinischen oder ökonomischen Gesichtspunkte sind nach individuellem und sozialem Nutzen, Vereinbarkeit mit Normen und Sozialethiken und Zumutbarkeitskriterien für Patienten und Anwendern abzuwägen:

- erwünschte Kriterien wie Lebensqualität, Akzeptanz, Heilungsrate, Überlebenszeit, Sensitivität und Spezifität von Methoden,
  - unerwünschte Wirkungen wie Komplikationen, Unzumutbarkeit, Verletzung von Würde und Interessen,
  - direkte und indirekte Kosten, monetär und nichtmonetär
  -
- sind zu benennen.

Der Zielerreichungsgrad wird anhand von Evaluationskriterien aus den Perspektiven und Maßstäben aller beteiligten Akteure beurteilt: Ärzte, Patienten, Angehörige, Kassen, Krankenhausmanagement und Staat (externe - interne Evaluation).

Ein immer wichtigeres Evaluationskriterium stellt der Ressourcenverzehr, der Verbrauch und Verlust an Ressourcen von direkten oder indirekten Kosten, von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen dar. Als indirekte Ressourcenverluste werden vorzeitiger Tod, Invalidität, Krankheit angesehen. Eine monetäre Bewertung wird zunehmend angesprochen.

Jede Evaluation bedarf eines Studien- bzw. Forschungsplanes. Es sind die Geeignetheit der verschiedenen Studienpläne festzulegen, wie etwa

- Analyse routinemäßig gesammelter und aggregierter Daten
- Beobachtungsstudien ohne Vergleichsgruppe
- Interventionsstudien
- Beobachtungsstudien mit Vergleichsgruppe
- randomisierte klinische Studien.

Zu den klassischen Formen der Evaluationsstudien zählen Kosten-Nutzen- und Kostenwirksamkeitsanalysen. Diese Methoden kommen aus der Privatwirtschaft und werden zunehmend auch auf medizinisch-ärztliche Dienstleistungen angewandt.



Zu der Bewertung der Strukturqualität qualitätssichernder Maßnahmen liegen bislang nur konzeptionelle Entwürfe vor, allerdings hat die begonnene Implementation von ISO 9000 in das Krankenhaus zu neuen Verfahren geführt. Hiernach wird die Infrastruktur (personaltechnische und andere Ressourcen) im Rahmen des Qualitätsmanagements transparent gemacht und zum Gegenstand von Neuorganisationen der Klinik herangezogen.

Zur Bewertung der Ergebnisqualität qualitätssichernder Maßnahmen werden klassische Evaluationskriterien herangezogen und nach Kriterien von Effektivität und Effizienz bewertet. Effektivität und Effizienz läßt sich nur dann bewerten, wenn eindeutige Zielkriterien formuliert worden sind.

## **6. Qualitätssicherung in der Medizin in der Bundesrepublik Deutschland**

Die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung ist im § 137 SGB V niedergelegt. Bislang bestehen Umsetzungen nur in wenigen Bundesländern. Man unterscheidet die interne von der externen Qualitätssicherung. Als Routine sind bisher nur Qualitätssicherungsmaßnahmen im apparativen bzw. technischen Bereich etabliert. Die DIN ISO 9004, Teil 2, wird als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus formuliert. ISO 9000, für die Betriebe im produktiven Sektor entwickelt, wird hier auf personale Dienstleistungsbereiche übertragen. Es geht um die Sicherung der Patientenzufriedenheit, der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit des Betriebes Krankenhaus. Unterstellt wird hier ein absehbarer verschärfter Wettbewerb der Gesundheitseinrichtungen, hier insbesondere des Krankenhauses. Wie bei DIN ISO 9000 soll auch nach DIN ISO 9004, Teil 2, die Möglichkeit geschaffen werden, daß das eingerichtete Qualitätsmanagement über eine Zertifizierung des Krankenhauses bzw. der Kurklinik oder der Rehabilitationseinrichtung oder des Pflegeheimes den Patienten oder den Finanziers der Dienstleistung eine Transparenz und Güte des Qualitätsmanagements bzw. des Organisationsablaufes des Betriebes verspricht. Die Verfahren der DIN ISO 9004, Teil 2, versteht sich als ein umfassendes Qualitätsmanagement im Sinne eines „total quality managements“ mit den Qualitätszielen: organisatorische Rahmenbedingungen, personelle Rahmenbedingungen, technische Rahmenbedingungen. Die Übersicht Regelkreis nach DIN ISO 9004, Teil 2, zeigt die Systematik dieses Qualitätsmanagements für das Krankenhaus. Bislang sind nur in wenigen Krankenhäusern Ansätze eines „total quality managements“ erkennbar, die nach DIN ISO 9004, Teil 2, operieren wollen.

Durch den § 301 SGB V erhalten Krankenkassen eine umfassende Möglichkeit der externen Überprüfung der Krankenhäuser. Diese externe Kontrolle soll Wirtschaftlichkeitsanalysen und Aussagen zur Qualität der Versorgung möglich machen.

Eine Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums kommt zu dem Fazit, daß es zwar zunehmend Bemühungen um die Qualitätssicherung gibt, diese rühren zwar auch aus professionsinternen Interessen, aber wesentlicher Grund seien die rechtlichen Anforderungen. Jedoch habe in der Bundesrepublik die Aktivitäten der Qualitätssicherung noch keineswegs eine stabile Phase erreicht. So hätten nur wenige dieser z.T. sehr heterogenen Ansätze bislang Eingang in die Routine gefunden haben. Es ließe sich kein Gesamtkonzept beobachten. Mit den Qualitätssicherungsaktivitäten seien kaum Evaluationsaspekte verbunden. Es werden folgende Fragen aufgeworfen:

- Wie lassen sich die in Routine eingeführten bzw. sich in der Entwicklung befindlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Aktivitäten bewerten?
- Wo liegen ihre Lücken, Mängel, Schwachstellen und Defizite?
- Mit welchen Methoden läßt sich die Qualität, die Effektivität, die Effizienz und der Nutzen von Qualitätssicherungsmaßnahmen messen und beurteilen?
- Welche Lösungsmaßnahmen, Konzepte und Strategien können zur Behebung der anerkannten Probleme beitragen? (Selbmann 1994).

Für ein umfassendes Qualitätssicherungskonzept in deutschen Krankenhäusern wird folgender Vorschlag gemacht:

1. Entwicklung eines begrenzten Qualitätsindikatorensetzes zur Beschreibung und zur Transparenzmachung der Qualität im Sinne von § 137 SGB V:
  - ca. 30 krankenhäusübergreifende Qualitätsindikatoren
  - max. 15 ausgewählte Tracersituationen in Analogie zu den Perinatalerhebungen, wo notwendig, machbar und effektiv
  - Ausgestaltung eines Gesamtkonzeptes für die externe Kontrolle
2. Qualitätsmanagement in jedem Krankenhaus, in jeder Rehabilitationsstätte
  - Struktur und Infrastruktur
  - Betonung der traditionellen Verfahren (Ringversuche, Zweitmeinungsverfahren etc.)
  - moderne Verfahren des Qualitätsmanagements nach ISO 8402 und 9004
3. Akkreditierung von Krankenhäusern mit gutem Qualitätsmanagement
  - Kriterien für ein ausreichend qualitätsgesichertes Krankenhaus
  - Verfahren zur freiwilligen Akkreditierung (Verantwortlichkeit, Referenzzentrum, Reakkreditierung usw.) von Krankenhäusern
  - Anreize für die Akkreditierung
  - Evaluierung des Akkreditierungsverfahrens
4. Verfahren zur Entwicklung und Überprüfung von Leitlinien für die Krankenhausversorgung
  - Konsensuskonferenzen zur Entwicklung von Leitlinien
  - Clearinghaus für Qualitätsindikatoren und Leitlinien in der Medizin
5. Ausreichendes Angebot an Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten
  - Einführung von Themen aus dem Bereich der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns in die Mediziner Ausbildung
  - Umsetzung des vom Ärztetag 1992 beschlossenen Weiterbildungskonzeptes bei allen Fachgebieten
  - flächendeckendes, standardisiertes Angebot von Fortbildungscurricula für Interessierte
6. Einrichtung einer politischen Abstimmungsebene zwischen den Partnern der Krankenversorgung
  - Festlegung der Grundzüge (Zielrichtung, Finanzierung, Informationsaustausch)
  - Abstimmung zwischen den Partnern des Gesundheitssicherungssystems

## 7. Demonstrationsprojekte in Krankenhäusern verschiedener Größe und Versorgungsstufen

Zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung wird festgehalten, daß der niedergelassene Arzt in einer besonderen Situation tätig ist (Isolation, wenn nicht in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis tätig), fehlende Vergleichsmöglichkeiten wegen heterogener Praxis- und Patientenkielstruktur, psychische und somatische Symptome statt Diagnosen, oft unbekannte Behandlungsergebnisse wegen Arztwechsel oder Therapieabbrüchen, Complianceprobleme seitens der Patienten. Ein neuer Versuch, den Arzt aus seiner isolierenden Einzelpraxis herauszulösen sind Qualitätszirkel, die flächendeckend eingeführt werden sollen. Allerdings funktioniert dies bislang nur auf der Basis der Freiwilligkeit. Derzeit sind keine Vorstellungen von einem Idealmodell, einer qualitätsgesicherten Allgemein- oder fachärztlichen Praxis bekannt. Hier existiert ein erheblicher Forschungsbedarf. Folgende Defizite lassen sich in der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ausmachen:

1. Kommunikationsprobleme zwischen niedergelassenen Ärzten bzw. niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, Sozial- oder Rehabilitationseinrichtungen. Für eine Qualitätssicherung unerlässlich ist ein geeignetes Feedback über die Spätergebnisse der stationären ambulanten Versorgung. Die Kommunikation zwischen den Leistungsanbietern der Versorgung chronisch Kranker ist verbesserungsbedürftig.

2. Verbesserungsbedürftige Evaluation von Richtlinien  
Die bislang herrschenden Richtlinien werden ohne Voruntersuchung erlassen. Überarbeitungen erfolgen i.d.R. ohne daß aus epidemiologischen Feldstudien entsprechende Daten zu Effektivität (Indikation und Durchführung) vorliegen. Eine regelmäßige und sachgerechte Evaluation der Richtlinien wird verlangt.

3. Bessere Infrastruktur für Qualitätszirkel  
Obwohl vielfach heute Qualitätszirkel auf freiwilliger Basis entstehen, ist die Standardisierung der Qualitätszirkelarbeit die Akkreditierung von Qualitätszirkeln und das Zurverfügungstellen von Fortbildungsmaterial unzulänglich und unklar. Es sind Anreize zu schaffen, daß die Ärzte sich aktiver daran beteiligen.

4. Erarbeitung von Prozeßstandards für die ambulante Versorgung  
Im Gegensatz zu den Niederlanden existiert in der Bundesrepublik Deutschland noch keine Tradition in der Entwicklung von Standards für die ambulante Versorgung. Es wird vorgeschlagen, daß in Anlehnung an die angelsächsischen Länder es Colleges geben sollte, evtl. von den Fachgesellschaften getragen oder von den Berufsverbänden und Ärztekammern, deren Mitglieder sich zur Einhaltung von selbstdefinierten Versorgungsstandards verpflichten. Es sollten Konsensuskonferenzen nach vorgegebenen Regeln organisiert werden.

5. Ausrichten der Praxis-EDV auf die Unterstützung der Qualitätssicherung 1995 hatten etwa 35 % aller Arztpraxen Computer für die Praxisorganisation und für die Patientenabrechnung. Nur die wenigsten dieser Programme unterstützen passiv oder aktiv die Qualitätssicherung.

Abholz (o.J.) macht in seinem Beitrag zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich die Unterscheidung zwischen der Qualitätssicherung des medizinischen Handwerkszeugs oder der Qualitätssicherung des medizinischen Handelns. Er stellt fest, daß es Bereiche der Medizin gibt, die recht gut über Qualitätssicherung des medizinischen Handwerkszeugs in ihrer Qualität zu sichern seien. Je mehr die Medizin sich auf Krankheit und nicht auf Kranksein konzentriere - und dies sei in der Klinik und in der spezialisierten ambulanten Versorgung der Fall - könnten diese Verfahren Anwendung finden. Je mehr jedoch der ganzheitliche Aspekt von Krankheitsgeschichte und Kranksein in den Vordergrund rücke und damit nicht nur die medizinischen, sondern auch die psychologischen und sozialen Aspekte in den Blick kämen, umso mehr würden die medizinischen Handwerkszeuge in den Hintergrund rücken und die darauf bezogenen Konzepte der Qualitätssicherung nicht mehr greifen.

Nach seiner Einschätzung ist es in der jetzigen gesundheitspolitischen Diskussion relativ offen, wie sich Qualitätssicherung in einer flächendeckenden Weise entwickeln werde. In Ländern, in denen Qualitätssicherung seit Jahren diskutiert und entwickelt worden sei, wie in Großbritannien und in den Niederlanden, habe man sich zu einem breiten Programm entschlossen, in welchem das komplexe ärztliche Handeln in das Zentrum gestellt werde. Dies läge sicher daran, daß es in diesen Ländern eine fundierte und breite primärärztliche Versorgung gäbe. Die spezialisierte Versorgung erfolge im ambulanten Bereich fast nur in Kooperation mit dem Krankenhaus. In der Bundesrepublik müßte also die Qualitätssicherung des Handwerkszeugs unbedingt mit einer Strategie der Qualitätssicherung des ärztlichen Handelns verbunden werden. Man müsse sich darüber im klaren sein, daß Qualitätssicherung im Bereich des ärztlichen Handwerkszeugs einfacher durchführbar sei, objektivierbare Befunde bringe und administrativ prüfbar und somit gut organisierbar sei. Qualitätssicherung im Bereich des ärztlichen Handelns, wie es in Qualitätszirkeln in Balintgruppen erfolge, sei weniger objektivierbar. Es läßt sich nicht erzwingen und in ihren Nutzeffekten nur schwer objektivieren.

Abholz befürchtet, daß bei flächendeckender Einführung der Qualitätssicherung die bürokratisch leichter handhabbare Form der Qualitätssicherung, nämlich die des Handwerkszeugs von seiten des Staates, der Gesundheitsbürokratie und auch der Ärzte befürwortet würden. In einer Medizinerwelt, in der die Objektivierbarkeit oberstes Gebot sei, habe die Qualitätssicherung im Bereich des Handwerkszeugs eine viel höhere Attraktivität. Man könne hier mit weniger Aufwand die gewünschten Qualitätsnachweise abgeben, um damit Frieden zu haben und müsse sich nicht um die schwierigen Qualitätssicherungsstrategien des ärztlichen Handelns bemühen. Die Arbeit in Qualitätszirkeln sei schwieriger, da man hier das ärztliche Tun problematisieren müsse und die Aspekte der Subjektivität ärztlicher Entscheidungsfindung zum Thema machen müsse. Dies führe zu Ängsten.

Wird man bei der Qualitätssicherung zu sehr auf den handwerklichen Bereich setzen, so wird die Tendenz Krankheit nur in seiner technischen eindimensionalen Weise zu verstehen, verstärkt. Der standardisiert versorgbare Patient sei die Orientierungsgröße. Ganzheitliche Aspekte der Versorgung würden auf der Strecke bleiben.

## 7. Herausforderung an die Arbeits- und Betriebsmedizin

Bevor auf die Fragen der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements in der Betriebsmedizin eingegangen wird, sollen die Herausforderungen, mit denen die Betriebsmedizin konfrontiert ist, skizziert werden.

Wenn zwischen Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin unterschieden wird, dann um deutlich zu machen, daß, wie in der Medizin allgemein zwischen dem expertlichen Wissenssystem und den konkreten Handlungsroutinen sowie den Handlungsintentionen von Ärztinnen und Ärzten immer eine Differenz besteht,

1. weil die Logiken und Algorithmen des medizinischen Wissens in verschiedenen sozialen Kontexten angewandt werden und

2. weil es Sinn macht, zwischen dem Wissenskanon und dem daraus abgeleiteten instrumentellen Handeln auf der einen Seite und der ärztlichen Interaktion/Kommunikation mit Patienten, Probanden, Ratsuchenden, also der Klientel auf der anderen Seite zu unterscheiden.

Die Berufssoziologen unterscheiden zwischen dem Berufsinventar, also dem expertlichen Wissen und Handeln - dies ist also der Bereich "Arbeitsmedizin" - und dem Berufshabitus, also dem professionellen sozialen und kulturellen Umgangsweisen mit der Klientel, hier mit "Betriebsmedizin" angesprochen.

Wie sieht nun das Berufsinventar, also das systematische Wissen, mit dem entsprechenden Handlungsmustern der Arbeitsmedizin aus?

Eine Möglichkeit dies darzustellen, wäre historisch genetisch nachzuzeichnen, wie arbeitsmedizinische Theoreme, Modelle, Konstruktionen und Sichtweisen sowie die methodischen Zugänge als Teil der Geschichte der Medizin in der Auseinandersetzung mit den Risiken und Schädigungen der Industrialisierung entwickelt wurden. Zur Historiographie der Arbeits- und Betriebsmedizin sei auf die Beiträge von Milles und anderen Autoren hingewiesen (Müller, Milles 1984, Milles 1992) geleistet. Nachfolgend wird eine systematische Beschreibung gewählt.

Es lassen sich folgende Ansätze für die Arbeitsmedizin darstellen:

Arbeitspathologie, Arbeitsphysiologie, Arbeitstoxikologie und ein sozialhygienischer, sozialmedizinischer bzw. sozialepidemiologischer Ansatz.

Die Arbeitspathologie basiert auf dem Berufskrankheitenkonzept und dies wiederum auf dem Unfallparadigma. Monokausalität und Spezifität sowie die Dosis- Wirkungsbeziehung in einem engen zeitlichen Verknüpfungszusammenhang von Ursache und Wirkung sind die Definitionskriterien. Bei der Definition von Berufskrankheiten kommt das epidemiologische Kriterium hinzu, daß nämlich bestimmte Personengruppen in ihrer versicherten Tätigkeit besonderen Einwirkungen in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. In der Liste der Berufskrankheiten befinden sich zur Zeit 63 Positionen.

Die Arbeitsphysiologie operiert nach dem Stimulus-Organ-Response-Modell. Physikalische bzw. chemische Reize aus der Umgebung werden als meßbare Einflüsse

registriert und physiologische Parameter als Reaktionen ermittelt. Lineare Monokausalität ist die Basis der Laborforschung. Als Leistungsphysiologie hat sie Grenzwerte für Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren ermittelt.

Die Arbeitstoxikologie befaßt sich mit der Einwirkung und den biologischen Effekten von Stoffen. Die Spezifitätsthese und Dosis-Wirkungsbeziehungen gelten auch hier. Für die Praxis werden daraus Grenzwerte abgeleitet.

Arbeitsphysiologie und -toxikologie haben erkenntnistheoretisch und methodisch mit den realen Arbeitssituationen der sukzessiven und simultanen Mehrfachbelastung bzw. mit kombinatorischen Wirkungen zu tun. Hier bestehen viele offene Fragen.

Der sozialhygienische bzw. sozialepidemiologische Ansatz ist nach der deskriptiven und analytischen Epidemiologie auf der einen Seite und der sozialwissenschaftlichen an Streßtheorien orientierten Forschungsrichtung auf anderen Seite, zu differenzieren.

Was macht nun den Berufshabitus also die Handlungsroutinen der Betriebsmedizin aus?

Hier ist zu bedenken, daß rechtliche Regelungen, die konkreten Arbeitssituation in den Betrieben; die instrumentelle Ausstattung der Ärztinnen und Ärzte und die betriebsärztliche Orientierung die Professionalität bestimmen. Das berufliche Handeln von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten wird gesteuert bzw. reguliert durch gesetzliche Regelungen; zu nennen sind das Arbeitsschutzgesetz von 1996 und das Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 sowie verschiedene andere staatliche und berufsgenossenschaftliche Rechtsvorschriften. Weiterhin bestimmen das Handeln folgende Faktoren: vertragliche Stellung zum Betrieb (fest angestellt, freiberuflich, Arzt bzw. Ärztin eines Arbeitsmedizinischen Zentrums), reale Kontextbedingungen des Betriebes, wie z.B. Wirtschaftszweig, Größe, Technologie, Niveau der sozialen Beziehungen der Betriebsakteure, Betriebskultur im Umgang mit Risiken, betriebliche Leistungspolitik, Umgang mit leistungsgewandelten Beschäftigten und die instrumentelle diagnostische Ausstattung des Betriebsarztes.

Als Standardsituationen betriebsärztlichen Handelns lassen sich drei Handlungsfelder abgrenzen: Diagnosenstellung an Personen, Arbeitsstättenbegehung als arbeitsmedizinische Arbeitsanalyse und Beratung von Management, Belegschaft und einzelnen Belegschaftsmitgliedern.

Diagnosestellung ist die durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte monopolisierbare Standardsituation. Hier sind sie durch ihre klinische Ausbildung wissens- und handlungsmäßig entsprechend ausgebildet und in der Arzt-Patient-Interaktion sozialisiert. In den anderen beiden Situationen, nämlich Arbeitsanalyse und Beratung, haben sie nicht das Definitionsmonopol; deshalb die beobachtbare Tendenz der Betriebsärztinnen und -ärzte, sich auf die vermeintliche sichere Situation, nämlich Diagnostik, hauptsächlich zurückzuziehen. Ob nun das Wirken der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte wirklich oder nur fiktiv dem Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer gewidmet ist, hängt von ihrer Orientierung, von ihrem professionellen Selbstverständnis ab. Dieses Selbstverständnis kann schwanken zwischen

- Experte für Diagnosenstellung an Personen,
- human resource-Manager eines Betriebes, der zum Betriebszweck "Gewinn" dadurch beiträgt, daß er für eine möglichst gesunde und damit auch zufriedene Belegschaft sorgt,
- Wirken als Betriebsepidemiologe zur Thematisierung von Risiken und Schädigungen,
- Verständnis als Gesundheitspolizist im Auftrage des Staates und der Unfallversicherungen mit Bezug zu Public-Health-Prinzipien,
- Verständnis als Gesundheitsanwalt für Arbeitnehmer/innen,
- Selbstdeutung als Hausarzt eines Betriebes,
- Rollendefinition als Leiter einer betriebsinternen Ambulanz für leichte Erkrankungen,
- Beratungsinstanz für Arbeitnehmer in Gestrüpp der Sozialversicherungen oder
- "Gatekeeper (Türöffner oder Türschließer) in Personalentscheidungen des Betriebes (Behrens, Müller 1993).

Alle diese vom eigentlichen Professionsmodell abweichenden Handlungstypen sind zwar für den ersten Blick plausibel, dennoch bleibt zu bedenken, daß kein einziger Handlungstypus allein für sich das Professionsmodell Betriebsärztin/arzt abdeckt.

Mit diesem kurzem Abriß zur Soziologie der Arbeits- und Betriebsmedizin wurde die eine Seite der Herausforderung beschrieben. Mit welchen Erwartungen bzw. Ansprüchen sieht sich die Arbeits- und Betriebsmedizin aktuell bzw. zukünftig auf der anderen Seite konfrontiert? Diese Herausforderungen ergeben sich aus drei Quellen:

1. aus der dynamischen Entwicklung der durch Ökonomie und Technologie bestimmten kapitalistischen Arbeitswelt und
2. aus den sozialstaatlichen Regulierungen und Steuerungen, um diesem im Punkt 1 angesprochenen Prozeß mit seinen negativen Wirkungen auf Umwelt und Humanvermögen und den entsprechenden sozialen Kosten entgegenzuwirken bzw. dieser Dynamik eine präventive und ökologische Wende zu ermöglichen,
3. erwachsen die Herausforderungen aus den Ansprüchen an eine sinnvolle, qualifikationsangemessene, familiengerechte und existenzsichernde Arbeit seitens der Erwerbstätigen.

Zu dem ersten Komplex der Herausforderungen, nämlich der technologisch-ökonomischen Entwicklung einige schlaglichtartige Charakterisierungen:

Es ist ein dramatischer Rückgang der Industrie zu beobachten. Es kommt zu einer Ausweitung des 3. Sektors, also zu einer Zunahme von Dienstleistungsarbeitsplätzen in den verschiedenen Sparten in der Bandbreite von akademischen Berufen (Ärztinnen, Lehrerinnen) über Bankkauffrau, Krankenschwester, Verkäuferinnen, bis hin zu Putzfrau (Tertiärisierung). Damit wächst der Anteil von Frauen im Erwerbsleben. Eine Flexibilisierung von Arbeitszeit ist eine Grundtendenz der Zeitökonomie. Hier seien Stichworte wie Teilzeitarbeit, Heimarbeit, Schichtarbeit, Nachtarbeit, kapazitätsorientierte Arbeitszeit erwähnt.

Flexibilisierung der Erwerbsverläufe bzw. der Erwerbskarrieren mit Unterbrechungen mit zum Teil Arbeitslosigkeit statt "beamtenmäßig" gesicherten Berufslaufbahnen

sind zunehmend typisch für Erwerbsverläufe. Es kommt zu einer Entstandardisierung des Normalarbeitsverhältnisses. D.h. weniger beamten- bzw. facharbeitermäßige Arbeitsverträge, sondern befristete Arbeitsverträge, Leiharbeit, geringfügig bezahlte Arbeit, neue Selbständigkeit sind auf dem Vormarsch. Moderne Informations- und Kommunikationstechniken, damit zunehmende inner- und überbetriebliche Vernetzung (just in time) breiten sich rasant aus; dies bedeutet "Computerarbeit" bei fast jeder Tätigkeit. Die Chemisierung der Produktion schreitet ebenso weiterhin fort. Segmentierung des Arbeitsmarktes in gute Jobs mit Forderungen nach Hoch- und Höchstqualifikation auf der einen Seite, schlecht bezahlte Gelegenheitsjobs auf der anderen Seite, führt zu einer noch stärkeren Spaltung des Arbeitsmarktes. Strukturelle Arbeitslosigkeit faktischer Art bzw. drohender Arbeitsplatzverlust bestimmen Schicksale von Erwerbspersonen. Die demographische Entwicklung führt zu einer Gesellschaft mit langem Leben. Der Anteil der unter dreißigjährigen Erwerbspersonen in Deutschland ist mittlerweile geringer als der Anteil der über fünfzigjährigen. Im Jahre 2020 wird das Verhältnis 20 % zu 40 % sein. Die Migration, d.h. legale bzw. illegale Zuwanderung aus anderen Ländern wird zukünftig Situationen auf den Teilarbeitsmärkten stark bestimmen.

Diese Prozesse bzw. darauf reagierende Verhaltensweisen der Unternehmen lassen sich unter dem Begriff Rationalisierung zusammenfassen. Man kann eine technische, ökonomische und soziale Rationalisierungsstrategie unterscheiden. Allerdings werden sie immer zusammen angewandt, sowohl in den Betrieben als auch zwischen den Betrieben. Man spricht deshalb auch von einer systemischen Rationalisierung zur Steigerung von Profitabilität, Produktivität und Effektivität und dies in einer betriebswirtschaftlichen und weniger nationalökonomischen, erst recht nicht in einer gemeinwirtschaftlichen Bilanzierung.

Welche Gefahren für Leben und Gesundheit, welche Belastungen und Beanspruchungen ergeben sich aus den Realisierungen dieser Entwicklungen an den je konkreten Arbeitsplätzen, bei den je konkreten Arbeitspersonen?

Es sei gleich gesagt, wir wissen darüber systematisch und differenziert wenig. Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung ist defizitär. Die für den betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutz zuständigen staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen haben bislang keine entsprechenden Anstrengungen zum Monitoring, Controlling, d.h. zur Transparenz unternommen. Die arbeitsmedizinischen Institute an Universitäten fallen auch nicht als Innovationsträger auf diesem Sektor auf. Arbeitsmedizinische Dienste der Berufsgenossenschaften üben sich im Aufbau einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung.

Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Dublin hat 1996 eine zweite europäische Umfrage über Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme an 1.000 ArbeitnehmerInnen je Mitgliedsstaat durchgeführt. 30 % klagen über arbeitsbedingte Rückenschmerzen und psychosozialen Stress, 37 % führen repetitive und 45 % monotone Tätigkeiten aus. Körperliche Risiken, wie Lärm, gefährliche Arbeitsstoffe sowie Heben und Tragen schwerer Lasten sind sehr verbreitet (Europäische Stiftung 1997).

Im eigenen Forschungszusammenhang wurden Studien zu Belastungen und Beanspruchungen und Erwartungen bei Erwerbstätigen mittels Befragungen durchgeführt.



Aus der Studie über 6.300 Erwerbstätige in Bremen und umzu im Jahre 1993 lassen sich grob folgende Schlüsse ziehen: Am radikalsten nehmen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Zunahme psychischer Belastungen wahr: Arbeitstempo und Hektik, Belastungen durch den Einsatz von EDV und neuen Technologien, Leistungsdruck und Erfolgszwang. Etwa zwei Drittel aller Beschäftigten erkennen hier Veränderungen, und zwar ganz überwiegend negativer Art. Spürbar bleiben jedoch auch gestiegene Anforderungen zur Weiterbildung, der Druck Neues zu lernen sowie das Risiko des Arbeitsplatzverlustes (Marstedt u.a. 1993).

Diese Ergebnisse decken sich mit den repräsentativen Befragungsdaten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit aus dem Jahre 1991/92, sowie mit den neueren Daten dieses Instituts aus dem Jahre 1996. Etwa 20 bis 30 % aller Beschäftigten klagen über klassische Belastungen wie Heben und Tragen schwerer Lasten (20 kg), Lärm, Gase, Stäube, Dämpfe, klimatische Belastungen, Zwangshaltung und Schichtarbeit. Die psychisch-sozialen Belastungen werden deutlich häufiger genannt; so wird Zeitdruck, Streß, Monotonie, starke Konzentration von rund 50 bis 60 % der Befragten artikuliert (Janssen, Stooß 1993).

Ähnlich sind auch die Befunde unserer Untersuchung von 3.763 Auszubildenden im Handwerk in Nordrhein-Westfalen, die wir Ende 1996 Anfang 1997 befragt haben. 30 bis 40 % geben starke bzw. sehr starke körperliche Belastungen und Beanspruchungen an. Ebenso häufig klagen sie über schlechte Arbeitsplatzumgebungsbedingungen. Psychosozialer Streß, wie Zeitdruck und Hektik, wird von fast 50 % angegeben (Marstedt, Müller 1997).

Als Fazit läßt sich festhalten: Es bestehen die klassischen Belastungen und Beanspruchungen fort, zu denen die Arbeitsmedizin als Pathologie, Physiologie und Toxikologie entsprechende Aussagen gemacht hat. Weiterhin sind und werden in einer beträchtlichen quantitativen und qualitativen Größenordnung die psycho-sozialen Belastungen und Beanspruchungen relevant. Hier zeichnet sich eine zunehmende Tendenz ab.

Neue Anforderungen an die Arbeits- und Betriebsmedizin erwachsen ebenfalls aus den gestiegenen kulturellen und sozialen Ansprüchen an die Qualität der Arbeit. Demoskopische Umfragen und eigene Studien zeigen, daß eine emotional positiv gefärbte Erfahrung der Arbeitstätigkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen hat. Andererseits wird aber auch sichtbar, daß die Anspruchs- und Interessensprioritäten in den letzten 15 Jahren relativ konstant geblieben sind und arbeitsinhaltliche Aspekte auch in Relation zu materiellen und konsumptiven Ansprüchen nach wie vor überwiegen. Die Bedeutung von Erwerbsarbeit als zentraler Wertorientierung liegt immer noch hoch und ist in dem mittleren Lebensjahren am höchsten, allerdings abhängig von Niveau der Ausbildung. Beruf und Erwerbsarbeit haben nach wie vor einen hohen Stellenwert in den Lebensentwürfen junger Menschen. Insbesondere bei jungen Frauen hat deren Bedeutung noch zugenommen. Allerdings haben die Ansprüche nicht mehr den Ausschließlichkeitscharakter wie in früheren Jahrzehnten. Arbeit und Beruf sind ein gleichberechtigter Lebensbereich wie Familie, Freizeit und Konsum.

Von erheblicher Bedeutung ist in den letzten Jahren der Wunsch nach mehr Zeitsouveränität, d.h. also nach betrieblichen Arbeitszeitregelungen gewachsen, die im

Einklang mit familiären und sozialen Interessen stehen. Die Ansprüche hoch qualifizierter Arbeitnehmergruppen waren schon immer in sehr starkem Maße auf inhaltlich anspruchsvolle, selbstverantwortliche und entscheidungskompetente Tätigkeiten gerichtet. Seit einigen Jahren wird jedoch deutlich: Interessen an arbeitsplatznaher Mitbestimmung und Partizipation, ebenso wie Erwartungen im Hinblick auf einen demokratischen Führungsstil und eine soziale Anerkennung von Leistungsbereitschaft, haben ihren elitären Charakter weitgehend verloren. Sie sind inzwischen bei allen Beschäftigtengruppen verbreitet und dort auch als vorrangige Veränderungsprioritäten in der Arbeitswelt maßgeblich.

In den letzten Jahren hat die Orientierung an Gesundheit und gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen ebenfalls eine starke Aufwertung erfahren. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, ausgehend von Arbeitsstoffen, Umgebungseinflüssen oder schwere körperliche Belastungen, die als Risiko angesehen werden, unterliegen nicht mehr ohne weiteres einem Verdrängungs- oder Bagatelisierungsmechanismus (Marstedt, Mergner 1995).

Nun zu dem dritten Komplex, den sozialstaatlichen Anforderungen an die Arbeits- und Betriebsmedizin, wie sie sich aus den neuen, der Public-Health-Tradition verpflichteten Konzeptionen des betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes ergeben und welche durch die Regelungen der Europäischen Union im wesentlichen geprägt sind.

Arbeits- und Betriebsmedizin ist beteiligt an den drei Funktionen sozialstaatlicher Aufgabenstellungen:

- In der Schutzfunktion haben beide bei der Prävention und Rehabilitation gegenüber arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Schädigungen mitzuwirken.
- Bei der Verteilungsfunktion hat die Arbeits- und Betriebsmedizin zum Ausgleich zwischen Leistungsfähigen und Leistungsbeeinträchtigten in den Betrieben ausgleichend beizutragen.
- In der dritten Funktion, nämlich der Förderung der Produktivität der Beschäftigten, ist sie aufgefordert mitzuwirken, die Gesundheit und damit das Arbeitsvermögen zu erhalten, zu steigern bzw. wiederherzustellen.

Das Wirken von Betriebsmedizin als Teil des Arbeitsschutzes im Betrieb kann unter der Denkfigur "Public Health in Private Company" diskutiert werden. Arbeitsschutz soll insofern eine wohlfahrtsstaatliche Funktion erfüllen, indem die sozialen Kosten dadurch minimiert werden, daß ein sozialer Schutz des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin mit entsprechender rechtsstaatlicher Gewährung zur Verfügung gestellt wird. Arbeitsschutz als Aktion von Public Health sichert in dieser Sichtweise die Individualrechte des einzelnen Arbeitnehmers/der einzelnen Arbeitnehmerin in Bezug auf das grundgesetzlich garantierte Recht auf Unversehrtheit des Körpers, also Gesundheit.

Eine solche explizite Public Health-Orientierung in einer wohlfahrtsstaatlichen bzw. sozialstaatlichen Rahmung, eben nicht nur orientiert an den Schädigungen und Risiken, sondern an der Gestaltung und Aufrechterhaltung von Gesundheit, findet sich in den fortschrittlichen Richtlinien und Regelungen der Europäischen Union, die mittlerweile nationales Recht geworden sind. Orientierte sich der Arbeitsschutz früher an

Schädigungen und Gefährdungen physikalischer, chemischer und biologischer Art, so ist die normative Orientierung in den neuen Arbeitsschutzregelungen Gesundheit, Gesundheitsförderung, Aufrechterhaltung von Produktivität sowie Vereinbarkeit von persönlicher Disponibilität mit den Arbeitsanforderungen. Die neuen Arbeitsschutzregelungen haben die Rechte des Arbeitnehmers im Sinne einer zivilgesellschaftlichen Intention gestärkt. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben das Recht auf Beratung und Information über Risiken und über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung sowie auf Beratung in mit der beruflichen Tätigkeit zusammenhängenden Gesundheitsproblemen. Gestärkt wurden in gewisser Weise ebenso Partizipationsrechte. Die Ausdehnung des Public Health-Prinzipes in der Produktionssphäre einschließlich der Dienstleistungsarbeit kommt weiterhin darin zum Ausdruck, daß die neuen Arbeitsschutzregelungen der Europäischen Union auf die gesamte Erwerbsbevölkerung ausgedehnt wurden, somit müssen sich auch Klein- und Kleinstunternehmer diesen Anforderungen wohlfahrtsstaatlicher Intervention unterwerfen und haben sich normativ an der Sicherung und Erhaltung von Gesundheit zu orientieren.

Das Arbeitsschutzgesetz und die verschiedenen Richtlinien, von der Europäischen Union angestoßen und formuliert, sowie das Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 und zusätzlich die neuen berufsgenossenschaftlichen Regelungen für den Einsatz von Betriebsärzten verlangen von der Betriebsmedizin:

- Beratung und Mitwirkung bei den Pflichten des Arbeitgebers, die Arbeit so zu gestalten, daß eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird;
- Unterstützung des Arbeitgebers, daß der Arbeitgeber in der Lage ist, Gefahren an ihrer Quelle zu bekämpfen. Bei diesen Maßnahmen sind der Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen.
- Mitwirkung bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen des Arbeitsschutzes. Diese sind mit folgendem Ziel zu planen: Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen sind aufeinander zu beziehen; soziale Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz sind sachgerecht zu verknüpfen; spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen sind zu berücksichtigen; den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen.

Betriebsärzte/-ärztinnen haben die Arbeitgeber dabei zu unterstützen, die mit der Arbeit verbundenen Gefährdungen zu ermitteln und Maßnahmen des Arbeitsschutzes vorzuschlagen. Vom Betriebsarzt/-ärztin wird eine spezifische Kompetenz zur Beurteilung der Gefährdungen verlangt. Das neue Arbeitsschutzgesetz hat folgendes Verständnis von Gefährdung: Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben

1. durch die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
2. durch physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
3. durch die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
4. durch die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
5. durch unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.

Das Arbeitssicherheitsgesetz verlangt ähnliche umfangreiche Kompetenzen von den Betriebsärzten und -ärztinnen. Nach § 3 gehört es zu ihren Aufgaben, den Arbeitgeber in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen, insbesondere mitzuwirken bei der Planung, Ausführung, Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen, bei der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen, bei der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln, bei arbeitsphysiologischen, -psychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen, insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, bei der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung, bei der Organisation der Ersten Hilfe und bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß.

Die Forderungen des Staates, der Sozialpolitik und damit des öffentlichen Interesses, wie das "Gemeinwohl", verlangen von der Betriebsmedizin als Institution wie von den einzelnen Betriebsärzten und Betriebsärztinnen, sehr viel. Die Anforderungen an ihre Kompetenz sind sehr vielseitig und komplex. Sie reichen von der Arbeitsanalyse über die menschengerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen, die Beratung von Management bzw. Betriebsrat bis hin zur Untersuchung sowie Beratung von einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Die Aufgaben sind von einem Betriebsarzt bzw. einer Betriebsärztin als Einzelperson nicht zu erfüllen. Betriebsärzte sind somit strukturell überfordert.

Die Frage ist nun, ob die Betriebsmedizin als Institution personell, inhaltlich, qualifikatorisch und von ihrer arbeitsrechtlichen Ausstattung her in der Lage ist, diesen Ansprüchen wohlfahrtsstaatlicher Sicherungspolitik Genüge zu tun.

Für die Arbeitsmedizin gilt nun Folgendes: Die komplexen Belastungs- und Beanspruchungssituationen, mit dem besonderen Gewicht der psychosozialen Beanspruchungen, sind nicht mit den Modellen der Arbeitspathologie, Arbeitsphysiologie und Toxikologie analytisch zu erfassen und von daher ergeben sich daraus auch keine präventiven bzw. rehabilitativen Strategien. Die Arbeitsmedizin hat sich kaum um eine psychosomatische Krankheitslehre bemüht. In einem solchen Krankheitsmodell wären die modernen Erkenntnisse der Streß- und Ressourcenforschung, einschließlich der biographischen Medizin, zu integrieren. Hierzu liegen entsprechende Konzeptionen vor. Auf der theoretischen Ebene geht es allerdings nicht mehr nur um Risiko und Krankheits- Schädigung, sondern um die Frage: Was hält Menschen gesund auch in schwierigen Situationen? Zu dieser Frage wurden salutogenetische Konzeptionen als komplexe Modelle der Streßforschung, der Psychoimmunologie und der Soziologie entwickelt. In präventiven und rehabilitativen Strategien sowie Verfahren der Gesundheitsförderung sind sie zum Teil eingeflossen (Hazard 1997).

Für die Betriebsmedizin läßt sich aus dieser Bilanzierung schließen, daß der Rückzug auf die Diagnostik am Menschen auch mit der Perspektive der Früherkennung von Krankheitszeichen nicht mehr ausreicht, sondern Arbeitsanalyse und Beratung der Akteure im Betrieb eine Erweiterung des Wissenskanons und der Sichtweise sowie eine Kompetenz zur Kooperation mit anderen expertlichen Kompetenzen, wie Ingenieurwissenschaft, Arbeitspsychologie und -soziologie, ansteht. Derzeit laufende eigene Studien über das Handeln von Betriebsärzten und ihre Fähigkeit und Bereit-

schaft zur Kooperation zeigen, daß hier noch ein erheblicher Qualifizierungsbedarf besteht. In einer generellen Wertung sprechen wir davon, daß Betriebsärztinnen und Betriebsärzte erst auf dem Weg zur Professionalisierung sind.

Für die Arbeits- und Betriebsmedizin läßt sich bilanzierend auch das Urteil fällen, welches für den Gesundheits- bzw. Krankheitssektor insgesamt gilt und als Public-Health-Paradoxon gekennzeichnet wird: Es gibt eine wachsende Einsicht in die gesellschaftliche Bedingtheit von Gesundheit, Krankheit und Sterblichkeit einerseits und dem tatsächlichen Investitionsverhalten von Staat und Sozialversicherungen bzw. privaten Haushalten andererseits, in die Akutmedizin, in die Klinik und die High-Tech-Medizin zur Beherrschung somatischer Prozesse und nicht in diejenigen Instrumente und Verfahren, die auf eine präventive Beeinflussung sozialer gesundheitsförderlicher, krankheitsvermeidender Strategien abstellen. So haben Länder wie Japan, Spanien und Portugal in den letzten 40 Jahren große Sprünge in der Lebenserwartung gemacht mit vergleichsweise bescheidenen Investitionen in ihr Krankenversorgungswesen (Evans u.a. 1994). Die WHO formulierte dieses gesundheitspolitische Paradox folgendermaßen: Die Forschung zeige immer deutlicher, daß das Gesundheitswesen nur eine relativ begrenzte Wirkung habe und der gesundheitliche Gesamtzustand überwiegend durch Verhaltens- und Lebensweisen, den sozioökonomischen Status und Umweltbedingungen bestimmt werde. Die Beschäftigung mit den wichtigsten Determinanten von Gesundheit setzt einen breiten sektorübergreifenden Ansatz und die Stärkung der Public-Health-Funktion im Gesundheitswesen voraus (WHO 1996). In dieser Perspektive haben Arbeits- und Betriebsmedizin ihre Zukunft noch vor sich.

## **8. Qualitätssicherung in der Betriebs- bzw. Arbeitsmedizin als Teil des Medizinsystems**

Eine Diskussion über Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement in der Betriebsmedizin hat von einigen grundlegenden Sachverhalten auszugehen, die im folgenden eher summarisch angesprochen werden.

Die Betriebsmedizin wird sich, wie andere Disziplinen der Medizin, ebenfalls der Frage nach Effektivität, Effizienz bzw. Kosten-Nutzen stellen müssen. Als Teil der betrieblichen Kalkulation und betriebswirtschaftlicher Überlegungen ist sie es bereits heute schon. Diese Herausforderung gilt generell für den Arbeitsschutz. Auf europäischer Ebene existiert hierzu eine Debatte (Bundesanstalt für Arbeitsschutz 1996, Behrens, Westerholm 1996). Volks- und betriebswirtschaftliche Verfahren zur Begründung für die Wirtschaftlichkeit von Arbeitsschutz sind in den letzten Jahren verschiedentlich versucht worden (Thiehoff 1990; Krüger u.a. 1993). Allerdings scheitern die Theoreme und Modelle für eine breite Konsensstiftung an dem "Wirtschaftlichkeits"-Begriff - eine zentrale, aber nicht ausschließliche Dimension betrieblichen bzw. volkswirtschaftlichen Handelns (Zukunftskommission der Friedrich-Ebert-Stiftung 1998).

Wegen der ökonomischen Anforderung unterliegt die Betriebsmedizin ebenso einer Ökonomisierung und Rationalisierung wie andere Dienstleistungen auch. Markt- bzw. Wettbewerbsmechanismen gelten für die Betriebsmedizin bereits heute. Ob dies zu einer größeren Wirtschaftlichkeit (Effektivität) und zu einer optimalen Wirk-

samkeit (Effizienz), also Qualität der betriebsmedizinischen Versorgung geführt hat, steht in Frage, denn eine systematische Evaluation der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität steht bislang für die Betriebsmedizin wie auch für andere Disziplinen der Medizin aus.

Die "Ökonomisierung" der Betriebe hat zur Folge, daß die externe Kontrolle der Qualitätssicherung durch Staat, Berufsgenossenschaft oder durch Zertifizierungen der betriebsärztlichen Dienste durch ermächtigte Institutionen an Zahl und an Qualität zunehmen wird.

Die Frage nach der Qualität ihrer Dienstleistung wird der Betriebsmedizin von ihren "Kunden" bzw. Auftraggebern, nämlich den Betrieben, verstärkt in aller Schärfe gestellt werden.

Deshalb wird die Betriebsmedizin mit ihren professionellen, individuellen und kollektiven Akteuren sich dem Zwang zur (freiwilligen) Qualitätssicherung bzw. zum Qualitätsmanagement und damit einer systematischen wissenschaftlichen Evaluation nicht entziehen können.

Die Betriebsmedizin wird im Zuge dieses Prozesses als Ganzes und in ihren Teilen mit den zwei Definitionen von Donabedian konfrontiert werden. Wenn danach Qualität der Medizin sich an der Verbesserung der Gesundheit der Klienten bemißt, dann stellt sich die Frage: Trägt die Betriebsmedizin zur Verbesserung der Gesundheit der Erwerbsbevölkerung bzw. der Belegschaften bei? Wenn medizinische Qualität erreicht wird, indem die Erwartungen und Standards der Klienten, der Betriebe, der Öffentlichkeit, des Staates erfüllt werden, so die 2. Definition von Donabedian, welche Erwartungen formulieren die Partner der Betriebsmedizin? Gibt es eine öffentliche und teilöffentliche Debatte über die Qualität der Betriebsmedizin oder wirkt auch bei dieser medizinischen Disziplin wie im gesamten Gesundheitssystem die Anbieterdominanz der Medizin? Da die „Marktstellung“ der Betriebsmedizin deutlich schwächer und die Nachfrage erheblich mächtiger ist, kann von einer Anbieterdominanz nicht gesprochen werden.

Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement in der Betriebsmedizin macht eine systematische und differenzierte Evaluation der Praxis und Theorie sowie des heimlichen Lehrplanes und auch des nicht expliziten Selbstverständnisses der Akteure notwendig.

Das Spektrum der Evaluationsmaßnahmen wurde vorne angesprochen und reicht von qualitativen Methoden, wie Befragung, Konsensuskonferenzen, Qualitätszirkeln (d.h. z.B. peer review-Gruppen oder Balintgruppen oder self audit-Verfahren) über Analyse und Bewertung von routinemäßig gesammelten Daten bis hin zu epidemiologischen bzw. sozialwissenschaftlichen quantitativen Studien. Außerdem kommen Kosten-Nutzen- und Kostenwirksamkeitsanalysen zum Einsatz. Mit solchen Verfahren wird nach der Strukturqualität des betriebsärztlichen Handelns gefragt. Die Determinanten der Struktur für das betriebsärztliche Handeln wurden vorne genannt. Es sind rechtliche Anforderung, vertragliche Regelung, berufliche Ausstattung. Zum letzten Punkt gehören arbeitsmedizinisches Wissen (Qualifikation), technische Ausstattung und Honorierung bzw. Finanzierung sowie Kontextfaktoren, die das betriebsärztliche Handeln wesentlich beeinflussen. Als Kontextfaktoren sind zu nennen die Größe des Betriebes, Zugehörigkeit zur Branche, Sozialverfassung des Betrie-

bes (Mitbestimmung). Selbstverständlich ist hier auch die zeitliche Struktur der betriebsärztlichen Tätigkeit von Bedeutung.

Bei der Evaluation der Prozeßqualität wird die Organisation und die Durchführung des betriebsärztlichen Handelns analysiert. Es geht um die Leistungserwartungen bzw. um die Anforderungen seitens der Vertragspartner und deren Bearbeitung durch die Betriebsärzte. Für das betriebsärztliche Handeln gelten insbesondere gesetzliche Anforderungen wie die des Arbeitssicherheitsgesetzes. Die Tabelle zeigt Ergebnisse der Befragung von 502 Betriebsärzten in den Jahren 1993 , wie sie den Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes nachkommen und mit Fachkräften für Arbeitssicherheit kooperieren (Müller u.a. 1992).

Tabelle

Umfang der Wahrnehmung betriebsärztlicher Tätigkeit			Die Kooperation mit den Sicherheitsfachkräften ist (in %)		
		%	gut	zufriedenstellend	ungenügend
Beratung/Planung von Betriebsanlagen	oft/häufig	16	17,4	3,8	0,9
	manchmal	19	22,4	3,5	1,5
	selten/nie	45	37,5	9,4	3,5
Beratung/Planung von sozialen und sanitären Einrichtungen	oft/häufig	26	29,9	5,0	0,9
	manchmal	24	25,8	4,7	2,3
	selten/nie	33	22,0	6,7	2,6
Unterstützung bei Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln/-verfahren	oft/häufig	14	16,9	2,7	1,2
	manchmal	24	27,8	4,4	0,9
	selten/nie	42	32,5	9,8	3,8
Beratung bei der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln	oft/häufig	44	49,0	8,7	2,9
	manchmal	16	17,8	2,6	1,2
	selten/nie	21	11,1	5,0	1,7
Beratung bei Fragen zum Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und Pausenregelungen	oft	11	14,3	0,9	0,6
	manchmal	22	25,3	5,1	1,5
	selten/nie	47	38,1	10,4	3,9
Beratung zum Arbeitsablauf, der Arbeitsplatzumgebung und der Arbeitsplatzgestaltung	oft	30	35,0	3,8	1,8
	manchmal	23	22,6	7,4	0,6
	selten/nie	29	19,7	5,6	3,5
Beratung/Unterstützung bei der Organisation 'Erste Hilfe' im Betrieb	oft	52	60,7	9,5	2,9
	manchmal	12	11,6	3,5	1,2
	selten/nie	17	5,5	3,5	1,7
Beratung zum Arbeitsplatzwechsel und der Ein-/Wiedereingliederung Behinderter	oft	48	53,6	9,3	3,2
	manchmal	14	13,9	3,2	0,6
	selten/nie	21	10,1	4,1	2,0
Unterweisungen Beschäftigter in Fragen und Anforderungen des Arbeitsschutzes	oft	43	46,2	7,3	3,5
	manchmal	19	19,2	4,4	0,9
	selten/nie	20	12,8	4,4	1,5

Die Analyse der Ergebnisqualität fragt nach dem Zielerreichungsgrad des betriebsärztlichen Handelns.

Welche Ziele, Zielgrößen, Indikatoren hat die Betriebsmedizin als Disziplin insgesamt und welche haben die jeweiligen betriebsärztlichen Einrichtungen, d.h. Zentren oder auch die allein wirkenden Betriebsärzte für sich formuliert?

In einer eigenen Studie wurde dieser Frage nachgegangen und untersucht, welche Bedingungen für die Entwicklung eines gelungenen professionellen Handelns, auch als professioneller Habitus bezeichnet, wichtig sind. Wie gesagt, sind Vertrag und Gesetze sowie die Ausstattung und die betrieblichen Kontextfaktoren für das berufliche Verhalten von Bedeutung. Wir haben gefragt, ob im Bereich des betriebsärztlichen Rüstzeugs die Qualifizierungsthese - also die formale Ausbildung und der Ort ihres Erwerbs - die entscheidende Variable für die Entwicklung des professionellen Habitus ist. Weiterhin haben wir analysiert, ob eher der betriebliche Kontext, nicht



aber die mitgebrachten Merkmale der Betriebsärztinnen und -ärzte die betriebsärztlichen Handlungsmuster bestimmen. Weiterhin haben wir versucht herauszufinden, ob nicht die gesetzlich verlangten Interaktionsbeziehungen einen Einfluß auf die Qualität des beruflichen Handelns haben. Selbstverständlich kann es zwischen diesen 3 Thesen in einer multivariaten Analyse Mischungen geben. Wir gehen davon aus, daß zumindest die ersten beiden Thesen, die Qualifizierungs- und die Betriebskontextthese einige Plausibilität hatten als Bedingung für die Qualität des betriebsärztlichen professionellen Handelns.

Ein Ergebnis in diesem Zusammenhang ist folgendes: Lange kurative Berufspraxis, also Tätigkeit in der Klinik und auch in einer Spezialdisziplin, erschwert eine Orientierung auf eine präventive populationsbezogene Tätigkeit ohne eigentliche Patienten. Auch in unseren Intensivinterviews wurden die persönlichen Schwierigkeiten angesprochen, daß man als Betriebsarzt nicht mit kurativ zu behandelnden Patienten zu tun habe. Als Konsequenz aus diesem Ergebnis müßte man verlangen, daß eine Ausbildung in der Klinik oder in einer niedergelassenen Spezialpraxis nicht mehr als eine adäquate berufliche Sozialisation für Betriebsärzte angesehen werden dürfte. Diese Qualifikationsthese läßt sich auch so deuten, daß wie im Gesundheitswesen insgesamt, so auch in diesem Bereich eine Anbieterdominanz der Ärzte existiert. Die Sozialisation in der kurativen Medizin prägt nicht unwesentlich die Orientierung und das Verhalten von Betriebsärzten.

Die zweite These prüft den Einfluß des betrieblichen Kontextes. Als Ergebnis läßt sich summarisch festhalten: Trotz großer Unterschiede in der Darstellung der eigenen Tätigkeit scheint die betriebsärztliche Profession ein so klares Berufsbild zu haben, daß sie relativ unabhängig vom betrieblichen Kontext ihre Standards einzuhalten angibt.

Die Betriebsgröße stellt weniger als erwartet eine Einschränkung darin dar, die Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes sich zu eigen zu machen (Behrens, Müller 1993).

Betriebsärztliche Dienste und Arbeitsmedizinische Zentren gleich welcher Rechtsform werden wie Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen mit den Konzepten und Strategien von Qualitätsmanagement, wie es mit der DIN ISO 9000 in den Betrieben mehr und mehr Praxis wird, nachkommen müssen. Betriebsärztliche Dienste werden sich um eine Zertifizierung durch entsprechende Institutionen bemühen und damit eine Transparenz ihres Handelns auf der strukturellen, prozessualen und auch Ergebnisebene herstellen. Auch wenn bislang eine derartige Strategie von total quality management nicht auf breiter Basis durchgesetzt ist, so werden sich in absehbarer Zeit die Vorschläge zur umfassenden Qualitätssicherung für Krankenhäuser auch an arbeitsmedizinische Zentren richten.

In Analogie zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird auch in der privaten bzw. individuellen Betreuung durch einzelne Betriebsärzte/-ärztinnen ein Qualitätsmanagement gefordert werden. Die isolierte Tätigkeit von einzelnen Betriebsärztinnen und -ärzten erschwert diese Qualitätssicherungsarbeit. Die Versuche über Qualitätszirkel, Ärzte aus ihrer isolierenden Einzelpraxis herauszulösen, werden auch für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte thematisiert werden. Bislang gilt auch hier das Prinzip der Freiwilligkeit.

Für diesen Typus der betriebsärztlichen Betreuung wird es auch notwendig sein, gemeinsam mit den Vertretern anderer Formen betriebsärztlicher Betreuung einen Grundkonsens über die Standards, die Verfahren, die Ziele, die Handlungsroutinen, über Dilemmata, über fördernde und behindernde Faktoren des professionellen Tuns sich zu verständigen. Qualitätszirkel werden sich auch hier als besonders fruchtbare Methoden bzw. Medien erweisen, in denen die komplexen Problemlagen und Anforderungen in der betriebsärztlichen Praxis transparent gemacht werden und Lösungsalternativen nachvollziehbar offengelegt werden. In Analogie zur ambulanten medizinischen Versorgung wird es auch hier darauf ankommen, ganzheitliche Perspektiven und Ansätze und nicht nur die medizinischen bzw. technischen, sondern auch die psychischen und sozialen Dimensionen von Erwerbsarbeit, Gesundheit und Krankheit aufzunehmen. Eine solche Form der Evaluation des eigenen beruflichen Tuns, in der die alltägliche Arbeit zum Reflexionsgegenstand von Qualitätssicherung gemacht wird, wird zu einem gestärkten Selbstbewußtsein führen und zugleich eine theoretische Fundierung betriebsärztlichen Handelns zur Folge haben.

Allerdings steht auch zu befürchten, wie es Abholz (o. J.) für die ambulante Medizin getan hat, daß Qualitätssicherung sich auf die Sicherung des medizinischen Handwerkszeugs, also auf technische, apparative bzw. diagnostische Verfahren beschränkt und weniger das ärztliche Handeln als soziales Handeln im sozialen Kontext Betrieb zum Gegenstand macht.

## **9. "Grundlagenkonzept" "Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung" des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.**

Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. hat zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung ein Grundlagenkonzept vorgelegt. Da dieses Papier die Verbandsmeinung der Betriebs- und Werksärzte wiedergibt, sollen einige kritische Kommentare dazu gemacht werden, um auch den innerverbandlichen Diskussionsprozeß zu fördern.

Das Papier löst den Anspruch Grundlagenkonzept nicht ein. Es findet keine systematische Auseinandersetzung um die Fragen der Qualität, Qualitätssicherung und damit eben auch der betrieblichen Praxis bzw. den vielfältigen Formen des Handelns bzw. Nichthandelns von Betriebsärzten in ihren jeweiligen Kontexten statt. Notwendig wäre eine systematische Aufbereitung der Bedingungen, Situationen, Anforderungen und Strukturen und Selbste deutungen für diesen gesellschaftlichen Bereich. Es wird kein expliziter Bezug auf die Diskussion, die Standards, die Verfahren der Qualitätssicherung in der industriellen Produktion, der Dienstleistungsarbeit, der Krankenhausarbeit oder auch der Medizin genommen. Die Aussage, daß jede Qualitätssicherung auf zwei Annahmen beruht, nämlich einen Zusammenhang von Struktur und Prozeß sowie Prozeß und Ergebnis, ist so zunächst einmal plausibel. Allerdings sind Strukturprozeß und Ergebnis nicht so determiniert, wie hier angedeutet, sondern Prozeß und Struktur sind eben auch bestimmt über die intendierten Ziele, die Vorgaben, die Normen, wie sie sich aus sozialstaatlicher Regulierung, aus den Ansprüchen der Betriebe wie auch den Erwartungen und Bedarfen und Bedürfnissen der ArbeitnehmerInnen ergeben. Es gibt nicht notwendigerweise einen Determinismus zwischen Struktur, Prozeß und den Ergebnissen. Unterschlagen wird auch in dieser Perspektive, daß es bei jedem strategischen Handeln oder überhaupt

menschlichem Handeln nichtintendierte Ergebnisse und Effekte gibt. Häufig überwiegen sie sogar und sind in ihren Folgewirkungen eminenten als die intendierten Ergebnisse. Die Aussage, daß es um Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit und dabei um ein Spannungsverhältnis von Aufwand von Kosten-Nutzen geht, ist nicht explizit ausgeführt. Sinnvoll wäre es hier gewesen, Bedarf und Bedürfnis zu entfalten oder sich z.B. an den Zielkategorien der Arbeitswissenschaft, des Arbeitsschutzes zu halten: Schädigungslosigkeit/Erträglichkeit, Ausführbarkeit, Zumutbarkeit/Beeinträchtigungsfreiheit, Zufriedenheit, Persönlichkeitsförderlichkeit, Sozialverträglichkeit/Beteiligung der Arbeitenden. So wird auch nicht Bezug genommen auf die Kriterien von Produktivität im Sinne der Sicherung und Steuerung der Humanressourcen, der Arbeitskraft im Betrieb. Bereits in diesen ersten Eingangsaussagen wird deutlich, daß der Verband bzw. der Autor/die Autorin ein recht unterentwickeltes theoretisches Verständnis von dem Handeln von Betriebsärzten hat, sowohl auf der Makroebene (Stichwort: Sozialstaat und Produktivität) wie auch auf der Ebene des Betriebes bzw. der Branche (Mesoebene; Stichworte: Produktivität, Wirtschaftlichkeit, Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit), ebensowenig auf der Ebene des Individuums (Mikroebene; Stichworte: Sicherung der Humanbedürfnisse, existentielle Sicherung, Gratifikation, Partizipation, sinnhafte Tätigkeit und selbstverständlich Gesundheitssicherung).

Bemerkenswert ist die Aussage, daß die Medizin dem Sozialversicherungssystem zuzurechnen ist und somit in das sozialpolitische Sicherungssystem eingebaut ist. So wie die allgemeine klinische und ambulante Medizin nicht in einer eigenständigen Autonomie über Qualität und Ziele sowie ihr eigens Handeln bestimmen kann und auch real nicht bestimmt, so sollte auch die Betriebsmedizin nicht ausschließlich der Interaktion von Betrieb und Betriebsarzt zugerechnet werden, sondern in einen sozialpolitischen Verantwortungskontext gestellt werden und hier viel deutlicher die Verantwortung der Berufsgenossenschaften angesprochen werden. Ebenso ist hier die staatliche Gewerbeaufsicht selbstverständlich gefordert.

In den Aussagen zu "Qualität als Wettbewerbsfaktor" hätte stärker auf die modernen Management-Strategien der Qualitätssicherung bzw. der Qualitätsverbesserung eingegangen werden können und die gemeinsamen Intentionen von Qualitätssicherung und Sicherung der Humanressource bzw. der Arbeitskraft herausgestellt werden müssen. Auf den Zusammenhang von Qualifikation der Mitarbeiter, der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit, wird allerdings hingewiesen. Doch gerade hier ist zu fragen, wie weit die Arbeits- und Betriebsmedizin ein theoretisches und ein methodisches Inventar hat, um zu einer Optimierung dieses Verhältnisses in ihren alltäglichen Handlungsmustern zu kommen. Der Hinweis auf die Ergonomie ist hier völlig unzulänglich, weil es notwendig ist, wenn man auf die psychischen, sozialen und eben auch leiblich-körperlichen Wohlbefindensdimension Einfluß nehmen will, die sozialen und psychomentalen Prozesse beeinflussen und Kontextbedingungen moderieren muß. Die Feststellung von Mall in seiner Arbeit "Total Quality Management, ISO 9000 und die betriebliche Arbeitsmedizin", daß in vielen Betrieben immer noch bis zu 90 % der betriebsärztlichen Einsatzzeit für Mitarbeiteruntersuchungen verwendet wird (Mall 1994), muß als schwerwiegende Kritik eines Kenners der Betriebsmedizin an der Qualität der praktischen Betriebsmedizin gewertet werden. Wenn dies wirklich so ist, dann ist erstens dieses Faktum zu kritisieren und zweitens kritisch zu fragen, was bringen solche diagnostischen Maßnahmen für die Ziele der Arbeits-/Betriebsmedizin und des Betriebes und auch des einzelnen Individuums.

Eine Bilanzierung bzw. Evaluation der tatsächlichen Situation ist dringend erforderlich. Das schlichte Postulat, Betriebsärzteebetreuung sei ein unverzichtbarer Bestandteil (S. 2) und habe von daher eine große Bedeutung, ist somit apologetisch, d.h. argumentativ und empirisch nicht belegt.

Die Aussage auf Seite 2 im "Grundlagenkonzept", betriebsärztliche Betreuung sei als Dienstleistung zu begreifen, ist richtig und erfordert eine theoretische Explikation und daraus abgeleitet eine Entfaltung der Konsequenzen für das medizinisch-ärztliche Handeln im Kontext des Betriebes als Betriebsarzt. Allerdings ist einschränkend darauf zu verweisen, daß der soziologische bzw. betriebswirtschaftliche Begriff der Dienstleistung auf ärztliches Handeln angewandt, die gesellschaftlichen und normativen Verpflichtungen sowie professionellen Orientierungen nicht hinreichend deckt und abbildet. Die ärztliche Behandlung und Betreuung von Sterbenden als Dienstleistung zu qualifizieren, spart wesentliche Dimensionen der Interaktion zwischen Arzt und Patient aus. Zwischenmenschliche Interaktionen, auch im Rahmen von professionellen beruflichen Tätigkeiten, sind nicht ausschließlich unter ökonomischen Kriterien wie Dienstleistungsarbeit zu begreifen. Dennoch eröffnet der Hinweis auf personale Dienstleistungsarbeit im Kontext betriebsärztlichen Handelns wichtige Orientierungen. Es geht nämlich um eine personale Dienstleistung gegenüber den Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen sowie um eine Dienstleistung gegenüber der Institution Betrieb. Es geht also um das professionelle betriebsärztliche Handeln in der Organisation gegenüber den dort beruflich Tätigen wie auch gegenüber der Organisation als Institution und als ein eigenständiges System. Personale Dienstleistung gegenüber den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern hat in Rechnung zu stellen, daß diese Interaktion und Kommunikation im Uno actu-Prinzip erfolgt, die Dienstleistung also nur mit dem anderen Partner, also hier Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin, erfolgen kann. Der Arzt ist also auf die Mitwirkung des Partners/der Partnerin angewiesen. Allerdings ist nun zu fragen, wie die soziale Situation dieser Interaktion in dem jeweiligen spezifischen Kontext betriebsärztlichen Handelns aussieht. Hier sind drei Standardsituationen zu unterscheiden: 1. medizinisch-ärztliche Diagnostik (Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennung), 2. Befragung im Rahmen der Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanalyse des Beschäftigten und 3. Beratung des Beschäftigten und des Managements, bezogen auf Arbeitssituation, Belastung/Beanspruchung, Gesundheitsgefahren und Risiken sowie auf allgemeine gesundheitlich individuelle Probleme, wie auch in Bezug auf zukünftige Einsatz-, Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit.

Dienstleistungsarbeit gegenüber dem Betrieb als Organisation setzt ein Verständnis bei den Betriebsärzten voraus, daß sie eine Organisations- und Personalentwicklung, also eine systemische Veränderung des Betriebes, anstreben mit dem Ziel der Humanisierung der Arbeitswelt. Diese organisationsbezogene Perspektive ist, wenn überhaupt, nur implizit bei den Betriebsärzten vorhanden. Es fehlt in dem professionellen Handlungs- und Wissenskanon jegliche Vorstellung über Einflußnahme auf die Lernsituation, die Innovationsnotwendigkeit und -fähigkeit von Betrieben als Organisation. Im Rahmen der Gesundheitsförderungskonzeptionen und -debatten sind hier wichtige Erkenntnisse aus der Gesundheits- und der Arbeitswissenschaft mittlerweile erarbeitet worden, die von der Betriebsmedizin aufgegriffen bzw. in einen interdisziplinären kooperativen Kontext der "Gesundheitsdienstleister" im und am Betrieb gemeinsam entfaltet werden sollten.

Die auf der Seite 2 im 3. Abschnitt angesprochene Orientierung auf den ganzheitlichen Arbeitsschutz ist so erstmal eine Leerformel und wird über die beiden nachfolgenden Punkte a. (Effektivität), b. (Effizienz), c. (Leistungsfähigkeit) auch nicht ausgefüllt. Der Begriff der Effektivität wird nicht systematisch entfaltet und problematisiert. Der Hinweis auf Daten, auf „Erfolge“ und auf die Defizite wirkt eher hilflos. Sinnvoll wäre es in diesem Kontext gewesen, sich mit den Debatten innerhalb der Arbeitswissenschaft über erweiterte Wirtschaftlichkeitsrechnungen im Arbeitsschutz einzulassen. Nicht nur die präventive Orientierung der Arbeitsmedizin ist in ihren Effekten schwierig abzuschätzen, sondern auch Bildungsmaßnahmen innerbetrieblicher wie außerbetrieblicher Art, bezogen auf die Erwerbstätigkeit, sind nach den üblichen betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkülen nicht monetär zu bewerten. Deshalb sind nicht-monetäre Beurteilungskriterien zu definieren, zu erarbeiten und durch eine methodische Evaluation zu klären. Der Punkt b. (Effizienz) ist ebenso hilflos. Gerade hier steckt die große Fragestellung Mitteleinsatz versus Leistung, also Kosten-Nutzen-Fragen. Wie die Medizin generell, so hat auch die Betriebsmedizin bislang hier Defizite. Im Punkt c. (Sicherung der Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems) wäre notwendig gewesen, die Vielfalt, Heterogenität, Fragmentierung der Landschaft zu charakterisieren und eine problemorientierte Zugangsweise zu benennen. Forderungen nach einer selbstkritischen Beurteilung des eigenen Handelns muß gegenüber Betriebsärzten deutlich formuliert werden. Eine pessimistische Prognose sei hier erlaubt. Betriebsärzte werden ebensowenig wie die Mediziner generell in der Lage sein, eine selbstkritische Bilanzierung nach allen Regeln des methodischen Verfahrens, der theoretischen Fundierung vorzunehmen. Bislang hat auch die klinische Medizin und die ambulante Medizin eine solche Evaluation, gemessen an Indikatoren der Mortalität, Morbidität und des gesundheitlichen Wohlbefindens, kaum oder gar nicht entwickelt. In der klinischen Medizin gibt es derzeit Initiativen, eine solche Bilanzierung vorzunehmen. Zu verweisen ist hier auf die Cochrane-Initiative zu "Evidence Based Medicine" (Bucher u.a. 1996). Der Hinweis auf USA (S. 2) hätte hier systematischer dargestellt werden müssen. Allerdings wäre notwendig gewesen, die unterschiedlichen Kontextbedingungen des betriebsärztlichen Handelns in den USA und in der Bundesrepublik herauszustellen. Betriebsärzte werden dort viel stärker funktionalisiert für Selektion der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, zur Kostenreduktion sowohl im Betrieb wie auch gegenüber den von den Betrieben bezahlten Krankenversicherungen (siehe Beiträge in American Journal of Industrial Medicine, Juni 1996). Auf Seite 3 wirkt der Hinweis auf die schon bereits vorhandenen Qualitätssicherungsstrategien sehr plakativ und eher hilflos. Daß es normative Erwartungen seitens des Gesetzes und den Vorschriften gibt, wird nicht automatisch zu einer qualitätsvollen Praxis. Ringversuche sind sicherlich wichtige Verfahren, aber doch nur für die Diagnostik und für Labormedizin. Allerdings ist dies selbst in der Radiologie als „technischer Medizin“ nicht gelungen, eine hohe Ergebnisqualität zu erreichen, obwohl dort Ringversuche etabliert sind, wie die Mammographie-Studie in Niedersachsen gezeigt hat, Leitlinien stellen sicherlich wichtige Orientierungsformulierungen dar; zwischen Wollen und Können und Tun gibt es jedoch enorme Disparitäten.

Im letzten Abschnitt auf der Seite 3 sind wichtige Indikatoren für eine Evaluation der Leistungsfähigkeit der gesundheitspolitischen Akteure im Betrieb aufgeführt. Diese genauer zu entfalten, zu systematisieren und zu operationalisieren, wäre die Aufgabe der Betriebsärzte.

Der Abschnitt "Qualitätsmerkmale" (S. 4-8) ist, so wie er da geschrieben steht, nicht falsch, aber auch theoretisch und methodisch in der Operationalisierung unterentwickelt. Die Aussagen in puncto Strukturqualität sind sehr formal und orientieren sich an der Faktizität und nicht an guten Modellen, die um eine integrierte Form der Gesundheitssicherungspraxis, also Kooperation von Betriebsmedizin mit Sicherheitstechnik, Arbeitspsychologie, Arbeitssoziologie, Ergotherapie und Arbeitspädagogik bemüht sind. Das Papier des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte ist "ständisch" und auf Autonomie der Betriebsärzte ausgerichtet. Es wird von Assistenzpersonal gesprochen und nicht von einer integrierten, teamförmigen Dienstleistung ausgegangen. Die Idee der Integration, der Kooperation und der Kommunikation taucht gar nicht erst auf. Gruppenarbeit mit unterschiedlichsten Kompetenzen gerade auf diesem Gebiet ist kaum angedacht. Allerdings läge hier gerade eine echte Innovation. Der Abschnitt 2.2 "Prozeßqualität" wirkt auch eher hilflos. Er orientiert sich an einer externen Vorgabe, nämlich dem Ratgeber des Bundesarbeitsministeriums. Der Hinweis auf das Arbeitssicherheitsgesetz und die dort im § 3 genannten Anforderungskriterien müßten systematisch durchgegangen werden. Es müßte gefragt werden, ob Betriebsärzte bzw. die Betriebsmedizin konzeptionell, theoretisch-methodisch diese Vielfalt überhaupt abdecken kann. Ein zentrales Problem der Betriebsmedizin ist nämlich ihre strukturelle Überforderung. Sie gesteht sich nicht ein, daß sie von ihrem Wissenskanon, von ihren Handlungsroutinen, von ihrem Habitus dem überhaupt nicht entsprechen kann, sondern nur im Rahmen von teamförmiger interdisziplinärer, fächerübergreifender kooperativer Versorgungsstruktur diesen Anforderungen gerecht werden könnte. Das Problem der Betriebsärzte gerade in den neuen Herausforderungen, wie sie sich aus der Betreuungsaufgabe gegenüber Klein- und Mittelbetrieben ergeben, besteht gerade darin, daß sie sich dieser Überforderung nicht explizit bewußt sind und dies über den Verband auch nicht artikuliert wird. Welche Umgangsweisen und Probleme und Herausforderungen damit verbunden sind, wurde vorne dargelegt.

Überraschend wird nur von einer Mitwirkung bei Gefährdungs- und Beanspruchungsanalysen gesprochen (S. 6, der 1. Spiegelstrich). Die Betriebsmedizin nimmt sich also hier in ihrer Verpflichtung zurück und versteht sich nicht als Hauptakteur und Verantwortlicher für die Gefährdungs- und Beanspruchungsanalyse. Herausgestellt werden die üblichen Handlungsroutinen, Sprechstunde, Diagnostik und Früherkennung über check ups. Der letzte Satz auf Seite 6 ist sehr interpretationsbedürftig. Wer sind die Leistungsanbieter und die Leistungsempfänger und wie können beide die Prozeßqualität betriebsärztlicher Leistung beeinflussen?

Zum Kapitel "Ergebnisqualität" (S. 7ff) zeigen sich ebenso theoretische Defizite des Autors bzw. des Verbandes, nämlich die Schwierigkeiten genauer zu benennen und zu beschreiben. Zur Erhebung der Ergebnisqualität gibt es ja eine Reihe von guten plausiblen Vorschlägen. Es geht eben nicht nur um die Quantifizierung, sondern um ein Assessment und hierzu gibt es entsprechende Methoden und Verfahren. Die Langfristperspektive wäre hier zu betonen, wie es ja auch angesprochen ist. Dies müßte durchaus darstellbar sein in einer längerfristigen Untersuchung über Beschäftigte, die eine gute medizinisch-ärztliche Betreuung hatten und solche, die nicht in einem solchen Kontext gearbeitet haben. Der Satz "Qualitätssicherung schließt die Kontrolle der Ergebnisse betriebsärztlicher Betreuung ein" ist ebenso richtig wie unverbindlich. Was wären denn die Ergebnisse? Wie kann man sie ermitteln? Was sind

die Indikatoren? Der Verweis auf Controlling ist hier wieder hilflos. Was sind definierte Standards? Was sind die Operationalisierungsmethoden, sie zu kontrollieren?

Die Kategorie "Akzeptanz" als ein wichtiges Kriterium der Ergebnisqualität aufzubauen, ist sicherlich nicht ganz unbedeutend, jedoch wissen wir aus Umfrageforschung bezogen auf Akzeptanz der Medizin, daß die Bevölkerung die erfahrene Medizin in hohem Grade akzeptiert. Dennoch liegen aus medizinsoziologischen und epidemiologischen Studien Ergebnisse vor, die ein hohes Maß an Kritikwürdigkeit der medizinischen Praxis begründen (Stichworte sind: Medikalisierung durch u.a. Arzneimittel, Überdiagnostik und Übertherapie, Drehtürmedizin, Umdeutung psychosozialer Probleme in medizinische Kategorien und damit Fehlbearbeitung, Fehlversorgung bei z.B. Diabetes, Apoplex). Bei einer Diskussion um Ergebnisqualität wäre viel stärker darauf zu bestehen, daß Mediziner mit einer präventiven Orientierung die Verhütung von Belastung/Beanspruchung, arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsleid theoretisch, methodisch und praktisch zu beweisen hätten. Hier könnte aus den Verfahren und den Konzeptionen der Gesundheitsförderung viel gelernt werden. Im Punkt 3. "Maßnahmen zur Qualitätssicherung" (S. 8ff) sind wichtige und richtige Aussagen zu dem Verfahren gemacht worden. Es wird auf Gesundheitszirkel, Qualitätszirkel und Audits hingewiesen. Allerdings ist es problematisch, hier wieder auf Autonomie und Legitimierung durch die Ärztekammer zu setzen, sondern es gilt deutlich zu machen, daß der Rückzug auf die ärztliche Selbstverwaltung hier nicht weiterhilft, sondern sich die Betriebsmedizin den Anforderungen der Unternehmen, der Gewerkschaft, der Betriebsräte und natürlich der Einzelbetriebe stellen muß, wie auch ihre sozialstaatlichen Aufgabenstellung zu erkennen hat. Die Autonomieansprüche werden ebenfalls formuliert, wenn gesagt wird, daß die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen anbieterneutralen Einrichtungen, wie dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte übertragen werden soll. Der Verband ist selbstverständlich nicht anbieterneutral, sondern vertritt die Interessen der Betriebs- und Werksärzte. Deren Interessen sind nicht identisch mit denjenigen der Belegschaften, auch nicht identisch mit den Betrieben und schon gar nicht notwendigerweise mit den sozialstaatlichen Geboten. Die Bonus-Malus-Debatte, die angesprochen ist, über Beitragsnachlaß für Betriebe, die aktiver sind, ist sicherlich eine sinnvolle Angelegenheit. Allerdings müßten hier die Berufsgenossenschaften und auch die Krankenkassen viel stärker gefordert werden, eine solche Bonus-Praxis zu etablieren. Hier wäre es sehr sinnvoll, die Selbstverwaltung zwischen den Unfallversicherungsträgern und den Krankenversicherungsträgern stärker zu mobilisieren und eine Offensive zu starten.

## 10. Literatur

Abholz, H.-H.: Qualitätssicherung im ambulanten Bereich - Zerstörung oder Rettung eines ganzheitlichen Arbeitsansatzes, Manuskript, ohne Jahrgang

American Journal of Industrial Medicine. Special Issue „Outcomes Research in Occupational Health“, Vol 29, No. 6, June 1996

Behrens, J.; Müller, R.: Supply and demands factors in occupational health - determinants of self-reported compliance with the work place-related requirements of the

German Worksafety Law, in: Journal of Occupational Medicine, Vol. 43, Suppl. 1, 1993, S. 47-49

Behrens, J.; Westerholm, P. (eds.): Occupational health policy, practice and evaluation, 2nd International Conference on Health Services Research in Occupational Health, University of Bremen, 17.-19. Nov, 1994, hrsg. von der WHO, Kopenhagen 1996

Bucher, H.C. u.a.: Evidence Based Medicine: Ein Ansatz zu einer rationaleren Medizin, in: Schweizerische Ärztezeitung, Bd. 77, Heft 41, 1996, S. 1660-1667

Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hg.): Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz in Europa, Bremerhaven 1996

Donabedian, A.: The quality of medical care, in: Science, Vol. 200, 1978, S. 856-864

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen: Zweite europäische Umfrage über Arbeitsbedingungen, in: Bulletin der Stiftung Nr. 53, 1997, S. 1

Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R. (eds.): Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations, Berlin, New York 1994

Hazard, B.P. (Hg.): Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung, Opladen 1997

Janssen, R.; Stooß, F.: Qualifikation und Erwerbssituation im geeinten Deutschland, BIBB/IAB Erhebung 1991/1992, Berlin, Bonn 1993

Kaufmann, F.-X.: Herausforderungen des Sozialstaates, Frankfurt a.M. 1997, S. 102ff

Krüger, W. u.a.: Indikatoren zur gesamtwirtschaftlichen Effizienzmessung des Arbeitsschutzes, Bremerhaven 1993

Mall, G.: Total Quality Management, ISO 9000 und die betriebliche Arbeitsmedizin, in: Praxiswissen Wirtschaft, Pforzheim, April 1994

Marstedt, F.; Last, R.; Wahl, W.-B.; Müller, R.: Gesundheit und Lebensqualität, Bremen 1993

Marstedt, G.; Müller, R.: Gesunder Start ins Handwerk, Forschungsbericht, Bremen 1997

Marstedt., G., Mergner, U.: Gesundheit als produktives Potential, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen und betrieblichen Strukturwandel, Berlin 1995



Müller, R. u.a.: Gesundheitsschutz durch arbeitsmedizinische Betreuung. Fiktion oder Wirklichkeit, in: Neumann, L.F. (Hg.): Arbeits- und Gesundheitsschutz aktuell, Köln 1992, S. 181-199

Müller, R.; Milles, D.: Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Bremerhaven 1984

Müller, R.; Schulz, T. (Hg.): BetriebsärztInnen im Handlungsfeld betrieblicher Politiken - Chancen und Dilemmata beim Gesundheitsschutz, Bremerhaven 1994

Selbmann 1983, zitiert nach Bundesministerium für Gesundheit: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung der Bundesrepublik Deutschland, BadenBaden 1994, S. 5, 10

Selbmann u.a.: Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bestandsaufnahme, Stand Februar 1994, S. II 3

Straub, Ch.: Medizinische Qualität, in: Die Ersatzkasse 11/1994, S. 428-433

Thiehoff, R.: Bewertungsprobleme in der Arbeitswissenschaft - Nachweis der Wirksamkeit arbeitswissenschaftlicher Maßnahmen, in: Jungbluth, A. u.a. (Hg.): Arbeitswirtschaft, Wiesbaden 1990, S. 112ff

WHO: Gesundheitsreformen in Europa, Strategieanalysen, Zusammenfassung, Kopenhagen 1996

Zukunftskommission der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, sozialer Zusammenhalt, ökologische Nachhaltigkeit: Drei Ziele - ein Weg, Bonn 1998