

Rainer Müller (1998): Zur Geschichte der Professionalisierung der Betriebs- bzw. Arbeitsmedizin

Im folgenden soll das Selbstverständnis und die Problemorientierung solcher Ärzte behandelt werden, deren Professionalisierung mit industrieller Pathogenität zu tun hatte. Es geht um das Wechselverhältnis von Problemorientierung und Professionalisierung in dem jeweiligen Handlungskontext von Ärzten, die als klinisch tätige Ärzte, als Ärzte in der ambulanten Versorgung, als beamtete Ärzte im Staatsdienst, als Fabrikärzte oder als Ärzte in der wissenschaftlichen Forschung tätig waren. In der Darstellung kann nicht geprüft werden, ob die Problemorientierungen, Selbstverständnisse, Modellannahmen und Konzeptionen sich mit den tatsächlichen arbeitsweltlichen Gesundheitsrisiken und Schädigungen auseinandergesetzt haben, also eine adäquate Problemwahrnehmung, Problembewertung und Problembearbeitung möglich gemacht haben. Es wird von der These ausgegangen, daß die historische Entwicklung der Arbeitsmedizin nicht als eine lineare Abhängigkeit von den Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschädigungen der Erwerbsbevölkerung anzusehen ist und daß selbst, wenn es eine adäquate Problemwahrnehmung und entsprechende Lösungsvorschläge gab, diese nicht in konkrete praktische Umsetzungen im Betrieb bzw. in gesetzliche Regelungen umgesetzt wurden. Der Zusammenhang zwischen gesichertem arbeitsmedizinischen Wissen und der gesellschaftspolitischen Nutzung sowie der konkreten Umgestaltung in eine Humanisierung des Arbeitslebens, hat es nicht gegeben. Es wird weiterhin von der historischen Erfahrung ausgegangen, daß medizinische Experten in der Konfrontation mit den Risiken und Schädigungen der industriellen Produktion mitten in einem gesellschaftspolitischen Konflikt sich befanden, wenn sie sich dieser Situation auch nicht immer und grundsätzlich bewußt waren. Die Interessenskonfigurationen waren nicht immer eindeutig und klar erkennbar konturiert zwischen Unternehmer und Beschäftigten oder Unfallversicherung und Arbeitnehmer oder staatliches bzw. öffentliches Interesse an Public Health in private Company. Die Interessenslagen konnten auch quer zu diesen institutionellen normativen Orientierungen gehen, nämlich als Widerspruch bei den Beschäftigten, einerseits Interesse an Gesundheit andererseits Vorrang von Arbeit haben. Die Frage ist, aus welchen Quellen historischer Erfahrungen und Ausbildungen von Berufsrolle und Berufsinventar der verschiedenen angesprochenen Situationen von Ärzten gegenüber der industriellen Pathogenität speist sich das heutige Grundmuster betriebsärztlichen Selbstverständnisses einschließlich der Berufsrolle und des beruflichen Habitus mit seinen theoretischen wie auch „handwerklichen“ Ausstattungen. Das Spannungsverhältnis zwischen staatlichen bzw. gesetzlichen Vorschriften und Auflagen und den wirtschaftlichen Interessen der Betriebe und Unternehmen sowie den Interessen der Arbeitnehmer und ihrer Repräsentanten nach gerechtem Lohn und humaner Arbeit, durchzieht die Geschichte der Gewerbehygiene bzw. der Arbeitsmedizin seit Anfang des vorigen Jahrhunderts. In dem ärztlichen Selbstverständnis wie in der Problemorientierung und auch in der gesellschaftspolitischen Orientierung gab es unterschiedliche konkurrierende Begründungen und Positionierungen und es kann nicht von einem einheitli-

chen konsensualen professionellen Verständnis, bezogen auf die Aufgabenstellung Kuration, Rehabilitation, Prävention und Begutachtung, ausgegangen werden. Man kann die These wagen, daß selbst heute eine Professionalisierung der Betriebs- bzw. Arbeitsmedizin, gemessen an dem Stand der Professionalisierung anderer Fachrichtungen, wie z.B. Kinderheilkunde, Gynäkologie, nicht erreicht ist. In einer Zeit, in der mehr und mehr Ärztinnen und Ärzte in dieses Aufgabengebiet wegen gesetzlicher Auflagen und dem Interesse, einen Arbeitsplatz zu finden, hereinkommen, werden weitere Unsicherheiten in der Definition der eigenen Professionalität auftreten. Das zentrale Problem der arbeitsmedizinischen Profession besteht darin, daß die Pathogenität der Erwerbsarbeit sowohl in der Produktion wie auch in der Dienstleistungsarbeit nicht von der individuellen Erkrankung her allein verstanden werden kann. Weder Diagnostik noch Therapie ermöglicht eine schlüssige Zurückführung auf die Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung, die durchaus in der Arbeitsbiographie bzw. in den Bedingungen der Arbeit liegen können. Eine industrielle Pathologie, also eine Lehre von den industriellen Risiken und Gesundheitsgefährdungen hat in doppelter Weise sich auszurichten; sie hat sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Arbeitsperson in den Blick zu nehmen. Doch selbst aus einer industriellen Pathologie in dieser doppelten Perspektive erwächst nicht notwendigerweise schlüssig eine Vorstellung über die Gestaltung von Arbeitsbedingungen im Sinne von gesundheits- bzw. menschengerecht. Die Geschichte von Public Health und damit auch die Geschichte der Gewerbehygiene bzw. der Betriebs- und Arbeitsmedizin ist gekennzeichnet durch die Auseinandersetzung zwischen der klinischen naturwissenschaftlichen einzelfallorientierten Sichtweise, ergänzt um eine epidemiologische Betrachtung auf der einen Seite und einer sozialhygienischen, sozialmedizinischen Tradition, die die Grunderkenntnis der Public Health-Forschung thematisiert, daß nämlich Gesundheit, Krankheit und vorzeitige Sterblichkeit von gesellschaftlichen Bedingungen in der Arbeits- und Lebenswelt abhängig ist. Armut, soziale Ungleichheit, soziale Isolation, psychosozialer Streß, defizitäre Gratifikationsstrukturen, mangelhaft ausgestaltete Handlungsspielräume neben den real wirkenden physikalisch-chemischen und biologischen Noxen, sind die pathogenen Faktoren und wirken insbesondere gesundheitsschädlich, wenn Ressourcen im Sinne individueller Kompetenz, Kaufkraft oder in Form von sozialer Unterstützung nicht zur Verfügung stehen.

Bei der Nachzeichnung der historischen Entwicklung der Gewerbehygiene bzw. der Arbeitsmedizin lassen sich folgende Linien darstellen:

1. Entwicklung der Gewerbehygiene als Teil der öffentlichen Gesundheitspflege (Staatlicher Gewerbearzt)
2. Arbeitsfähigkeit als Gegenstand von Fabrikmedizin, Gewerbehygiene in unternehmerischer Verantwortung (Betriebsmedizin in Großbetrieben)
3. Vergiftung als Problemstellung experimenteller Toxikologie (universitäre Institute)
4. Leistungsfähigkeit als Aufgabenstellung der Physiologie (Kaiser-Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie 1914)

5. Arbeiterkrankheiten als Berufskrankheiten in der Sicht von Klinikern
6. Arbeitsmedizin als Teil des Betriebsgesundheitswesens in der DDR
7. Randständigkeit der Arbeitsmedizin in der Ausbildung von Ärzten

1. Entwicklung der Gewerbehygiene als Teil der öffentlichen Gesundheitspflege

Zur Frühphase dieser Tradition einer Auseinandersetzung mit Risiken und auch Schädigungen im Gewerbe stehen die Schriften von Johann Peter Frank (1745-1821) „System einer vollständigen medizinischen Polizei“, 4 Bände, 1779/1790. Weiterhin sind zu nennen: Frank Anton May (1742-1814): „Die Kunst, die Gesundheit der Handwerker gegen die Gefahren ihres Handwerkes zu bewahren“, Charles Turner Thackrah (1795-1833): „Effects of arts, trades and professions on health and longevity“, Lorenz von Stein (1815-1890): „Das Gesundheitswesen“, Stuttgart 1867. Als Nationalökonom und Philosoph formulierte von Stein die industrielle Pathogenität im Rahmen der „sozialen Frage“. Er definierte als Aufgabe der „gewerblichen Gesundheitspflege“ die gesundheitliche Überwachung der „Anlage der Unternehmung“ des „Betriebes“, der „persönlichen Tätigkeit“. In seiner Vorstellung gehörte die gewerbliche Gesundheitspflege zu den administrativen Aufgaben des Gesundheitswesens, „welche innerhalb des an sich rein wirtschaftlichen Prozesses der Gütererzeugung die Bedingungen der öffentlichen Gesundheit gegenüber dem Unverstand oder dem Sonderinteresse der „Produzenten“ erkennt, zu schützen und herzustellen weiß“ (ebenda, S. 273). Die staatliche Verantwortung in gewerbehygienischen Fragen wurde in das staatliche Medizinalwesen integriert. Das preußische Regulativ zur Beschäftigung jugendlicher Arbeiter (1839) und die preußische Gewerbeordnung von 1845 waren rechtliche Grundlage für die Aufgabenstellung von Kreisärzten. Mit der Medizinalreform von 1899 wurde der Kreisarzt auch mit gewerbehygienischen Aufgabenstellung insofern beauftragt, als er „die zum Schutze der Arbeiter erlassenen Gewerbehygienischen Bestimmungen“ zu überprüfen hatte. Er war an der Konzessionierung von gewerblichen Anlagen beteiligt. In den 90er Jahren hatte infolge der Novellierung der Gewerbeordnung (1891) eine Diskussion einen erneuten Höhepunkt bekommen, nämlich Ärzte in die staatliche Gewerbeaufsicht einzubeziehen. Diese Forderungen bewegten sich in den Argumentationslinien von Frank und Stein, die eine stärkere Verantwortung des Staates gegenüber den Gewerbetreibenden reklamierten und hier medizinisch-ärztliche Kompetenz als unabdingbar ansahen, und zwar Ärzte als unabhängige Experten in der Position von Kreis- oder Amtsärzten.

Auf der 5. Versammlung des Deutschen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege in Nürnberg wurde 1877 „die praktische Durchführung der Fabrik-Hygiene“ diskutiert mit Bezug auf die gesetzlichen Möglichkeiten der Gewerbeordnung (Kinderarbeit, Nachtarbeitsverbot, Sonntagsarbeit, Pausenregelung, Minderjährige, Frauenarbeit, Normalarbeitstag, konzessionspflichtige Anlagen, bau- und feuerpolizeiliche Prüfung und anderes). Es wurde gefor-

dert, daß eine Fabrikhygiene nicht nur eine ingenieurwissenschaftliche und technische Sachkunde, sondern eben auch eine gewerbehygienische ärztliche Sachkunde benötige. Es wurden örtliche Fabrikkommissionen, bestehend aus Technikern und Ärzten zur Beaufsichtigung und zur Beratung der Behörden gefordert. Man forderte staatliche Beamte als Ärzte, die eine technische, hygienische, respektive ärztlich-hygienische Ausbildung haben sollten, um eine staatliche Oberaufsicht über die hygienischen Bedingungen im Gewerbe möglich zu machen. Diese programmatische Orientierung wurde später mit den staatlichen Gewerbeärzten konkretisiert, allerdings wurde in den 70er und 80er Jahren die staatliche Fabrikinspektion sowohl in technischer wie auch in gewerbehygienischer Hinsicht nicht konsequent ausgebaut. Erst 1909 wurde Frank Xaver Koelsch als Kassen- und Bahnarzt in der Funktion eines Landesgewerbearztes in Bayern angestellt. Erst 1920 wurde Thiele in Sachsen und 1921 Ludwig Teleky in Preußen (Düsseldorf), gefolgt von Beintker in Arnsherg, Bethke in Wiesbaden, Gerbis in Erfurt, Neumann in Breslau und Nuck in Hannover sowie Holstein in Frankfurt an der Oder als Gewerbeärzte in die staatliche Gewerbeaufsicht berufen. Die Forderung nach beamteten Ärzten in der Gewerbeaufsicht war also schon in den 70er und spätestens in den 80er Jahren erhoben worden und von Sozialdemokratie und Gewerkschaften unterstützt worden. Die erste Gewerbemedizinalrätin war Frau Erika Rosenthal-Deussen, die 1928 in Magdeburg eingestellt wurde. Sie wurde 1933 wie Ludwig Teleky von den Nazis aus Deutschland vertrieben.

Der erste deutsche Landesgewerbearzt Koelsch hat in Auseinandersetzung mit historischen Erfahrungen und der Tätigkeit von Fabrikärzten in anderen Ländern, wie z.B. Großbritannien, folgendes Programm des Gewerbeärztlichen Dienstes entworfen:

1. Sachverständigentätigkeit (Gutachtertätigkeit für Sozialversicherungen, insbesondere Unfallversicherung)
2. Durchführung der Arbeiterschutzgesetze
 - a) Revision, Sammlung und Bearbeitung des anfallenden Materials
 - b) Organisation und Kontrolle der Untersuchungsärzte
 - c) hygienische Untersuchung als Basis für das Vorgehen des Aufsichtsbeamten
3. Selbstständiges wissenschaftliches Arbeiten
 - Statistik
 - Serienuntersuchung
 - experimentelles Arbeiten in Laboratorien
 - klinische Beobachtungen
4. Aufklärende Tätigkeiten
 - Vorträge
 - Ausstellungen für Aufsichtsbeamte, für Ärzte, Arbeiter und allgemeine Öffentlichkeit
 - Abhalten von Schulungen und Sprechstunden auch in Betrieben
5. Förderung verschiedener sozialhygienischer Bestrebungen und Probleme (F. Koelsch: Entwicklung, Züge und Wege des Gewerbeärztlichen Dienstes, in: Archiv für Soziale Hygiene, VII, 1911, S. 17)

Dieses groß angelegte Programm gewerbeärztlicher Tätigkeit von Koelsch ließ sich nur sehr schwer in die Praxis auf breiter Basis umsetzen. Im Spannungsfeld von Prävention, Diagnose, Begutachtung und eben auch Therapie war im Laufe der Zeit der Gewerbeärztliche Dienst, insbesondere durch die Begutachtertätigkeit im Rahmen von Feststellung von beruflich bedingten Erkrankungen von der präventiven Tätigkeit eher abgekommen. Dies wurde ungünstigerweise dadurch gefördert, daß innerhalb der staatlichen Gewerbeaufsicht ihre Stellung im Verhältnis zu dem Technischen Aufsichtsdienst eher nachrangig geordnet wurde. Ihnen wurde eine eher beratende Funktion zugewiesen und keine eigenständige sozialpolitische Ausrichtung der Verhütung und Prävention von arbeitsbedingten bzw. berufsbedingten Erkrankungen. Bis heute steht der Gewerbeärztliche Dienst in diesem Dilemma (siehe Milles, D.: 75 Jahre Landesgewerbeärzte in Deutschland. Franz Koelsch und die Probleme einer Institution zwischen Gewerbeaufsicht und öffentlicher Gesundheitspflege, in: Müller, R.; Milles, D. (Hg.): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Dortmund, Bremerhaven 1984, S. 580-602).

2. Arbeitsfähigkeit als Gegenstand von Fabrikmedizin, Gewerbehygiene in unternehmerischer Verantwortung

Die stärkste faktische Prägung der Sichtweisen und Handlungsmuster von Betriebs- und Werksärzten wurde durch Ärzte in der Anstellung von Unternehmen betrieben. Eine längere Tradition hatte diese ärztliche Tätigkeit im Kontext der Knappschaft im Bergbau. Relevanter war jedoch die Tätigkeit von Ärzten in der chemischen Großindustrie. 1866 wurde Carl Knaps bei der BASF in Ludwigshafen angestellt. Er war zugleich Anstaltsarzt im städtischen Hospital und Kreiswundarzt. Sein Nachfolger Ludwig Karl Jakob Ney (1871-1886) bei der BASF definierte die betrieblich spezifische Aufgabenstellung der Ärzte: „Durch konsequentes Ausschließen aller Arbeiter, deren Atmungsorgane bei der Aufnahme nicht tadellos befunden wurden, wird sich sicher eine wesentlich niedrigere Gesamterkrankungszahl und in noch höherem Grad ein günstigeres Verhältnis bezüglich der Gesamtarbeitsfähigkeit bewirken lassen (zit. nach A.M. Thies: Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz. Werksärztliche Erfahrung der BASF 1866-1980, Köln 1980, S. 11, siehe Milles 1994, S. 29).

Bei den Farbwerken Hoechst war am Ende des Jahrhunderts Friedrich Wilhelm Grandhomme mit der Tätigkeit als Fabrikarzt beauftragt worden. Er war ebenso zugleich ab 1869 Kreiswundarzt im Landkreis Wiesbaden und seit 1887 Kreisphysikus und Leiter des Stadtkrankenhauses in Hoechst tätig. 1874 wurde er offiziell nebenberuflich als Fabrikarzt angestellt. Bis 1907 war er einer der wichtigsten Werksärzte der chemischen Großindustrie. Seine Aufgabe bestand in Einstellungsuntersuchungen und in der Begutachtung für Berufsgenossenschaften, außerdem hielt er dreimal wöchentlich Sprechstunde in der Firma ab. Grandhomme hatte durchaus ein sozialhygienisches und gewerbehygienisches Verständnis. Er wollte „nicht allein die sanitären, sondern auch einen großen Theil der socialen Verhältnisse der Arbeiter“ über betriebli-

che Gesundheitsschutzmaßnahmen verbessern, denn „allein nur auf diesem Weg löst der Arzt seine höhere Aufgabe, die mehr in dem Schutz vor Krankheiten als in dem Curiren der ausgebrochenen bestehen muß“ (F.W. Grandhomme: Die Theerfabriken der Actien-Gesellschaft Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning zu Hoechst am Main in sanitärer und sozialer Beziehung, Heidelberg (1880) 1883, S. Vf.)

Als Fabrikarzt der Farbenfabrik Bayer & Co. in Elberfeld wirkte Theodor Floret. Er definierte 1913 in einem Vortrag die gewerbehygienische Aufgabenstellung: „Sie ergeben sich aus dem rapiden Fortschreiten der alle Schichten der Bevölkerung mehr oder weniger umfassenden sozialen Fürsorge, aus der sich stetig steigenden Bewertung des Einzelindividuums und der Berechnung jeder Arbeitskraft und Umrechnung in nationale Werte, indem der Gewinn eines Menschenlebens, die Erhaltung und Hebung seiner Gesundheit, die Verlängerung seines Lebens eine Steigerung unserer nationalen wirtschaftlichen Potenz bedeuten muß“ (Th. Floret: Über die Aufgaben die Betriebsarztes, in: Zentralblatt für Gewerbehygiene, 3, 1913, S. 81). Für die konzeptionelle und praktische Ausgestaltung der Betriebsmedizin in der Chemieindustrie war Fritz Curschmann eine entscheidende Person. Er war Betriebs- bzw. Fabrikarzt der Agfa Wolfen in Bitterfeld. Er stieg auf zum Direktor und Vorstandsmitglied der IG Farben und war in vielen Bereichen der Gewerbehygiene, der Berufsgenossenschaften und auch in Krankenkassen einflußreich. Er saß dem frühen Treffen von Fabrikärzten seit 1917 vor. Er war Mitherausgeber des „Zentralblattes für Gewerbehygiene“ und leitete den Ausschuß der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene. Obwohl der SA beigetreten und wesentlich beim Aufbau des nationalsozialistischen Betriebsarztsystems ab 1936 engagiert, wurde er 1937 wegen eines jüdischen Urgroßvaters und verschiedentlich Kompetenzüberschreitungen aus allen Ämtern entfernt. Curschmann hat die konzeptionelle Ausgestaltung der Arbeits- und Betriebsmedizin in seiner vielfältigen Funktion als Fabrikarzt und Direktor und Vorstandsmitglied der IG Farben in den Auseinandersetzungen mit den Landesgewerbeärzten über die Begutachtung bestimmt. In Fragen von berufsbedingten Erkrankungen profilierte er sich als Vertreter der Industrie. In der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene, die sich 1922 als Sammelstelle und Interessensorganisation unter starkem Einfluß der chemischen Großindustrie konstituierte, war er als Schriftführer aktiv.

3. Vergiftung als Problemstellung experimenteller Toxikologie

1865 erhielt der Apotheker und Arzt Max Pettenkofer den ersten Lehrstuhl für experimentelle Hygiene in München und begann zusammen mit Carl Voit Forschungen zum Austausch der Gase zwischen Organismus und Außenwelt. Ihnen ging es um den Zusammenhang zwischen Menge des Stoffes und körpereigenen Verarbeitungen. Sie ermittelten Dosis-Wirkungs-Kurven. Errechnet wurden „Gifftigkeitsgrenzen“ bzw. „Erträglichkeitsgrenzen“, die als erste Grenzwerte für gefährliche Konzentrationen angesehen wurden. Sein Schüler Carl Bernhard Lehmann (1858-1940) begann 1884 seine Untersuchungen über die

wichtigsten Industriegase. Mit seinem Wechsel nach Würzburg wurde das dortige Institut ab 1887 zur bedeutendsten toxikologischen Forschungsstätte in Deutschland. Bis zum Beginn des 2. Weltkrieges stellte er Grenzwerte für über 100 Arbeitsstoffe auf, die später auf dem Umweg über die USA als MAK-Werte in Deutschland wieder Anerkennung fanden.

4. Leistungsfähigkeit als Aufgabenstellung der Physiologie

1913 wurde das Kaiser Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie in Berlin gegründet. Erster Direktor war Max Rubner (1854-1932). Bereits vor der Jahrhundertwende haben sich Ärzte, Physiologen und Psychologen mit den Fragen von Erschöpfung, Ermüdung „Overwork“ auseinandergesetzt. Der Psychiater Emil Kreplin hatte 1895 eine Unterscheidung zwischen Müdigkeit und Ermüdung vorgenommen. Von ihm stammt die 1896 erschienene Schrift „Zur Hygiene der Arbeit“. Er hat sich mit der menschlichen Leistungs- und Rhythmuskurve beschäftigt. Die Auseinandersetzung um Vitalismus und Mechanismus, also die Frage, wie das Lebendige zu beschreiben sei und ob es in den Vorstellungen der Mechanik mit den Begriffen von Energie und Kraft nach Maß und Zahl zu beschreiben sei, hatte sowohl in den Laboren die experimentelle Forschung als auch die Diskurse unter den „Naturforschern“ bestimmt. Von dem Physiologen Hermann von Helmholtz, der bereits 1855 sich mit Fragen des Sehens des Menschen beschäftigt hatte, stammt der Gedanke, die Vorstellungen der Naturwissenschaften über Energie, Kraft und Bewegung mit einem sozialen Gedanken zu verbinden. Er führte den Begriff Arbeitskraft ein. In Auseinandersetzung mit der Mechanik und der Thermodynamik formulierte er „seitdem wir aber an der Dampfmaschine diesen Ursprung von Arbeitskraft kennengelernt haben, müssen wir fragen, verhält es sich beim Menschen ähnlich“ (zit. nach Rabinbach, A.: Körperliche Grenzen der Leistungsanforderung, der Leistungsansprüche: Die Rolle der Ermüdungsforschung in der Sozialpolitik um die Jahrhundertwende, in: Milles, D. (Hg.): Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherungen in der Geschichte, Dortmund, Bremerhaven 1993, S. 37-51).

Die Beziehung zwischen Leistung und Ermüdung an der Arbeit des Muskels wurde mittels eines Ergographen durch Angelo Mosso in seinem Turiner Labor ermittelt. Sein Werk „La Fatica“ wurde 1891 von ihm herausgegeben. Seine Arbeit wird als Synthese zwischen deutscher Physiologie und französischer Laboratoriumstechnik charakterisiert (Rabinbach ebenda, S. 37).

Physiologen wie soziale Former glaubten mit dem rationalen Einsatz von Energie und Verausgabung von Kraft des arbeitenden Körpers den Schlüssel zur Produktivität, zum Fortschritt und zur sozialen Gerechtigkeit gefunden zu haben. Forderungen nach dem 8-Stunden-Tag oder nach Sonntagsruhe wurden mit physiologischen naturwissenschaftlichen experimentellen Ergebnissen gestützt.

Am Kaiser Wilhelm-Institut wurden die Fragen von Ermüdung und körperlicher Leistungsfähigkeit weiterhin untersucht und um Fragen der Ernährung und des Stoffwechsels ergänzt. 1927 wurde von dem Direktor des Institutes Edgar

Atzler diese Erkenntnisse in seiner Arbeit „Körper und Arbeit“ niedergelegt. Das Kaiser Wilhelm-Institut wurde 1929 von Berlin nach Dortmund verlegt und arbeitete dort bis 1968 als Max Planck-Institut für Arbeitsphysiologie. Edgar Atzler und Günter Lehmann publizierten 1930 ihr Werk „Anatomie und Physiologie der Arbeit“. Aus dem Max Planck-Institut sind in Westdeutschland führende Vertreter der wissenschaftlichen Arbeitsmedizin hervorgegangen: Otto, Rutenfranz, Klosterkötter, Hildebrandt, Hettinger.

5. Arbeiterkrankheiten als Berufskrankheiten in der Sicht von Klinikern

Das erste umfassende Werk in deutscher Sprache zu Gewerbekrankheiten stammt von Ludwig Hirt (1844-1907). Er hat von 1871 bis 1878 vier Bände zum Thema „Die Krankheiten der Arbeiter“ publiziert. Auch andere Autoren zeigen, daß in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts bereits der klinische Blick sich mit Fragen von Arbeiterkrankheiten und Gewerbekrankheiten auseinandergesetzt hat. Zu nennen sind u.a. Moritz Popper: Lehrbuch der Arbeiterkrankheiten und Gewerbehygiene (1882) oder M. von Pettenkofer, H. von Zimssen; sie gaben „das Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie“ und dort den Band 1 „Handbuch der Hygiene und Gewerbekrankheiten (1882) heraus. Zu nennen ist weiter die Schrift von Theodor Sommerfeld (1860-1929) „Handbuch der Gewerbekrankheiten“ von 1898. 1902 erschien das Werk von F. Roepke: „Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege“.

1910 wurde die erste Spezialklinik der Welt, die sich nur mit der Erforschung und Behandlung von Berufskrankheiten beschäftigte, von Luigi Devoto in Mailand eröffnet. In Deutschland hat es bis 1924 gedauert, daß im Kaiserin Auguste Viktoria-Krankenhaus, Berlin-Lichtenberg, eine Klinik für Berufskrankheiten mit der Leitung durch Ernst Wilhelm Baader (1892-1962) eingerichtet wurde. Von Baader wurde 1931 das Werk: „Gewerbekrankheiten, klinische Grundlagen der 22 meldepflichtigen Berufskrankheiten“ herausgegeben. 1933 bis 1934 wurde die Klinik für Berufskrankheiten zu einem Universitätsinstitut für Berufskrankheiten ausgebaut und in das Städtische Krankenhaus Berlin-Neukölln übersiedelt. 1946 wurde das Knappschaftskrankenhaus in Hamm in Westfalen zur Erforschung und Betreuung von Berufskrankheiten eingerichtet. Der Leiter war hier wie in Berlin E.W. Baader. Im November 1948 wurde im Krankenhaus Bergmanns Heil in Bochum eine Einrichtung zur Erforschung der Silikose im Bergbau etabliert. (Wickenhagen, E.: Geschichte der gewerblichen Unfallversicherung, München, Wien 1980, S. 420). Am Hygieneinstitut der Universität Münster war zur gleichen Zeit ein Institut für Staublungenforschung und Gewerbehygiene angesiedelt worden (Jötten). Dieses Institut wurde in Institut für Staublungenforschung und Arbeitsmedizin umbenannt (H. Replow, W. Klosterkötter).

Von 1962 bis 1969 hat Prof. Hans-Hoachim Einbrodt dieses Institut geleitet (ich habe dort 1968/1969 bei ihm promoviert). Er übernahm 1969 das Institut für

Hygiene und Arbeitsmedizin der RWTH Aachen (dort war ich von 1973 bis 1976 Assistent bzw. Oberassistent).

Das erste Institut für Arbeitsmedizin in München unter der Leitung von Franz Koelsch war 1921 zwar als staatliche Einrichtung, aber nicht in Verbindung mit der Medizinischen Fakultät etabliert worden. Koelsch war als Landesgewerbeamt Honorarprofessor in München. Erst 1964 kam es zur ersten Einrichtung eines Instituts für Arbeitsmedizin in der Medizinischen Fakultät in Erlangen. Der Leiter wurde Helmut Valentin. Valentin stammt aus der Tradition der klinischen Beschäftigung mit Lungenkrankheiten. Er war langjähriger Oberarzt in der medizinischen Klinik in Köln. Aus dieser Einrichtung sind in Westdeutschland in den 70er, 80er Jahren eine Reihe von wissenschaftlich tätigen Arbeitsmedizinern hervorgegangen.

In der DDR wurde 1948 das Zentralinstitut für Sozial- und Gewerbehygiene in Berlin eingerichtet (Radetzki, Holstein).

6. Arbeitsmedizin als Teil des Betriebsgesundheitswesens in der DDR

Siehe Huyoff, Horst: Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt der Deutschen Demokratischen Republik, in: Elkeles, Th. u.a. (Hg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 bis 1990, Berlin 1991, S. 227-242

7. Randständigkeit der Arbeitsmedizin in der Ausbildung von Ärzten

Erst 1938 wurden Vorlesungen über Gewerbekrankheiten für Medizinstudenten, allerdings nicht flächendeckend an allen medizinischen Fakultäten eingerichtet. Sie waren keine Pflichtveranstaltungen. Erst 1976 wurde in der Bundesrepublik der Facharzt für Arbeitsmedizin nach Inkrafttreten des Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 vom Deutschen Ärztetag beschlossen. Hierdurch erhielt das Fachgebiet Arbeitsmedizin im Rahmen der Ausbildung und des Curriculums einen gewissen Stellenwert.

8. Publikationsorgane der Gewerbehygiene bzw. der Arbeitsmedizin

Als erste arbeitsmedizinische Zeitschrift ist die Fachzeitschrift „Il Lavoro“ von Luigi Devoto 1901 herausgegeben worden. Ab 1910 trägt sie den Titel „Medicina del Lavoro“. 1913 wird von Fritz Curschmann, Richard Fischer und E. Franke das „Zentralblatt für Gewerbehygiene“ vom Institut für Gewerbehygiene, später Deutsche Gesellschaft für Gewerbehygiene, herausgegeben. Von 1913 bis 1922 erscheint eine Schriftenreihe für das gesamte Gebiet der Gewerbehygiene in Berlin. Ab 1924 bis 1943 erscheint das „Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung“ in Berlin. 1925 bis 1944 wird die Schriftenreihe „Arbeit und Gesundheit“ in Leipzig publiziert. 1930 bis 1944 geben Hein-

rich Zangger und Ludwig Teleky das „Archiv für Gewerbepathologie und Gewerbehygiene“ heraus.

9. Verbandliche Organisationen der Gewerbehygiene

1922 wird die Deutsche Gesellschaft für Gewerbehygiene gegründet. Hier sind vor allem die Fabrikärzte der chemischen Großindustrie sehr aktiv. 1949 wird in Westdeutschland der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. gegründet.

1961 kommt es zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin.

10. Literatur

Milles, D.: Grenzen natürlicher Selbstreinigung. Zur Geschichte medizinischer Grenzwertkonzepte, in: Kortenkamp, A. u.a. (Hg.): Die Grenzenlosigkeit der Grenzwerte, Karlsruhe 1988, S. 197-219

Milles, D. (Hg.): Betriebsärzte und produktionsbezogene Gesundheitspolitik in der Geschichte, Bremerhaven 1992

Milles, D.: Gewerbehygienische Aufgaben in der Geschichte arbeitsmedizinischer Professionalisierung, in: Müller, R.; Schulz, Th. (Hg.): BetriebsärztInnen im Handlungsfeld betrieblicher Politiken, Bremerhaven 1994, S. 9-61

Milles, D.; Müller, R. (Hg.): Berufsarbeit und Krankheit, Frankfurt, New York 1985

Müller, R.; Milles, D. (Hg.): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland, Dortmund 1984

Müller, R.; Schulz, Th. (Hg.): BetriebsärztInnen im Handlungsfeld betrieblicher Politiken, Bremerhaven 1994