

**Rainer Müller (1999): Ärzte im Betrieb. Strukturelle Überforderung und Selbstüberschätzung? Zum Verhältnis von Reproduktionsmedizin zur Produktionsmedizin**  
**veröffentlicht in: Schmacke, N. (Hg.): Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin, Frankfurt/M 1999, S. 101-112**

## **1. Vorbemerkung**

Nachfolgend soll in einigen Gedanken zur widersprüchlichen Entwicklung der Medizin im Bereich der Arbeitswelt, als Produktionsmedizin in diesem Zusammenhang apostrophiert, im Verhältnis zu derjenigen Medizin debattiert werden, die in der Reproduktionssphäre angesiedelt ist. In dieser Perspektive von mir als Reproduktionsmedizin bezeichnet.

So wie die Reproduktionsmedizin in dieser Gesellschaft einen ambivalenten und widersprüchlichen Charakter zeigt, so uneindeutig und widersprüchlich ist das Bild von der Medizin im Produktionssektor, den Dienstleistungssektor einbezogen. Medizin hat auf der einen Seite eine helfende und stützende Funktion und zugleich wirkt sie kontrollierend, disziplinierend und reglementierend. Auf der einen Seite legitimiert sie über die Attestierung von Krankheit eine Entlastung von sozialen Rollen und Verpflichtungen (Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen), auf der anderen Seite trägt sie dazu bei, die Produktivität einer Arbeitsgesellschaft wiederherzustellen bzw. zu steigern.

So wie für die Reproduktionssphäre von einer Medikalisation der Lebens- und Alltagswelt im Lebenslauf gesprochen werden kann, so deutet sich für die Produktionssphäre eine Medikalisation der Arbeitskraft verstärkt an. Als Medikalisation wird die Umdeutung von sozialen Problemen zu medizinischen Aufgaben bei entsprechender diagnostischer und therapeutischer Umgangsweise bezeichnet.

## **2. Medizin ist vornehmlich Reproduktionsmedizin**

Medizin ist Teil des sozialen Sicherungssystems, welches in der Bundesrepublik Deutschland um die Erwerbsarbeit herum organisiert ist. Das System dient dazu, den Erwerbsstatus vom Menschen über Sach- und Dienstleistungen sowie finanzielle Zuwendungen zu sichern.

Medizin ist vornehmlich in der Sphäre der Reproduktion tätig. Gemessen an den personellen und finanziellen Ressourcen, an der Praxis der dort Beschäftigten wie auch beurteilt nach den Handlungsweisen und Wissensbeständen, ist die Medizin auf die Reproduktion von Privatpersonen in Familie und privaten Haushalten ausgerichtet.

Das Wirken von Ärzten in der Reproduktionssphäre ist allerdings nur für einen bestimmten Personenkreis bzw. für eine bestimmte Lebensphase, nämlich der Erwerbsphase, direkt auf die Produktionssphäre gerichtet. Ärzte sind nämlich in die sozialstaatlichen Arrangements zur Sicherung bzw. Wiederherstellung der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit von Arbeitspersonen eingebunden. In dieser Funktion attestieren Ärzte in der Reproduktionsmedizin erkrankten Arbeitnehmern Arbeitsruhe, allerdings nur bis zu einer bestimmten Dauer. Es herrscht die Annahme, Krankheit sei lediglich eine vorübergehende Episode, so daß nach angemessener Kuration eine

Rückkehr zur Erwerbsarbeit möglich ist. In diesem Sektor der kurativen Medizin gibt es keine Praxis einer arbeitsweltbezogenen Prävention.

Ärzte handeln im Kontext einer öffentlich-rechtlichen Beauftragung. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Status der Institution des Öffentlichen Rechts - auch wenn von den niedergelassenen Ärzten ihre sogenannte Freiberuflichkeit herausgestellt wird. Medizin kann in diesem Sinne durchaus als eine Public Health-Institution interpretiert werden, da sie öffentlich verantwortete Gesundheitssicherung zu betreiben hat. Ärzte handeln autonom gemäß ihrer ärztlichen Fachkunde. Dies macht ihre Professionalität aus. Vom Prinzip her nimmt weder der Staat, noch der Patient, noch der Arbeitgeber des Patienten Einfluß auf das Handeln und Entscheiden der Ärzte.

Die Professionalisierung der Ärzte in dem Reproduktionssektor hat dazu geführt, daß sie über eine hohe Selbststeuerung und Eigenregulation bezüglich der Normen, der Handlungsweisen und der Wissenssysteme verfügen. Berufs- und Therapiefreiheit sind rechtliche Tatbestände, die dies bekunden (Freidson 1979).

### **3. Infusion - Diffusion von Ärzten in die Produktionssphäre**

In den letzten 20 Jahren hat es einen enormen Zuwachs an Ärzten gegeben, die als Betriebsärzte in der Produktionssphäre beruflich tätig geworden sind. Die Gründe für diese Zunahme sind folgende:

- Staatliche Regulationen des Arbeitsschutzes, so das Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 haben das Wirken von Ärzten im Betrieb zur Verpflichtung gemacht. Die Arbeitsschutzgesetzgebung der Europäischen Union mit den entsprechenden nationalstaatlichen Umsetzungen in den letzten Jahren, macht eine betriebsärztliche Betreuung von jedem Betrieb flächendeckend zur Auflage. Die sehr große Spannweite erwerbsförmiger Arbeit, von der männlichen körperlichen Schwerarbeit im Stahlwerk, über die personale Dienstleistungsarbeit einer Lehrerin, bis hin zu den Tätigkeiten von Software-Produzenten, wird zum Aufgabenfeld für Ärzte im Betrieb.
- Schon seit geraumer Zeit besteht ein hohes Interesse von Großbetrieben an medizinisch-ärztlicher Kompetenz im Personalmanagement der Belegschaften. Großbetriebe haben im Interesse einer optimalen Nutzung des Humanvermögens im Betrieb die Funktionalität von kurativer wie auch präventiver Medizin bereits vor vielen Jahren erkannt.
- Der große Zuwachs an Betriebsärzten war möglich, weil es in den letzten Jahren zu einer "Ärztenschwemme" gekommen ist, der Arbeitsmarkt für Ärzte in der Niederlassung bzw. in der Klinik also eng geworden ist (Milles 1992).

### **4. Public Health in Private Companies, eine Sicht des modernen Arbeitsschutzes**

Die nationalstaatlichen bzw. europäischen Regelungen zum Arbeitsschutz stellen sozialstaatliche Interventionen in die private Hoheit der Unternehmer dar. Die Interventionen schränken die Machtdifferenz zwischen Lohnarbeit und Kapital ein und sollen unerwünschte externe Effekte, nämlich die außerhalb der Kostenrechnung der einzelnen Betriebe auftretenden, sogenannten sozialen Kosten, reduzieren. Als soziale Kosten sind die Kosten für die Behandlung von arbeitsbedingten bzw. berufsbedingten Erkrankungen und Unfällen zu sehen (Milles/Müller 1985).

Die sozialpolitische Intervention des Arbeitsschutzes in den Betrieb mit der Verpflichtung, Betriebsärzte dort zu integrieren, läßt sich also ökonomisch mit dem Konzept zur Sicherung des öffentlichen Gutes Gesundheit begründen. Gesundheit als öffentliches Gut ist im Interesse aller Bürgerinnen und Bürger. Die Eigenart von öffentlichen Gütern besteht darin, daß sich die Kosten und Nutzen nicht eindeutig aufeinander beziehen lassen. Es wird auch von sogenannten meritorischen Gütern gesprochen. Solche Güter erzeugen bei der Produktion oder Konsumtion einen Zusatznutzen, der über den eigentlichen Konsumnutzen hinausgeht. Gesundheit ist als ein solches meritorisches Gut anzusehen. Die Relevanz solcher Güter besteht in den externen Effekten, weil nämlich durch sozialpolitische Maßnahmen negative externe Effekte, wie Berufskrankheit, Arbeitsunfall, Gesundheitsverschleiß von Arbeitskraft, bekämpft werden oder durch Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen Produktivität und Kompetenzen über den Nutzen für den Einzelnen hinausgehen. Damit wird für die gesamte Volkswohlfahrt ein kollektiver Nutzen erbracht (Kaufmann 1997).

Das Wirken von Ärzten im Betrieb kann also unter der Denkfigur „Public Health in Private Company“ diskutiert werden. Betriebsärzte sollen insofern eine wohlfahrtsstaatliche Funktion erfüllen, indem sie die sozialen Kosten dadurch minimieren, daß sie einen sozialen Schutz des Arbeitnehmers mit entsprechender rechtsstaatlicher Gewährung zur Verfügung stellen. Betriebsärzte als Akteure von Public Health sichern 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. Das bedeutet: auch Klein- und Kleinstunternehmer müssen sich diesen Anforderungen wohlfahrtsstaatlicher Intervention unterwerfen und haben sich normativ an der Sicherung und Erhaltung von Gesundheit zu orientieren.

Die Frage ist nun, ob die Betriebsmedizin personell, inhaltlich, qualifikatorisch und von ihrer (arbeits-) rechtlichen Ausstattung her in der Lage ist, diesen Ansprüchen wohlfahrtsstaatlicher Sicherungspolitik Genüge zu tun (Müller/Schulz 1994).

## **5. Rationalisierung und Tertiarisierung der Erwerbsarbeit**

Die Sphäre der beruflichen Tätigkeit hat in den letzten Jahren eine ungeheure Dynamik der Technisierung, Rationalisierung und Umstrukturierung in Richtung Tertiar-

sierung erfahren. Dies hat zur entsprechenden Verdichtung der Arbeitsanforderungen, der Freisetzung von Arbeitskräften, der Über- bzw. Unterforderung und der Ausbildung neuer Belastungssyndrome geführt. Mit dem Niedergang der industriellen Produktion ist es zu einer Ausdehnung der Dienstleistungsarbeit (Tertiarisierung) gekommen. Auch hier greifen Rationalisierungsstrategien technologischer, sozialer wie auch ökonomischer Formen und führen zu spezifischen Gefährdungen und Vernutzungen von Gesundheit.

Bedacht werden muß außerdem, daß mit dem Rückgang der industriellen Produktion Männerarbeit einen Bedeutungsverlust erfährt und zunehmend die Erwerbsbevölkerung im Bereich der Dienstleistungsarbeit von Frauen eingenommen wird. Eine Verweiblichung von Lohnarbeit geht einher mit den Begleiterscheinungen Flexibilisierung, Dequalifizierung und Prekarisierung des Erwerbsarbeiterstatus'. Die Umbauprozesse in der industriellen Produktion wie auch die Zunahme von Dienstleistungsarbeit haben Konsequenzen auch für die Größe und Form betrieblicher Arbeitsorganisation. Die Zahl der Großbetriebe geht zurück. Es gehört zu den Strategien von Großbetrieben und internationalen Konzernen, Betriebe in Betrieben zu gründen. Mitbestimmung durch Betriebsräte, Austarierung der Machtbalance zwischen Lohnarbeit und Kapital gehen zurück und zugleich kommt es zu einer Auflösung des klassischen Arbeitnehmerstatus' durch Teilzeitarbeit und sogenannte Scheinselbständige. Die Flexibilisierung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist gestiegen. Es wird eine hohe Mobilität regional wie zwischen den Betrieben und den verschiedenen Tätigkeiten verlangt (Giarini/Liedtke 1998).

## **6. Die Klinik als Geburtsstätte der Medizin in der Reproduktions- wie Produktionssphäre**

Medizin ist in ihrem Erkenntnisverfahren, in ihrer Wissenssystematik und in den Handlungsweisen bestimmt durch den sozialen und technischen Kontext „Klinik“.

Da Ärzte nur dann im Betrieb tätig werden dürfen, wenn sie eine Ausbildung als Arzt und eine Spezialisierung in der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin haben, sind Betriebsärzte in ihrem Fachwissen und in ihrer beruflichen Sozialisation genauso stark beruflich durch die „Klinik-Medizin“ geprägt wie Ärzte in der Reproduktionssphäre. Die Spezifität der Arbeits-/Betriebsmedizin besteht in den zusätzlichen Kenntnissen über chemische, physikalische und biologische Risiken der Arbeitswelt. In der diagnostischen Tätigkeit sind Betriebsärzte auf Frühzeichen von Krankheiten ausgerichtet und testen die körperliche Leistungsfähigkeit. Sie haben weiterhin Arbeitsplatzbegutungen und -analysen unter der Fragestellung von Belastung bzw. Beanspruchung vorzunehmen und Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Fragen von Gesundheitsrisiken und gesundheitsgerechter Gestaltung von Arbeitsbedingungen in technischer, organisatorischer und sozialer Hinsicht zu beraten.

Betriebsärzte haben bei ihrem Übergang von ihrer klinischen Tätigkeit in die Betriebsmedizin von den Anforderungen her einen radikalen Perspektivwechsel vorzunehmen, nämlich weg von der fast gänzlich auf Individuen ausgerichtete Orientierung, hin zu Betrachtungen von Gruppen und Kollektiven, Begrenzung auf Diagnostik, Unterlassen (Verbot) von therapeutischen Interventionen, Inblicknahme von Risiken der Industrie- und Dienstleistungsarbeit, Beteiligung an der positiven Gestaltung von Arbeitsbedingungen unter den Gesichtspunkten von Gesundheitsförderlichkeit und nicht nur Schädigungslosigkeit. Der Perspektivwechsel verlangt von der Betriebsmedizin eigentlich einen Paradigmawechsel.

## **7. Neue strukturelle Anforderungen an die Ärzte in der Produktionssphäre einschließlich der Dienstleistungsarbeit**

Die Betriebsmedizin ist angesichts der angesprochenen neuen Herausforderungen mit zahlreichen Fragen konfrontiert.

Unter Arbeitswissenschaftlern läßt sich ein Konsens ausmachen, der bei der Beurteilung der Auswirkungen der betrieblichen Rationalisierungsprozesse insgesamt einen deutlichen Anstieg psychosozialer Belastungen und Beanspruchungen annimmt. Systemische bzw. integrative Strategien der Rationalisierung fordern die Beschäftigten nicht mehr nur in ihren Teilqualifikationen, sondern der Tendenz nach als Gesamtpersönlichkeit und dies hat Konsequenzen, selbstverständlich auch für die Induzierung und Förderung von gesundheitlichen Problemlagen. Psychosomatische Krankheitsbilder haben vor diesem Hintergrund ihre Erklärung. Jedoch ist auch zu betonen, daß die neuen Formen der Rationalisierung und Modernisierung sowohl in der Industriearbeit, wie auch in der Dienstleistungsarbeit Optionen für eine humane Gestaltung von Arbeitsbedingungen eröffnen. Es lassen sich zwei Gründe benennen: Die betrieblichen Zielsetzungen im Sinne von Qualitätssicherung, materialschonende Arbeitsweise, terminbewußte Planung, maschinenauslastende Arbeitsdisposition, autonome Kooperation und kollektive Abstimmungsprozesse lassen sich eben nicht mit den alten Verfahren der Leistungssteigerung des Fordismus bewerkstelligen. Ein Mehr an Leistung und Arbeitsqualität kann nur im Mitwirken und in einer positiven Motivierung der Beschäftigten erreicht werden. Die Gratifikation zwischen Geben und Nehmen bei Leistung und Lohn muß den postmodernen Formen nach Gerechtigkeit und Fairness entsprechen. Neue Konzepte der Rationalisierung, wie Gruppenarbeit, Qualitätssicherung in Verknüpfung mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen können nur erfolgreich im Sinne eines Produktivitätsgewinns der Betriebe sein, wenn denn Raum gegeben wird für Initiative, Engagement, Information, einen hohen Grad von Autonomie, Kooperationsmöglichkeit, Mitdenken und Identifikationsmöglichkeiten mit den betrieblichen Herausforderungen. Es kann eben nicht nur mehr auf instrumentelles Arbeitsverhalten gesetzt werden, sondern ein neuer Zugriff auf „die Seele des Arbeiters“ ist verlangt. Arbeitsanforderungen sind mit den Bedürfnissen und Bedarfen der Beschäftigten in einen Einklang zu bringen. Hier haben Kriterien wie Gesundheit, Autonomie, Würdigung und Mitbestimmung einen hohen Stellenwert, wie Umfragen immer wieder belegen (Marstedt/Mergner 1995).

In dieser widersprüchlichen Entwicklung sind nun Betriebsärzte tätig. Es stellen sich eine Reihe von Fragen: Welche alten klassischen Gesundheitsrisiken der Erwerbsarbeit bestehen weiter? Welche neuen gesundheitlichen Gefährdungen und Risiken treten in der klassischen Industriearbeit auf? Wie sehen Risiken und Schädigungen in den verschiedenen Tätigkeiten innerhalb der Dienstleistungsarbeit einschließlich der personalen Dienstleistungsarbeit aus? Welche neuen Herausforderungen ergeben sich diesbezüglich vor dem Hintergrund der Frage, wovon das Wohlbefinden, also die Gesundheit des Menschen in seinen sozialen Interaktionen, eben auch innerhalb der Erwerbstätigkeit abhängig ist? Wenn Gesundheit und Wohlbefinden, so die Erkenntnis der Gesundheitswissenschaften (Public Health), von einem gelungenen Wechselverhältnis zwischen Individuum und Umwelтанforderungen bestimmt ist, dann fragt es sich, wie Ärzte diese Interaktionen zwischen den sozialen, technischen, d.h. also kommunikativen Anforderungen wahrnehmen, welche Risikodimensionen sie benennen können und wie sie darauf in Richtung Gestaltung und Gesundheitsförderung Einfluß nehmen können.

Die Betriebsmedizin steht vor widersprüchlichen Herausforderungen komplexer Art. Einerseits soll sie das Humanvermögen sichern und schützen, andererseits den be-

trieblichen Interessen an der optimalen Nutzung der Arbeitskraft dienlich sein. Es ist zu fragen: Wird Gesundheit eine Umdeutung erfahren insofern, als es um ein Rationalisierungspotential geht? Wird Gesundheit lediglich als Verwertungspotential im Sinne der Unternehmerinteressen gedeutet? Wird Betriebsmedizin, statt an Gemeinwohl, gemäß den Public Health-Kriterien im Sinne einer wohlfahrtsstaatlichen Aufgabenstellung orientiert, funktionalisiert für die betriebswirtschaftlichen Verwertungsinteressen der Arbeitskraft von Arbeitspersonen, deren rechtlicher Status sich verschlechtert hat und deren Verpflichtung zur Selbstverantwortung und zum Selbstmanagement gestiegen ist? Droht der Betriebsmedizin eine Instrumentalisierung durch privatwirtschaftliche Verwertung; statt Kontrolle mit ärztlichem Anspruch auf Fürsorge, nur noch medizinische Kontrolle von Arbeits- und Leistungsfähigkeit?

Andererseits muß jedoch auch gefragt werden, ob die Betriebsmedizin sich auf ihre Public Health-Verpflichtung besinnen wird und die Chancen zur Humanisierung des Arbeitslebens nutzt. Allerdings muß man angesichts der derzeitigen Situation der Betriebsmedizin große Zweifel anbringen, ob die Medizin im Betrieb mit ihrem klassischen Kanon von klinischem Wissen mit völlig unterentwickelten Kenntnissen und Methoden in der Psychologie und Soziologie in der Lage sein wird, diesen komplexen, eher nicht fachspezifischen Herausforderungen nachzukommen. Welche Debatten, Diskussionen und Reflexionen werden von Vertretern der Betriebsmedizin zu dieser Herausforderung angestellt? Welche innerprofessionellen Verständigungen über verpflichtendes professionelles Handeln lassen sich beobachten? Bislang sind solche Diskussionen eher randständige Erscheinungen.

## **8. Senkung des Krankenstandes als aufoktroierte Aufgabenstellung für die Reproduktions- und Produktionsmedizin**

Bei den sozialpolitischen Regulierungen neuerer Art geht es um eine Senkung der sogenannten Lohnnebenkosten. Diese rechtlichen Regelungen haben einen enormen Druck, sowohl auf die Vertragsärzte in der Niederlassung, wie auch auf betriebsärztlich tätige Mediziner gelegt. Krankheit ist nicht selbstverständlich mehr eine legitime Weise der Entlastung von der Arbeitsverpflichtung. Für den Vertragsarzt erwächst daraus der Zwang, trotz Erkrankung/Leiden bzw. trotz Nichtausheilung der Krankheit Arbeitsfähigkeit zu bescheinigen. Für die Betriebsärzte rührt aus diesen rechtlichen Regelungen und den öffentlichen Inszenierungen über „blauer Montag“, „Gefälligkeitsatteste“ oder „Krank-Feiern“ ein deutlicher Druck auch in den Betrieben, induziert durch das Management, Belegschaften bzw. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer so zu beeinflussen, daß Arbeitsunfähigkeit nicht in Anspruch genommen wird, damit sich der Krankenstand senkt und die sogenannten Lohnnebenkosten minimiert werden.

Betriebsmedizin wird in dieser Praxis zu einer Kontrollmedizin zur Aufrechterhaltung der Arbeitsdisziplin. Medizin erfüllt hier explizit eine Kontrollfunktion und steht in der unmittelbaren Verfügungsmacht ökonomischer betriebswirtschaftlicher Interessen. Statt Public Health mit Orientierung an volkswirtschaftlicher Wohlfahrt herrscht Pflicht zur Gesundheit (gleich Arbeitsfähigkeit und ist privatwirtschaftlichem Rationalitätskalkül verpflichtet). Die jeweiligen Ausformungen der betriebsmedizinischen Kontrolle des Krankenstandes bzw. der Arbeitsunfähigkeit der einzelnen Arbeitnehmer zeigt weiche und harte Kontrollmechanismen. Sie reichen von freundlichen Rückkehrgesprächen bis hin zu Nachforschungen bei den niedergelassenen Ärzten oder den Krankenversicherungen, einschließlich Einbestellungen zum Betriebsarzt.

## **9. Verwettbewerblichung und Privatisierung der Betriebsmedizin**

Betriebsmedizin war bislang nur in Großbetrieben und Betrieben mittlerer Größe etabliert. Die Betriebsmedizin hat nicht die sozialrechtlichen Rahmungen wie die Tätigkeit der Institutionen der ambulanten Medizin bekommen, nämlich eine Institution öffentlichen Rechts zu sein mit den entsprechenden Legitimationen und besonderen Formen der Dienstleistungserbringung.

Betriebsärztliche Tätigkeit in Großbetrieben hat den Status, Teil eines ausdifferenzierten Funktionssystems Großbetrieb zu sein. Mittlere Betriebe wurden über arbeitsmedizinische Zentren in privater oder berufsgenossenschaftlicher Trägerschaft oder durch freiberufliche Einzelärzte betreut. Die gesetzliche Ausdehnung von betriebsärztlicher Tätigkeit auf Klein- und Kleinstbetriebe eröffnet einen nun neuen Arbeitsmarkt für Betriebsärzte. Großbetriebe gehen zunehmend sogar dazu über, ihre betriebsmedizinischen Abteilungen auszulagern und zu selbständigen Betrieben zu machen, die auf dem Markt betriebsmedizinische Angebote mit anderen Diensten konkurrierend anzubieten haben. Dies führt zu einer Privatisierung der Betriebsmedizin. Bewußt wird Betriebsmedizin als Dienstleistung in eine Wettbewerbsstruktur gebracht. Die Verwettbewerblichung von Betriebsmedizin führt zu einem privatwirtschaftlichen betriebsärztlichen Dienstleistungsangebot. Nicht „Public“-Interessen und Verständnisse der Sicherung des öffentlichen Gutes „Gesundheit“, sondern die privatwirtschaftliche Definition des nachfragenden Unternehmens, in der Regel mit Belegschaften ohne Mitbestimmung, prägen die Inhalte und Leistungen der betriebsmedizinischen Angebotsseite. Verwettbewerblichung kann also auch heißen: Unterlaufen der rechtlichen Aufgabenerfüllung.

## **10. Strukturelle Überforderung und Selbstüberschätzung der Betriebsmedizin**

Das Arbeitsschutzgesetz und die verschiedenen Richtlinien von der Europäischen Union angestoßen und formuliert sowie das Arbeitssicherheitsgesetz 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, so 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 haben die Arbeitgeber dabei zu unterstützen, die mit der Arbeit verbundenen Gefährdungen zu ermitteln und die Maßnahmen des Arbeitsschutzes vorzuschlagen. Vom Betriebsarzt 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. Nach § 3 gehört es zu den Aufgaben der Betriebsärzte, 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 bei der Arbeitsanalyse, bei der menschengerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen und bei der Beratung von Management bzw. Betriebsrat und die Untersuchung sowie Beratung von einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sind von einem Betriebsarzt bzw. einer Betriebsärztin als Einzelperson nicht zu erfüllen. Betriebsärzte sind somit strukturell überfordert. Wie gehen nun Betriebsärztinnen und Betriebsärzte mit diesen vielfältigen und komplexen Anforderungen um, die eigentlich Überforderungen darstellen? Der Umgang wird zwischen Selbstüberschätzung und Heroisierung und damit auch mit einer Mystifizierung ärztlicher Kompetenz auf der einen Seite und Ignoranz bzw. Fluchtverhalten auf der anderen Seite schwanken.

Die Selbstüberschätzung der Betriebsmedizin liegt darin, daß sie erstens davon ausgeht, mit den neuen Herausforderungen inhaltlich wie praktisch umgehen zu können und zweitens glaubt, daß in der verwettbewerblichten Angebotssituation betriebsärztlicher Leistungen, Standards klassischer, risikoorientierter Betriebsmedizin wie auch moderne Formen der Gesundheitsförderung im Sinne der menschengerechten, gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsanforderungen möglich sind (Priester 1998).

Allerdings steht zu befürchten, daß die im Betrieb tätigen Ärzte sich eher für die Sicherung der Arbeitsfähigkeit entscheiden und sich dilettantisch bzw. völlig unzureichend auf die neuen Herausforderungen einlassen werden. Ärzte neigen gerade in Konfliktsituationen zu einer Überschätzung ihrer eigenen Möglichkeiten und stehen in der medizin-ärztlichen Tradition der Medikalisierung von Aufgabenstellungen, die eigentlich soziale Herausforderungen sind und als sozialwissenschaftliche bzw. sozialpolitische Probleme behandelt werden sollten.



Eine Institution zur Sicherstellung des öffentlichen Guts Gesundheit (gleich Arbeitsvermögen), nämlich die Medizin und hier insbesondere auch Betriebsmedizin als Institution von Public Health in Private Companies, erfährt eine Entöfentlichung in ihren Funktionen und in ihrer Legitimation. Eine Entöfentlichung ist auch insofern zu beschreiben als über den beschriebenen Strukturwandel eine öffentliche Debatte und Auseinandersetzung, sowohl in der Profession der Betriebsärzte, wie auch in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit insgesamt nicht stattfindet.

Die Entöfentlichung von Gesundheitsrisiken und damit auch von Krankheit und Gesundheitsverschleiß in der privaten Kapitalverfügung führt dazu, daß das Gesellschaftliche der industriellen Risiken und damit auch die soziale Ungleichheit dethematisiert wird. Medizin ist also als Betriebsmedizin an der Dethematisierung sozialer Ungleichheit und Pathogenität der Erwerbsarbeit beteiligt. Produktionsmedizin droht somit also verschärft in der betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkulation funktionalisiert zu werden und sich nicht als Institution von Public Health zur Stiftung von Nutzen für Jedermann und für die Volkswohlfahrt insgesamt zu entwickeln.

Für die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bedeutet dies, daß sie nicht mehr anwaltlich von Betriebsärzten innerhalb des Konfliktfeldes des Betriebs vertreten werden, sondern genötigt werden, ihre Produktivität aufrechtzuerhalten, ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen und außerhalb der betrieblichen Sphäre, nämlich in der individuellen Reproduktionssphäre ihre Leistungs- und Arbeitsfähigkeit aufrechtzuerhalten, wiederherzustellen und dort eine Bewältigungsstrategie zu entfalten. Gesundheitsgefährdung auch durch die Erwerbsarbeit ist somit wieder privatisiert und der individuellen Verantwortung zugewiesen. Dadurch, daß sich die Reproduktionsmedizin durch die Gesetzgebung auf eine Privatisierung und Individualisierung der Bewältigung von Krankheit einzulassen hat, verschärft sich diese Tendenz der Individualisierung und Privatisierung des Umgangs mit dem Risiko Krankheit bzw. erwerbs- und arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdung bzw. Gesundheitsverschleiß.

## **Literatur**

Freidson, E.: Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession, Stuttgart 1979

Giarini, O.; Liedtke, P.M.: Wie wir arbeiten werden. Der neue Bericht an den Club of Rome, Hamburg 1998

Kaufmann, Franz-Xaver: Aktuelle Herausforderungen des Sozialstaates, Frankfurt a.M. 1997

Marstedt, G.; Mergner, U.: Gesundheit als produktives Kapital, Berlin 1995

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

Milles, D.; Müller, R.: Berufsarbeit und Krankheit, Frankfurt a.M. 1985

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

Priester, K.: Betriebliche Gesundheitsförderung, Frankfurt a.M. 1998