

Rainer Müller (2000): Arbeitsmedizinische/betriebsärztliche Versorgung

Historischer Abriß

Die Entwicklung der Arbeits- bzw. Betriebsmedizin ist als Reaktion auf die Gesundheitsrisiken und –schädigungen der industriellen Produktion seit Beginn des 19. Jahrhunderts zu verstehen. Die medizinischen Experten der Gewerbehygiene bzw. Arbeitsmedizin befanden sich damit mitten in einem gesellschaftspolitischen Konflikt. Sie waren und sind sich dieser Situation häufig nicht bewußt. Die historische Entwicklung dieses Gebiets der Medizin kann nicht als eine adäquate Antwort auf die Gefährdungen und Schädigungen der Erwerbsbevölkerung angesehen werden. Die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin ist bis heute eher randständig im gesamten Kontext der Medizin angesiedelt. Dies drückt sich aus im Anteil an der Lehre im Medizinstudium wie auch an der Zahl und Ausstattung der arbeitsmedizinischen Institute in den medizinischen Fakultäten. Die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin ist Teil der Entwicklung der Sozialpolitik und hier der Geschichte des Arbeitsschutzes. Für Deutschland sind die Sozialgesetzgebungen der Bismarck-Zeit, insbesondere die Etablierung der Unfallversicherungsträger (1884) zur Kuration, Rehabilitation und Kompensation von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (1925) von Bedeutung. Eine Ausbildung der Professionalität der Betriebs- bzw. Arbeitsmedizin, gemessen am Stand der Professionalisierung anderer Fachrichtungen, wie z.B. Kinderheilkunde, Gynäkologie ist bis heute nicht erreicht. Erst 1976 wurde vom Ärztetag der „Fach“-Arzt für Arbeitsmedizin eingeführt. Die für Professionalität wichtigen Dimensionen, wie Berufsrolle, Berufsinventar, Handlungsmuster, theoretische Grundlegung, sind äußerst heterogen und nicht in vereinheitlichende institutionelle Rahmenbedingungen eingebunden. Professionalität einübende Institution ist weiterhin die medizinische Klinik und kaum die Medizin im Betrieb. Die Entwicklungen der Arbeits- bzw. Betriebsmedizin speisen sich historisch aus folgenden Linien:

- Gewerbehygiene als Teil der öffentlichen Gesundheitspflege (staatliche Gewerbeärzte), 1906 Friedrich Holtzmann in Baden, 1909 Franz Koelsch in Bayern, 1921 Ludwig Teleky in Preußen (Düsseldorf)
- Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit als Gegenstand von Fabrikmedizin bzw. Gewerbehygiene in Großunternehmen (Stahl-, Kohle-, Chemiebranche)
- Vergiftung als Problemstellung der Toxikologie (Institute in Um 1886 Carl Knaps bei Höchstuniversitäten 1887 Karl, B. Lehmann in Würzburg bzw. chemischer Großindustrie 1908 Ärztliche Abteilung der BASF)
- körperliche Leistungsfähigkeit als Aufgabenstellung der Arbeits- und Leistungsphysiologie (Kaiser Wilhelm- 1913, Max Rubner, Max Planck-Institut für Arbeitsphysiologie)
- Arbeiterkrankheiten als Berufskrankheiten in der Sicht von Klinikern (1925 Klinik für Berufskrankheiten, Ernst W. Baader)

Zu erwähnen sind weiterhin die Entwicklungen der arbeitsmedizinischen Statistik bzw. Epidemiologie und arbeitsmedizinische Forschungen im Schnittstellenbereich mit der Arbeitssoziologie und der Arbeitspsychologie (Streßforschung, Belastungs-/Beanspruchungsforschung).

Sozial- bzw. gesundheitspolitische Relevanz

Die sozial- bzw. gesundheitspolitische Relevanz von Arbeits- bzw. Betriebsmedizin ergibt sich aus der weiterhin bestehenden Gesundheitsgefährdung und -

schädigung durch Erwerbstätigkeit (Schutzfunktion der Sozialpolitik). Neben dieser klassischen Ausrichtung an der Arbeitspathologie (Morbidität, Mortalität bei Unfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen) richten sich die Erwartungen und Bedarfe auf Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung (Salutogenese) zur Aufrechterhaltung der Produktivität der Beschäftigten (Produktivitätsfunktion von Sozialpolitik). Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod und Gesundheitsrisiken sind weiterhin soziale Realitäten und differieren nach beruflicher Tätigkeit bzw. der Erwerbskarriere. Umfragen zur Arbeitsbelastung in der Bundesrepublik Ende der 90er Jahre zeigen, daß etwa 30 % der Erwerbstätigen Lasten von mehr als 20 kg praktisch immer oder häufig während der Arbeitszeit zu transportieren haben. Ein Viertel ist von körperlichen Zwangshaltungen betroffen. 30 % klagen über Lärm oder klimatische Belastungen, wie Kälte, Hitze, Zugluft. Über 20 % sind Stäuben, Gasen, Dämpfen ausgesetzt. In Wechselschicht arbeiten 20 %. Psychische Belastungen, wie starker Termin- oder Leistungsdruck bzw. starke Konzentrationsanforderungen werden von über 50 % angegeben. Monotonie und Unterforderung sind an einem Drittel bis fast der Hälfte der Arbeitsplätze zu finden. Gesundheitliche Belastungen und Gefährdungen sowie Schädigungen zeigen für Berufe, Branchen, Tätigkeiten spezifische Ausprägungen. Rückenschmerzen und psychosozialer Streß sind die häufigsten arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme (30 %), gefolgt von allgemeiner Erschöpfung (20 %), Muskelschmerzen (17 %) und Kopfschmerzen (13 %). Gesundheitsprobleme hängen meistens mit unzulänglichen Arbeitsbedingungen zusammen. Je schlechter die Arbeitsbedingungen, umso häufiger sind die Fehlzeiten. Arbeitsbedingter Gesundheitsverschleiß schlägt sich ebenso in den Zahlen zur Frühverrentung wegen chronischer Erkrankung nieder.

Rechtliche Regelungen

Die betriebsärztliche Versorgung in den Betrieben wird geregelt durch das Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 und das Arbeitsschutzgesetz von 1996 sowie durch entsprechende Regelungen der Unfallversicherungsträger. Mit der EG-Rahmenrichtlinie zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer vom Juni 1989 (erst 1996 nationales Arbeitsschutzgesetz) wurde in Deutschland eine Modernisierung des Arbeitsschutzes angestoßen und damit die Arbeits- und Betriebsmedizin vor neue Herausforderungen gestellt. Die neuen Anforderungen lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- Erweitertes Gesundheitsverständnis, nicht nur rein körperliche Schädigungen, sondern auch psychosoziale Aspekte werden einbezogen, ebenso Aspekte der Gesundheitsförderung (ganzheitlicher Arbeitsschutz).
- Präventive Gesundheitspolitik wird als eine Querschnittsaufgabe von Betriebs- und Unternehmenspolitik verstanden (Sicherheitsmanagement).
- Grundsatz der menschengerechten Gestaltung
- Arbeitsschutz wird als eine dynamische Herausforderung angesehen. Er hat sich an die Fortschritte der technischen Entwicklung und der neuesten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen (Anpassungspflicht).
- Abbau des Vollzugsdefizits, insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben.
- Kooperation von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten mit effektiver Beteiligung der Betriebs- und Personalräte sowie der Sicherheitsbeauftragten und der einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Kooperationsprinzip).
- Aktive Einbeziehung der einzelnen Beschäftigten in der Wahrnehmung und Bewältigung der Gefährdungen und Risiken sowie des gesundheitsgerechten Verhaltens; Beschäftigte sind nicht nur als Objekte fürsorglichen Schutzes, sondern

als Interessensvertreter ihrer eigenen Gesundheit zu achten und zu akzeptieren (Partizipationsprinzip).

- Einheitliche und transparente Normierung der rechtlichen Anforderungen und Pflichten (einheitliches Arbeitsschutzrecht) (Bücker u.a. 1994, S. 43-44).

Die Regelungen des Arbeitsschutzes gelten faktisch nun für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft wie auch im öffentlichen Dienst. Die Vorschriften zur sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Betreuung beziehen sich jetzt auch auf Kleinbetriebe, d.h. also, alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind flächendeckend betriebsärztlich zu betreuen.

Zur Tätigkeit als Betriebsarzt ermächtigen folgende Fachkundenachweise

- Arzt für Arbeitsmedizin (Facharzt)
- Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
- Kleine Fachkunde, obwohl formal ausgelaufen, sind Betriebsärzte mit der sogenannten kleinen Fachkunde weiterhin tätig.

Die Statistik der Bundesärztekammer weist folgende Zahlen für die arbeitsmedizinische Fachkunde aus.

Formen betriebsärztlicher Betreuung

An Formen betriebsärztlicher Betreuung finden sich:

Betriebsarzt in einem Betriebsärztlichen Zentrum

- selbständiges Zentrum (regional, vereinsrechtlich oder privatwirtschaftlich)
- selbständiges Zentrum (überregional, vereinsrechtlich oder privatwirtschaftlich)
- Zentrum der Berufsgenossenschaft (volle oder koordinierende Betreuung, z.T. zusammen mit Betreuung in der sicherheitstechnischen Aufgabenstellung)
- organisationsgetragenes Zentrum (z.B. durch Kreishandwerkerschaft)

Betriebsarzt in Niederlassung

- allgemein niedergelassen
- in arbeitsmedizinischer Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft mit Kassenarzt

Betriebsarzt eines werksärztlichen Dienstes

- Betreuung von Betriebsteilen im Rahmen der Dienstaufgabe
- Betreuung fremder Betriebe im Auftrag des Unternehmens
- Betreuung fremder Betriebe mit Nebentätigkeitsgenehmigung

Betriebsarzt in Nebentätigkeit

- hauptberuflich Vertragsarzt der kassenärztlichen Vereinigung
- hauptberuflich Krankenhausarzt
- hauptberuflich Arzt in Behörde
- hauptberuflich Betriebsarzt in Großunternehmen

Zahlen über Verteilungen und Häufigkeiten der Betreuungsformen liegen für die BRD nicht vor.

Für die Einsatzzeit von Betriebsärzten werden von den Berufsgenossenschaften Mindestwerte nach Gefährungsgrad des Betriebes und Zahl der Beschäftigten vorgegeben.

Aufgaben und Qualität der Leistungen

Die Inhalte der betriebsärztlichen Aufgabenstellung sind im § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes formuliert:

1. Beratung des Arbeitgebers in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und ebenso der Beschäftigten, 2. Beurteilung der Arbeitsbedingungen (der Gefährdung), Beobachtung des Arbeitsschutzes mit regelmäßiger Begehung der Arbeitsstätten, Ermittlung der Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen, 3. arbeitsmedizinische Untersuchungen von Beschäftigten mit unterschiedlichen Schutzziele: Schutz von Leben und Gesundheit der Beschäftigten, Schutz Dritter (z.B. Arbeitskollegen, Kunden oder Passagiere) oder schützenswerte Interessen wie Schutz erheblicher Sachgüter und 4. Belehrung aller im Betrieb über Arbeitsschutz und entsprechende Verhaltensweisen. Der Beratungsauftrag bezieht sich auf Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen; der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen; der Auswahl und Erprobung von Körperschuttmitteln; arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen, insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung; der Organisation der „Ersten Hilfe“ im Betrieb; Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozess. Beurteilung der Arbeitsbedingungen meint insbesondere die praktische Umsetzung des § 5 des Arbeitsschutzgesetzes mit der Gefährdungsbeurteilung. Hierzu liegen erprobte Verfahrensweisen vor. Arbeitsbedingte Erkrankungen können im Einzelfall (Kasuistik) und systematisch über Verfahren der Epidemiologie ermittelt werden. Eine derartige umfangreiche berufliche Aufgabenstellung kann von einem einzelnen Betriebsarzt/ärztin nicht erfüllt werden.

In der Qualität der betriebsärztlichen Betreuung bestehen erhebliche Unterschiede und bedeutende Defizite (Müller, Schulz 1994). Nicht nur bei nebenberuflichen tätigen Betriebsärzten oder Ärzten in Zentren, sondern auch bei Betriebsärzten in einer werksärztlichen großbetrieblichen Einrichtung nimmt die Untersuchung von Beschäftigten nach staatlichen oder berufsgenossenschaftlichen Vorschriften, den überaus großen Anteil der Einsatzzeit (bis zu 80 %) ein. Nach Aussage eines kundigen Arbeitsmediziners ist in weiten Teilen von Industrie und Verwaltung „betriebsärztliche Tätigkeit zur reinen Untersuchungsmedizin verkommen – und das auch noch ohne nennenswerte Ergebnisse“ (Dietrich 1999, S. 31). Diese Situation ist verschiedenen Faktoren geschuldet: Die knapp bemessenen Einsatzzeiten sind zu nennen. Weiterhin sind von Bedeutung die Konkurrenz auf dem Markt der arbeitsmedizinischen Betreuung. Betriebsärztliche Einsatzstunden werden zu 120 oder sogar nur zu 70 DM und noch weniger angeboten (1999). Dienste kalkulieren z.T. 2000 bis 2200 Einsatzstunden pro Arzt pro Jahr im Betrieb, die jedoch faktisch nicht erfüllt werden. In der regionalen Betreuung müssen Betriebsärzte, z.T. in Zentren angestellt, erhebliche Fahrzeiten zwischen den Betrieben in Kauf nehmen. Kompetenz wird bei Diagnostik am Menschen erfahren. Betriebsärzte sind vornehmlich als klinische Ärzte sozialisiert und in Diagnostik und Therapie geschult und hier zu Hause. Arbeitneh-

mer/innen und auch Betriebsleitung sehen in dem Betriebsarzt häufig auch nur den Arzt, wie sie ihn in der ambulanten und stationären Versorgung kennengelernt haben. Qualitätssicherung durch Kontrolle seitens der Berufsgenossenschaften und der staatlichen Gewerbeaufsicht sind unzulänglich. Betriebsmedizin ist selten Teil der betrieblichen Einzel- bzw. Gesamtpolitik. Fachliche Qualitätsmängel bei Betriebsärzten in Fragen z.B. der Toxikologie, Ergonomie und technisch-organisatorischen Gestaltung von Arbeitsbedingungen werden beklagt. Fundierte psychologische oder sozialwissenschaftliche Kenntnisse und methodische Kompetenz zur Beurteilung von psychosozialen Belastungen sind kaum vorhanden. Obwohl zur Kooperation verpflichtet, existieren Mängel in der Kommunikation zwischen den Fachkräften für Arbeitssicherheit und den Betriebsärzten. Bei Großbetrieben besteht die Gefahr, daß die Betriebsärzte für die Personal- und Leistungs politik des Managements funktionalisiert werden, so z.B. bei der Senkung des Krankenstandes. Das Kardinalproblem der Entwicklung und Sicherung der Qualität betriebsärztlicher Versorgung liegt bei den Mittel- und Kleinbetrieben. Wie die Medizin generell mit ihren Teilbereichen, so steht auch die Arbeitsmedizin unter dem Zwang, den Nachweis zu erbringen, daß sie über Struktur- und Prozeßqualität eine Ergebnisqualität erbringt. Wie auch für die anderen Teilbereiche der Medizin, steht eine Evaluation der Arbeits- und Betriebsmedizin unter diesen Qualitätsdimensionen aus.

Herausforderungen

Die Betriebs- und Arbeitsmedizin steht aktuell wie zukünftig vor großen Herausforderungen, die sich aus drei Quellen speisen:

1. dynamische Entwicklung der durch Ökonomie und Technologie bestimmten kapitalistischen Arbeitswelt
2. sozialstaatliche Regulierungen und Steuerungen (Arbeitsschutzgesetze), die diesem Prozeß der negativen Wirkungen auf Umwelt und Humanvermögen mit seinen entsprechenden sozialen Kosten (Unfälle, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen) entgegenwirken und dieser Dynamik eine präventive und ökologische Wende entgegensetzen wollen
3. Bürgerinnen und Bürger haben erhöhte Ansprüche an eine sinnvolle, qualifizierende, den Bedürfnissen von Familie und Freizeit angemessene und gerecht entlohnte existenzsichernde Arbeit

Die dynamischen Entwicklungen der Arbeitswelt lassen sich umschreiben als soziale, technische und systemische Rationalisierung und damit Erhöhung des Leistungsdrucks und der Flexibilisierung der Beschäftigten. Der Rückgang der industriellen Produktion mit starkem Anwachsen des Dienstleistungssektors (Tertiarisierung) führt zu einer Abnahme der einfachen Tätigkeiten mit einem festen Arbeitsvertrag. Zugleich werden solche Dienstleistungs-Tätigkeiten in Büros, im Verkauf, in der Reinigung und in der Produktion wie in der personalen Dienstleistung als Teilzeitarbeitern und in geringfügiger Beschäftigung zunehmen. Eine deutliche Zunahme wird bei den höher qualifizierten Tätigkeiten sich einstellen. Hier sind anzusprechen Führungsaufgaben, Organisation und Management, Forschungs und Entwicklungstätigkeit, Betreuung, Beratung und Lehren. Die mittelqualifizierten Tätigkeiten, wie Fach Tätigkeiten in der Produktion oder Maschineneinrichten, Reparieren, Verkauf, Sachbearbeitung, nicht akademische Tätigkeiten in Forschung und Entwicklung werden als relevanter Arbeitsmarkt in etwa gleich großer Zahl erhalten bleiben. Mit diesem Wandel der Arbeitstätigkeiten und des Arbeitsmarktes sind deutliche Veränderungen der Belastungen und Beanspruchungen und der gesundheitlichen Gefährdung verbun-

den, wobei jedoch zu betonen ist, daß die klassischen körperlichen Belastungen, wie z.B. Heben und Tragen schwerer Lasten, Beanspruchungen durch ungünstige Arbeitsumgebungsbedingungen (Klima, Akustik, Optik) oder auch durch chemische Einwirkungen weiter bestehen bleiben. Allerdings nehmen psychosoziale Belastungen durch Zeitdruck, Monotonie, Überforderung, Autonomieverlust zu. Die Flexibilisierung von Arbeitszeiten in Form von Teilzeitarbeit, Heimarbeit, Schichtarbeit, Nacharbeit, kapazitätsorientierte Arbeitszeit führt ebenso zu gesundheitlichen Beanspruchungen mit eventuell negativen Auswirkungen. Weitere Herausforderungen ergeben sich aus der demographischen Entwicklung, dem zahlenmäßigen Anwachsen von Frauerwerbstätigkeit auf etwa 70 % und aus der Zuwanderung von Migranten. Bevölkerungsvorausberechnungen gehen davon aus, daß von 2000 bis 2040 die Zahl der 20- bis 65jährigen um rund 11,4 Mio. zurückgehen wird. Zugleich kommt es zu einer Umkehrung des Zahlenverhältnisses von jüngeren zu älteren Erwerbstätigen. Waren Anfang der 90er Jahre noch ca. ein Drittel der Erwerbspersonen unter 30 Jahre, so sinkt dieser Anteil bis 2035 auf 20 bis 25 %, während der Anteil der Erwerbspersonen über 50 Jahre ansteigt und prozentual bereits um das Jahr 2000 den Anteil der unter 30jährigen übersteigt. Die mittlere Altersgruppe zwischen 30 und 50 Jahren nimmt bis zum Jahre 2020 kontinuierlich zahlenmäßig ab (Deutscher Bundestag 1994, 1998).

Aus diesen Entwicklungen heraus läßt sich eine präventive und gesundheitsfördernde betriebliche Politik nicht über einen einzelnen Betriebsarzt mehr bewerkstelligen, sondern es bedarf eines arbeits-/gesundheitswissenschaftlichen Teams, um die komplexen Problemlagen auch komplex und mittel- bzw. langfristig bearbeiten zu können. Organisatorisch hätte sich ein Mix von öffentlich-rechtlichen mit privaten Einrichtungen zu organisieren, um eine regionale und branchenbezogene Betreuungsspezifität anbieten zu können. Die Sozialversicherungen, seien es die Krankenversicherungen, Rentenversicherungen oder Unfallversicherungen, ebenso die Bundesanstalt für Arbeit mit ihren Arbeitsämtern, wären in ein solches institutionelles Arrangement einzubeziehen, da sie über ihre Routinedaten zur arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung erheblich beitragen. Vor diesem Hintergrund könnten sozialepidemiologische weitergehende Studien über Gefährdung sowie Humanisierungsdefizite bzw. Gestaltungsnotwendigkeiten durchgeführt werden. Konkrete Gestaltungsmaßnahmen an den Arbeitsplätzen und bei der Personalpolitik wären Konsequenzen daraus. Gesundheit und Sicherheit ist in dieser Perspektive eine integrierte Aufgabe im betrieblichen Management bei Mittel- und Großbetrieben. Für Klein- und Kleinstbetriebe, in denen über 50 % der Erwerbstätigen beschäftigt sind, könnte eine solche Aufgabe in regionalen Netzwerken zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bewerkstelligt werden.

Literatur:

Bertelsmann-Stiftung (Hg.): Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik, Gütersloh 1999

Bücker, A., Feldhoff, K., Kothe, W.: Vom Arbeitsschutz zur Arbeitsumwelt. Europäische Herausforderungen für das deutsche Arbeitsrecht, Neuwied, Kriftel, Berlin 1994

Deutscher Bundestag, 1. Zwischenbericht der Enquetekommission „Demographischer Wandel“ – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Bonn 1994

Deutscher Bundestag, 2. Zwischenbericht der Enquetekommission „Demographischer Wandel“ – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Bundestagsdrucksache 13/11 460, Bonn 1998

Dietrich, M.: Die Qualität betriebsärztlicher Betreuung –eine kritische Bestandsaufnahme. Aus der Sicht der Betriebsärzte, in: Schmitthenner, H. (Hg.): Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung, Bremerhaven 1999

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

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