

Rainer Müller (1989): Ansätze und Methoden der Arbeitsmedizin zur Analyse und Bewertung von Arbeitssystemen

In der Arbeitswissenschaft wurde eine Reihe von Konzepten zur Analyse und Bewertung von Arbeitssystemen entwickelt. Unter Arbeitswissenschaft wird die integrative Zusammenarbeit verschiedener Teildisziplinen wie der Medizin, den Naturwissenschaften z. B. Chemie, Physik, der Ingenieurwissenschaft z. B. Produktionstechnik und Informatik sowie den Sozialwissenschaften mit den Hauptfächern Psychologie/Soziologie, den Wirtschaftswissenschaften, Bildungswissenschaften und Rechtswissenschaften verstanden.

Analyse und Bewertung von Arbeitssystemen wurden sogar einer bundeseinheitlichen Normung unterzogen. So liegt die DIN Norm 33407 zur Arbeitsanalyse und die DIN Norm 33400 zur Definition Arbeitssysteme vor. Nicht zufällig orientieren sich diese Normungen auf die Arbeitssystemanalyse nach REFA.

Es liegt das Analyseverfahren nach REFA vor. Bekanntlich ist REFA ein tayloristisches Rationalisierungsverfahren zur Intensivierung der Arbeit und zur Lohnfindung. Historisch und aktuell lässt sich ein enges Verhältnis der Taylorisierung der Lohnarbeit und den ergonomischen und arbeitsphysiologischen Teilen der Arbeitswissenschaft beschreiben. Auch in staatlichen Vorschriften werden Konzepte zur Arbeitsbereichsanalyse vorgeschrieben: so etwa in der technischen Regelung für gefährliche Arbeitsstoffe (TRGA 402) zum Messen von Arbeitsstoffen.

In der Arbeitsmedizin speziell wurde ein systematisches Konzept zur Analyse und Bewertung von Arbeitssystemen in der DDR erarbeitet (Professionsgraphie der Arbeitshygiene) (Bachmann u.a. 1978). Für die Bundesrepublik hat die Arbeitsmedizin bzw. Betriebsmedizin eine solche Systematik nicht ausgearbeitet.

Welche Konzepte bzw. Kriterien zur Bewertung der Arbeitssysteme wurden formuliert? In der bundesrepublikanischen Ergonomie wird häufig Bezug genommen auf die Bewertungshierarchie für Mensch-Arbeits-Beziehungen nach Rohmert.

In der DDR hat Hacker ein Analyse- und Bewertungsinstrument zur psychophysiologischen Bewertung von Arbeitssystemen entwickelt.

Nach Rohmert gehört in den Zuständigkeitsbereich von Arbeitsmedizin bzw. Physiologie das Kriterium der Ausführbarkeit und das Kriterium der Erträglichkeit.

Weder bei Rohmert noch bei Hacker werden Stichworte wie Gesundheit bzw. Wohlbefinden genannt, sondern Maßstäbe in einer Hierarchie von Bewertungsebenen angegeben.

Nach Rohmert bedeutet hier die Hierarchie, „dass die unteren Bewertungsebenen verwirklicht sein müssen, bevor die nächst höhere in Angriff genommen werden kann.“ (Rohmert 1983, S.17).

Was wird nun unter Ausführbarkeit und Erträglichkeit verstanden? Welches theoretische Modell wird zur Analyse und Bewertung von Ausführbarkeit und Erträglichkeit herangezogen? Das grundlegende Modell zur Beantwortung dieser Frage stellt das

Belastungs-Beanspruchungs-Modell der Ergonomie dar.

„Unter Belastung wird die Gesamtheit aller, auf den arbeitenden Menschen einwirkende Einflüsse aus der Arbeitsaufgabe (arbeitsinhaltsbezogene Teilbelastung) und der Arbeitsumgebung (situationsbezogene Teilbelastung) verstanden, die überwiegend über das reizaufnehmende (rezeptorische) System wahrgenommen werden und/oder Anforderungen an das effektorische System stellen (unter Effektoren sind hier die Endorgane, z. B. Muskeln des Menschen zu verstehen, mit denen er - nach einer Informationsverarbeitung - nach außen wirkt). Als Beanspruchung bezeichnet man die Gesamtheit aller durch unterschiedliche individuelle Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten bedingten unterschiedlichen Auswirkungen von Belastungen im Menschen. Die Beanspruchung hängt somit sowohl von der Belastung, als auch von der Ausprägung individueller Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten ab" (Rohmert 1983, S. 10).

Rohmert gesteht jedoch, „dass es bis heute nicht gelungen ist, diese offenbar sehr unterschiedlichen Teilbelastungen zu einer Gesamtbelastung zusammenzufassen (Ebenda S. 9). Er hält jedoch an der Forderung fest, dass Belastungen quantitativ zu erfassen sind, indem man den "Gesamtbegriff der Belastungen" (Ebenda S. 11) in einzelne, einfach operable und skalierbare Teilbelastungen zerlegt. Für die Beurteilung der Belastungen sei ferner die Zusammensetzung der Teilbelastung nach Art und Höhe sowie ihrem zeitlichen Ablauf (simultan oder sukzessiv) wesentlich. Vergeblich sucht man bei Rohmert nach einem Hinweis, dass es aus theoretischen und methodischen Gründen nicht möglich ist, die Gesamtheit der Teilbelastungen quantitativ zu bestimmen. Da dies in der Gesamtheit analytisch nicht möglich ist, wird man sich in der arbeitsmedizinischen Forschung entweder auf Reize und Mechanismen konzentrieren müssen, von denen man annimmt, dass sie potentielle pathogene Bedeutung haben oder aber als Untersuchungseinheiten, Einzelpersonen oder Gruppen betrachten, die wahrscheinlich größeren (oder geringen) Risiken ausgesetzt sind als die Durchschnittsbevölkerung (siehe Levi 1981, S. 107).

Für die arbeitsmedizinische Forschung zur Pathogenität der Arbeitswelt heißt dies, dass man erstens eine umfassende, beschreibende und darauf abgestellte analytische Epidemiologie betreiben muss und zweitens bei der arbeitsphysiologischen Forschung zu Einzelbelastungen eine Auswahl vornehmen muss, d. h. man trifft in vornhinein eine Wertung, welche sozialen, ökonomischen, physikalischen oder chemischen Faktoren man für krankmachend hält. Dies verlangt dann die Offenlegung der Auswahl und Bewertungskriterien. In Bezug auf die Ermittlung der Beanspruchung werden von Rohmert ebenfalls weit gesteckte Ziele verkündet, aber auch hier nur sehr bescheidende Möglichkeiten vorgeführt. Rohmert unterscheidet eine deduktive modellorientierte von einer induktiven, phänomenorientierten Beanspruchungsermittlung. Für den ersteren Weg muss er einräumen: „Praktisch anwendbare Modelle dieser Art liegen jedoch nur für die Sonderfälle der statischen Muskelarbeit (Rohmert 1959) sowie dynamischen Fahrradergometerarbeit (Rohmert 1960) vor (ebenda S. 11). Bei den induktiven Verfahren „wird versucht, geeignete physiologische oder biochemische Messgrößen am Menschen selbst zu registrieren, die sich nicht nur in Abhängigkeit von der Belastungshöhe, sondern auch in Abhängigkeit von der Belastungsdauer individuell verschieden ändern" (ebenda S. 11).

Diese Ermittlung der Beanspruchung erfolgt, so Rohmert, engpassorientiert. "Es wird dabei unterschieden, ob Engpässe des Überschreitens von bestimmten, auf die Dauer erträglichen Leistungsgrenzen in einer Beanspruchung des Gesamtorganismus oder in der Inanspruchnahme einzelner Organe oder Funktionssystem zu suchen sind" (Ebenda S. 11). Hier muss folgendes kritisch angemerkt werden. Was quantifizierend für die

Muskelarbeit durch Ermittlung u. a. von Herz-Kreislauf-Größen gelingt, lässt sich nicht ohne weiteres auf die Beanspruchungsermittlung von geistiger Arbeit übertragen. Man muss konstatieren, dass es ähnlich wie bei den Teilbelastungen nicht möglich ist, die Gesamtbeanspruchung des arbeitenden Menschen im Sinne einer quantifizierenden Erfassung der Naturwissenschaft zu ermitteln. So gesehen ist der überzogene Anspruch der Arbeitsphysiologie, eine Analyse und Bewertung der Ausführbarkeit und Erträglichkeit vornehmen zu können, kritisch zu bewerten. Als Grenzen der Ausführbarkeit nimmt die Arbeitsphysiologie z. B. die maximale Reichweite der Gliedmaßen, maximale Muskelkräfte, Mindestreaktionszeit und sensorische Leistungsfähigkeit der Sinnesorgane an. Bei der Definition der Ausführbarkeit geht es, so Rohmert, ausdrücklich nicht um den Zeitfaktor. Dieser kommt erst zum Tragen, bei der Diskussion der Erträglichkeit. Unter Erträglichkeitsgrenzen werden „physiologisch definierte Ausdauergrößen“ verstanden, die „bei täglicher Wiederholung einer normalen Achtstundenschicht ein Arbeitslebenlang ohne Gesundheitsbeeinträchtigung möglich sind“ (ebenda S. 18). Zwar verweist Rohmert in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Epidemiologie zur Definition dieser Erträglichkeitsgrenzen jedoch unterschlägt er vollständig die Tatsache, dass epidemiologisch gesicherte arbeitsmedizinische Erkenntnisse über die langfristigen Auswirkungen von Arbeitsbelastungen auf die Gesundheit der Beschäftigten nicht vorliegen.

Epidemiologisch gesichert heißt nämlich die Feststellung der Ausdauergrößen in prospektiven Langzeituntersuchungen an einer großen Zahl der Betroffenen über Jahrzehnte. Derartige Studien wurden selbst für naturwissenschaftlich qualifizierbare und seit langem bekannten Einzelbelastungen wie z. B. Lärm oder Hitze nicht durchgeführt. Hier ist wiederum zu betonen, dass Lärm- bzw. Hitzearbeitsplätze typischerweise zugleich mit mehreren Belastungen auftreten. Über die kombinierten Wirkungen von mehreren zugleich oder hintereinander einwirkenden Belastungen ist in der Arbeitsphysiologie und auch in der Arbeitstoxikologie wenig oder nichts bekannt. Es tun sich hier also theoretisch und methodisch ungeheure, wenn nicht sogar unlösbare Schwierigkeiten auf, wenn man die spezifische Erträglichkeitsgrenze der einen Belastungsgröße, abgegrenzt von der Erträglichkeitsgrenze der Gesamtbeanspruchung, bestimmen will. Erinnerung sei daran, dass es bisher nicht gelungen ist die Gesamtbeanspruchung naturwissenschaftlich zu ermitteln. Hinzu kommt weiterhin das Problem der inter- und intrapersonellen Variabilität der Beanspruchung.

Die Arbeitsmedizin verfügt somit über keine definierten Erträglichkeitsgrenzen. Auch der Hinweis auf Grenzwertdefinitionen, wie z. B. die MAK-Werte, ist hier nicht statthaft. Die Grenzwerte gelten erstens nur für einzelne Faktoren und nicht für real vorkommende Belastungskombinationen und werden zweitens auch nicht nach ausschließlich wissenschaftlichen Kriterien, sondern nach Plausibilitätsüberlegungen von Experten und politisch Verantwortlichen formuliert. (Winter 1986).

Trotz der genannten und von den Ergonomen bzw. Arbeitsmedizinern oft selbst eingestandenen schwerwiegenden Schwächen wird von ihnen am Belastungs-Beanspruchungskonzept festgehalten und sogar der Anspruch formuliert, es ließe sich damit auch „das Problem möglicher langfristiger psychosomatischer Auswirkungen“ (Rohmert 1983, S. 12) angehen.

Das Belastungs-, Beanspruchungskonzept hält Rutenfranz (ebenfalls wie Rohmert ein Schüler von Guenther Lehmann, Leiter des früheren Max-Planck-Institut bzw. des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Arbeitsphysiologie in Dortmund) unter dem Aspekt tätigkeitsbezogener Gesundheitsgefahren erkenntnisbringend für die Tätigkeiten: Hitzearbeit, Schichtarbeit, energetische Schwerarbeit, Halte- und Haltungsarbeit, Tätigkeit

mit mentalen oder emotionalen Belastungen, Untätigkeiten mit psychosozialen Belastungen. Es wird unterstellt, als sei das arbeitsphysiologische Konzept zur Untersuchung von messtechnischen quantifizierbaren Belastungen und Beanspruchungen wie Hitze, energetische Schwerarbeit, Haltearbeit mit den Konzepten der Psychologie zur Untersuchung von Schichtarbeit oder psychosozialen Belastungen identisch.

An dem Belastungs-, Beanspruchungskonzept hat es vielfältige Kritik gegeben. Die sozialwissenschaftliche Kritik repräsentiert Mergner, wenn er sagt, dass das arbeitswissenschaftliche und arbeitsmedizinische Belastungs-, Beanspruchungsmodell nicht geeignet sei, das ganze Ausmaß arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken und reale Gesundheitsschädigungen sowie -beeinträchtigungen zu erfassen (Mergner 1983). Die komplexen sozialen Prozesse, wie sie innerhalb der Arbeit auf gesamtgesellschaftlicher, betrieblicher und individueller Ebene vorkommen, können nicht mit diesem Konzept einer verengenden Perspektive angegangen werden. Das soziale Subjekt, als handelndes, ganzheitlich betroffenes und lebensgeschichtlich vorgeprägtes Individuum wird hierin weitgehend ausgeblendet. Die Fähigkeiten des Subjekts seine Arbeits- und Lebensbedingungen kritisch zu reflektieren und verändernd auf sie einzuwirken, werden ignoriert. Ebenso werden die emotionalen Bedürfnisse und psychischen Verarbeitungskapazitäten bzw. -muster bei der Auseinandersetzung des arbeitenden Menschen mit den Arbeitsanforderungen ausgeklammert. Der Mensch wird auf eine Anhäufung arbeitsrelevanter Potenzen, Kompetenzen und Funktionen reduziert. Bei der Analyse und Bewertung von Arbeitssystemen und menschlicher Arbeit müssen vielmehr – so Mergner - die Besonderheit menschlicher Grundbedürfnisse ausgearbeitet werden.

An Dimensionen solcher Bedürfnisse nennt er:

- Abwechslungsreichtum von Anforderung,
- Wechsel von Anspannung und Entspannung im Sinne von Arbeit und Erholung sowie Herausforderung und Entlastung
- Persönlichkeitsentwicklung durch Bewältigung von Herausforderungen
- Gewinnung von emotionaler Stabilität aus individuellen Erfolgserlebnissen und sozialer Bestätigung
- zwischenmenschliche Kommunikation
- Zeitbedürfnis in Bezug auf Eigenzeit
- biologische und soziale Rhythmen
- Möglichkeiten subjektiver Aneignung und Strukturierung von Lebens- und Arbeitswelt in ihrer räumlichen Dimension
- bezogen auf Arbeitsgegenstand und Arbeitsmittel sinnvolle, mit Sinn erfüllbare, taktile, optische und akustische Reize
- Anspruch als Mensch und nicht als Rädchen, Nummer oder Objekt behandelt zu werden.

Wie lässt es sich erklären, dass die herkömmliche Arbeitsmedizin nur für die Analyse und Bewertung von Ausführbarkeit und Erträglichkeit auf der Basis des reduktionistischen Belastungs-, Beanspruchungsmodell zuständig erklärt?

Die Arbeitsmedizin bewegt sich in einem gesellschaftspolitischen Spannungsfeld, wo es um die soziale Dimension der Medizin und um die soziale Verantwortung von Ärzten, auch als Betriebsärzte, geht. Die Arbeitsmedizin glaubt sich der politischen Dimension entziehen zu können, wenn sie an der positivistische Wissenschaft festhält.

Das Spannungsfeld lässt sich schlaglichtartig in folgenden Begriffspaaren deuten:

- Medikalisierung oder Politisierung industrieller Pathogenität
- Prüfung von Versicherungsansprüchen oder Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen
- Früherkennung von pathogenen Prozessen oder menschengerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen
- biological monitoring oder Gefährdungsbedämpfung
- Stigmatisierung und Selektion oder Beratung und Berufsverlaufsplanung der Erwerbstätigen
- Ärzte als Teil des Unternehmensmanagement oder als Vermittler zwischen individuellem und gesellschaftlichem Wohl
- Kommerzialisierung des Arbeitsschutzes und der Betriebsmedizin oder staatlich geregelte Professionalisierung der Arbeitsschutzexperten
- Expertokratie oder Entfaltung der Persönlichkeit und demokratische Teilhabe der Arbeitnehmer

Historisch betrachtet hat sich vorherrschend eine Arbeits- und Betriebsmedizin herausgebildet, der es einerseits um die Analyse und Bewertung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit, der körperlichen Arbeit geht und der es andererseits auf die Erklärung der Ätiologie und Pathogenese von beruflichen Gesundheitsschädigungen ankommt.

Die Arbeitsphysiologie befasst sich mit Kräften, Energie und Organfunktionen der „Menschmaschine“. Gegenstand ist die körperliche Bewegung in Raum und Zeit sowie z. T. die Ernährung.

Die Arbeitshygiene untersucht die physikalisch definierten Umgebungsbedingungen wie Klima, Licht, mechanische Schwingungen, Lärm, Strahlungen.

Die Arbeitstoxikologie befasst sich mit den Wirkungen von einzelnen Chemikalien auf Stoffwechselprozesse bzw. Funktionen von Organismen.

Alle drei Teildisziplinen arbeiten immer mit der Fragestellung: Was sind die Bedingungen für eine optimale Nutzung der Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen. Und hier wird wiederum von einem Normalarbeiter ausgegangen.

Unter einer Optimalleistung (gleich Normalleistungsgesetz) „wird eine Bewegungsausführung verstanden, die dem Beobachter hinsichtlich der Einzelbewegungen, der Bewegungsfolge und ihrer Koordinierung besonders harmonisch, natürlich und ausgeglichen erscheint. Sie kann erfahrungsgemäß von jedem in erforderlicher Masse geeigneten, geübten und eingearbeiteten Arbeiter auf die Dauer und im Mittel der Schichtzeit erbracht werden, sofern er die für persönliche Bedürfnisse und gegebenenfalls für Erholung vorgegebene Zeiten einhält und die freie Entfaltung seiner Fähigkeit nicht behindert wird“ (REFA 1973, Bd. 2, S. 136).

Diese Definition basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen (von Hettinger und E. A. Müller) über das Gehen. Die Optimalleistung, d. h. die Arbeitsgeschwindigkeit mit dem geringsten Energiebedarf pro Arbeitseinheit ist dann gegeben, „wenn die Eigenschwingungsdauer des Beines - das Bein als Pendel gedacht - mit der durch die Gehgeschwindigkeit erzwungenen Schwingungsdauer des Beines identisch ist“ (Hettinger 1986, S. 2).

Ein ähnlicher Zusammenhang lässt sich auch für den Energieumsatz (Belastung) und Herz-Kreislauf-Reaktionen (Beanspruchung) aufstellen.

Auf diesen Zusammenhang von körperlicher Leistung und Normalleistung im Sinne eines REFA-Systems aufmerksam zu machen, ist deshalb wichtig, weil sie in der Lohnfindung und in den Tarifverträgen eine sehr wesentliche Bedeutung hat.

Die physiologischen Erkenntnisse über körperliche Leistung wird von den Arbeitsphysiologen auch dazu benutzt, den Anspruch zu formulieren, sie könnten eine wissenschaftliche Begründung für einen gerechten Lohn liefern (Rohmert, Rutenfranz 1975, S. 12). Vor allem haben sich Hettinger und Rutenfranz in die Auseinandersetzung und „gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ bei der Diskriminierung von weiblichen Arbeitnehmern eingeschaltet. Man argumentiert folgendermaßen: Da im Durchschnitt die Frau eine um etwa 1/3 geringere physische Leistungsfähigkeit als der Mann besitzt und 40 Arbeitspulse pro Minute als zumutbarer Grenzwert für die Achtstundenschicht angesehen wird, als Ausdruck für die körperliche Belastung, erreicht die Frau den Grenzwert von 40 Arbeitsimpulsen bereits bei geringerer

Belastung als der Mann (Hettinger, 1986, S. 7). Da sich der Lohn nach der Leistung orientieren soll und die Leistung an dem Arbeitspuls gemessen wird, stellt sich also die Frage, wird nach dem Arbeitspuls oder nach der gefertigten Stückzahl bezahlt? In diesem Zusammenhang erhält die Frage nach der Dauerleistungsgrenze einen besonderen Stellenwert.

Bei der Arbeitsphysiologie, -toxikologie und -hygiene geht es darum, Grenzbereiche bzw. Grenzwerte für die einzelnen Faktoren, wie z. B. Schwere der körperlichen Arbeit, Höhe der Lufttemperatur und Konzentration von z. B. Kohlenmonoxid in der Atemluft herauszufinden. Das Grenzwertkonzept stellt somit eine zentrale Argumentationsbasis der Arbeitsmedizin dar. Dieses Konzept findet in dem normativen und praktischen Arbeitsschutz seine Anwendung (MAK-Werte, arbeitshygienische Kennzahlen der DDR).

Das Grenzwertkonzept beruht auf dem Begriff der ausgeglichenen Bilanz, d. h. z. B. einer Energiebilanz, die im Verlauf von 8 Stunden keinen negativen Effekt aufweist. Man geht von der Fähigkeit der Körpers aus, nach einer Beanspruchung wieder physiologisch und biochemisch in einen Gleichgewichtszustand zurückzukommen. Der Körper ist in der Lage z. B. eine Übermüdung durch Arbeit in der Zeit zwischen zwei Schichten wieder abzubauen. Toxikologisch und z. T. auch arbeitshygienisch argumentiert man mit der Selbstheilungskraft der Natur bzw. des menschlichen Körpers. Es können durchaus Schadstoffe inkorporiert werden, Ausscheidung und Aufnahme müssen jedoch so bilanziert sein, dass keine biologischen Toleranzgrenzen überschritten werden.

Mit der Ätiologie und der Pathogenese von beruflichen Gesundheitsschädigungen beschäftigt sich, wie gesagt die Arbeitspathologie bzw. Teile der klinischen Medizin. Das hier herrschende Krankheitsmodell operiert mit einem Kausalitätsverständnis, welches wie das Belastungs- und Beanspruchungskonzept auf das Reiz-Reaktions-Schema bzw. den Dosis-Wirkungs-Zusammenhang Bezug nimmt und in dem Unfallparadigma des Sozialversicherungsrechts seine praktische Ausgestaltung in der Begutachtung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bekommen hat.

Zusammenfassung

Die Arbeitsmedizin hat als Arbeitsphysiologie auf der Basis des Reiz-Reizverarbeitungs-Reaktionsmodells für kurzfristige dynamische und statistische Arbeit bei definierten Umgebungsbedingungen (Klima, Akustik, Optik, mechanische Schwingungen) Grenzwerte bzw. Grenzbereiche im naturwissenschaftlichen Labor mit dem Ziel der

Bestimmung der Bedingungen für eine optimale Leistung erarbeitet. Als Toxikologie hat die Arbeitsmedizin für eine Reihe von Stoffen Grenzwerte auf der Basis von Dosis-Wirkungs-Beziehungen ermittelt.

Die Belastungs-/Beanspruchungs- bzw. Dosis-Wirkungs-Beziehungen, gelten genau genommen nur für einen einzelnen Belastungsfaktor. Für Mehrfachbelastung, kumulative Belastungen bzw. kombinierte Belastungen (simultan, sukzessiv), die der Realität entsprechen, liegen keine wissenschaftlichen Bewertungsverfahren vor. Für einzelne spezifische Belastungsfaktoren und ihre langfristigen gesundheitlichen Wirkungen liegen im Sinne einer analytischen Epidemiologie nur für einzelne Schadstoffe gesicherte Erkenntnisse vor. Es stellt sich die Frage, warum bei dieser geringen Kompetenz zur Analyse und Bewertung von Arbeitssystemen die Arbeitsmedizin bezogen auf die Arbeitswelt ein große Rolle spielt und innerhalb der Betriebe die Betriebsmedizin zunehmend Fuß fasst und durch ihr Handlungssystem die Einstellungen und die Verfahrensweisen im Umgang mit den Arbeitenden und der Technik z. T. bestimmt. Zwei Gesichtspunkte sind hier von Bedeutung:

1. Die Professionalisierungsabsicht der Ärzte. In den letzten Jahren ist auf dem, auch für Ärzte beschränkten Arbeitsmarkt, die Arbeitsmedizin als eine mögliche Form ärztlicher Berufsausübung entdeckt worden.

2. Staat und Unternehmer, z. T. auch durch Fehleinschätzungen der Gewerkschaften, sehen in der Medizin ein Regelungssystem, um mit der gesundheitlichen Gefährdung und Schädigung beim Einsatzes von Menschen in der Produktion Dienstleistungen expertokratisch, technisch betriebsökonomischen und scheinbar unpolitisch umzugehen. Dem steht eine Auffassung von Medizin gegenüber, die stärker das Verhältnis von Arbeitnehmer und medizinischen Experten reflektiert sowie das Verhältnis von Patient und Arzt im Betrieb im Kontext einer öffentlichen Gesundheitsförderungs politik bedenkt. Im ersten Punkt geht es darum, kritisch zu bedenken, dass die herrschende Arbeitsmedizin und die darauf fußenden Arbeitsschutzvorschriften und Arbeitsschutzpraktiken den Arbeitnehmer nur als Objekt medizinischer bzw. expertokratischer Strategie ansehen. Der Arbeiter als kompetentes handlungsfähiges Individuum wird in die Lösung von Belastungsproblemen und der Gestaltung von Arbeitsbedingungen nicht einbezogen.

Der zweite Punkt nimmt das Problem auf, dass in der Arbeitswelt ein Großteil der Beschäftigten chronisch krank ist und mit dieser Behinderung unter einem erhöhten Anpassungsdruck sowie einer höheren Beanspruchung steht. Generell ist das Problem der Arbeitsmedizin, so wie sie sich heute zeigt, vor dem Hintergrund der aufkommenden Auseinandersetzung über eine emanzipatorische Gesundheitspolitik zu debattieren. Hier ist anzuknüpfen an die Strategie der Weltgesundheitsorganisation zum Programm „Gesundheit für alle im Jahre 2000“. Gesundheit wird nicht mehr als Fehlen von Krankheit definiert, sondern wird als ein Prozess gefasst. Prozess meint sowohl das individuelle Verhalten als auch das institutionelle und organisatorische Verhalten in den verschiedenen Sektionen öffentlicher Politik.

Eine so verstandene Gesundheitspolitik verlangt auch ein anderes Verständnis von Intervention. Ging es in der ersten Phase der Industrialisierung um kollektive Maßnahmen bzw. Eingriffe in die Umwelt, in der zweiten Phase um die Medikalisierung der öffentlichen Gesundheit durch Einflussnahme auf das hygienische Verhalten von Kollektiven allerdings eher außerhalb der Lohnarbeit, so lässt sich in der dritten Phase beobachten, dass der Ort der Intervention in das Individuum hineinverlegt wird. Es geht um die Konditionierung des Individuums bezogen auf das gesundheitsgerechte Verhalten.

Dieser Individualisierung und Verinnerlichungsstrategie sollte eine Politik entgegengesetzt

werden, die öffentliche Gesundheit zum sozialen und ökologischen Projekt insgesamt werden lässt. Gefordert wird nicht mehr nur Public Health - öffentliche Gesundheitspflege - staatliche Krankheitspolitik - sondern eine healthy public policy. Gesundheit muss zum Bestandteil des gesamtgesellschaftlichen Planungsprozesses werden. Gesundheit wird in dieser Option als Problemzentrum für verschiedene intersektorale Politiken so z. B. der Finanzpolitik, der Arbeitsschutzpolitik, der Umweltpolitik, der Bildungspolitik und z. B. der Verkehrspolitik verstanden. Gesundheitspolitik heißt dann nicht mehr Ausbau des Medizinsystems oder in modernistischer Variante Krankheitsverhütung durch Jogging oder Krankheitsfrüherkennung durch Massenscreening von Bevölkerungsgruppen (Gen-Screening), sondern Entwicklung einer Gesundheitsförderungspolitik. Eine solche Gesundheitspolitik setzt auch auf das Individuum und nicht nur wie im bisherigen Krankheitsversorgungssystem auf das Handeln von Medizinern. Eine Politik der Gesundheitsförderung auf individueller und institutioneller Ebene wird eine neue somatische Kultur hervorbringen, bzw. sie hat daraufhin als Zielperspektive abzustellen.

In diesem Zusammenhang wird dann auch das Verständnis von Technik/Umwelt - Natur - Körperlichkeit neu bedacht.

Literatur

Bachmann, W. (Hg.): Handbuch für den Gesundheits- und Arbeitsschutz, Berlin (DDR) 1978

Hacker, W. (Hg.): Spezielle Arbeits- und Ingenieurspsychologie, Band 1 und 2, Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1985

Levi, L.: Psychosoziale Reize, psychophysiologische Reaktionen und Krankheit, in: J.R. Nitsch (Hg.): Stress, Bern/Stuttgart/Wien 1981, S. 188-212

Mergner, U.: Veränderungen der Arbeitswelt – Trends der Gesundheitsbelastungen, in: H. Westmüller (Hg.): Gesundheitsrisiko Arbeitswelt. Aufgaben und Chancen einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsvorsorge, Loccumer Protokolle 10/1983, S. 86-110

REFA: Methodenlehre des Arbeitsstudiums, München 1973, 1976

Rohmert, W.; Rutenfranz, J.: Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen, hrsgg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1975

Rohmert, W.; Rutenfranz, J. (Hg.): Praktische Arbeitsphysiologie, 3. Auflage, Stuttgart/New York 1983

Rohmert, W.: Formen menschlicher Arbeit, in: W. Rohmert, J. Rutenfranz, a.a.O., S. 5-29

Winter, K.: Arbeitsmedizin, Berlin (DDR) 1986