

Rainer Müller

Herausforderungen an die Arbeits- und Betriebsmedizin

Kolloquium zu Ehren von Prof. Dr. med Hans Joachim Einbrodt

Aachen, 24. Januar 1998

Lieber Herr Einbrodt, liebe Frau Einbrodt, sehr geehrter Herr Rektor, sehr geehrter Herr Matern, sehr geehrter Herr Knoche, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich habe die Einladung von Herrn Knoche, am Kolloquium zu Ehren von Professor Einbrodt teilzunehmen, sehr gerne angenommen, habe ich doch hier nun die Gelegenheit, in aller Öffentlichkeit Herrn Einbrodt für seine tatkräftige Unterstützung auf meinem Lebensweg zu danken. Ohne Sie, lieber Herr Einbrodt, wäre ich beruflich nicht das, was ich heute bin. Sowohl meine Position an der Universität Bremen als auch meine inhaltliche Orientierung auf Arbeitswelt, Krankheit und Gesundheit, haben Sie nicht unwesentlich gefördert und möglich gemacht.

Auf der Urlaubsreise von meiner Frau und mir im Jahre 1971 von West-Berlin nach Schottland haben wir Sie in Aachen zuhause besucht und waren, liebe Frau Einbrodt, wie bereits schon in Münster, herzlich aufgenommen und wurden großzügig bewirtet. Bei dieser Gelegenheit fragten Sie dann, Herr Einbrodt: „Was machen Sie denn nun eigentlich?“ Und als ich erzählte, ich wolle mein begonnenes Soziologie-Studium zu Ende bringen, da haben Sie dann spontan gesagt: „Wenn Sie damit fertig sind, werden Sie bei mir anfangen“. So werden in wenigen Sekunden Lebenswege entschieden. Im Februar 1973, also vor 25 Jahren trat ich den Dienst bei Ihnen in Aachen an. Einen Soziologen und nicht nur einen schlichten Mediziner anzustellen, war für die damalige Zeit schon recht fortschrittlich, erst recht jemanden, den Sie aus Münster als Teil der 68er erlebt hatten. Damals war weder der Bundeskanzler, noch die Riege der Ordinarien mit Sympathiebekundungen auf Seiten der streikenden und rebellieren-

den Studenten. So ändern sich die Zeiten. Also, statt Berufsverbot bekam ich ein Berufsangebot und Sie gaben mir das Vertrauen, meinen eigenen Weg im Rahmen Ihrer institutionellen Arbeitsteilung zu finden. Als dann im Wintersemester 1973/74 die Fakultät eine Vorlesung in medizinischer Soziologie anzubieten hatte, da haben Sie mich der Fakultät als jemanden vorgeschlagen, der diese Aufgabe übernehmen könne. Dies war eine große Herausforderung für mich: Lief die Vorlesung schlecht und recht nach dem Motto „learning by doing“, so war das freiwillige Seminar in medizinischer Soziologie ein ziemlicher Erfolg. Dies lag nicht zuletzt an dem hohen Interesse und dem Engagement der Spät-68er-Studentinnen und -Studenten der Medizin hier in Aachen.

Das Interesse an einer kritischen Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Voraussetzungen und Folgen medizinischen Handelns war hoch. Themen wie soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod, soziale Ätiologie und Pathogenese von Krankheit, Geschichte der Sozialhygiene, Antipsychiatrie, Medizin als Teil des sozialen Sicherungssystems, Krankenhaus als totale Institution, Arbeitswelt und Krankheit und andere Themen wurden behandelt. Wie man weiß, waren diese Erfahrungen der intellektuellen Auseinandersetzung mit den vielfältigen Themen der Medizin nicht ohne Einfluß für die Berufsverläufe und Karrieren von Studierenden. Als dann im Wintersemester 1974/75 ich erneut die Vorlesung „Medizinische Soziologie“ übernehmen sollte, habe ich auf eine Gehaltserhöhung bestanden und sie haben mich darin in Ihrer geduldigen, aber bestimmten Art unterstützt. So kam ich zu meiner apokryphen, d.h. nicht kanonisierten *Venia legendi*, d.h. also eine C2-Stelle.

Vertrauen haben Sie mir geschenkt und finanzielle sowie personelle Ressourcen des Institutes zur Verfügung gestellt, als ich in Bremerhaven die Studien über Arbeit in Kälte und über Belastung und Beanspruchung bei Büroarbeit durchgeführt habe. Selbständigkeit und Selbsttätigkeit in der wissenschaftlichen Arbeit zuzulassen, zu ermuntern und zu unterstützen ist sicherlich für einen Institutsdirektor nicht alltäglich. Sie haben dies bei mir getan und ich möchte Ihnen dafür ausdrücklich danken, habe ich doch dadurch erstens meine eigenen Themenfelder gefunden und zweitens gelernt, selbständig in Kooperation wissenschaftlich zu arbeiten.

Weise Eltern bzw. Lehrer sollten, so wissen wir, von ihren Kindern und Schülern keine Dankbarkeit erwarten. Als jemand, der nun deutlich auf das Pensionierungsalter zugeht, wenn es denn auch noch einige Jahre sind, möchte ich mich in diesem Sinne als unweise zeigen und

Ihnen lieber Herr Einbrodt zu Ehren einige Gedanken zum Thema „Herausforderungen an die Arbeits- und Betriebsmedizin“ vortragen.

### **Herausforderung an die Arbeits- und Betriebsmedizin**

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

1. weil die Logiken und Algorithmen des medizinischen Wissens in verschiedenen sozialen Kontexten angewandt werden und
2. weil es Sinn macht, zwischen dem Wissenskanon und dem daraus abgeleiteten instrumentellen Handeln auf der einen Seite und der ärztlichen Interaktion/ Kommunikation mit Patienten, Probanden, Ratsuchenden, also der Klientel auf der anderen Seite zu unterscheiden.

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

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

Eine Möglichkeit dies darzustellen, wäre historisch genetisch nachzuzeichnen, wie arbeitsmedizinische Theoreme, Modelle, Konstruktionen und Sichtweisen sowie die methodischen Zugänge als Teil der Geschichte der Medizin in der Auseinandersetzung mit den Risiken und Schädigungen der Industrialisierung entwickelt wurden. Zur Historiographie der Arbeits- und Betriebsmedizin haben wir in Bremen einige Beiträge geleistet. Aus Zeitgründen kann ich diesen Weg jedoch jetzt nicht begehen, sondern ich wähle die systematische Beschreibung.

Es lassen sich folgende Ansätze für die Arbeitsmedizin darstellen:

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

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

Die Arbeitsphysiologie operiert nach dem Stimulus-Organ-Response-Modell. Physikalische bzw. chemische Reize aus der Umgebung werden als meßbare Einflüsse registriert und physiologische Parameter als Reaktionen ermittelt. Lineare Monokausalität ist die Basis der Laborforschung. Als Leistungsphysiologie hat sie Grenzwerte für Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren ermittelt.

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

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

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

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

Hier sind zu bedenken, daß rechtliche Regelungen, die konkreten Arbeitssituation in den Betrieben, die instrumentelle Ausstattung der Ärztinnen und Ärzte und die betriebsärztliche Orientierung die Professionalität bestimmen. Das berufliche Handeln von Betriebsärztinnen und

Betriebsärzten wird gesteuert bzw. reguliert durch gesetzliche Regelungen, zu nennen sind das Arbeitsschutzgesetz von 1996 und das Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 sowie verschiedene andere staatliche und berufsgenossenschaftliche Rechtsvorschriften. Weiterhin bestimmen das Handeln folgende Faktoren: vertragliche Stellung zum Betrieb (fest angestellt, freiberuflich, Arzt bzw. Ärztin eines Arbeitsmedizinischen Zentrums), reale Kontextbedingungen des Betriebes, wie z.B. Wirtschaftszweig, Größe, Technologie, Niveau der sozialen Beziehungen der Betriebsakteure, Betriebskultur im Umgang mit Risiken, betriebliche Leistungs politik, Umgang mit leistungsgewandelten Beschäftigten und die instrumentelle diagnostische Ausstattung des Betriebsarztes.

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

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

- Experte für Diagnosenstellung an Personen,
- human resource-Manager eines Betriebes, der zum Betriebszweck „Gewinn“ dadurch beiträgt, daß er für eine möglichst gesunde und damit auch zufriedene Belegschaft sorgt,
- Wirken als Betriebsepidemiologe zur Thematisierung von Risiken und Schädigungen,
- Verständnis als Gesundheitspolizist im Auftrage des Staates und der Unfallversicherungen mit Bezug zu Public-Health-Prinzipien,
- Verständnis als Gesundheitsanwalt für Arbeitnehmer/innen,
- Selbstdeutung als Hausarzt eines Betriebes,
- Rollendefiniton als Leiter einer betriebsinternen Ambulanz für leichte Erkrankungen,

- Beratungsinstanz für Arbeitnehmer in Gestüpp der Sozialversicherungen oder
- „Gatekeeper (Türöffner oder Türschließer) in Personalentscheidungen des Betriebes.

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

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

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

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

- Rückgang der Industrie, Ausweitung des 3. Sektors, also Zunahme von Dienstleistungsarbeitsplätzen in den verschiedenen Sparten in der Bandbreite von akademischen Berufen (Ärztinnen, Lehrerinnen) über Bankkauffrau, Krankenschwester, Verkäuferinnen, bis hin zu Putzfrau (Tertiarisierung)
- damit wachsender Anteil von Frauen im Erwerbsleben
- Flexibilisierung von Arbeitszeit (Teilzeitarbeit, Heimarbeit, Schichtarbeit, Nachtarbeit, kapazitätsorientierte Arbeitszeit

- Flexibilisierung der Erwerbsverläufe bzw. der Erwerbskarrieren mit Unterbrechungen mit zum Teil Arbeitslosigkeit
- Internationalisierung/Globalisierung der Märkte mit Konsequenzen des verschärften Wettbewerbs
- rasante Ausbreitung der modernen Informations- und Kommunikationstechniken, damit zunehmende inner- und überbetriebliche Vernetzung (just in time). Dies bedeutet massenhafte „Computerarbeit“.
- Chemisierung der Produktion
- modernes Management (lean production mit modernen Führungs- und Planungskonzepten)
- Entstandardisierung des Normalarbeitsverhältnisses, d.h. weniger beamten- bzw. facharbeitermäßige Arbeitsverträge, befristete Arbeitsverträge, Leiharbeit, geringfügig bezahlte Arbeit, neue Selbständigkeit
- Segmentierung des Arbeitsmarktes in gute Jobs mit Forderungen nach Hoch- und Höchstqualifikation auf der einen Seite schlecht bezahlte Gelegenheitsjobs auf der anderen Seite
- Strukturelle Arbeitslosigkeit faktischer Art bzw. drohender Arbeitsplatzverlust
- demographische Entwicklung bzw. Gesellschaft mit langem Leben; der Anteil der unter dreißigjährigen Erwerbspersonen in Deutschland ist mittlerweile geringer als der Anteil der über fünfzigjährigen; im Jahre 2020 wird das Verhältnis 20 % zu 40 % sein.
- Migration, legale bzw. illegale Zuwanderung aus anderen Ländern.

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

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

Es sei gleich gesagt, wir wissen darüber systematisch und differenziert sehr wenig. Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung ist hoch defizitär. Die für den betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutz zuständigen staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen haben bislang keine entsprechenden Anstrengungen zum Monitoring, Controlling, d.h. zur Transparenz unternommen. Die arbeitsmedizinischen Institute fallen auch nicht als Innovationsträger auf. Arbeitsmedizinische Dienste der Berufsgenossenschaften üben sich im Aufbau einer arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung. Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Dublin hat 1996 eine zweite europäische Umfrage über Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme an 1.000 ArbeitnehmerInnen je Mitgliedsstaat durchgeführt. 30 % klagten über arbeitsbedingte Rückenschmerzen und psychosozialen Streß. 37 % führen repetitive und 45 % monotone Tätigkeiten aus. Körperliche Risiken, wie Lärm, gefährliche Arbeitsstoffe, Heben und Tragen schwerer Lasten sind sehr verbreitet.

Wir selbst haben Studien zu Belastungen und Beanspruchungen und Erwartungen bei Erwerbstätigen mittels Befragungen durchgeführt.

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

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



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

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

Nun zu dem nächsten Komplex von Anforderungen an die Arbeits- und Betriebsmedizin, zu den gestiegenen kulturellen und sozialen Ansprüchen an die Qualität der Arbeit.

Was wissen wir über die Ansprüche an die Qualität der Erwerbsarbeit?

Demoskopische Umfragen und unsere Studien zeigen, daß eine emotional positiv gefärbte Erfahrung der Arbeitstätigkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen hat. Andererseits wird aber auch sichtbar, daß die Anspruchs- und Interessensprioritäten in den letzten 15 Jahren relativ konstant geblieben sind und arbeitsinhaltliche Aspekte auch in Relation zu materiellen und konsumptiven Ansprüchen nach wie vor überwiegen. Auf die Frage, „Würden sie eine interessante, aber nicht so gut bezahlte Arbeit oder eine uninteressante, aber gut bezahlte Arbeit vorziehen?“, antworteten 1990 60 %, sie würden eine interessante und nicht gut bezahlte Arbeit präferieren. Die Bedeutung von Erwerbsarbeit als zentraler Wertorientierung liegt immer noch hoch und ist in den mittleren Lebensjahren am höchsten allerdings abhängig von Niveau der Ausbildung. Beruf und Erwerbsarbeit haben nach wie vor einen hohen Stellenwert in den Lebensentwürfen junger Menschen. Insbesondere bei jungen Frauen hat deren Bedeutung noch zugenommen. Allerdings haben die Ansprüche nicht mehr den Ausschließlichkeitscharakter wie in früheren Jahrzehnten. Arbeit und Beruf sind ein gleichberechtigter Lebensbereich wie Familie, Freizeit und Konsum.

Von erheblicher Bedeutung ist in den letzten Jahren der Wunsch nach mehr Zeitsouveränität, d.h. also nach betrieblichen Arbeitszeitregelungen gewachsen, die im Einklang mit familiären und sozialen Interessen stehen. Die Ansprüche hoch qualifizierter Arbeitnehmergruppen wa-

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

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

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

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

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

Das Wirken von Betriebsmedizin als Teil des Arbeitsschutzes im Betrieb kann also unter der Denkfigur "Public Health in Private Company" diskutiert werden. Arbeitsschutz soll insofern eine wohlfahrtsstaatliche Funktion erfüllen, indem die sozialen Kosten dadurch minimiert wer-

den, daß ein sozialer Schutz des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin mit entsprechender rechtsstaatlicher Gewährung zur Verfügung gestellt wird. Arbeitsschutz als Aktion von Public Health sichert in dieser Sichtweise die Individualrechte des einzelnen Arbeitnehmers/der einzelnen Arbeitnehmerin in Bezug auf das grundgesetzlich garantierte Recht auf Unversehrtheit des Körpers, also Gesundheit.

Eine solche explizite Public Health-Orientierung in einer wohlfahrtsstaatlichen bzw. sozialstaatlichen Rahmung, eben nicht nur orientiert an den Schädigungen und Risiken, sondern an der Gestaltung und Aufrechterhaltung von Gesundheit, findet sich in den fortschrittlichen Richtlinien und Regelungen der Europäischen Union, die mittlerweile nationales Recht geworden sind. Orientierte sich der Arbeitsschutz früher an Schädigungen und Gefährdungen physikalischer, chemischer und biologischer Art, so ist die normative Orientierung in den neuen Arbeitsschutzregelungen Gesundheit, Gesundheitsförderung, Aufrechterhaltung von Produktivität sowie Vereinbarkeit von persönlicher Disponibilität mit den Arbeitsanforderungen. Die neuen Arbeitsschutzregelungen haben die Rechte des Arbeitnehmers im Sinne einer zivilgesellschaftlichen Intention gestärkt. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben das Recht auf Beratung und Information über Risiken und über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung sowie auf Beratung in mit der beruflichen Tätigkeit zusammenhängenden Gesundheitsproblemen. Gestärkt wurde in gewisser Weise ebenso Partizipationsrechte. Die Ausdehnung des Public Health-Prinzips in der Produktionssphäre einschließlich der Dienstleistungsarbeit kommt weiterhin darin zum Ausdruck, daß die neuen Arbeitsschutzregelungen der Europäischen Union auf die gesamte Erwerbsbevölkerung ausgedehnt wurden, somit müssen sich auch Klein- und Kleinstunternehmer diesen Anforderungen wohlfahrtsstaatlicher Intervention unterwerfen und haben sich normativ an der Sicherung und Erhaltung von Gesundheit zu orientieren.

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

- Beratung und Mitwirkung bei den Pflichten des Arbeitgebers, die Arbeit so zu gestalten, daß eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird;

- Unterstützung des Arbeitgebers, daß der Arbeitgeber in der Lage ist, Gefahren an ihrer Quelle zu bekämpfen. Bei diesen Maßnahmen sind der Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen.
- Mitwirkung bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen des Arbeitsschutzes. Diese sind mit folgendem Ziel zu planen: Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen sind aufeinander zu beziehen. Soziale Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz sind sachgerecht zu verknüpfen. Spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen sind zu berücksichtigen. Den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen.

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

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

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

Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung, bei der Organisation der Ersten Hilfe und bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß.

Die Forderungen des Staates, der Sozialpolitik und damit des öffentlichen Interessens, wie das allgemeine „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.

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

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

Für die Betriebsmedizin läßt sich aus dieser Bilanzierung schließen, daß der Rückzug auf Diagnostik am Menschen auch mit der Perspektive der Früherkennung von Krankheitszeichen nicht mehr ausreicht, sondern Arbeitsanalyse und Beratung der Akteure im Betrieb eine Erweiterung des Wissenskanons und der Sichtweise sowie eine Kompetenz zur Kooperation mit

anderen expertlichen Kompetenzen, wie Ingenieurwissenschaft, Arbeitspsychologie und -soziologie ansteht. Unsere derzeit laufenden Studien über das Handeln von Betriebsärzten und ihre Fähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation zeigt, daß hier noch ein erheblicher Qualifizierungsbedarf besteht. In einer generellen Wertung sprechen wir davon, daß Betriebsärztinnen und Betriebsärzte erst auf dem Weg zur Professionalisierung sind.

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

### Literatur

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