

# **Rainer Müller (1989): Ärztliches Handeln im Betrieb: Interessenskonflikt zwischen Lohnarbeit und Kapital**

## **1. Keine flächendeckende Versorgung**

Trotz fünfzehnjähriger Existenz des Arbeitssicherheitsgesetzes werden in der Bundesrepublik etwa 40 % der Erwerbstätigen nicht betriebsärztlich versorgt. Kleinst- bzw. Kleinbetriebe sind nach den geltenden Regelungen von der Bestellung eines Betriebsarztes befreit. Die einzelnen Berufsgenossenschaften haben unterschiedliche Untergrenzen bei den Firmengrößen festgelegt. Verlangt die Bau- und Tiefbau-BG sowie Hütten- und Walzwerk-BG bereits bei Einmannbetrieben eine betriebsärztliche Betreuung, so hält die Fahrzeughaltung-BG erst eine solche ab 200 Beschäftigte für nötig. In zahlreichen öffentlichen Dienststellen wurde bisher keine Betriebsmedizin etabliert.

## **2. Unzulängliche Qualifikation der Betriebsärzte**

Gilt für eine ärztliche Tätigkeit in den verschiedenen Disziplinen generell nur eine Legitimationsform, z. B. Arzt für innere Medizin, so existieren z. Z. für die betriebsärztliche Tätigkeit drei Berechtigungsnachweise: Arzt für Arbeitsmedizin, Betriebsmedizin und der Fachkundennachweis nach der Unfallverhütungsvorschrift "Betriebsärzte". Die kleine Fachkunde konnte jeder Arzt bis zum 01.01.1985 erwerben, wenn er an einem Einführungslehrgang teilgenommen und ein Jahr klinische bzw. poliklinische Tätigkeit nachgewiesen hatte. Mit dieser Bescheinigung dürfen Ärzte/Ärztinnen als Betriebsärzte weiterhin nur tätig sein, wenn sie entweder bis zum 31.12.1985 mindestens 500 Stunden in einem vergangenen beliebigen Jahr betriebsärztlich tätig waren oder bis zum 31.12.1987 an dem dreimonatigen Kurs für Arbeitsmedizin an einer entsprechenden Akademie teilgenommen haben. Gemessen an dem umfangreichen Auftrag des präventionsorientierten Arbeitssicherheitsgesetzes und dem Wissensstand der Arbeitsmedizin, wie er sich in Lehr-, Handbüchern und Fachzeitschriften niedergeschlagen hat, muss die Qualifikation mit dieser Fachkunde als sehr niedrig beurteilt werden. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die Kluft zwischen den modernen Problemen der Arbeitswelt, wie sie mit den Begriffen der fortschreitenden Technisierung, Computerisierung, Flexibilisierung des Arbeitskräfteeinsatzes, Chemisierung und Entstofflichung der Arbeitsinhalte umschreiben lassen, und dem dazu kaum entwickelten arbeitsmedizinischen Wissen. Nach Statistiken der Landesärztekammer waren am 31.12.1984 folgende Qualifikationsnachweise erteilt: Arzt für Arbeitsmedizin: 1.445, Betriebsmedizin: 3.298, kleine Fachkunde: 13.362. Dreiviertel der für eine betriebsärztliche Tätigkeit in Frage kommenden Ärzte/Ärztinnen besitzen dafür nur eine höchst unzulängliche Kompetenz. Eine Übertragung dieser Situation auf andere medizinische Versorgungsbereiche z. B. Chirurgie würde als Skandal betrachtet. Ohne sich auf publizierte Angaben stützen zu können, kann man mit einer gewissen Berechtigung feststellen, dass die kleine Fachkunde überwiegend von Kassenärzten erworben wurde. So gesehen müssen die präventivmedizinischen Fähigkeiten betriebsärztlich tätiger Kassenärzte als niedrig und ihre betriebliche präventive Effektivität in dieser Hinsicht als gering gewertet werden. Eine hochkomplexe Aufgabenstellung wird unterkomplex bearbeitet. In dieser Schwäche

liegt ein Grund für die teilweise Funktionalisierung der Betriebsmedizin für selektive personalpolitische Unternehmenspraktiken.

### **3. Verengtes Problemverständnis der Arbeitsmedizin**

Das Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 bietet den Betriebsärzten im Prinzip die Möglichkeit, auf humane Arbeitsplatzgestaltung und Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen hinzuwirken. Allerdings steht dieser Chance neben strukturellen Hemmnissen das verengte herrschende arbeitsmedizinische Problembewusstsein entgegen. Die Beschäftigten werden in dieser eingeschränkten Sicht lediglich als Objekt medizinischer Untersuchungen, als Ziele von Belehrungen und Verhaltensmaßregelungen angesehen. Fähigkeiten der Arbeitnehmer, Belastungen wahrzunehmen, ihr Problembewusstsein über Gefährdungen und Gestaltungsmöglichkeiten sowie ihr Gesundheitsinteresse bleibt innerhalb der Betriebsmedizin und des gesamten Arbeitsschutzsystems weitgehend ungenutzt. Das

Problemverständnis der Betriebsärzte orientiert sich an den Konzepten und wissenschaftlichen Erkenntnissen der Arbeitsmedizin. Die herkömmliche Arbeitsmedizin wiederum geht von einem sehr verkürzten Verständnis über den Zusammenhang von Arbeit, Krankheit und Gesundheit aus. Isolierbare naturwissenschaftlich messbare Belastungsfaktoren und deren quantifizierbare Beanspruchungsfolgen werden allein als relevant betrachtet. Das Kausalitätsverständnis der Arbeitsmedizin wird bestimmt von einem eindimensionalen Ursache-Wirkungs-Begriff (Reiz-Reaktion, Dosis-Wirkung). Es herrscht das Dogma der spezifischen Ätiologie. Das Unfallparadigma und das verengte Berufskrankheitenkonzept haben wesentlich zu dieser reduzierten Problemsicht beigetragen.

Die reduktionistische Sichtweise der Arbeitsmedizin hat sich in vorhandenen Arbeitsschutzvorschriften niedergeschlagen, die das Handeln der Betriebsärzte prägen. Betriebsärzte sind in der Regel wegen ihrer kurativ/klinischen Aus- und Weiterbildung auf Diagnostik an Einzelfällen zentriert.

### **4. Körperliche Untersuchung und Messen statt Integration von medizinischen und epidemiologischen Verfahren in eine arbeitnehmerzentrierte Gesundheitspolitik**

Im Messen von einzelnen Belastungsfaktoren in der Arbeitsumwelt und Beanspruchungsindikatoren am Menschen (biological monitoring) wird die entscheidende Schutzstrategie gesehen. Die wissenschaftliche Arbeit beschränkt sich auf die Debatte um die angemessenen Methoden und die richtigen Grenzwerte bzw. Tauglichkeitskriterien. Körperliche Eignungsuntersuchungen bzw. Untersuchungen auf Früherkennung von Krankheit bei Arbeitssuchenden (Einstellungsuntersuchungen) und belasteten Arbeitnehmern (arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen) werden als Präventionsinstrumente ausgegeben.

Gencreening bzw. Allergietestung werden als das Individuum schützende Verfahren deklariert. Arbeitsbedingte Erkrankungen kommen nur als kurz- bzw. mittelfristige Effekte in den Blick. Die unterschwellig und sukzessiv und simultan wirkenden Vielfachbelastungen werden in ihren langfristigen biographischen Auswirkungen in

Form

von chronischen Erkrankungen nicht wahrgenommen und von daher dann auch nicht präventiv angegangen. Betriebliche Epidemiologie, computergestützt, sozialwissenschaftlich/methodisch ausgefeilt, mit der Sammlung von zahlreichen und vielfältigen Daten über Personen werden als Voraussetzung für präventives Handeln ausgegeben. Gründliche epidemiologische Studien insbesondere im Längsschnitt sind notwendig. Allerdings werden sie nicht im herrschaftsfreien Raum durchgeführt. betriebliche epidemiologische Studien stehen in der Gefahr, Leistungsfähigkeit der Beschäftigten für Unternehmerinteressen transparent zu machen. Arbeitsbedingte Erkrankungen sind im Kontext eines arbeitsweltbezogenen Berichtswesen zu erforschen. Dieses Berichtswesen, differenziert nach Branchen, Regionen und Berufsgruppen basiert auf den Daten der Sozialversicherungen, insbesondere der Krankenkassen. Die gefundenen Ergebnisse sind in den entsprechenden gesundheitspolitischen Arenen zu thematisieren und innerbetrieblich präventiv umzusetzen. Es ist sicherzustellen, dass legitimierte Öffentlichkeit und Wissenschaft unter Beachtung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung Auswertungsergebnisse von den einzelnen Datenherren gemäß Anfrage bekommen. Die alleinige Orientierung auf Messen kann kein flächendeckendes Verfahren zur Kontrolle der physikalisch/chemischen Belastungsfaktoren sein. Die dazu notwendige personelle und technische Kapazität zur Überprüfung von Arbeitsplätzen in angemessenen Abständen lassen schon Finanzierungsgründe nicht zu. Die Größenordnung der Problematik wird deutlich, wenn man sich klar macht, dass derzeit etwa 6 Millionen organische und anorganische Substanzen registriert sind und davon etwa 60 bis 70.000 industriell genutzt werden. 1.500 Stoffe unterliegen schätzungsweise einer Regelung. Für 350 Substanzen wurden Grenzwerte formuliert, wobei die real existierende Arbeitsplatzsituation der Mehrfachbelastung keine Berücksichtigung findet.

Das berufsgenossenschaftliche Institut für Arbeitssicherheit (BIA) hat bisher nur 0,13 % der gewerblichen Arbeitsplätze in Mittel- und Kleinbetrieben erfasst. Dem Institut stehen zur Zeit für nur etwa 200 gefährliche Arbeitsstoffe Probenahme und Analyseverfahren zur Verfügung. Es können keine repräsentativen Aussagen über das Vorkommen der einzelnen gefährlichen Arbeitsstoffe an industriellen Arbeitsplätzen gemacht werden. Um repräsentative Daten für jeden der 200 relevanten Stoffe in 10 Betrieben mit je 5 Abteilungen an 10 Arbeitsbereichen zu bekommen, müssen 100.000 Messdaten erhoben werden. Eine flächendeckende messtechnische Überwachung von gefährlichen Arbeitsstoffen ist somit völlig unrealistisch.

Ebenso kritisch zu bewerten hinsichtlich des präventiven Effektes, nämlich der menschengerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes, sind die über 2,5 Millionen jährlichen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen.

## **5. Arbeitsmedizinischer Unternehmensberater weniger Gesundheitsanwalt der Arbeitnehmer**

In Betrieben sind Ärzte mit folgenden Funktionen beauftragt:

1. Ärzte handeln im Rahmen eines Vertrages mit Unternehmern im Kontext personalpolitischer Kalküle des Betriebes. Sie führen in diesem Zusammenhang Tauglichkeitsuntersuchungen durch. Diese Beziehung von Betriebsarzt und

Unternehmer ist historisch die älteste Tradition in der Betriebsmedizin. Betriebsmedizin wurde in diesem Zusammenhang zur Lösung personalpolitischer Fragen für Unternehmensziele funktionalisiert.

2. Ärzte führen gemäß den Vorschriften der Unfallversicherungen und des Staates arbeitsmedizinische körperliche Untersuchungen durch. Solche Untersuchungen sind durchzuführen, wenn Arbeitnehmer beschäftigt sind oder werden wollen, wo sie risikohaften chemischen, physikalischen oder biologischen Einwirkungen ausgesetzt sind oder gefährdende Tätigkeiten ausüben. Nach der Unfallverhütungsvorschrift "Arbeitsmedizinische Vorsorge" vom 01.10.1984 hat der ermächtigte Arzt die Möglichkeit, auf die Verbesserung der Arbeitsverhältnisse unmittelbar einzuwirken. Wendet der Arzt dieses Interventionsinstrument an, so kommt er in der Regel in einen Konflikt. Konfliktbereitschaft und -fähigkeit sind wesentliche Voraussetzung für die Nutzung solcher rechtlich gestützter Handlungsnotwendigkeiten. Beide Fähigkeiten hängen entscheidend von der rechtlichen und ökonomischen Unabhängigkeit der Ärzte ab.

Die Unabhängigkeit kann nicht darauf beschränkt bleiben, bei der Anwendung arbeitsmedizinischer Fachkunde weisungsfrei zu sein, wie es das Arbeitssicherheitsgesetz ausdrückt. Ein Rückbezug auf ärztliches Gewissen und ärztliche Schweigepflicht reicht ebenfalls nicht aus. Konfliktfähigkeit bedarf entscheidend struktureller Absicherung durch eine klare Ausgestaltung der professionellen Rolle. Diese ist nicht generell gegeben, da Betriebsärzte die oben genannte Funktion des Musterungsarztes und die nachfolgend angesprochene nach dem Arbeitssicherheitsgesetz zugleich und diese wiederum in verschiedenen rechtlich-organisatorischen Beziehungen zu Unternehmer und Arbeitnehmer bzw. Arbeitssuchender, ausüben.

3. Betriebsärzte beraten gemäß Arbeitssicherheitsgesetz den Unternehmer, Betriebs-Personalrat und Arbeitnehmer in allen Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Sie haben Arbeitnehmer zu untersuchen und arbeitsmedizinisch zu beurteilen. Zu ihren Aufgaben gehört es, Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen und Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankung dem Arbeitgeber vorzuschlagen. Häufig übt der Betriebsarzt/-ärztin die drei genannten Funktionen in einer Person zugleich aus. Hieraus entspringen widersprüchliche Anforderungsmuster und Rollenkonflikte. Betriebsärzte treten einerseits als Kontrollinstanzen der Leistungsfähigkeit und gesundheitlichen Lage der Arbeitnehmer auf, andererseits sollen sie als Gesundheitsanwälte der Belegschaft aktiv werden und auf die humane Gestaltung der Arbeitsbedingungen einwirken. Für ein gesundheitsanwaltliches Engagement benötigen Betriebsärzte das Vertrauen der Arbeitnehmer und ihrer betrieblichen Interessensvertreter. In der Beziehung von Betriebsarzt zum Arbeitnehmer kann nicht ohne weiteres von einem Vertrauensverhältnis ausgegangen werden. Betriebsarzt und Arbeitnehmer bzw. Arbeitssuchender sind nämlich in ihrer Beziehung nicht unmittelbar aufeinander, sondern jeweils auf den Unternehmer bezogen. Die soziale Beziehung von Betriebsarzt und Arbeitnehmer wird vollständig beherrscht von dem Abhängigkeitsverhältnis des Erwerbstätigen bzw. des Arbeitssuchenden vom Arbeitgeber und der Beauftragung des Betriebsarztes durch den Unternehmer. In diesem Verhältnis von Arzt und Arbeitnehmer zum Unternehmer geht es nicht um Diagnose und Therapie eines erkrankten Menschen, sondern um das betriebsärztliche Urteil über die körperliche Eignung des Arbeitnehmers bzw.

Arbeitssuchenden für eine Tätigkeit, die der Arbeitgeber zu vergeben hat.

## **6. Zersplitterung der organisatorischen Form und Kommerzialisierung der Betriebsmedizin**

In Mittel- und Großbetrieben sind Betriebsärzte ganztägig angestellt. In Klein- (Kleinst-) und Mittelbetrieben finden wir entweder nebenberuflich tätige Betriebsärzte oder Ärzte, die als Angestellte eines überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienstes dort eingesetzt werden. In Mittel- und Kleinbetrieben halten sich die Ärzte nur für wenige Stunden in der Woche auf. Es gelingt ihnen kaum, einen systematischen Plan zur Bekämpfung von Gesundheitsrisiken und zur Bewältigung sowie Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen zu erarbeiten und diesen systematisch umzusetzen. Die Einsatzzeiten sind von den Unfallversicherungen viel zu knapp bemessen.

Ob eine solche konsequente Strategie zustande kommt, und wenn, dann auch erfolgreich ist, hängt wesentlich von der Einsicht des Unternehmers bzw. von seinem personalpolitischen Kalkül und der Fähigkeit sowie der Bereitschaft des Betriebs- bzw. Personalrates, sofern überhaupt einer vorhanden ist, ab, sich intensiv für die Bewältigung von Risiken und die menschengerechte Gestaltung der Arbeitsplätze einzusetzen. Nur in Betrieben mit einem entwickelten Stand von Mitbestimmung können Betriebsärzte fürsorgerisch und präventivmedizinisch optimal wirken. Ohne diesen Kontext stehen

Betriebsärzte in der großen Gefahr, für die Verwertungsinteressen von Arbeitskräften seitens der Unternehmer funktionalisiert zu werden. Wegen der Möglichkeit der drei verschiedenen Organisationsformen hat sich ein Markt für eine betriebsärztliche Dienstleistung - häufig nur auf die vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen beschränkend - entwickelt. Die Konkurrenz zwischen den verschiedenen Trägern von Zentren und den freiberuflichen Ärzten als Anbieter führt dazu, dass die nachfragenden Betriebe Quantität und Qualität der betriebsärztlichen Dienstleistung bestimmen. Für die Unabhängigkeit der Betriebsärzte und damit ihre konsequente Einsatzbereitschaft hat dies nachteilige Folgen. Die präventive Absicht des Arbeitssicherheitsgesetzes schlägt in einen gegenteiligen Effekt um.

## **7. Betriebsarzt im Interessenskonflikt zwischen Lohnarbeit und Kapital**

Das Arbeitssicherheitsgesetz und auch berufsgenossenschaftliche Regelungen bieten dem Betriebsarzt durchaus Möglichkeiten, auf eine humane Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsbedingungen sowie eine Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen hinzuwirken. Ob ihm dies jedoch gelingt, hängt entscheidend von dem betrieblichen Kontext der Gestaltung der Arbeitsprozesse und der jeweiligen Sozialbeziehung des Unternehmer-Management zu den Belegschaften ab. Der Stand der technisch-ökonomischen und arbeitsorganisatorischen Rationalisierung sowie die Muster der Aushandlungsprozesse zwischen Belegschaft und Management definieren die Handlungsmöglichkeiten der Betriebsärzte. Kotthoff und Ochs haben in ihrer Untersuchung über "Arbeitseinsatz und Arbeitssituation von Behinderten und leistungsgeminderten Arbeitnehmern" (Kotthoff 1986) sieben Muster des personalpolitischen Umgangs mit gesundheitlich beeinträchtigten herausgefunden:

1. Instrumentell organisierte Politik der Diskriminierung und Ausgliederung,
2. selbstgesteuerte Diskriminierung und Ausgliederung im überschaubaren Kleinbetrieb,
3. durch einen konfliktbreiten Betriebsrat gebremste Diskriminierung und Ausgliederung,
4. unbürokratische Integration durch sozialfürsorgliche Nähe,
5. beiläufige Integration in der gering determinierten Arbeitsorganisation,
6. Integration und Fürsorge im sozialen Schutz des Mitbestimmungsbetriebes,
7. das Stabsmodell. Defensive Integration im Großbetrieb. In 6 von 33 für das Saarland repräsentativen Betrieben wird die systematische Diskriminierung betrieben (Muster 1):

„Nicht selten werden die Arbeiter vom Betrieb formell aufgefordert, sich durch einen Facharzt untersuchen und den Gesundheitsschaden bestätigen zu lassen, um dann mit der Vorlage des Attestes die Ausgliederung einzuleiten. Vorgesetzte und Betriebsarzt werden auf die programmierte Rücksichtslosigkeit verpflichtet. Es wird ein eigenes koordiniertes Informations- und Handlungssystem dafür eingebaut. Es wird nicht immer abgewartet, bis jemand mit der Leistung abfällt, sondern mit Hilfe vorankündigender Indikatoren wird auch präventiv gehandelt.“ (Kotthoff 1986, S. 21, 22)

In den Betrieben dieses Musters werden keine belastungsreduzierenden Maßnahmen durchgeführt. Eine unbürokratische Intergration durch sozialfürsorgerische Nähe (Muster 4) wird in 8 der 33 Betriebe praktiziert. Die Betriebe beschäftigen ca. 300 bis 1.000 Arbeitnehmer. Die entscheidende Regulierungsinstanz stellt der Betriebsrat dar. "In einigen Fällen auch der (externe) Betriebsarzt, der in schwierigen Fällen die medizinische Dringlichkeit bestätigt und eventuell den Betriebsarzt bei der Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen begleitend unterstützt." (Kotthoff 1986, S. 30) In den montanmitbestimmten Betrieben (Muster 6) sind die Betriebsärzte wesentlich an der Integration der Leistungsgeminderten beteiligt.

Beim Stabsmodell der defensiven Integration, dem Versuch die Problematik aus den Interessens- und Machtprozessen herauszuhalten, sind die eingestellten Betriebsärzte an den strengen Prüfungs- und Erkundungsverfahren über Krankheitsgeschichte und Lebensumstände beteiligt. Der "Beeinträchtigungseinsatz hat hier ein Kontroll-, Disziplinierungs- und Eindämmungskomponente. Er wird von oben exekutiert". (Kotthoff 1986, S. 36)

Auf die Frage, woran es liegt, dass manche Betriebe eine Integration und andere eine Diskriminierung der Leistungsgeminderten betreiben, wird festgestellt: Es gibt eine traditionelle betriebliche Sozialbeziehung zwischen Arbeitgeber und Belegschaft. Entscheidend für deren integrative Formen ist das Wirkungsfeld der Montanmitbestimmung. Eine Teilerklärung liefert auch "die Art der Produktionsstruktur und das damit gegebene Niveau an nachgefragter Qualifikation. In stark entqualifizierten Arbeitsstrukturen ist die Chance für ein integratives Muster geringer als in Betrieben mit überwiegend qualifizierten angelernten Tätigkeiten oder in Facharbeiterbetrieben." (Kotthoff 1986, S. 40) Ebenso übt die Betriebsgröße einen Einfluss aus. "Von den Untersuchungsbetrieben mit weniger als 100 Beschäftigten praktiziert keiner einen integrativen Umgang. Von denen mit 101-500 Beschäftigten

praktiziert ein Drittel, von denen mit 501-1.000 Beschäftigten drei Viertel und von denen mit mehr als 1.000 Beschäftigten (leicht abfallend) drei Fünftel einen integrativen Umgang." (Kotthoff 1986, S. 41) Die wirtschaftliche Lage des Betriebes spielt für die Wahl des Musters keine Rolle. Diese für das Saargebiet repräsentativen Ergebnisse können nach Meinung der Autoren nicht einfach auf die gesamte Bundesrepublik übertragen werden. Die Ergebnisse nur als zu positiv für die Bundesrepublik eingeschätzt.

Wenn man davon ausgeht, dass ein Großteil der betriebsärztlichen tätigen Kassenärzte in Klein- bzw. Kleinstbetrieben mit weniger als 500 Beschäftigten arbeiten, und dort kein

bzw. nur ein unzulänglicher integrativer Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen stattfindet oder sogar eine Diskriminierung an der Tagesordnung ist, dann spricht viel für die These der Medikalisierung der industriellen Pathogenität und der Funktionalisierung der Betriebsmedizin für Unternehmerkalküle. Diese Schlussfolgerung (unter Berufung auf Kotthoff und Ochs) ist deshalb so schwerwiegend, weil die Autoren einen Problembereich untersucht haben, in dem klassische ärztliche Kompetenz hinsichtlich Krankheitserkennung und -prognose, Rehabilitation sowie fürsorgerische individuelle Beratung vorliegt: chronische Erkrankungen und Multimorbidität. Wenn schon die Integration chronisch Kranker und Leistungsgeminderter nicht oder nur kaum gefördert werden kann und wenn sich sogar Betriebsärzte an der systematischen Diskriminierung beteiligen, wie soll dann die Verursachung und Entwicklung der chronischen z. T. arbeitsbedingten Erkrankungen von kassenärztlichen Betriebsärzten verhütet werden. So gesehen, wendet sich das Arbeitssicherheitsgesetz, was die Aktivität der Betriebsärzte in den Betrieben legitimiert, gegen die Intention des Gesetzgebers.

## **8. Bedingungen einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik**

Nur in einer grundlegenden Reform der Gesundheitspolitik, die sich mit dem Konzept der Weltgesundheitsorganisation zur gemeindenahen Gesundheitspolitik (primary health care) auseinanderzusetzen hat, wird eine betriebliche Gesundheitspolitik sinnvoll möglich sein. In diesem Kontext wird die derzeitige Trennung zwischen Präventivmedizin und Kurativmedizin aufzuheben sein und ein gestuftes, aufeinander bezogenes, die Arbeitswelt einschließende Gesundheitssystem zu entwickeln sein.

Grundsätzlich sind Wissens- und Handlungschancen sowie Ansatzpunkte für den Gesundheitsschutz bzw. die -förderung der Erwerbsbevölkerung vorhanden. Jedoch müssen die Prozesse der Thematisierung, Politisierung und der praktischen Umsetzung bzw. Kontrolle wirksamer Maßnahmen im Zusammenhang gesehen und angegangen werden.

Dazu ist notwendig:

1. Kommunikation über Gefährdungen und Interessen im Zusammenhang von Erwerbsarbeit und Krankheit

Die Ebenen der subjektiven Erfahrungen der Arbeitenden muss mit den Ebenen des kollektiven Diskurses und der politischen und institutionellen Bearbeitung verbunden werden.

2. Förderung der Kompetenz und Teilhabe der Erwerbstätigen

Die Lösung des sozialen Problems "arbeitsbedingte Erkrankungen" kann nicht ohne oder über die Köpfe der Betroffenen hinweg gelingen. Die subjektive Erfahrungen und Fähigkeiten sind elementarer Bestandteil der Lösungsstrategie. In den Formen der Problembewältigung muss die Stärkung der Persönlichkeit und dessen sozialen Fähigkeit gewährleistet sein. Dies gelingt nur in demokratischen Strukturen.

### 3. Das Festhalten an der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit der Experten

Die Lösung des sozialen Problems ist auf eine wissenschaftliche Durchdringung und eine permanente Kompetenz angewiesen, die das subjektive Erfahrungswissen allein nicht gewährleisten kann. Analysieren und Systematisieren erfordert einen relativ selbständigen und unabhängigen Arbeitsvorgang. Allerdings unterliegen die Wahrnehmung des Problems, die Sammlung und vor allem der Gebrauch von Wissen der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit, sie müssen zugänglich sein und sich der praktischen Überprüfung unterziehen.

### 4. Ausbau der institutionalisierten Zuständigkeit

Die gesellschaftliche Bedeutung des Problems verlangt nach einer kontinuierlichen und mit entsprechenden Mitteln ausgestatteten Problembehandlung. Die Betroffenen müssen bestimmte Interessen einklagen können. Sie benötigen die Zuständigkeit ebenso wie die Experten, wenn es um die Formulierung von Normen, Programmen und um die praktische Durchsetzung derselben geht. Nur so ist der nötige Grad von Verallgemeinerung die kontrollierbare kontinuierliche Praxis des betrieblichen Gesundheitsschutzes zu erreichen.

Die genannten Aspekte sollten nicht gegeneinander ausgespielt werden. Sie stehen in einem direkten Bezug zueinander.

## Literatur

Kotthoff, H.: Betriebliche Personalpolitik im Umgang mit gesundheitlich Beeinträchtigten (hrsgg. von der Arbeitskammer des Saarlandes), Saarbrücken 1986

Kotthoff, H.; Ochs, P., 1989: Ausgliederung oder Integration? Behinderte und Leistungsgeminderte im Betrieb, ISO-Institut, Saarbrücken