

Rosenbrock, Rolf

Book — Digitized Version

Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb

Schriften des Wissenschaftszentrums Berlin

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1982) : Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Schriften des Wissenschaftszentrums Berlin, ISBN 3-593-33068-7, Campus, Frankfurt/M. ; New York, NY

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112242>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb

**Schriften des Wissenschaftszentrums Berlin
Internationales Institut für Vergleichende
Gesellschaftsforschung/Arbeitspolitik**

Verantwortlicher Herausgeber
Prof. Dr. Frieder Naschold

Mitherausgeber
Prof. Dr. Karl W. Deutsch
Prof. Dr. Meinolf Dierkes
Prof. Dr. Bernhard Gahlen
Prof. Dr. Fritz W. Scharpf
Prof. Dr. Udo Ernst Simonis

Projekt: Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik
Friedrich Hauß/Hagen Kühn/Rolf Rosenbrock

Rolf Rosenbrock

Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb

Campus Verlag
Frankfurt/New York

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Rosenbrock, Rolf:

Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im
Betrieb / Rolf Rosenbrock. – Frankfurt/Main ;
New York : Campus Verlag, 1982.

(Schriften des Wissenschaftszentrums Berlin :
Internat. Inst. für Vergleichende Gesellschafts=
forschung, Arbeitspolitik)

ISBN 3-593-33068-7

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung
sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgend-
einer Form (durch Photokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne
schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Ver-
wendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet
werden.

Copyright © 1982 bei Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main

Umschlaggestaltung: Eckard Warminski, Frankfurt/Main

Satz: Werksatz Marschall, Berlin

Druck und Bindung: difo druck, Bamberg

Printed in Germany

Vorwort der Herausgeber

Das Internationale Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung untersucht in seinem Schwerpunkt „Arbeitspolitik“ Probleme, die sich aus Veränderungen des Arbeits- und Produktionsprozesses in hochindustrialisierten Gesellschaften ergeben. Gefragt wird nach den daraus resultierenden physischen, psychischen und sozialen Belastungsverschiebungen für die Arbeitnehmer, ihren Folgewirkungen sowie den Möglichkeiten und Grenzen kompensatorischer und präventiver Politiken der Tarifparteien und des Staates gegenüber diesen Entwicklungen. Hier zeigt sich in den letzten Jahren mit zunehmender Deutlichkeit die begrenzte Leistungsfähigkeit kompensatorischer und kurativer Strategien für die Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen, sofern sie nicht durch primärpräventive, also ursachenbezogene Eingriffe in die Entstehungszusammenhänge in der Arbeits- und Lebensumwelt ergänzt werden.

Seit Mitte der siebziger Jahre ist in der traditionellen Arbeitsschutzpolitik der Bundesrepublik insofern eine Wende eingetreten, als nicht mehr lediglich Schutznormen erstellt und extern kontrolliert werden, sondern daß die Betriebe erstmals verpflichtet wurden, Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte einzustellen. Im Mittelpunkt des Forschungsprojektes „Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik“ steht deshalb die Frage, welchen Beitrag dieses professionell ausgebaute betriebliche Arbeitsschutz-System zur Lösung der volksgesundheitlich drängenden Probleme zu leisten vermag. Zur Erhellung dieser Frage wurde unter dem spezifischen Aspekt der betrieblichen Wirksamkeit eine empirische Untersuchung durchgeführt. Die Studie von Rolf Rosenbrock präsentiert jenen Teil der Projektergebnisse, die die unmittelbar betriebliche Tätigkeit und Wirksamkeit der Arbeitsschutz-Professionals (Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte) betreffen. Dabei werden auf betrieblicher Ebene nicht nur ganz erhebliche Defizite der Umsetzung und Erfüllung gesetzlicher Vorschriften sowie personalselektive Effekte, die dem Sinn des Arbeitsschutzes zuwiderlaufen, sichtbar. Vielmehr liegt der besondere Wert der Studie darin, daß die Probleme des professionellen Arbeitsschutzes durch eine Analyse sichtbar gemacht werden, die die betrieblichen Strukturen und Interessenlagen mit den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten und ihren professionellen Verarbeitungsformen verbindet. Sie begründet das zentrale Ergebnis der Studie, demzufolge die Erfüllung der staatlichen Normen zwar erforderlich ist, aber so lange gesundheitspolitisches Stückwerk bleibt, wie nicht flankierend Elemente autonomer Belastungsartikulation und direkter Partizipation durch die Arbeitnehmer hinzutreten. Auf diese Weise könnte die bestehende Kluft zwischen der Fachkompetenz der Arbeitsschutz-Experten und der Erfahrungskompetenz der Arbeitnehmer verringert werden. Hier deuten sich wissenschaftlich und praktisch fruchtbar zu machende Perspektiven einer betrieblichen Gesundheitspolitik im Rahmen der Bemühungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen an.

Die Arbeit von Rolf Rosenbrock leistet insofern einen innovativen Beitrag zur dringend erforderlichen Integration der immer noch weitgehend getrennt voneinander diskutierten Bereiche der Arbeits- und Gesundheitspolitik. Auf diesem Wege können umsetzungsfähige Präventionsstrategien zur Lösung der gesundheitlichen Hauptprobleme unserer Zeit entwickelt werden.

Frieder Naschold
Direktor
Internationales Institut für
Vergleichende Gesellschaftsforschung
Wissenschaftszentrum Berlin

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung:

Zur Fragestellung und Vorgehensweise des Gesamtprojekts	7
1. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen des professionellen Arbeitsschutzes	16
1.1. Problemstellung und Aufbau der Darstellung	16
1.2. Gesundheitspolitische Grundannahmen	18
1.3. Strukturelle Bestimmungsgründe des betrieblichen Arbeitsschutzes	24
1.3.1. Arbeitsschutz und politisch-ökonomische Konjunktur	26
1.3.2. Die gesetzliche Normierung des professionellen Arbeitsschutzes im Betrieb	27
1.3.3. Betriebliche Einflüsse auf den professionellen Arbeitsschutz	31
1.3.4. Der Einfluß von Ausbildung und Status auf den professionellen Arbeitsschutz	38
1.4. Voraussetzungen einer gesundheitspolitisch zieladäquaten Funktionsweise des betrieblichen Arbeitsschutzes	44
1.5. Die Aktivitäten der professionellen Arbeitsschutz-Akteure — globale Zusammenhänge	48
1.5.1. Die Konstruktion der Index-Variablen PAS	48
1.5.2. Das professionelle Arbeitsschutzsystem — keine Antwort auf Arbeitsbelastung und Problemwahrnehmung der Beschäftigten	51
1.5.3. Die Abhängigkeit des Ausbaus des professionellen Arbeitsschutz-Systems vom Niveau der betrieblichen Interessenvertretung	52
1.5.4. Betriebsgröße und Unternehmensautonomie als Bestimmungsgrößen des professionellen Arbeitsschutz-Systems	55
2. Institutionelle und personelle Ausprägung des professionellen Arbeitsschutzes im Betrieb	59
2.1. Betriebsärzte	60
2.2. Fachkräfte für Arbeitssicherheit	71
2.3. Sicherheitsbeauftragte	76
2.4. Der Arbeitsschutzausschuß	83
2.5. Überbetriebliche Arbeitsschutzinstitutionen	87
3. Handlungsfelder der professionellen Arbeitsschutz-Akteure	96
3.1. Einstellungsuntersuchungen — Eingangsselektion	100 (Zusammenfassung: S. 111)
3.2. Einweisung in den Arbeitsplatz	112 (Zusammenfassung: S. 121)

3.3.	Laufende Betreuung	122
3.3.1.	Betriebliches Arbeitsschutzprogramm	124
	(Zusammenfassung: S. 129)	
3.3.2.	Betriebsbegehungen	129
	(Zusammenfassung: S. 136)	
3.3.3.	Regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen	137
3.3.3.1.	Umfang der Untersuchungen	137
	(Zusammenfassung: S. 144)	
3.3.3.2.	Folgen der Untersuchungen	145
	(Zusammenfassung: S. 151)	
3.3.4.	Ansprechpartner bei Arbeitsproblemen	152
	(Zusammenfassung: S. 156)	
3.3.5.	Beurteilung der betrieblichen Einsatzzeiten	156
	(Zusammenfassung: S. 162)	
3.4.	Entlassungsselektion	163
3.4.1.	Ausmaß der Entlassungsselektion	163
	(Zusammenfassung: S. 168)	
3.4.2.	Träger der Entlassungsselektion	168
	(Zusammenfassung: S. 172)	
4.	Zusammenfassung und Fazit	173
	Literaturverzeichnis	182
	Abkürzungsverzeichnis	191

Einleitung:

Zur Fragestellung und Vorgehensweise des Gesamtprojekts

1. Fragestellung

Fragestellung und Vorgehensweise bei den vorliegenden Untersuchungen des Arbeitsschutzes ergeben sich aus der übergreifenden *gesundheitspolitischen* Orientierung des Projektbereiches.¹

Die aus dem Wandel der Arbeits- und Lebensbedingungen resultierenden Veränderungen und physischen, psychischen und sozialen Belastungs- und Krankheitsstrukturen werden durch die bisherigen Organisations- und Interventionsformen des Sozial- und Gesundheitswesens immer weniger beherrschbar. Diese sind vor allem gekennzeichnet durch ihre meist passiv reagierende und auf die Behandlung der erkrankten Individuen gerichtete Wirkungsweise sowie die weitgehende Beschränkung auf professionell-medizinische Bewältigungsformen, deren Zweckrationalität noch zusätzlich durch die zumeist einzelwirtschaftlich desintegrierten Angebotsstrukturen auf dem Gebiet medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen verbogen ist (Kühn 1980).

Der Beitrag, den die medizinischen und pflegerischen Institutionen zur Sicherung und Wiederherstellung der Gesundheit, sowie zur Linderung von Krankheitsfolgen zu leisten im Stande ist, kann durch auf die Leistungsqualität zielende Reformen erheblich gesteigert werden. Eine Trendumkehr bei den wichtigsten Volkskrankheiten (Systemanalyse, Bd. I, 1978; Abholz 1980) wird jedoch davon abhängen, ob es gelingt, Dimensionen der Gesundheitspolitik dahingehend zu erweitern, daß sie sich nicht nur auf das erkrankte Individuum richtet, sondern auch auf die pathogenen Arbeits- und Lebensverhältnisse der Bevölkerung.²

Das Ausmaß des Problems mag durch das Ergebnis einer Hochrechnung der Bundesanstalt für Arbeit illustriert werden: Hiernach werden von den Mitte 1978 sozialversicherungspflichtig beschäftigten männlichen Arbeitern und Angestellten im Jahr 1990 ca. 2,7 Millionen nicht mehr erwerbstätig sein: 33 v.H. werden vor Erreichen des Rentenalters sterben, 37 v.H. werden wegen chronischer schwerer Erkrankungen (Frühinvalidität)

¹ Untersuchungsaufbau und verwendete Methoden werden ausführlich und kritisch dargestellt in einer Veröffentlichung am Schwerpunkt Arbeitspolitik des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin: „Methodik der Untersuchung Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik“, im folgenden zit.: Methodik.

² Möglichkeiten und Grenzen der Thematisierung von Arbeitsbelastungen durch die Betroffenen sowie der Aktivitäten der Belegschaftsvertretung werden in den weiteren Buchveröffentlichungen des Projekts behandelt: Friedrich Hauß: Belastungsthematisierung im Arbeitsschutz (im folgenden zit.: Hauß, Belastungsthematisierung) und Hagen Kühn: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten (im folgenden zit.: Kühn, Interessenvertretung).

vorzeitig und nur 30 v.H. wegen Erreichens der Altersgrenze ausscheiden (Bloß 1979).

Da hier das Gesundheitswesen überfordert ist, kommt es darauf an, bereits existierende andere, die Gesundheit berührenden gesellschaftlichen Bewältigungssysteme auf ihre präventiven Möglichkeiten hin zu untersuchen. Im Rahmen dieser Fragestellung interessiert das *Arbeitsschutzsystem* vor allem unter zwei Aspekten:

Erstens: Welche Formen und Inhalte entwickeln sich in der Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes nach den Impulsen der erheblich forcierten Gesetz- und Vorschriftengebung seit Beginn der 70er Jahre (z.B. Arbeitssicherheitsgesetz, Arbeitsstättenverordnung, Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften)?

Zweitens: Wo lassen sich unter grundsätzlich gegebenen ökonomischen und politischen Bedingungen Ansatzpunkte für eine Verbesserung und Erweiterung des Arbeitsschutzes in Richtung auf eine umfassende präventive „Gesundheitspolitik im Betrieb“ ausmachen?

Das Profil der Gesamtuntersuchung hat folgende Ausgangsvoraussetzungen zu berücksichtigen:

- a) Der Arbeitsschutz ist kein isolierter Teilbereich sondern — sowohl auf einzelwirtschaftlicher als auch auf gesellschaftlicher Ebene — primär Bestandteil der gesamten Austausch- und Konfliktbeziehungen zwischen Arbeit und Kapital. Seine Entwicklung kann deshalb nicht vorrangig als „technisch“ determiniert angesehen werden, sondern als Ergebnis ökonomischer und politischer Prozesse und Kräftekonstellationen. Arbeitsschutz ist somit ein politisches Gestaltungsproblem.
- b) Dem — institutionell definierten — betrieblichen Arbeitsschutzsystem kann nicht apriori die Verfolgung und Erreichung von Arbeitsschutzzielen unterstellt werden. Es steht prinzipiell für die Lösung *aller* „betrieblichen Probleme“ (vgl. ISF-München: Altmann/Bechtle/Lutz 1978) zur Disposition. Inwieweit die qualifikatorischen und personellen Ressourcen zur Erreichung von Gesundheitszielen oder für andere (z.B. personalwirtschaftliche) Ziele eingesetzt werden, entscheidet sich erst im konkreten, „betrieblichen Konfliktalltag“ (Lichte 1978) in seinen ökonomischen, technischen, sozialen und politischen Dimensionen.

Andererseits sind gesundheitsrelevante Wirkungen von Interventionen im Arbeitsprozeß nicht alleine oder auch nur vorwiegend von der Arbeitsschutzpolitik zu erwarten, die damit in jeder Hinsicht überfordert wäre. Entscheidende Bedingungen werden in den Kernbereichen der Interessenaushandlung gestaltet, wie etwa das Verhältnis von Lohn und Leistung, die Arbeitszeit, die Gestaltung des Arbeitsvertrages. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse analysieren lediglich die Arbeitsschutzpraxis im engeren Sinne, müssen jedoch als in diese Zusammenhänge eingebettet begriffen werden. Nur so kann auch vermieden werden, daß Probleme menschengerechter Gestaltung der Arbeit in restriktiver Absicht zu Arbeitsschutz- oder arbeitsmedizinischen Problemen umdefiniert werden.

2. Vorgehensweise

Bereits bei der Unterscheidung verschiedener Ausprägungen der Arbeitsschutzpraxis stellt sich zum einen die Frage nach deren realem Problembezug und zum anderen das Bewertungsproblem.

Was den *Problembezug* angeht, so impliziert die gesundheitspolitische Fragestellung eines weitaus breitere Sichtweise als das innerhalb des traditionellen Arbeitsschutzverständnisses der Fall ist: Arbeitsschutz wird als ein Bestandteil der Arbeitsbedingungen verstanden, d.h. er ist einerseits von ihrer Entwicklung abhängig und soll andererseits korrigierend auf deren Pathogenität einwirken. Die *Arbeitsbedingungen* in ihrer stofflichen, ökonomischen und sozialen Dimension sind eine zentrale Determinante des gesellschaftlichen Geschehens von Gesundheit und Krankheit: Sie können (1) Gesundheit erhalten, (2) Krankheit und vorzeitigen Tod monokausal verursachen (Unfälle, Berufskrankheiten), (3) Krankheit mitverursachen und Krankheitsverläufe beeinflussen, sowie (4) Krankheitsbewältigung (Therapie, Rehabilitation) fördern, hemmen und verhindern.³

Das *Bewertungsproblem* stellt sich bereits dann, wenn es um Unterscheidungskriterien von ermittelten Merkmalen der Arbeitsschutzpraxis in Abhängigkeit von verschiedenen Determinanten geht. Im Hinblick auf die gesundheitspolitische Ausgangsfragestellung scheiden hier zwei Verfahren aus unterschiedlichen Gründen aus:

Das erste wäre der Versuch, die *direkte Wirkung* (Output bzw. Impact) zwischen Arbeitsschutzsystem und Gesundheit zu messen und die verschiedenen Ausprägungen dadurch zu unterscheiden und zu bewerten. Das hieße zu fragen: In welchem Maße verändert sich der „Gesundheitszustand“ einer Belegschaft in Abhängigkeit von verschiedenen Ausprägungen betrieblicher Arbeitsschutzpraxis? Dieser Versuch muß nicht nur wegen der unüberwindlichen methodischen Hindernisse scheitern. Es sprechen prinzipielle Gründe dagegen. Selbst wenn sich beispielsweise die direkte Wirkung eines bestimmten Systems betrieblicher Versorgung (z.B. festangestellter Betriebsarzt oder betriebsärztliches Zentrum) oder eines bestimmten Strategietyps der Belegschaftsvertretung isolieren ließe, so würde eine solche Fragestellung einen Grundsachverhalt des Arbeitsschutzes übersehen; dieser ist nämlich nicht ein „äußerer Faktor“, der auf gesundheitsgerechtere Arbeitsbedingungen hinwirkt, sondern ein Bestandteil dieser Arbeitsbedingungen selbst, die *insgesamt* auf Gesundheit und Krankheit einwirken. So kann ein verbesserter Arbeitsschutz durchaus mit einem erhöhten Unfall- und Krankheitsrisiko einhergehen, wenn z.B. die Arbeitsintensität gestiegen ist. Umgekehrt können positive Wirkungen auf die Gesundheit einer Belegschaft ein Nebeneffekt anderer Prozesse sein,

³ In der Arbeit von Hauß (s. Anm. 2) wird dies unter dem Aspekt der Arbeitsbelastung analysiert, während die Abhandlung von Kühn vor allem die Möglichkeiten und Grenzen der Intervention und Aktivierung der Belegschaftsvertretung diskutiert.

wie z.B. eine veränderte Zusammensetzung der Beschäftigten, anderer Produktionsstruktur, Gebrauch anderer Werkstoffe, usw.

Die zweite verworfene Vorgehensweise ist die Bewertung nach *input-Faktoren*, also etwa nach der Zahl der eingesetzten Experten, der Dauer der Arbeitsschutzschulungen, dem Geldwert eingesetzter Ressourcen usw. Diese Betrachtungsweise ist noch immer häufig anzutreffen. Demgegenüber wird davon ausgegangen, daß von input-Größen allein keinerlei Rückschlüsse auf die Wirkung gezogen werden können. Das mag an folgender Entwicklung deutlich werden: Seit Inkrafttreten des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) steigt die Zahl der ausgebildeten und eingesetzten Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte rapide an. Die Fragwürdigkeit der Indikatorfunktion dieser gestiegenen Expertenzahl für den tatsächlichen Grad der Arbeitssicherheit zeigt sich bereits, wenn sie mit der Entwicklung der Arbeitsunfälle konfrontiert wird. Deren seit Beginn der 60er Jahre deutlich sinkende Tendenz kommt gerade zu dem Zeitpunkt zum Stehen, von dem an das Arbeitssicherheitsgesetz implementiert wird (1975). Von 1978 auf 1979 steigen sogar die Arbeitsunfälle (standardisiert) erstmals wieder an. Dabei ist das der traditionelle Tätigkeitsbereich von Sicherheitstechnikern und Arbeitsmedizinern im Betrieb. Wie müßte nun eine Beurteilung der Praxis von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften aussehen, wenn deren Anzahl mit der Arbeitssicherheit direkt in Beziehung gesetzt würde?

Das Problem liegt nun nicht alleine darin, den Zielerreichungsgrad eines bestimmten Faktoreinsatzes zu isolieren und zu ermitteln (s.o.). Es geht dabei nämlich nicht nur um „Mehr“ oder „Weniger“. Vielmehr ist auch die *Wirkungsrichtung* noch offen. So kann beispielsweise der Einsatz eines Sicherheitsingenieurs zu präventiven Maßnahmen führen, wie etwa der Einkapselung von Lärmquellen. Andererseits können betriebsärztliche Einstellungsuntersuchungen Personalselektion nach Fitneßkriterien nach sich ziehen, die eine höhere Belastbarkeit der Belegschaft zur Folge hat. Damit wären aber die Voraussetzungen geschaffen für Arbeitsintensivierung und frühzeitigen Verschleiß der Arbeitskraft in der Zukunft.

Weil die Strukturierung und Bewertung sowohl nach output-Kriterien als auch nach input-Größen nicht durchführbar ist, richteten sich die Untersuchungsschritte auf die Ermittlung von Informationen und Indikatoren, die Aufschlüsse über die *Arbeitsschutzprozesse* zulassen. Dabei wurden operationalisierbare Kriterien erarbeitet, mittels derer auf einem hinreichenden Plausibilitätsniveau auf die gesundheitspolitische „Problemadäquanz“ der hier ermittelten Fakten und Zusammenhänge geschlossen werden kann. Diese Kriterien sowie ihre jeweilige Gewichtung variieren mit der jeweils im Zentrum stehenden Teilfragestellung des Projekts⁴ und werden in deren Zusammenhang näher ausgeführt. Es handelt sich dabei um Kriterien wie: Die Breite von Thematisierung und Intervention bezüglich der Belastungsarten, die Gewichtung der Maßnahmearten (per-

⁴ Diese sind identisch mit den Themen der drei aus den Projektergebnissen hervorgegangenen Monographien.

sonenbezogene, verhaltensbezogene oder auf die Arbeitsbedingungen bezogene Maßnahmen), Art und Umfang der Aufnahme und Verarbeitung von Informationen durch die jeweiligen Arbeitsschutzakteure usw.

Das gesamte Projekt umfaßte zwei *Untersuchungsphasen*. Die *erste Phase* (1978) hatte zum Ziel, zentrale generelle Trends des Arbeitsschutzsystems der Bundesrepublik zu ermitteln hinsichtlich der Definition von Arbeitsschutzproblemen, deren Erforschung, Normierung und schließlich ihrer praktischen Realisierung im konkreten betrieblichen Bezug. Die wichtigsten Ergebnisse wurden 1978 veröffentlicht⁵ und werden in den einzelnen Bänden partiell nochmals aufgegriffen. Die Untersuchung stützte sich im wesentlichen auf die Sekundäranalyse von Materialien aus dem deutschen und internationalen Bereich, sowie auf offene Intensivinterviews mit Arbeitsschutzexperten aus den Bereichen des Staates, der Berufsgenossenschaften, der Gewerkschaften, der Unternehmensverbände, sowie mit Betriebsräten, Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten aller Organisationsformen.

Auf die Ergebnisse dieser Phase aufbauend wurde in der *zweiten Phase* der Untersuchungsbereich auf die betriebliche Ebene eingegrenzt. Dabei mußte dem Umstand Rechnung getragen werden, daß das Arbeitsschutzsystem — entgegen gesundheits- und forschungspolitischen Erfordernissen — kaum Informationen über seine Strukturen, Funktionsweise und Wirkungen hervorbringt. Die Untersuchung mußte also darauf abzielen, massenhafte (Basis-) Informationen über typische Bereiche zu ermitteln, um auch zu Verteilungsaussagen zu kommen. Darum wurde dem eher schwachen Instrument der Fragebogenerhebung der Vorzug gegeben, wobei die damit verbundenen Nachteile durch offene Interviews und Gruppendiskussionen teilweise kompensiert werden konnten.

Da es weniger auf Fragen nach Bewußtsein, Motiven und Einstellungen, als auf (freilich stets subjektive) Aussagen über Fakten ankam, jedoch das Durchschnittswissen über die strukturellen Daten des Betriebes und speziell des Arbeitsschutzes zu gering ist, mußte die zu befragende Personengruppe überdurchschnittlich gut informiert sein. Aus diesem Grund wurden 1500 Lehrgangsteilnehmer an insgesamt elf Gewerkschaftsschulen der Industriegewerkschaften Chemie-Papier-Keramik (IGCPK), Druck und Papier (IG Drupa) sowie Metall (IGM) und der Gewerkschaften Nahrung-Genuß-Gaststätten (GNGG) und Textil-Bekleidung (GTB) befragt. Auswertbar waren 1402 Fragebögen. Da wegen der Anonymität genaue Angaben zur Firmenzugehörigkeit entfallen mußten, wurde die Anzahl der erfaßten ungefähr 380 Betriebe nach einem Schätzverfahren ermittelt.⁶

Der Fragebogen umfaßt 174 Fragen. Die Erhebung fand im Mai/Juni 1979 statt. Befragt wurden bewußt *keine* Teilnehmer von Arbeitsschutz-Lehrgängen und von Lehr-

⁵ Vgl. Hauß, F., H. Kühn, R. Rosenbrock (1978), sowie Kühn, H., F. Hauß (1978).

⁶ Vgl.: Methodik (s. Anm. 1)

gängen zur Humanisierung der Arbeit; ebenso wurden Angestellte ausgespart. Die schriftliche Befragung erforderte auch den Verzicht auf den Einbezug ausländischer Arbeitnehmer. Die Gruppendiskussionen wurden nach einem Gesprächsleitfaden geführt und umfaßten insgesamt 250 freiwillige Lehrgangsteilnehmer.

Die Frage nach der *Repräsentativität* stellt sich unterschiedlich je nach dem, ob es sich um personenbezogene Fragen (z.B. Befindlichkeitsstörungen, Motivation, eigene Tätigkeit, Alter) oder um Aussagen zu Strukturen (z.B. Betriebsgröße, Status des Betriebsartes) handelt.

Was die Zusammensetzung der Befragten angeht, so kann gesagt werden, daß — allerdings nur bezogen auf die deutschen Arbeiter — die Diskrepanz der Strukturen zwischen der Arbeiterschaft insgesamt und den befragten aktiven Gewerkschaftsmitgliedern bzw. betrieblichen Funktionären (Vertrauensleute, Betriebsratsmitglieder) keinesfalls so groß ist wie das vielfach angenommen wird. Zum Vergleich wurden neben der amtlichen Statistik die für die Gruppen der Arbeiter ermittelten Angaben einer Random-Stichprobe von „Infratest“ (Becker/Ruhland 1980) herangezogen:

Die deutlichste Abweichung weist der *Frauenanteil* auf. 17,7 v.H. der Befragten sind Frauen, während ihr Anteil an der Arbeiterschaft der untersuchten Industrien 27,1 v.H. beträgt. Da der gewerkschaftliche Organisationsgrad der weiblichen Arbeitnehmer bei etwa 20 v.H. liegt, kann angenommen werden, daß zwischen Gewerkschaftsmitgliedschaft und Lehrgangsteilnahme kaum geschlechtsspezifische Filterwirkungen vorliegen.

Bei den *Haushalts-Netto-Einkommen* weichen die Befragten nur geringfügig nach oben ab. Wenn die Lehrgangsteilnehmer einen durchweg leicht überdurchschnittlichen Verdienst (im Vergleich zur Infratest-Studie) aufweisen, so kann das auf das gleichfalls etwas höhere *Qualifikationsniveau* zurückgeführt werden. Die Schulungsteilnehmer haben zu 20 v.H. keine Lehre abgeschlossen (Infratest: 17 v.H.), wobei unter den befragten Arbeitern mit abgeschlossener Lehre allerdings der überdurchschnittlich hohe Anteil von Fach- und Mittelschulabsolventen (15,6 v.H. zu 7 v.H.) und Abiturienten (3,4 v.H. zu 2,0 v.H.) auffällt.

Ebenfalls einkommenswirksam dürfte es sein, daß bei den *Altersgruppen* die „mittleren“ Jahrgänge (25 bis 45 Jahre) überrepräsentiert sind. Wenn die unter 25-jährigen Arbeiter einen um 4 v.H. geringeren Anteil an den Befragten haben als an der Arbeiterschaft insgesamt, so mag das auch daran liegen, daß keine gewerkschaftlichen Jugendbildungen erfaßt worden sind. Schließlich läßt sich aus den Abweichungen im Qualifikationsniveau darauf schließen, daß die Befragten wahrscheinlich ein etwas unterdurchschnittliches Niveau der *Arbeitsbelastung* aufweisen.

Die leichten Abweichungen der untersuchten Gruppe fallen zusammen mit quantitativ nicht erfaßbaren Merkmalen, die gerade im Hinblick auf die Fragestellung der Untersuchung eine entscheidende Rolle spielen: Hier liegt eine zentrale, auf den Ergebnissen der ersten qualitativen Untersuchungsphase basierende Annahme zugrunde, nach der das Niveau der aktiven Partizipation der Beschäftigten von entscheidendem Einfluß

auf die gesundheitspolitische Qualität der betrieblichen Arbeitsschutzpraxis ist und somit Fragen des Arbeitsschutzes nicht primär ein technisches, sondern ein betriebspolitisches Problem sind. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß den Befragten eine überdurchschnittliche Fähigkeit und Motivation unterstellt werden muß, ihre beruflichen und sozialen Interessen zu erkennen und durchzusetzen. Der Hauptgrund für die Auswahl besteht darin, daß von dieser Arbeitnehmergruppe am ehesten ein auswertbarer Wissensstand über betriebliche Probleme zu erwarten sein konnte. Für die Interpretation solcher Daten, bei denen es sich um Einstellungen und Meinungen (auch Meinungen über Fakten) handelt, muß allerdings berücksichtigt werden, daß die interessenpolitischen Probleme transparenter und die Haltung dazu politischer ist, als dies von der Gesamtheit der Arbeiter angenommen werden darf. Die daraus resultierenden Abweichungen können nun aber nicht einfach geschätzt und entsprechend dann die ermittelten Prozentzahlen korrigiert werden, selbst wenn dies methodisch möglich wäre. Denn es geht darum, die Arbeitsschutzpolitik als Bestandteil des „*betrieblichen Konfliktalltags*“ zu begreifen, dessen Entwicklung an die strukturell-konfliktorische Dynamik des Unternehmens gebunden ist. Und hier ist zu beachten, daß es gerade die Meinungen und Einstellungen der befragten, statistisch insofern nicht-repräsentativen Arbeiter sind, denen im Konfliktfall ein größeres Gewicht zukommt, da sie in aller Regel zu den „Meinungsführern“ am Arbeitsplatz, in der Abteilung oder dem Betrieb zählen. Es kann also gar nicht darum gehen, die Ergebnisse so zu korrigieren, daß sie „repräsentativ“ sind, sondern bei dieser Art von Fragen kommt es gerade auf die Ergebnisse der untersuchten Personengruppe an.

Bei den ermittelten Daten zur Struktur der Betriebe und des betrieblichen Arbeitsschutzes spielt dies keine Rolle. Hier interessiert, ob die Betriebe für die erwähnten Industriebereiche einen guten Querschnitt bieten. Dies wurde an dem Indikator „*Betriebsgröße*“ (nach der Zahl der Beschäftigten) überprüft. Für die Interpretation der Strukturdaten (z.B. Existenz von Betriebsärzten, gewerkschaftlichen Vertrauensleutenkörpern) ist dabei von erheblicher Bedeutung, daß die *Kleinbetriebe* mit unter 100 Arbeitnehmern sehr stark unterrepräsentiert sind. Nur 8,2 v.H. der Befragten kommen aus solchen Betrieben. Das ist weniger als die Hälfte des Wertes, der in der amtlichen Statistik des produzierenden Gewerbes für die betreffenden Industriezweige ausgewiesen ist, dabei sind die dem „Handwerk“ zugeordneten Betriebe nicht einmal berücksichtigt. *Die überwiegende Mehrheit der Arbeitnehmer und Betriebe, für die das Arbeitssicherheitsgesetz keine Gültigkeit hat, kann also nicht einbezogen werden.* Von allen Angaben zur Implementierung des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie auch des Betriebsverfassungsgesetzes muß demnach einschränkend gesagt werden, daß sie ein zu *positives Bild* zeichnen und dementsprechend zu relativieren sind. Das wird noch verstärkt, weil man annehmen kann, daß auch die erfaßten Kleinbetriebe für ihre Größenklasse insofern nicht repräsentativ sind, da es sich ja nur um solche Betriebe handelt, aus deren Belegschaft immerhin Arbeiter an Gewerkschaftslehrgängen teilnehmen. Über alle Branchen gesehen sind die

Betriebe mit über 100 Arbeitnehmern fast repräsentativ vertreten, wobei die Betriebe mit zwischen 100 und 1000 Arbeitnehmern leicht überrepräsentiert sind. Auch hier ist allerdings eine mögliche qualitative Verzerrung zum Positiven hin anzunehmen: Ein durchgängiges Ergebnis der gesamten Untersuchung ist der enge positive Zusammenhang zwischen dem Niveau der Arbeitsschutzpraxis — sowohl seitens der professionellen Experten als auch bei den Belegschaften — und der gewerkschaftlichen Repräsentanz im Betrieb. Da es nun plausibel ist, daß die Arbeitnehmer aus Betrieben mit hoher gewerkschaftlicher Repräsentanz auch überdurchschnittlich häufig bei Gewerkschaftsschulungen vertreten sind, ist zu vermuten, daß bei den vorgestellten Untersuchungsergebnissen vor allem die quantitativen Angaben zur Realisierung des Arbeitssicherheits- und des Betriebsverfassungsrechts höher sind, als das bei einer Repräsentativerhebung der Fall wäre. Aufgrund des besseren Informationsgrads der Befragten sind jedoch (und darauf zielte die Auswahl ab) die Aussagen über Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen von größerer Validität.

Erfaßt wurden Indikatoren zu folgenden drei „abhängigen Variablen“, die sich auf die Hauptfragestellung der Untersuchung beziehen:

- *Artikulation und Thematisierung* von betrieblichen Arbeitsproblemen als Probleme von Gesundheit und Krankheit durch die Beschäftigten;
- *Arbeitsschutzpraxis der Belegschaft* bzw. *Belegschaftsvertretung* (gewerkschaftliche Vertrauensleute, Betriebsräte) und zur
- *Arbeitsschutzpraxis der professionellen Arbeitsschutzakteure* im Betrieb.

Die Erklärungsvariablen lassen sich zu folgenden drei Gruppen zusammenfassen:

- *Arbeitsbelastung* und *-beanspruchung* (einschließlich Befindlichkeitsstörungen);
- Potential des *Unternehmens* bezüglich ökonomischer Ressourcenmobilisierung und betriebspolitischer Durchsetzung; sowie
- das interessenpolitische Niveau der *Belegschaft* sowie deren Struktur.

Diese Variablenstruktur bringt nicht nur zum Ausdruck, welche Annahmen über Grundzusammenhänge der gesamten Untersuchung zugrunde liegen. Die jeweiligen Erklärungsvariablen (dazu gehören auch, je nach Fragestellung, die hier angeführten „abhängigen Variablen“) und die hierzu erfaßten Indikatoren wurden zudem unter dem Aspekt des Anwendungsbezugs der Ergebnisse ausgewählt. D.h.: Es stehen Fragen nach solchen Faktoren und Zusammenhängen im Vordergrund, die unter gegebenen sozial-ökonomischen Bedingungen politisch mit dem Ziel einer verbesserten Gesundheitssicherung in der Arbeitswelt für beeinflussbar gehalten werden. So bleiben beispielsweise bei der Frage nach der Thematisierung von Arbeitsschutzproblemen durch die Beschäftigten die sozialpsychologischen Determinanten nicht deshalb außer Betracht, weil sie als unwirksam angesehen würden. Vielmehr ist es ein entscheidendes Selektionskriterium der Fragestellung, ob die vermuteten Ursachen mit Mitteln der Arbeitspolitik gestaltbar sein können.

Zur Analyse der Grundbeziehungen wurden die Indikatoren dieser Variablen jeweils

mit einem Gewichtungungsverfahren zu sechs Indices zusammengefaßt.⁷ Bezogen auf eine abhängige Variable nehmen jeweils die beiden anderen auch den Status der Erklärungsvariablen an, so wird z.B. nach den Abhängigkeiten des Thematisierungsgrades von Arbeitsschutzproblemen von der Arbeitsschutzpraxis der professionellen Experten gefragt. Mit den drei abhängigen Variablen sind zugleich auch die drei zentralen Fragestellungen angesprochen, denen in je gesonderten Abhandlungen nachgegangen wird:

Band 1: BELASTUNGSTHEMATISIERUNG IM ARBEITSSCHUTZ

(Friedrich Hauß)

Band 2: BETRIEBLICHE ARBEITSSCHUTZPOLITIK UND INTERESSENVERTRETUNG DER BESCHÄFTIGTEN (Hagen Kühn)

Band 3: ARBEITSMEDIZINER UND SICHERHEITSEXPERTEN IM BETRIEB

(Rolf Rosenbrock)

Friedrich Hauß, Hagen Kühn, Rolf Rosenbrock

⁷ Die Zusammensetzung der Indices wird — was die Inhalte angeht — jeweils in den einzelnen Monographien des Projekts dargestellt.

1. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen des Professionellen Arbeitsschutzes

1.1 Problemstellung und Aufbau der Darstellung

Stärker als in vergleichbaren Industrienationen gründet sich die staatliche Arbeitsschutzpolitik in der Bundesrepublik Deutschland auf die Regelung der Tätigkeit von speziell dazu ausgebildeten und beruflich damit beauftragten Personen im Betrieb (Professionals). Sowohl die Rechte der Arbeitnehmer und ihrer Vertretung als auch die Aufsicht durch staatliche und parastaatliche Instanzen treten in ihrer Bedeutung dahinter zurück (zu Schweden vgl. Hauß, Naschold 1978, Hauß 1981; zu Großbritannien vgl. Böhle/Kaplonek 1980; zu den USA vgl. Naschold 1978; zu Italien vgl. Wintersberger 1978; zum internationalen Vergleich vgl. Auer et al. 1981, Kelman 1981).

Die unmittelbar betrieblichen Akteure dieses Systems sind die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte nach dem „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (Arbeitssicherheitsgesetz, ASiG) sowie die Sicherheitsbeauftragten nach § 719 der Reichsversicherungsordnung (RVO). Im folgenden sollen Präsenz, Tätigkeiten und Interaktionen dieser Professionals im Betrieb unter dem Gesichtswinkel der gesundheitspolitischen Fragestellung des Projekts untersucht werden. Die außerbetrieblichen Kontroll- und Interventionsinstanzen (Gewerbeaufsichtsämter (GewA)), Berufsgenossenschaften (BG) als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und die technischen Überwachungsvereine (TÜV)) werden dagegen nur cursorisch einbezogen.

Es wird also gefragt, in welchem Ausmaß die gesetzlichen Normen des professionellen Arbeitsschutzes in den Betrieben umgesetzt worden sind, welche Strukturen und Prozesse sich dabei herausgebildet haben, und wie diese in Hinblick auf die gesundheitlich präventive Funktion des Arbeitsschutzes zu beurteilen sind.

Dazu ist es zunächst erforderlich, einige Grundannahmen zur präventiven Gesundheitspolitik und zur gegenüber den klassischen „Patienten“ veränderten Rolle der Betroffenen in ihr darzulegen (1.2). Daran anschließend werden — teilweise unter zusammenfassendem Rückgriff auf Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase (Hauß/Kühn/Rosenbrock 1978) — die wesentlichen Bestimmungsgründe des betrieblichen Arbeitsschutzes skizziert (1.3). Dadurch soll vor allem gezeigt werden, daß die Aufhebung der heute feststellbaren quantitativen und qualitativen Defizite des Arbeitsschutzes nicht einfach von den Arbeitsschutz-Professionals abhängt, sondern daß diese selbst vielfältigen Zwängen und Sogeffekten ausgesetzt sind, die eine auf Prävention orientierten Gesundheitspolitik nicht außer Acht lassen darf. Nach einer Operationalisierung der gesundheitspolitischen Grundannahmen für den Bereich des betrieblichen Arbeitsschut-

zes (1.4) werden zur Gewinnung eines globalen Überblicks über die Empirie einige erste, sehr grobe statistische Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen des professionell getragenen Arbeitsschutzes einerseits und dem Ausmaß der Arbeitsbelastung, dem Niveau der betrieblichen Interessenvertretung (generell und in Bezug auf den Arbeitsschutz) und schließlich der Betriebsgröße andererseits dargestellt (1.5).

Im zweiten Teil werden die professionellen Akteure des betrieblichen Arbeitsschutzes, die Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und Sicherheitsbeauftragten also, sowie ihre institutionalisierte Koordinationsinstanz, der Arbeitsschutzausschuß, beschrieben. Dabei werden zum Teil sehr erhebliche Umsetzungsdefizite deutlich (2.1 bis 2.4). Die begrenzte Wirksamkeit überbetrieblicher Instanzen (BG, GewA, TÜV) bestätigt die Notwendigkeit der Konzentration auf die betrieblichen Akteure (2.5).

Der dritte Teil befaßt sich mit den einzelnen Handlungsfeldern der Arbeitsschutz-Professionals. Neben den gesetzlich normierten Aktivitäten werden auch solche dargestellt, die, ohne gesetzlich vorgeschrieben zu sein, von gesundheitspolitischer Relevanz sind bzw. sein können. Die Einzelanalysen verfolgen dabei jeweils ein doppeltes Ziel: Zum einen soll herausgearbeitet werden, durch welche betrieblichen Faktoren die vorfindlichen Ausprägungen zu erklären sind und zum anderen gilt es jeweils nach der mutmaßlichen Zieladäquanz dieser Maßnahmen, den darin liegenden Ambivalenzen sowie den möglichen Entwicklungsrichtungen zu fragen. Dabei werden auch die Grenzen des erhebbaren Materials (Fragebogenerhebung, Experteninterviews und Gruppendiskussionen) deutlich (3.1 bis 3.4).

Insgesamt ergibt sich ein Bild des professionellen Arbeitsschutzes, dessen Installierung, Ausbau und Aktivierung zu einem erheblichen Teil von den Aktivitäten der Belegschaft und des Betriebsrates abhängig ist. Im Rahmen dieses Prozesses müssen sich diese jedoch weitgehend auf die professionell überformte Sichtweise der Arbeitsschutzprobleme einlassen, wodurch die präventive Wirksamkeit stark eingegrenzt und — z.B. im Falle der Personalselektion — sogar in ihr Gegenteil verkehrt wird. Lediglich Belegschaften mit einem überdurchschnittlich hohen Niveau der allgemeinen Interessenvertretung und -durchsetzung und gleichzeitig hohem Engagement in Fragen des Gesundheitsschutzes können diese Schranke wenigstens teilweise überwinden.

Auf dem Wege zu einem betrieblichen Arbeitsschutz, der in volksgesundheitlich relevantem Umfang präventive Wirkungen entfaltet, könnten durch Veränderungen in der Ausbildungsrichtung der Professionals, durch größere Transparenz und Mitbestimmung der Belegschaftsvertretung über ihre Tätigkeit sowie durch die institutionalisierte Herausbildung einer autonomen Gesundheitsinstanz der Belegschaft beträchtliche Fortschritte erzielt werden. Hilfreich können dabei auch Veränderungen der Aufsicht und Interventionen durch Staat und Berufsgenossenschaften sein (4.).

1.2 Gesundheitspolitische Grundannahmen

Auf Grund zahlreicher empirischer und theoretischer Untersuchungen (vgl. z.B. Schäfer 1976, Systemanalyse 1978, Taylor 1979, Abholz 1980) muß davon ausgegangen werden, daß der heute vorherrschende Typ der Gesundheitssicherung und Gesundheitsversorgung, dessen hauptsächliches Interventionsfeld der Organismus des bereits erkrankten einzelnen Individuums ist, und der seine Bemühungen in Forschung und Praxis vor allem auf die Kuration von physiologisch definierten Krankheitsbildern richtet, zunehmend an die Grenzen seiner Wirksamkeit stößt. In der öffentlichen Diskussion dominieren zwar gegenwärtig die Grenzen der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sowie die daraus abgeleiteten Strategien der Sanierung über Leistungskürzungen und Umverteilung der finanziellen Lasten auf die Versicherten (Deppe 1980). Es konnte aber sowohl für das gesamte Gesundheitswesen (Systemanalyse 1978) als auch für die einzelnen Teilbereiche (z.B.: für die ambulante Versorgung: Abholz 1979, für den Bereich des Krankenhauses: Kühn 1980, für die Arzneimittelversorgung: Rosenbrock 1979) gezeigt werden, daß solche Strategien der „Reform der Nachfrageseite“ (Rosenbrock 1979) allenfalls kurzfristig den gewünschten ökonomischen Effekt erzielen können. Mittel- und langfristig gesehen erhöhen sie dagegen wahrscheinlich die — auch finanziellen — Anforderungen an das Gesundheitswesen, insofern sie nicht mit Struktur-reformen auf der Anbieterseite (Kühn, 1979) verbunden sind und weil sie das Hauptproblem der gesundheitlichen Versorgung durchweg erst gar nicht angehen: dieses besteht im Massengeschehen der modernen Volkskrankheiten (vor allem Herz-, Kreislaufkrankheiten, bösartige Neubildungen, Diabetes Mellitus, chronische Bronchitis, Rheuma, Krankheiten der Verdauungsorgane (Magen, Galle, Leber)) und der Unfälle.

Diese Leiden dominieren mit zusammen ca. 70% das Krankheitsgeschehen in hochindustrialisierten Gesellschaften; lediglich ihre Reihenfolge untereinander verschiebt sich, je nachdem, ob man die Sterblichkeit (Schäfer 1976), die Frühinvalidität (Rüth 1971, Ricke/Karmaus/Höh 1977) oder die Krankheitshäufigkeit (Mikrozensus, in: WiSta 9/1976) als Maßstab für ihre Bedeutung heranzieht (vgl. Standfest et al 1977, Bäcker et al 1980, Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981). Eine zusätzlich bedrohliche Komponente dieses Krankheitsgeschehens besteht darin, daß die betroffenen Bevölkerungsgruppen immer jünger werden und die Lebenserwartung für größere Bevölkerungsgruppen deutlich sinkt (Schäfer 1976).

Mehr oder weniger gemeinsam ist allen Volkskrankheiten, daß sie medizinisch-kurativ nicht beherrscht werden können und in hohem Ausmaß chronisch zu werden pflegen. Für den Medizinbetrieb ergibt sich daraus zunächst die Anforderung, daß seine Bemühungen sich verstärkt auf Symptomlinderung und Betreuung chronisch Kranker beziehen müssen. In diesem Bereich bestehen beträchtliche Verbesserungsreserven vor allem in der ambulanten Medizin (Abholz 1979). Kaum Aussicht auf Erfolg ist dagegen Versuchen zuzumessen, diese Krankheiten im Sinne der Wiederherstellung des Status

quo ante zu heilen: einmal eingetretene Schädigungen sind überwiegend irreversibel (Taylor 1979, Mc Keown 1979, Abholz 1980).

Angesichts dieses *kurativen Dilemmas* wurden große Hoffnungen auf erweiterte Möglichkeiten der medizinischen Intervention durch Früherkennung gesetzt. Die inzwischen zum Teil auch als Krankenkassenleistungen anerkannten Früherkennungsuntersuchungen beziehen sich dabei auf einzelne physiologische Parameter, die das Frühstadium einer im Grunde bereits eingetretenen Krankheit signalisieren sollen. Bis auf wenige, quantitativ nicht sehr bedeutsamen Ausnahmen wurden die daran geknüpften Hoffnungen bislang enttäuscht (Abholz 1977). Zusätzliche Probleme einer solchen gesundheitspolitischen Strategie (dauernde medizinische Kontrolle der Gesamtbevölkerung, Nutzen-Risiko-Abwägungen bei bestimmten Untersuchungen, enorme Kosten) blieben zudem ungelöst (Abholz 1981).

Verstärkt hat deshalb in den letzten Jahren die Erkenntnis Raum gegriffen, daß dem veränderten Krankheitsspektrum mit seinen volksgesundheitlich bedrohlichen Dimensionen und Perspektiven vorrangig mit Strategien der Primärprävention zu begegnen sei (Systemanalyse 1978).

Diese Strategien knüpfen im wesentlichen an drei Erkenntnissen an:

1. Die Entstehung, Verhütung und Bewältigung von Krankheit wird wesentlich durch die Lebenslage von Individuen und Kollektiven bestimmt und muß deshalb auch dort kausal angegangen werden. Diese Erkenntnis ist gewiß nicht neu (vgl. z.B. Virchow 1847, Mosse/Tugendreich 1913), sie hat durch das Vorherrschen des naturwissenschaftlich verengten Paradigmas der Medizin lediglich lange Zeit im Hintergrund gestanden (vgl. McKeown 1979, Hauss/Naschold/Rosenbrock 1981). In Deutschland wurde die mit dieser Gesundheitskonzeption verbundene wissenschaftliche und politische Tradition durch den Faschismus unterbrochen (Leibfried/Tennstedt 1980).
2. Die Entstehung der wichtigsten modernen Volkskrankheiten ist durch lange Latenzzeiten, multifaktorielle Kausalität und medizinisch unspezifische Symptome gekennzeichnet. Die Vorstellung von bestimmten Ursachen, die bestimmte Wirkungen hervorrufen, erweist sich demgegenüber in beiden Richtungen als unzulänglich: weder können naturwissenschaftlich hinreichend verlässlich bestimmte Erkrankungsursachen identifiziert und zueinander gewichtet werden, noch führen bestimmte Belastungskonstellationen, denen eine hohe Wahrscheinlichkeit bei der Krankheitsverursachung zugerechnet werden kann, hinreichend vorhersagbar zu bestimmten Krankheiten. Damit erweist sich bei einem großen Teil der volksgesundheitlich bedeutsamsten Krankheiten das medizinische Interventionsmodell selbst dort als untauglich, wo es um die Dimensionen der gebräuchlichen Früherkennungsuntersuchungen erweitert wird: auf dem Weg zur Krankheit ist der entscheidende Teil der Strecke bereits zurückgelegt, bevor mit naturwissenschaftlichen Methoden relevante physiologische Indikatoren erfaßt werden können (Abholz 1981).

3. Gleichwohl kündigt sich die Entstehung solcher Krankheiten weit vor ihrem medizinisch manifesten Ausbruch an. Die Anzeichen sind aber durchweg unspezifisch und treten in Form von Befindlichkeitsstörungen auf (Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Schlafstörungen, Nervosität, Abgeschlagenheit etc.). Aufgrund vielfältiger Selektions-, Definitions-, Ausgrenzungs- und Filterprozesse (Systemanalyse 1978) gelangen nur zwischen 10% und 30% der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsbeeinträchtigungen in das professionelle medizinische Versorgungssystem (ebenda). Dies führt bei Reihenuntersuchungen immer wieder zu spektakulären Ergebnissen: bei einer Durchuntersuchung in hessischen Großbetrieben waren ca. 80% der sich als gesund ausgebenden Beschäftigten nach Maßgabe des derzeitigen ärztlichen Wissens krank (Landesverband der Betriebskrankenkassen in Hessen 1979). Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Baden-Württemberg (v. Eimeren et al 1972) sowie eine Befragungsaktion der IG-Metall in Nord-Baden/Nord-Württemberg (IG-Metall 1979). Diese Ergebnisse belegen zunächst, daß der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe nach wie vor soziale und strukturelle Hindernisse entgegenstehen. Daneben gilt aber auch, daß eine ärztliche Behandlung der Beschwerden in der großen Mehrzahl der Fälle wohl lediglich zur Verschreibung symptomlindernder Arzneimittel oder Verordnung einer kurzen Arbeitsruhe führen würde. So notwendig und subjektiv hilfreich eine derartige Behandlung auch erlebt werden mag, so wenig reicht sie an die verursachenden Faktoren in der Lebens- und Arbeitswelt heran. Bei der Identifikation und Beseitigung *dieser* Faktoren aber stellen Störungen der Befindlichkeit den derzeit zuverlässigsten Indikator dar. Im Rahmen der Prävention der modernen Volkskrankheiten nimmt daher die subjektive Befindlichkeit einen zentralen Stellenwert ein. *Da sie medizinisch nicht zu erfassen ist, erfährt die subjektive und autonome Einschätzung der Betroffenen gegenüber dem naturwissenschaftlich fundierten Urteil der Experten eine beträchtliche Aufwertung* (Wintersberger 1978, Berlinguer 1980, Brock et al 1980).

Diese drei wesentlichen Bestimmungen zur Primärprävention der modernen Volkskrankheiten — Aufspüren der Krankheitsverursachung in Lebens- und Arbeitswelt, Weiterentwicklung und Überschreitung naturwissenschaftlichen Kausalitätsdenkens, Anerkennung der subjektiven Befindlichkeit als wesentliche Informationsquelle — werfen allerdings derzeit noch mehr Fragen auf als sie beantworten. Die drei für die vorliegende Untersuchung wichtigsten seien hier herausgegriffen:

1. Unbeantwortet bleibt zunächst die Frage, in welchen Relationen individuelles Verhalten und objektive Verhältnisse in Lebens- und Arbeitswelt für die Krankheitsverursachung verantwortlich zu machen sind bzw. inwieweit die Verhältnisse das Verhalten determinieren (vgl. Karmaus 1981). Offen bleibt zunächst auch das quantitative und qualitative Verhältnis zwischen der Arbeitswelt und den Lebensbedingungen in der Reproduktionssphäre. Auf diese Debatte soll hier nicht detailliert eingegangen werden. Sämtliche vorliegenden empirischen Studien belegen, daß die

Arbeitswelt zumindest als ein „zentraler Schädigungsfaktor der Gesundheit“ angesehen werden muß (Systemanalyse 1978, Osterland et al 1973, Standfest et al 1977, Bäcker et al 1980), wobei die Gesundheitsrisiken für Arbeiter durchweg deutlich höher liegen als für Angestellte und Beamte und die Auswirkungen höherer Arbeitsbelastungen meist durch schlechtere Reproduktionsbedingungen verschärft werden (Scharf 1978, 1981, Ricke/Karmaus/Höh 1977, Hauss/Naschold/Rosenbrock 1981). Angesichts dessen erweist sich in Praxis und Forschung eine Strategie „als kontraproduktiv, die immer wieder nur die ‚Nullhypothese‘ zu testen versucht, ob die Arbeitswelt überhaupt bei der Pathogenese . . . eine maßgebliche Rolle spielt. Als produktiv hat sich vielmehr die Forschungsstrategie erwiesen, die einen kausalen Zusammenhang unterstellt, und von da aus nach *spezifischen* Wirkungsmechanismen fragt“ (Naschold 1981).

Wissenschaftlich und gesundheitspolitisch unproduktiv ist es ebenso, individuelles Fehlverhalten gegen objektiv gesundheitsbeeinträchtigende oder unfallauslösende Arbeitsbedingungen auszuspielen. Schon unter dem Gesichtspunkt der Beeinflussbarkeit und damit der positiven gesundheitlichen Wirkungen haben sich Strategien der Veränderung der Bedingungen menschlichen Verhaltens allemal als effektiver erwiesen als Versuche der Verhaltensbeeinflussung durch Ermahnung und Schuldzuweisung oder fortgeschrittenere Techniken der Verhaltensmodifizierung (vgl. Siegrist/Rittner 1980, Abholz 1981b, Hauß, Belastungsthematisierung Kap. 2.5). Im folgenden wird infolgedessen davon ausgegangen, daß die gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren in der Arbeitswelt sehr weit über die statistisch erfaßten Bereiche der Arbeitsunfälle und der anerkannten Berufskrankheiten hinausgehen (Müller/Volkholz 1980), und daß das Ausmaß der arbeitsbedingten Erkrankungen primär durch Ausschaltung von Gefahrenquellen und den Abbau von Belastungen gesenkt werden kann. Dabei kommt den subjektiven Wahrnehmungen der Betroffenen über ihre Arbeitsbelastungen und deren Folgen eine wichtige Rolle zu.

2. Ein und dieselbe Befindlichkeitsstörung, z.B. Kopfschmerz, kann die Folge sehr verschiedener Einflüsse in verschiedenen Kombinationen sein: z.B. Lärm, Einwirkung von Farb- und Lösemitteln, widersprüchliche Anforderungen am Arbeitsplatz, Zeitdruck bei Akkordarbeit, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Unterforderung, Überforderung, beengte Wohnverhältnisse, unbewältigte persönliche Konflikte, übermäßiger Genußmittelgebrauch. Zugleich ist auch nicht klar, ob der Kopfschmerz „lediglich“ aktuell Wohlbefinden, Lebensgefühl und Leistungsfähigkeit einschränkt, oder ob er Vorbote und Anzeichen einer Schädigung des Kreislaufsystems, einer Vergiftung, einer psychischen Erkrankung oder eines Tumors ist. Auch kann aus der Eigendiagnose „Kopfschmerz“ nur selten eine verlässliche Gesundheitsstrategie abgeleitet werden. Will man vor dieser verwirrenden Vielfalt hinsichtlich möglicher Ursachen, Diagnosen, Prognosen und Therapien nicht kapitulieren, dann müssen Wege gefunden werden, die erste Rückschlüsse auf Verursachungszusammenhänge erlau-

ben und damit zumindest die Richtung präventiver Strategien weisen. Da naturwissenschaftlich „objektive“ Beurteilungsmaßstäbe aus den genannten Gründen weitgehend ausfallen, bleibt lediglich die Möglichkeit des intersubjektiven Austauschs über die subjektiven Beschwerden mit Menschen, die gleichen oder zumindest ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind, um auf diese Weise Schritt für Schritt gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren zu identifizieren und auszuschalten. Bezogen auf die Arbeitswelt beschreitet die italienische Arbeitmedizin diesen Weg durch die Bildung homogener Gruppen auf Abteilungsebene, die über ihre Arbeitsbedingungen und -belastungen sowie ihre Gesundheitsbeeinträchtigungen miteinander reden („kollektive Bewertung“) (Wintersberger 1978, Dörr/Klautke 1981). Den Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit dieses Konzepts der Artikulation und Thematisierung von Arbeitsbelastungen und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung ist ein anderer Teil der Gesamtuntersuchung gewidmet (Haus, Belastungsthematisierung).

3. Wenn die Belastungserfahrung der Beschäftigten zumindest einen entscheidenden Ansatzpunkt für betriebliche Gesundheitsstrategien darstellt, dann muß die Rolle der professionell ausgebildeten Experten für technische Arbeitssicherheit, Ergonomie und Arbeitsmedizin neu bestimmt werden. Die Experten wären dann nicht mehr Inhaber der ausschließlichen Definitionsmacht über Art und Ausmaß von Gesundheitsgefährdungen im Betrieb. Vielmehr würden sie in ihrer Tätigkeit davon ausgehen, daß die Beschäftigten selber durch ihre *Kontinuität* und *Kontextnähe* im Produktionsprozeß über die größte Belastungs- und Gefährdungserfahrung verfügen. Probleme des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit würden dann nicht mehr danach ausgewählt, ob sie in das durch die Ausbildung und den sozialen Status geprägte Bild der Experten passen. Vielmehr wäre von den unmittelbaren Belastungserfahrungen der Beschäftigten auszugehen, die dann mit dem analytischen und Erfahrungswissen der Professionals zu bearbeiten und in Arbeitsschutzmaßnahmen umzusetzen wären.

Die Experten könnten sich dabei nicht mehr als neutrale Instanz verstehen, die allein aufgrund ihrer Sachkunde die Durchführung von Arbeitsschutzmaßnahmen vorschlagen und dabei auf die Vernunft aller Beteiligten hoffen. Vielmehr wäre ein Arbeitsschutzverständnis notwendig, in welchem auch die Lösung von Gesundheitsproblemen im Rahmen der betrieblichen Austausch- und Konfliktbeziehungen gesehen wird. Die Beschäftigten verfügen dabei über das zur Durchsetzung ihrer Gesundheitsinteressen notwendige *Konfliktpotential* (Konstanty 1981).

Schließlich würden sich die Experten nicht mehr als wichtigstes Aufsichtspersonal für Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit verstehen. Vielmehr wären primär die Beschäftigten für die *Kontrolle* der ihren gesundheitlichen Interessen dienlichen Regelungen zuständig. Es käme also darauf an, die Rahmenbedingungen und Inhalte professioneller Arbeitsschutzstätigkeit so zu gestalten, daß die Experten gegenüber den Beschäftigten und ihren Gesundheitsinteressen eine lernende und dienende

Funktion einnehmen (Systemanalyse, Band 2, 1978, S. 268 ff.). Traditionelle arbeitswissenschaftliche und arbeitsmedizinische Messungen von Belastungssituationen stehen dann gleichberechtigt neben der (kollektiven) Wahrnehmung und Bewertung der Beanspruchung durch die Beschäftigten und werden durch sie ergänzt und korrigiert. „Die Spezialisten können das Wissen und die Initiativen der Arbeiter . . . nicht ersetzen. Sie können aber ihr Spezialwissen den Arbeitern zur Verfügung stellen.“ (Wintersberger 1978, S. 159).

Das hier skizzierte Bild von Arbeitsschutzexperten zielt auf eine Dominanz der Beschäftigten gegenüber der „Dominanz der Experten“ (Freidson 1975), es orientiert sich in dieser Hinsicht an den praktischen Erfahrungen der italienischen Arbeitermedizin (Wintersberger 1978) sowie den ersten Versuchen der Übertragung dieses Konzepts auf die Bedingungen der Bundesrepublik Deutschland (Brock et al 1980, Heinle et al 1981). Gesundheitspolitische Aktivierungsstrategien aus anderen Lebensbereichen, wie sie in verschiedenen industrialisierten Ländern zu finden sind, wurden ebenfalls aufgenommen (Trojan/Waller 1980, Hauss/Naschold/Rosenbrock 1981).

Diese Vorstellungen werden weiter unten anhand der einzelnen Tätigkeitsfelder der Arbeitsschutz-Professionals zu konkretisieren sein. Sie unterscheiden sich dezidiert von zwei in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion vorherrschenden Positionen in Bezug auf die Rolle von Experten.

Zum einen kann jenen Auffassungen, die bereits in der schieren Präsenz spezialisierter beruflicher Kompetenz die Ursache für Entmündigung und Passivierung der Betroffenen sowie ein Haupthindernis ihrer gesundheitsbezogenen Aktivierung sehen, nicht gefolgt werden. Derartige Positionen der Entprofessionalisierung und Laisierung orientieren sich in den letzten Jahren vor allem an Illich (1974, 1977). Gegen die Übertragung seiner Ablehnung des professionalisierten Medizinsystems auf Probleme der industriellen Arbeitswelt spricht neben den allgemeinen Einwänden gegen seine Thesen (vgl. Flöhl (Hrsg.) 1979) vor allem die Tatsache, daß Illich selbst sich mit diesem Bereich gesundheitlicher Gefährdung kaum auseinandergesetzt zu haben scheint. In seiner „Nemesis“ (1977), der „überarbeiteten und erweiterten Endfassung von „Die Enteignung der Gesundheit““ (1974) wird das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit lediglich zweimal angesprochen: „Menschen, die durch ihre industrielle Arbeit und Freizeit verstört, krank gemacht und invalidisiert werden, bleibt nur die Flucht in ein Leben unter ärztlicher Aufsicht, das sie zum Stillhalten verführt und vom politischen Kampf um eine gesündere Welt ausschließt“ (S. 51). Und: „Jegliche Kritik, die eine bessere und gerechtere Versorgung befürwortet, bestärkt nur den gesellschaftlichen Druck, der die Menschen auf krank machenden Arbeitsplätzen in Funktion hält“ (S. 73). Wenn man davon ausgeht, daß für die Masse der abhängig Beschäftigten ein schlichtes Aussteigen aus dem Produktionsprozeß wohl nicht in Frage kommt, enthalten diese Äußerungen keinen Hinweis auf die Richtung, in der Illich sich Strategien zur Verhinderung oder Minderung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen vorstellt. Vergeblich sucht man infolgedessen auch nach

Ansätzen einer Analyse dieses Problemfeldes. Auch Strasser (1979) als Vertreter einer weniger radikalen Spielart der Deprofessionalisierung dringt nicht zu den eigentlichen Problemen vor, wenn ihm als Strategie zur „Bekämpfung der krank machenden Faktoren in Arbeits- und Wohnbereich“ (S. 151) lediglich die „alte sozialistische Forderung nach Aufhebung der Arbeitsteilung“ (S. 152) einfällt.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß Ansätze einer auf die realen Probleme der industriellen Arbeit eingehenden gesundheitspolitischen Strategie der Deprofessionalisierung bislang von keinem der Autoren dieser Richtung vorgelegt worden sind. Dies steht in bemerkenswertem Kontrast zu der Intensität, mit der sie die Bedeutung der Arbeitswelt für die Krankheitsverursachung zu betonen pflegen (zur Deprofessionalisierung vgl. auch Bäcker 1979).

Ebenso unfruchtbar erscheint allerdings die Gegenposition, die die Lösung der Gesundheitsprobleme der industriellen Arbeitswelt in vollem Umfang an die Experten und Professionals delegiert und die Beschäftigten meist nicht einmal erwähnt. Beispielhaft sei hierfür die Erläuterung des Kommentars zum ASiG von Kliesch/Nöthlich/Wagner (1978) zur Frage der in der betrieblichen Praxis anzuwendenden Regeln und Erkenntnisse zitiert: „Um eine allgemein anerkannte Regel handelt es sich, wenn *die Fachleute* von ihrer Richtigkeit überzeugt sind. . . Um gesicherte Erkenntnisse handelt es sich, wenn *die Fachleute* davon überzeugt sind, daß mit Hilfe dieser — eventuell neuen — Erkenntnis dem Erfordernis des Arbeitsschutzes Rechnung getragen ist . . . Gesicherte arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erkenntnisse liegen seit Jahrzehnten in großem Umfang vor. Ihre Anwendung in der betrieblichen Praxis scheiterte, weil in den meisten Betrieben *die Sachverständigen* fehlten, die über diese Erkenntnisse unterrichtet waren“ (S. 65 f., Hervorh.: RR). Es ist evident, daß durch eine derartige Monopolisierung der Definitionsautorität bei den Experten der Entwicklung und Ausübung von Kompetenz durch die Beschäftigten wenig Raum bleibt. Damit aber bleibt die vielleicht wichtigste Quelle für Erkenntnisse, die in betriebliche Prävention umzusetzen wären, verstopft. Ein Lernprozeß, in dem Beschäftigte und Professionals durch die Kombination ihrer spezifischen Kompetenzen neue Lösungen im Arbeitsschutz finden könnten, wird kaum in Gang gesetzt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen die These nahe, daß die Defizite des bestehenden Systems des betrieblichen Arbeitsschutzes zu einem erheblichen Teil durch strukturbedingte Ausblendung der Belastungserfahrung der Beschäftigten erklärt werden können. Im folgenden sollen einige Gründe hierfür im Einzelnen dargestellt werden.

1.3. Strukturelle Bestimmungsgründe des betrieblichen Arbeitsschutzes

Der Betriebliche Arbeitsschutz in der Bundesrepublik Deutschland ist durch eine

Fülle von Gesetzen und anderen Rechtsvorschriften geregelt; weit über 100 verschiedene Normgeber sind an der Erstellung und Kontrolle von über 40 Gesetzen, mehr als 120 Rechtsverordnungen, über 2700 Unfallverhütungsvorschriften, ca. 900 Verwaltungsvorschriften und anderen Regelsystemen beteiligt. Kompetenzüberschneidungen, Doppelregelungen aber auch Regelungslücken sind die Folge dieser historisch gewachsenen Regelungsstruktur (Mertens 1978, Bäcker et al 1980, BAU 1980), dessen Vereinfachung von allen beteiligten Gruppen gefordert wird. Da Arbeitsschutznormen überwiegend Schutzrechte für Arbeitnehmer sind, kann es nicht verwundern, daß über die Richtung der notwendigen Veränderungen eher gegenläufige Vorstellungen bestehen: „Während die Unternehmer das Vorschriften- und Regelwerk für zu umfangreich halten, teilen die Betriebsräte diese Meinung nicht. Offensichtlich ist nach ihrer Ansicht ein wirksamer Schutz der Beschäftigten ohne konkrete und detaillierte Normierung der Anforderungen durch staatliche Institutionen oder andere Körperschaften nicht garantiert. . . sehen die Unternehmer in den Normen oft Eingriffe in ihre Dispositionsspielräume.“ (BAU 1980, S. 54 f). Von gewerkschaftlicher Seite wird darüber hinaus die Unterrepräsentanz von Arbeitnehmervertretern in den zahlreichen zentralen Beratungs- und Entscheidungsgremien zu Arbeitsschutzregelungen kritisiert (Bispinck 1979).

Einen erheblichen Schub erlebte die Arbeitsschutznormierung nach Etablierung der sozialliberalen Regierungskoalition zu Beginn der 70er Jahre unter anderem mit der Verabschiedung der Arbeitsstoffverordnung (1971, novelliert 1975), des Arbeitssicherheitsgesetzes (1973), der Arbeitsstättenverordnung (1975), des Jugendarbeitsschutzgesetzes (1976) und des Chemikaliengesetzes (1980).

Im Rahmen dieser Untersuchung interessiert vor allem das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) als rechtliche Kernvorschrift des betrieblichen Arbeitsschutzes. Es trat nach langen Auseinandersetzungen zwischen den Interessengruppen über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer gesetzlichen Regelung dieses Bereiches sowie über Zuordnung, Aufgaben und Kompetenzen der Experten am 1.12.1974 in Kraft (zur Vorgeschichte: Deppe 1973, Jenss 1973, Kaiser 1973).

Bevor in den folgenden Kapiteln die konkrete Arbeitsschutzpraxis der Professionals dargestellt wird, die sich auf der Basis dieses Gesetzes entwickelt hat, sollen vier Faktorenbündel skizziert werden, die auf Ausmaß, Richtung und Intensität dieser Praxis Einfluß nehmen. Dabei handelt es sich

- (1) um die Einbettung des Gesetzes in die politische und die ökonomische Konjunktur,
- (2) um Reichweite und Regelungstiefe der gesetzlichen Bestimmungen,
- (3) um Einwirkungen der betrieblichen Austausch- und Konfliktbeziehungen auf den Arbeitsschutz sowie
- (4) um den Einfluß von Ausbildung und Status der Professionals auf die Praxis des Arbeitsschutzes.

1.3.1 Arbeitsschutz und politisch-ökonomische Konjunktur

Die Verabschiedung des ASiG im Jahre 1973 wurde als wichtiger Schritt auf dem Wege zu einer vorbeugenden Sozialpolitik angesehen. Das Konzept dieser Politik, auch als präventive oder als aktive Sozialpolitik bezeichnet, verfolgt das „Ziel einer stärkeren Konzentration auf die Vermeidung von Ursachen für die Inanspruchnahme sozialer Leistungen“ (Böhle 1977, S. 310). Bezogen auf das ASiG vereinigt dieses Konzept in sich die Konsequenzen aus der gesundheitspolitischen Erkenntnis, daß den modernen Volkskrankheiten wie auch den Unfällen wirksam nur präventiv begegnet werden kann, mit Bemühungen um die Begrenzung der staatlichen Ausgabenströme: Einerseits wurde festgestellt, daß „die arbeitsmedizinische Betreuung der Arbeitnehmer in Betrieben und Verwaltungen in der Mehrzahl der Fälle unvollkommen (ist), obwohl arbeitsbedingte Erkrankungen und Streß mit medizinischem Fachwissen angegangen werden müssen . . . Unfall- und Gesundheitsgefahren sind im Interesse der Arbeitnehmer zu mindern“ (BT-Drucksache, VI/3390 vom 28.7.1972). Andererseits wurde in der gleichen Gesetzesbegründung die Kostenneutralität für Bund, Länder und Gemeinden betont. Hinsichtlich der von den Unternehmen zu tragenden Kosten wurde unter Hinweis auf entsprechende Studien von Compes (1966) und Eich (1967, 1968) davon ausgegangen, „daß durch den Einsatz eines Betriebsarztes mehr betriebliche Kosten eingespart werden, als für ihn aufgewendet werden müssen. Das Gesetz wird sich auf das Preisniveau nicht auswirken“ (ebenda). Diese Vorstellung präventiver Sozialpolitik, die allen Beteiligten nutzt und keine zusätzlichen Kosten verursacht bzw. sogar Kosten einspart, geht von zwei Prämissen aus, die spätestens seit dem Ende der Phase der Vollbeschäftigung 1973/74 nicht mehr zutreffen:

- a) Zum einen hat sich gezeigt, daß im Bereich der präventiven Sozialpolitik von einem breiten Programmkonsens keineswegs auf übereinstimmende Praxis in der politischen Realität geschlossen werden darf (Hofmann/Huster 1979). Die Umsetzung des ASiG kann hinsichtlich der Externalisierung von Personalproblemen durch Aussonderung Leistungsgeminderter bei Einstellung und Entlassung (vgl. unter 3.1 und 3.4) geradezu als Musterfall des „Unterlaufens präventiver Strategien durch die Unternehmenseite“ (Dohse/Jürgens/Russig 1980) gewertet werden. Auch die scheinhafte Verwissenschaftlichung sozialer Konflikte im Betrieb durch die „Medizinierung“ von Arbeitsplatzproblemen macht das Mißverhältnis zwischen präventiver Zielsetzung und betrieblicher Praxis deutlich (vgl. unten 3.3.3).
- b) In Phasen ökonomischer Friktionen und Krisen schmilzt auch der Spielraum der auf Programmebene herstellbaren Interessenkoinzidenz zwischen Kapital und Arbeit. Präventive Programme, die in irgendeiner Form den betrieblichen Herrschaftsbereich berühren, erweisen sich dann als kaum noch oder nicht mehr durchsetzbar (Standfest 1979). Dies verweist auf den auch in der Gesundheitspolitik wirksamen Zusammenhang zwischen ökonomischer Krise und politischer Defensive (System-

analyse 1978). In der Anwendung des ASiG zeigt sich dies vor allem in dem teilweise sehr hohen Grad der Nichterfüllung auch nur der formalen gesetzlichen Bestimmungen, der ein durchgängiges Ergebnis der vorliegenden Studie ist. Dabei werden auch solche Vorschriften nicht mehr erfüllt, die aus dem Gesichtswinkel der Arbeitswissenschaft „im wohlverstandenen Kapitalinteresse“ (Mittler/Ochs/Peter 1977) zu liegen scheinen.

Das ASiG stellt seinen Anspruch nach sicherlich einen wichtigen Schritt zur Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfällen dar. Die großen Defizite seiner Umsetzung und die in Teilbereichen festbare Umkehrung seines Sinnes in der betrieblichen Praxis kann zu einem erheblichen Teil darauf zurückgeführt werden, daß die Implementation in eine Phase ökonomischer Stagnation und Krise gefallen ist, durch die der bei seiner Verabschiedung zu bestehen scheinende gesundheitspolitische Konsens zu großen Teilen außer Kraft gesetzt wurde. Das ASiG wurde deshalb in den Experteninterviews häufig als „Sonnenscheingesetz“ bezeichnet, das keine hinreichende Sicherungen für Phasen rauheren Klimas enthält.

1.3.2 Die gesetzliche Normierung des professionellen Arbeitsschutzes im Betrieb

Die Normenstruktur des Gesetzes selbst ist durch eine erhebliche Diskrepanz zwischen einem weit gezogenen Problemhorizont sowie einem hohen gesundheitspolitischen Anspruch auf der einen Seite und dem fast durchgängigen Fehlen von Instrumenten zur Realisierung dieses Anspruchs auf der anderen Seite gekennzeichnet. Diese Diskrepanz deutet auf das labile Kompromißgleichgewicht der Sozialparteien zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes hin.

Das Aufgabenfeld der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und der Betriebsärzte wird breit definiert: es umfaßt „Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen, Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln, Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen, Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln, arbeitsphysiologische, arbeitspsychologische und sonstige ergonomische sowie arbeitshygienische Fragen, insbesondere solche des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung, die Organisation der Ersten Hilfe im Betrieb sowie Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß.“ (§§ 3 und 6 ASiG). Diese Aufgabendefinition des Arbeitsschutzes geht weit über die Beseitigung bzw. Minderung von Unfallrisiken und -folgen sowie derjenigen Faktoren, die zu Berufskrankheiten im Sinne der Berufskrankheitenverordnung führen, hinaus. Nach herrschender Meinung schließt sie auch ein die „Verhütung von allgemeinen Erkrankungen in der Arbeitsumwelt durch Gesundheitsschutz und Hygienemaßnahmen, sowie *Vermeidung* von Verschleißfäden; eine *menschen-*

gerechte Gestaltung der Arbeit (gemäß §§ 90, 91 BetrVG, R.R.), also unter anderem: Vermeidung von Überbeanspruchung bei der Arbeit, menschenwürdige Arbeitsorganisation, Betriebshygiene. . . Eine Arbeit wird dann als ‚*menschengerecht*‘ angesehen werden können, wenn sie so beschaffen ist, daß die Leistungsfähigkeit eines Arbeitnehmers nicht überfordert wird, Gefahren für Leben und Gesundheit ausgeschlossen werden und die Arbeitsleistung unter höchstmöglicher Wahrung des körperlichen Wohlbefindens erbracht werden kann. . . Die *Grenzen* des Arbeitsschutzes und damit das Aufgabengebiet von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit sind also *weit* zu ziehen“ (Spinnarke/Schork 1975, Teil III, S. 5 f., Hervorheb. im Org.). Konsequenterweise wurde im ASiG auch erstmals der Begriff der *arbeitsbedingten Erkrankung* (§ 3, Abs. 3, c ASiG) in die Gesetzgebung aufgenommen. „Arbeitsbedingte Erkrankungen sind Gesundheitsstörungen, die ganz *oder teilweise* durch die Arbeitsumstände verursacht sind. (Ein Teil der arbeitsbedingten Erkrankungen sind die Berufskrankheiten der RVO)“ (Kliesch/Nöthlichs/Wagner 1978, S. 83, Hervorheb. RR).

Die Einlösung dieses weiten Programmrahmens wird durch die Normierungen des Gesetzes keineswegs garantiert, zum Teil sogar behindert:

- a) Das Gesetz ist nicht flächendeckend. Durch die von den Berufsgenossenschaften festgelegten Mindestbetriebsgrößen für den Einsatz von Professionals bleiben Kleinbetriebe, in denen immerhin ca. 50% der gewerblichen Arbeitnehmer arbeiten, bislang vom Geltungsbereich ausgeschlossen (vgl. unten S. 59 ff.). Durch die Bezugnahme des Gesetzes auf „Betriebe“ können sich zudem auch größere Unternehmen, die aus zahlreichen kleineren Betriebsstätten bestehen (z.B. Filialbetriebe), vom Geltungsbereich des Gesetzes ausnehmen. Die Bereiche der öffentlichen Verwaltung sind durch § 16 ASiG vom Geltungsbereich ausgenommen. Der Auflage, einen „gleichwertigen“ Arbeitsschutz zu schaffen, sind bislang keineswegs alle Verwaltungen nachgekommen.
- b) Das Gesetz regelt nicht das System des betrieblichen Arbeitsschutzes, sondern lediglich den Rahmen der Tätigkeit der Professionals. Die zur Erreichung der gesundheitspolitischen Prävention erforderliche Beteiligung der Beschäftigten im Sinne einer nichtabhängigen Partizipation kommt nicht vor. Ihre Rolle reduziert sich auf die passive Entgegennahme von Ermahnungen und Belehrungen: Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte haben „darauf hinzuwirken, daß sich alle im Betrieb Beschäftigten den Anforderungen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung entsprechend verhalten, insbesondere sie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie bei der Arbeit ausgesetzt sind, sowie über die Einrichtungen und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren zu belehren. . .“ (§§ 3,4 und 6,4). Das Gesetz enthält damit kein Instrument, mit dem die Kompetenz der Betroffenen zur aktiven Bewältigung ihrer arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme nutzbar gemacht werden könnte.
- c) Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte bilden keineswegs eine unabhängige gesundheitspolitische Instanz im Betrieb. Ihre Aufgabe besteht in der Unterstützung und

Beratung des Arbeitgebers. Diese Konstruktion hat ihren Rechtsgrund in der uneingeschränkten Verantwortung des Unternehmers für Arbeitsschutz und Unfallverhütung. Nach Aussagen sowohl von Betriebsräten als auch von Professionals bewirkt sie allerdings in der Praxis häufig, daß die Professionals bei Vorschlägen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen die Kosten- und Herrschaftskalküle des betrieblichen Managements antizipieren und lediglich kompromißfähige Vorschläge unterbreiten, die dann in Verhandlungen mit der Arbeitgeberseite oft noch weiter zurückgenommen werden. Diese betrieblich wirksame Beschneidung der Vorstellung und Vorschläge der Professionals wird durch die „Unabhängigkeit bei der Anwendung der Fachkunde“ (§ 8 ASiG) nicht aufgehoben (Experteninterviews). Der Betriebsrat erhält von derartigen Vorschlägen und ihrer Ablehnung eine Abschrift. Dies indirekte und nur informationelle Beteiligung der Belegschaftsvertretung greift damit ebenfalls in der Regel zu spät ein, um die ungefilterte Artikulation des professionellen Sachverständigen zu ermöglichen.

- d) Dieser die Tätigkeit und die Vorschläge der Professionals filternde Mechanismus wird durch den juristischen, ökonomischen und sozialen Zusammenhang verstärkt, in dem die Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte als Arbeitnehmer bzw. Vertragspartner der Unternehmensleitung stehen. Auf einige Implikationen dieser Abhängigkeit unter (3) eingegangen.
- e) Ein denkbare Gegengewicht gegen die Zuordnung der Professionals zur Arbeitgeberseite wäre eine starke Mitbestimmungsposition des Betriebsrates. Zwar sollen Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte mit dem Betriebsrat allgemein zusammenarbeiten (§ 9,1 ASiG), jedoch beschränkt sich die formell durchsetzbare Beteiligung der Belegschaftsvertretung auf den Informationsfluß und die Entgegennahme von Beratung (§ 9,2 ASiG). Das Mitbestimmungsrecht bei Bestellung und Abberufung von Professionals beschränkt sich auf die hauptamtlichen Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte. Bei Verpflichtung von externen Professionals konnte bislang lediglich die Mitbestimmung in Bezug auf den Versorgungstyp, nicht jedoch die konkrete Auswahl, gerichtlich durchgesetzt werden (Bundesarbeitsgericht vom 10.4.1979, BAG I ABR 34/77 — 5 Ta BV 31/76). Der Abberufung von Professionals durch den Betriebsrat stehen im Regelfall hohe juristische Schranken entgegen.
- f) Das ASiG bewirkt keine systematische und öffentliche Information über sein Funktionieren. Die ursprünglich in § 13 ASiG verankerte minimale Pflicht der Unternehmen, jährlich der Gewerbeaufsicht und der Berufsgenossenschaft über Anzahl und Einsatzzeiten von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften zu berichten, wurde mit der Novellierung des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12.4.1976 (BGBl, S. 695) relativ unauffällig wieder beseitigt. Diese Vorschriften entfielen offensichtlich nicht deshalb, weil „sie nicht mehr gebraucht werden“ (Unfallverhütungsbericht 1976, S. 126), sondern weil sie von den Unternehmen, teilweise konzertiert, boykottiert und deshalb als nicht durchsetzbar angesehen wurden (Interviews mit Experten aus

Aufsichtsbehörden und Unternehmerverbänden). Dieser Verlust ist gravierend, da die regelmäßige Herausgabe von amtlichen Berichten gerade für die öffentliche Thematisierung von sozialpolitischen Problemen stets eine gewichtige Rolle spielt (vgl. Standfest 1979).

- g) In der novellierten Fassung des § 13 ASiG kann die Gewerbeaufsicht (nicht hingegen mehr die Berufsgenossenschaft) noch fallweise die Einhaltung der quantitativen Mindestnormen durch Abforderung entsprechender Berichte kontrollieren. Die Gewerbeaufsichtsämter sind hierzu personell und sachlich durchweg nicht in der Lage und verstehen sich zudem nicht als Sanktionsinstanz sondern eher als Beratungspartner (Büntgen et al, 1980, S. 721 f.). Eine überbetriebliche Kontrolle der Einhaltung auch nur der formellen Mindestnormen des ASiG findet damit faktisch nicht statt.
- h) Angesichts des wenig entwickelten Standes der Forschung zur Entstehung arbeitsbedingter Erkrankungen ist eine breite und langfristig angelegte Epidemiologie solcher Krankheiten erforderlich. Das ASiG trägt dem auf den ersten Blick Rechnung, indem es die Betriebsärzte verpflichtet, „Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, (sowie) die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten“ (§ 3,3,c ASiG). Allerdings enthält diese Vorschrift keinerlei Hinweis auf die Kontrolle der Einhaltung dieser Verpflichtung oder die notwendige überbetriebliche Erfassung und Auswertung dieser Daten. Sie dienen — soweit sie überhaupt erhoben werden — lediglich dazu, „dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen“ (ebenda). Hinsichtlich der überbetrieblichen Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen und der ihnen zugrunde liegenden Belastungsstrukturen, wie sie z.B. v.a. in zahlreichen Großbetrieben in Italien bereits dezentral und zentral betrieben werden (Wintersberger 1978) liegen in der Bundesrepublik als Folge dessen lediglich Forderungen von gewerkschaftlicher Seite (z.B. Konstanty, in: IG Metall 1977, S. 41) und auf den engen Bereich der Berufskrankheiten beschränkte Ansätze im Bereich der chemischen Industrie vor (Partikel 1979, S. 364).
- i) Das Sanktionsinstrumentarium (Haftung, Bußgeld) gegenüber Unternehmen, die die durch das ASiG geforderten Strukturen in ihren Betrieben nicht implementieren, ist derart schwach, daß es betriebswirtschaftlich sinnvoll sein kann, die Bestimmungen des Gesetzes nicht zu erfüllen und die Strafe in Kauf zu nehmen (vgl. unten S. 66 ff.).
- Damit besteht auf der Ebene der Normierung des ASiG eine beträchtliche Diskrepanz zwischen programmatischem Anspruch und praktischer Instrumentierung. Aus sich selbst heraus produziert dieses Gesetz weder Strukturen noch Prozesse, wie sie zur Erfüllung seines gesundheitspolitischen Auftrages erforderlich wären. Von gewerkschaftlicher Seite wurde Kritik an dieser Unter-Instrumentierung geübt. Ihr entgegnete ein maßgeblicher Vertreter des zuständigen Ministeriums mit dem Hinweis auf die „Einbahnstraße zu gesetzlichen Regelungen. Die staatliche Vorschrift schränkt den tarif-oder betriebspolitischen Verhandlungsspielraum ein, ja beseitigt ihn auf die Dauer.

Die Politik hat noch kein Instrument entwickelt, gesetzliche Vorschriften einzuführen, wenn die Arbeitnehmer ihren Gestaltungsfreiraum nicht mehr nutzen können und gesetzliche Vorschriften zurückzunehmen, wenn das Gleichgewicht der Verhandlungsberechtigten wieder hergestellt ist.“ (Kliesch 1977, S. 30).

Damit wird die konkrete gesundheitspolitische Ausfüllung des gesetzlich gezogenen Rahmens von der staatlichen auf die gewerkschaftliche und betriebliche Konfliktebene zurückdelegiert. Es ist daher im folgenden Abschnitt zu untersuchen, welche Rahmenbedingungen zur Durchsetzung von Gesundheitsinteressen der Arbeitnehmer auf betrieblicher Ebene vorhanden sind.

1.3.3 Betriebliche Einflüsse auf den professionellen Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz ist kein isolierbares Teilsystem des betrieblichen Geschehens, sondern untrennbarer Bestandteil der Austausch- und Konfliktbeziehung zwischen Kapital und Arbeit. Die Ausfüllung des weiten gesetzlichen Rahmens des ASiG ist daher auch nicht primär vom guten Willen der Professionals und des Managements oder dem „Gesundheitsbewußtsein“ der Beschäftigten abhängig.

a) Die insgesamt wichtigste Einflußgröße auf die betriebliche Ausgestaltung des Arbeitsschutzes ist dabei die wirtschaftliche Konjunkturlage mit ihren differenzierten und vielfach vermittelten Auswirkungen auf die einzelnen Branchen, Unternehmen und Betriebe. Die Konjunkturlage wirkt sich dabei sowohl auf Handlungstyp und Handlungsspielraum des betrieblichen Management als auch auf die Möglichkeiten der Belegschaft, Gesundheitsinteressen durchzusetzen, als auch auf die betriebliche Existenz, das Ausmaß und die Richtung der Tätigkeit des professionellen Arbeitsschutzes aus. Diese komplexen und rasch variierenden Zusammenhänge seien an einigen Trend-Beispielen verdeutlicht:

- In Phasen ökonomischer Krisen verringern sich für das Management die mobilisierbaren Ressourcen zur Lösung betrieblicher Probleme. Dies führt in zahlreichen Fällen zu einer Verkürzung und Verengung des betrieblichen Planungshorizontes. Bezogen auf den Arbeitsschutz kann dies bedeuten, daß Maßnahmen zum Gesundheitsschutz auch dann nicht durchgeführt werden, wenn sie betriebswirtschaftlich bereits auf mittlere Sicht sinnvoll wären. Die Folgen können z.B. darin bestehen, daß Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte gar nicht erst bestellt werden, daß tendenziell produktivitätssteigernde Arbeitsschutzvorrichtungen, wie etwa Absaugeinrichtungen in staubigen Hallen, Abkapselung von Lärmquellen etc., nicht installiert werden.
- Auch die ohnehin unzureichenden Möglichkeiten öffentlicher Kontrolle über die Einhaltung der gesetzlichen Normen des Arbeitsschutzes sinken bei schlechter Konjunkturlage. Manche Gewerbeaufsichtsämter z.B. zeigen sich zugänglich

- gegenüber dem Argument drohenden Arbeitsplatzfortfalls bei Einhaltung kostspieliger Schutzvorschriften und verzichten entweder auf entsprechende Auflagen oder die Kontrolle dieser Auflagen (Experteninterviews) (vgl. unten S. 87 ff.).
- Mit wachsender Anzahl verfügbarer Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt sinkt das betriebliche Interesse an der Gesunderhaltung der Beschäftigten. Dies kann sowohl zu schärferer Personalselektion bei Einstellung und Entlassung als auch zur Unterlassung von Arbeitsschutzaktivitäten als auch zur generellen Ablehnung von Belegschaftsforderungen nach Verbesserung der Arbeitsbedingungen führen.
 - Auch auf Seiten der Belegschaft führt z.B. verstärkte Arbeitslosigkeit nicht nur zu einer Verschlechterung der Verhandlungsposition gegenüber dem Management bei der offensiven Durchsetzung von Gesundheitsinteressen, sondern auch zur Schwächung in der Defensive: Die Bereitschaft, als gesundheitsschädlich erkannte Arbeitsbelastungen hinzunehmen kann dann ebenso zunehmen wie die faktische Akzeptanz von Strategien der Personalselektion, obwohl diese die Belastungssituation im Betrieb zumindest tendenziell verschärfen.
 - Im Rahmen solcher konjunkturbedingter Veränderungen verschieben sich auch die Anforderungen an die professionellen Arbeitsschutzakteure. Die dabei auftretenden Entwicklungen verlaufen keineswegs einheitlich. So kann bei krisenhafter Entwicklung des Betriebes in Extremfällen die Belegschaftsvertretung als Anforderungsinstanz vollständig ausfallen, weil Probleme der Lohn- und Arbeitsplatzsicherung keinen Raum mehr für gesundheitspolitische Fragen offen zu lassen scheinen. Eine gegenläufige Entwicklung ist zu beobachten, wenn das Management die schlechte ökonomische Lage des Betriebes für eine Senkung der Qualität der Arbeitsbedingungen, z.B. durch Tempobeschleunigung, auszunutzen versucht. In dieser Situation versuchen manche Belegschaftsvertretungen, die professionelle Definitionsmacht von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten als Ressource der Gegenwehr zu mobilisieren. Vorherrschend sind aber in derartigen Phasen Versuche des Managements, die Arbeitsschutzprofessionals für Zwecke der Kostensenkung und Produktivitätssteigerung zu funktionalisieren. Dies kann z.B. bis zur offenen Forderung an die Betriebsärzte reichen, den betrieblichen Krankenstand auch mit illegalen Mitteln, z.B. der Überprüfung der Berechtigung von Krankschreibungen, zu senken. Damit wird das einzige explizite Schutzrecht der Arbeitnehmer im ASiG (§ 3,3) verletzt (Experteninterviews). In vielen Fällen bedarf es allerdings keiner Weisung durch das Management, da die Professionals die konjunkturbedingten Verschiebungen des betrieblichen Kräfteverhältnisses von selbst internalisieren und ihre Aktivitäten und Verbesserungsvorschläge danach ausrichten.

Aus diesen Trend-Beispielen darf nun keineswegs auf eine direkte und eindimensionale Reaktionsweise des betrieblichen Arbeitsschutz-Systems auf die ökonomische

Lage des Unternehmens geschlossen werden. Vielmehr wird dieser Einfluß überlagert von betrieblichen Traditionen sowohl auf Seiten der Beschäftigten als auch auf Seiten des Managements. Ein wenn auch geringeres Gewicht ist der Eigendynamik des professionellen Arbeitsschutz-Systems zuzumessen, auf die im nächsten Abschnitt einzugehen sein wird. Auf den ebenfalls wirksamen Einfluß der überbetrieblichen „Infrastruktur zur Veränderung der Arbeitsbedingungen“ (Leminsky 1978, S. 62 ff.) wird an anderer Stelle der Gesamtstudie eingegangen (vgl. Kühn, Interessenvertretung, S. 24 ff.). Zusammenfassend bleibt jedoch festzustellen, daß sowohl das Ausmaß als auch die Richtung des betrieblichen Arbeitsschutzes in erheblichem Umfang mit der ökonomischen Situation des Unternehmens und den aus ihr sich ergebenden Verschiebungen des betrieblichen Kräfteverhältnisses variieren. Auf Grund seiner schwachen Instrumentierung erweist sich das ASiG dabei nicht als überall wirksamer Garant von Mindeststandards im Arbeitsschutz.

- b) Ebenso wie die ökonomisch-konjunkturelle Lage des Unternehmens beeinflusst auch die Form der Austragung von Interessenkonflikten zwischen Kapital und Arbeit die konkrete Ausprägung des betrieblichen Arbeitsschutzes (Vgl. Hauss/Kühn/Rosenbrock 1978).

Das Vorherrschen „sozialpartnerschaftlich“-kooperativer Aushandlungsprozesse hat zur Folge, daß im Rahmen des „offiziellen“, von den Professionals getragenen Arbeitsschutzes überwiegend nur solche Arbeitsprobleme als Gesundheitsprobleme thematisiert werden, über die mit dem Ziel zahlenmäßig fixierbarer Ergebnisse verhandelt werden kann. Darunter fallen vor allem solche Arbeitsschutzprobleme, bei denen bestimmte Ursachen bestimmte Wirkungen eindeutig zugeordnet werden können und bei denen sowohl Ursachen als auch Wirkungen quantitativ meßbar sind. Dieses Selektionsprinzip kann in Teilbereichen der Unfallverhütung und der Verminderung von chemischen oder physikalischen Noxen zu durchaus positiven Arbeitsschutzergebnissen führen. Es kommt auch dem überwiegend natur- bzw. ingenieurwissenschaftlich geprägten Problembewußtsein der Arbeitsschutz-Professionals sehr weit entgegen, die es deshalb auch in der betrieblichen Praxis nicht nur durchweg akzeptieren, sondern auch gegen weitergehende Vorstellungen verteidigen (vgl. dazu unten (4)).

Die Nachteile dieser Problemselektion sind aber ebenfalls unübersehbar:

- Die unmittelbaren Gefährdungs- und Belastungserfahrungen der Beschäftigten genügen diesen Kriterien in aller Regel nicht. Sie haben deshalb kaum Chancen, in den Verhandlungsprozeß über Arbeitsschutz-Probleme einbezogen zu werden. Auf Seiten der Beschäftigten verstärkt sich dadurch der Eindruck, daß das professionelle Arbeitsschutzsystem wenig mit ihren Arbeitsproblemen zu tun hat (vgl. unten S. 150 ff.).
- „Das Massengeschehen arbeitsbedingter Gesundheitsschädigungen“ (Konstanty 1981, S. 106), das durch multifaktorielle Verursachung, lange Latenzzeiten mit

unspezifischen Befindlichkeitsstörungen und uneindeutige Ursachen-Wirkungs-Beziehungen gekennzeichnet ist und nur durch Einbeziehung der Betroffenen anzugehen wäre, bleibt durch diesen Selektionsmechanismus weitgehend von der Bewältigung durch den Arbeitsschutz ausgeklammert. Die Möglichkeiten, die vielfach noch erforschungsbedürftigen Zusammenhänge zwischen Belastungskonstellationen und Erkrankungsrisiken aufzuhellen, bleiben weitgehend ungenutzt.

- Durch die vorherrschende Beschränkung auf einzelne Belastungsfaktoren mit der nur gelegentlichen Erweiterung zu lediglich additiven Konzepten von Mehrfachbelastungen wird das für die industrielle Arbeitswelt zentrale Problem der Verschränkung arbeitsmedizinischer, ergonomischer und sozialer Belastungen nicht angegangen.
- Der Rückzug auf naturwissenschaftlich ermittelbare Zusammenhänge zwischen Belastungen und Erkrankungsrisiken führt zu einer erheblichen Überschätzung der Sicherheit naturwissenschaftlicher Aussagen und Erkenntnisse in der betrieblichen Arbeitsschutz-Praxis. Die Unsicherheit derartiger Grenzwerte, die gerade im Bereich der arbeitsmedizinischen Toxikologie immer wieder eindrucksvoll beobachtet werden kann (vgl. Abholz et al 1981, Elsner et al 1981), wird in der betrieblichen Praxis kaum zur Kenntnis genommen.

In der weitgehenden Beschränkung des Arbeitsschutzes auf meßbare und eindeutig zurechnungsfähige Belastungen und Zusammenhänge vereinigt sich auf diese Weise der „sozialpartnerschaftlich“-kooperative Aushandlungsstil mit dem vorherrschenden Problemverständnis der Professionals auf Kosten der präventiven Potenzen, die in der Belastungserfahrung der Beschäftigten liegt. Die an den Aushandlungsprozessen beteiligten Belegschaftsvertreter sind angesichts dieser Konstellation gezwungen, die Arbeitsprobleme der von ihnen Vertretenen entsprechend zuzuschneiden. Es spricht viel dafür, daß bei dieser Umformulierung zum Zwecke der Herstellung von Verhandelbarkeit wesentliche gesundheitsrelevante Arbeitsprobleme verloren gehen. Soweit Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte sich nicht selbst bei den Beschäftigten über deren Belastungserfahrung sachkundig machen — und dies geschieht nur in sehr beschränktem Umfang (vgl. S. 129 ff.) — werden sie die Diskrepanz zwischen dem von ihnen getragenen Arbeitsschutz und den gesundheitsrelevanten Arbeitsproblemen nicht einmal merken.

Die Folgen dieses Selektionsmechanismus sind als *Verkürzung* und *einseitige Maßnahmegewichtung* beschrieben worden (Hauss/Kühn/Rosenbrock 1978; Kühn/Hauß 1978).

Verkürzung meint dabei die Beschränkung des Arbeitsschutzes-Systems auf isolierbare, zumeist technisch unfallrelevante oder chemisch-physikalische erkrankungsrisikante Belastungsfaktoren unter Ausklammerung z.B. psycho-sozialer und Streß-Belastungen und unter Vermeidung einer integrativen Betrachtungsweise ver-

schiedener Belastungsfaktoren.

Einseitige Maßnahmegewichtung als eine Konsequenz dieser Verkürzung bedeutet die vorherrschende Tendenz, mit Maßnahmen des Arbeitsschutzes immer noch vorrangig auf das Verhalten der Beschäftigten einwirken zu wollen und die Verhaltensbedingungen weitgehend auszuklammern. Ein sichtbarer Ausdruck dieser Tendenz ist die Zunahme persönlicher Körperschutzmittel mit zunehmendem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems sowie die verbreitete Durchführung individueller arbeitsmedizinischer Untersuchungen an Arbeitnehmern ohne Bezugnahme auf oder Konsequenzen für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen.

- c) Einen dritten Komplex betrieblicher Bestimmungsgründe für die konkrete Arbeitsschutzpraxis der Professionals stellen schließlich die unterschiedlichen Typen der Implementation des Arbeitsschutz-Systems nach dem ASiG dar (Hauss/Kühn/Rosenbrock 1978, Kühn: Interessenvertretung S. 34 ff.).

Bei diesen Typen handelt es sich um verschiedene Ergebnisse von Bemühungen des betrieblichen Managements, die Bestimmungen des Gesetzes möglichst widerspruchsfrei mit den Unternehmenszielen zu verbinden. Die Richtung dieser Bemühungen ist ebenso wie ihr Erfolg von zahlreichen Faktoren abhängig. Dazu gehören neben der ökonomischen Situation und der Größe des Unternehmens das Ausmaß der externen Kontrolle und das innerbetriebliche Kräfteverhältnis sowie der Stellenwert, den die Belegschaftsvertreter dem Arbeitsschutz beimessen. Die Ergebnisse dieser Konstellationen lassen sich in vier Implementations-Typen des ASiG zusammenfassen, wobei keiner dieser Typen in der Realität in reiner Form existieren wird und zudem die Zuordnung in Zeitverlauf nicht stabil sein muß.

Für die Analyse des professionell getragenen Arbeitsschutzes ist eine derartige Klassifizierung deshalb von Nutzen, weil sie einen Teil der realen Handlungsbedingungen der Arbeitsschutz-Professionals beschreibt.

- *Nicht-Durchführung* (Typ 1) des gesetzlich normierten Arbeitsschutzes liegt vor, wenn das Unternehmen die vorgeschriebenen Professionals nicht bestellt (vgl. unten S. 59 ff.), wenn der Arbeitsschutzausschuß — als Clearing- und Koordinationsorgan des Arbeitsschutzes unverzichtbar — nicht existiert bzw. nicht mit der vorgeschriebenen Mindestfrequenz tagt (vgl. S. 83 ff.), wenn die vorgeschriebenen gemeinsamen Betriebsbegehungen durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte unterbleiben (vgl. S. 129 ff.). Es ist ein durchgängiges Ergebnis der vorliegenden Studie, daß auch die wenigen verbindlichen Normen des ASiG zum Teil in der Mehrzahl der von der Untersuchung erfaßten Betriebe nicht eingehalten werden. Die Nicht-Durchführung ist dabei durchaus nicht nur ein Problem von Klein- und Mittelbetrieben.
- Die *formelle Umsetzung* (Typ 2) bzw. das Unterlaufen der Normen des ASiG mit dem Effekt der Wirkungsneutralisierung kann ebenfalls durch die vorliegende Studie in erheblichem Umfang nachgewiesen werden. Dabei handelt es sich nicht

nur um Pro-Forma-Bestellungen von Betriebsärzten mit der vertraglichen Verpflichtung, den Betrieb nicht zu betreten, oder die Verpflichtung von arbeitsmedizinischen Zentren, an denen kein Arzt beschäftigt ist (vgl. S. 60 ff.). Vielmehr gehört hierzu auch das in zahlreichen Großbetrieben vorfindliche Verfahren, Vorarbeiter, Meister und Produktionsleiter pro forma zu nebenamtlichen Sicherheitsfachkräften zu ernennen, obwohl die vorgeschriebene Einsatzzeit die Bestellung von ausschließlich für die Arbeitssicherheit zuständigen, hauptamtlichen Kräften geboten erscheinen läßt (vgl. S. 71 ff.).

- Von einer *Transformation* (Typ 3) des professionellen Arbeitsschutzes in eine betriebliches Teilsystem, das sich zum Rentabilitätsziel des Unternehmens möglichst kompatibel verhält, kann in allen Fällen der Indienstnahme von Betriebsärzten für die Personalsektion gesprochen werden (vgl. S. 100 ff. u. S. 161 ff.). Eine solche Transformation liegt auch dann vor, wenn soziale Konflikte um die Frage der Zumutbarkeit bestimmter Arbeitsbedingungen durch „Medizinierung“ scheinhaft verwissenschaftlicht werden (vgl. S. 135 ff.), da diese „Konfliktlösung“ in der betrieblichen Praxis durchweg auf eine Anpassung des Arbeitnehmers an die Arbeitsbedingungen hinausläuft.
- Eine *gesundheitspolitisch-zieladäquate Funktionalisierung* (Typ 4) des Arbeitsschutzes kann in der Realität nur in vereinzelt und zudem partiellen Ansätzen vorgefunden werden. Im Ergebnis der Befragung konnten sich diese wenigen Fälle nicht niederschlagen. Auf Voraussetzungen und Ausgestaltung solcher Ansätze wird weiter unten eingegangen (vgl. S. 44 ff. u. S. 171 ff.).

Auf die Zuordnung der in der vorliegenden Untersuchung erfaßten ca. 380 Betriebe zu diesen Typen und entsprechende Verteilungsaussagen wird aus den folgenden Gründen verzichtet: Durch den in der Untersuchung angelegten systematischen Bias zugunsten besser versorgter Betriebe (vgl. Einleitung) würden entsprechende Aussagen insgesamt ein deutlich zu positives Bild zeichnen, obwohl die Ergebnisse der Untersuchung die Nicht-Durchführung in einigen Teilbereichen als Regelfall aufweisen. Die wenigen und verstreuten Ansätze einer gesundheitspolitisch-zieladäquaten Funktionsweise (Typ 4) lassen sich mit dem Instrument einer Fragebogen-Befragung von Arbeitnehmern nicht ermitteln. Es soll deshalb lediglich die Aussage getroffen werden, daß die große Mehrzahl der hier untersuchten Betriebe im Bereich der formellen Umsetzung (Typ 2) und der Transformation des Arbeitsschutzes in ein mit den Unternehmenszielen zumindest verträgliches Teilsystem (Typ 3) liegt.

- d) Gegenüber den drei bisher skizzierten betrieblichen Bestimmungsgründen für die Ausgestaltung der Arbeitsschutzpraxis — der ökonomischen Situation des Betriebes, dem Vorherrschen von „sozialpartnerschaftliche“-kooperativen Aushandlungsstrategien und dem vom Management durchgesetzten Typ der Umsetzung der gesetzlichen Normen — nehmen Belegschaft und Betriebsrat auf den ersten Blick eine nachgeordnete Position ein. Volkholz (1977) umreißt diesen Sachverhalt so: „Der

Betriebsrat ist kein Organ der Einleitung von gesellschaftlichen Veränderungen, sondern der Mitgestaltung der laufenden bzw. vollzogenen Veränderungen. Im Vergleich zur Geschäftsleitung verfügt er über nachgeordnete Gestaltungsspielräume der betrieblichen Wirklichkeit“ (S. 251).

Zur Präzisierung dieser im Kern zutreffenden Feststellung ist allerdings auf dreierlei hinzuweisen:

- Die Arbeitsschutzaktivitäten der Belegschaft und vornehmlich des Betriebsrates sind zwar in erster Linie Abwehrreaktionen gegen bereits vorfindliche Belastungen und Gesundheitsgefährdungen. Das Auftreten dieser Gesundheitsrisiken ist in aller Regel betrieblich verursacht, die formellen und informellen Gestaltungsmöglichkeiten der Belegschaft sind insofern stets reaktiv. Allerdings führt eine scharfe Grenzziehung zwischen Abwehrstrategien und solchen der positiven Gestaltung der Arbeitsbedingungen nicht sehr weit: Die Existenz der Einflußmöglichkeiten in den Händen von Belegschaft und Betriebsrat wirkt auf das Ausmaß der den Arbeitnehmern zugemuteten Belastungen insoweit ein, als das Management bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen durchweg die möglichen Konflikte antizipiert und zusätzlich zu dem direkt in Geldgrößen ausdrückbaren Kosten mit einkalkuliert (Mendner 1975). Insofern ist an den schließlich ~~faktisch im Betrieb~~ realisierten Arbeitsbedingungen nicht mehr ohne weiteres abzulesen, inwieweit sie einen antizipierten Kompromiß zwischen den Interessen des Managements und dem Gegenwehrpotential der Belegschaft darstellen.
- Dies gilt auch für die Implementation des von Professionals betriebenen Arbeitsschutzes. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen recht deutlich, daß sogar die Erfüllung der formellen Normen des ASiG im Betrieb zu einem erheblichen Teil vom Niveau der Interessenvertretung der Belegschaft abhängt. Dieser Einfluß wird noch deutlicher, wo es sich um nicht normierte Arbeitsschutzmaßnahmen, wie z. B. die Einführung eines Arbeitsschutz-Programms (vgl. S. 124 ff.) handelt. Diese Feststellung gilt unabhängig von der Beantwortung der Frage, ob die Artikulation und Aktivierung von Belegschaftsinteressen eine Folge des gesundheitlichen Problemdrucks im Betrieb, der öffentlichen Thematisierung dieser Probleme, des Schubs der Arbeitsschutzgesetzgebung in den 70er Jahren oder der faktischen Implementation des professionellen Arbeitsschutzes im Betrieb ist. Insofern sind auch die genannten Implementationstypen nicht zuletzt als Ergebnis von offenen oder latenten Arbeitsschutzaktivitäten der Belegschaft und des Betriebsrates zu interpretieren.
- Auch große Aktivität und hohe Konfliktbereitschaft von Belegschaft und Betriebsrat führen keineswegs durchgängig zu Arbeitsschutzmaßnahmen, die den Kriterien einer gesundheitspolitischen-zieladäquaten Funktionalisierung des Arbeitsschutz-System genügen können. Vielmehr zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung, daß auch unter solchen Bedingungen Tendenzen zur Individuali-

sierung von Gesundheitsproblemen und zum personenbezogenen Arbeitsschutz (vgl. Kühn, Interessenvertretung, S. 62 ff.), zur Re-Individualisierung bereits kollektiv artikulierter Arbeitsschutz-Probleme (ebenda, 82 ff.), sowie zur Konfliktumlenkung und Entpolitisierung von Arbeitsschutz-Problemen (ebenda, S. 115 ff.) wirksam oder gar vorherrschend bleiben.

Diese Tendenzen lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß auch in Betrieben mit entwickeltem Niveau der Interessenvertretung der Beschäftigten sowohl das Verständnis als auch die Aktivitäten im Arbeitsschutz weitgehend von der Sichtweise der Professionals dominiert werden (vgl. Kühn, Interessenvertretung, S. 110 ff.). Der Hauptgrund hierfür liegt darin, daß die durch das professionelle Arbeitsschutzsystem vorgegebenen Strukturen fast nur solche Arbeitsschutzprobleme zu Verhandlungen zulassen, die den Kriterien der Isolierbarkeit, Zuordnungsfähigkeit und Meßbarkeit von Belastungsfaktoren sowie relativ eindeutiger Kausalbeziehungen zwischen Ursachen und gesundheitlichen Wirkungen genügen bzw. entsprechend umformuliert wurden. Die dadurch vollzogene Ausgrenzung der wahrscheinlich wichtigsten (multifaktoriellen, nicht nur naturwissenschaftlich meßbaren) Belastungskonstellationen aus dem Arbeitsschutz erfüllt damit eine für das Management wirksame und nützliche Funktion der Konfliktreduktion durch Regulierung. Sie kann bislang nur von solchen Belegschaften wenigstens zum Teil überwunden werden, die über eine überdurchschnittliche Konfliktbereitschaft vor dem Hintergrund günstiger betrieblicher Kräfteverhältnisse verfügen (vgl. Kühn, Interessenvertretung, S. 115 ff.). Bei diesem Prozeß der Überwindung einer verengten und problemverkürzenden Arbeitsschutzpraxis können Problemsicht und Status von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften sowohl eine hemmende als auch eine befördernde Rolle spielen. Im folgenden Abschnitt sollen deshalb hierzu einige Aspekte skizziert werden.

1.3.4 Der Einfluß von Ausbildung und Status auf den professionellen Arbeitsschutz

Der Realisierung von Strukturen im betrieblichen Arbeitsschutz, die den Kriterien einer gesundheitspolitischen Zieladäquanz genügen würden, stehen schließlich noch eine Reihe von subjektiven und objektiven Hindernissen auf Seiten der Professionals gegenüber, deren Nichtbeachtung sowohl die Durchsetzung als auch die Praktizierung von Elementen eines arbeitnehmerorientierten Arbeitsschutzes gefährden kann.

a) Zunächst ist davon auszugehen, daß Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und Sicherheitsbeauftragte — unabhängig von der jeweiligen Vertragsform — rechtlich und wirtschaftlich von der Unternehmerseite abhängig sind. Dies führt insgesamt dazu, daß Handlungen oder die Unterlassung von Handlungen, die mit dem erklärten oder vermuteten Interesse der Unternehmerseite in Einklang stehen, weniger begründungspflichtig sind und geringerer Durchsetzungsanstrengungen bedürfen, als

Handlungen oder Unterlassungen, bei denen dies nicht der Fall ist. Dieser permanente, durchaus nicht immer spürbare oder gar offen artikuliert Druck bzw. Sog führt tendenziell dazu, daß der Zugriff des Managements auf die Leistungen und die Fachkunde der Professionals erheblich leichter und direkter ist als der der Belegschaft und des Betriebsrats. Die gesetzlich formulierte „Unabhängigkeit (des Betriebsarztes und der Sicherheitsfachkraft) bei der Anwendung der Fachkunde“ (§ 8 ASiG) erweist sich so innerhalb gewisser Grenzen als Fiktion. Der Gebrauch der „Unabhängigkeit“ durch die Professionals ist zudem ambivalent, weil er auch zur Förderungsabwehr gegenüber einer an effektiven Arbeitsschutz-Maßnahmen interessierten Belegschaft genutzt werden kann und — wie zahlreiche Experteninterviews zeigen — auch genutzt wird. Die Auswirkungen dieser Abhängigkeit können durch den Ausbau der betrieblichen Mitbestimmung über Bestellung, Tätigkeit und Abberufung von Professionals lediglich gemildert werden.

- b) Zumindest die Mehrzahl der Betriebsärzte tendiert zudem aufgrund ihrer Herkunft, ihrer Ausbildung und ihres sozialen Status im Betrieb (angestellter Akademiker bzw. als Vertragspartner unmittelbar der Unternehmens- bzw. Betriebsleitung zugeordnet) dazu, sich stärker mit den Interessen und Bedürfnissen des Managements zu identifizieren als mit denen der Beschäftigten. Hinsichtlich der Sicherheitsfachkräfte bietet sich ein differenzierteres Bild je nach ihrem sonstigen bzw. vorherigen Status im Betrieb. Wenn z.B. betriebliche Vorgesetzte neben ihren sonstigen Aufgaben die Funktion einer Sicherheitsfachkraft einnehmen (splitting, vgl. S. 74 ff.), so übertragen sie sehr häufig die Sichtweise dieser betrieblichen Funktion („Kosten- und Produktivitätsdenken“) auf ihre Aufgaben in der Arbeitssicherheit. Die betrieblichen Selektionsmechanismen, nach denen die neben- oder vollamtlichen Sicherheitsfachkräfte aus den betrieblichen Funktionsträgern ausgewählt werden, wirken diesem Trend kaum entgegen (vgl. Gottschalk/Gürtler 1979).
- c) Vor allem im Bereich der arbeitsmedizinischen Betreuung hat sich seit Inkrafttreten des ASiG ein eigener Markt entwickelt, auf dem einzelne Ärzte, überbetriebliche arbeitsmedizinische Zentren der Berufsgenossenschaften, des TÜV und von privatrechtlichen Vereinen (meist von Arbeitgeberseite gegründet) ihre Leistungen anbieten (vgl. S. 67 ff.).

In den überbetrieblichen Zentren sind vorwiegend hauptberufliche Betriebsärzte, jedoch auch eine Vielzahl von Vertragsärzten tätig. Angestellte Betriebsärzte finden sich vorwiegend in Groß- bzw. großen Mittelbetrieben, deren Einsatzzeiten einen oder mehrere Betriebsärzte auslasten. Mittel- und Kleinbetriebe, soweit sie nach den von den Berufsgenossenschaften erlassenen Vorschriften überhaupt einen Betriebsarzt bestellen müssen, schließen sich entweder einem überbetrieblichen Zentrum an oder verpflichten freiberufliche Ärzte.

Die Tatsache, daß sich für diese Leistungen — besonders in industriellen Ballungsgebieten — ein „spezieller Markt“ herausgebildet hat, auf dem die verschiedenen

Anbieter miteinander konkurrieren, hat bestimmende Folgen für die Richtung und Qualität der arbeitsmedizinischen Betreuung.

Die Aktionsparameter der Anbieterkonkurrenten sind nicht nur der Preis pro Einsatzstunde (hier schwanken die Angaben zwischen DM 70 und DM 280 pro Einsatzstunde, sie sind aber wegen des sehr unterschiedlichen Umfangs des Angebots sowie unterschiedlicher Abrechnungsmodalitäten nur schwer miteinander vergleichbar), sondern auch die Kompatibilität der angebotenen Leistungen mit den Wünschen der Nachfrage, d.h. der Unternehmen bzw. Betriebe. Dabei reichen diese Wünsche von vertraglich vereinbarter partieller oder gar totaler „Nicht-Leistung“ bis hin zur hochspezialisierten arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung. Gängig scheint in fast allen Fällen die — nach dem Gesetz unzulässige — Anrechnung der Einstellungsuntersuchungen auf die Einsatzzeiten zu sein (vgl. S. 100 ff.). Vertragsgegenstand ist bisweilen auch die Ausklammerung bestimmter Leistungen, wie z.B. Betriebsbegehungen, oder besondere Anordnungen für bestimmte Leistungen, z.B. nur Sprechstunden außerhalb des Betriebes abzuhalten. Es ist zu beobachten, daß mit wachsender Konkurrenz und wachsendem subjektivem Konkurrenzdruck die Bereitschaft steigt, vermehrt solche Leistungen zu erbringen, die kompatibel mit den Interessen der Nachfrageseite sind. Dies ist vor allem bei nebenamtlichen Betriebsärzten festzustellen, die im Hauptberuf als niedergelassene Mediziner arbeiten. Wirksam werden Konkurrenz und die damit gebotene Möglichkeit der Auspielung von Nachfragermacht aber auch in Bezug auf überbetriebliche arbeitsmedizinische Zentren: Vor allem in den letzten Jahren berichten Experten verstärkt über die Tendenz, die von den Berufsgenossenschaften getragenen arbeitsmedizinischen (und zum Teil auch sicherheitstechnischen) Zentren zunehmend weniger in Anspruch zu nehmen. Angesichts des vergleichsweise hohen technischen und professionellen Standards werden hinter dieser Entwicklung Strategien vermutet, die — halbparitätisch von Kapital und Arbeit kontrollierten — Berufsgenossenschaften aus dem Bereich des betrieblichen Arbeitsschutzes hinauszudrängen. Vorwiegend aus vereinsgetragenen Zentren wird von einem relativ häufigen Wechsel der jeweils betreuenden Mediziner berichtet, worunter eine kontinuierliche und betriebsnahe Versorgung zum Teil erheblich leidet. Gegen solche Maßnahmen sind die an den Zentren arbeitenden Ärzte formell machtlos.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung lassen sich kaum Schlüsse auf systematische Vor- und Nachteile der verschiedenen Versorgungstypen ziehen, da die Defizite bis auf wenige Ausnahmen (vgl. z. B. Einstellungsuntersuchungen, S. 100 ff.) annähernd gleich verteilt sind. Lediglich nach den Kriterien der objektiven Voraussetzungen, die die verschiedenen Versorgungstypen für eine kontinuierliche, kontextnahe und in das Betriebsgeschehen integrierte Betreuung aufweisen, lassen sich einige Tendenzaussagen formulieren (vgl. S. 67 ff.). Festzuhalten bleibt jedoch, daß die Unternehmen durch die Entwicklung des besonderen Marktes für arbeitsmedizini-

sche und sicherheitstechnische Maßnahmen ein zusätzliches Instrument gewonnen haben, mit dem die Kompatibilität der professionell getragenen Arbeitsschutzleistungen mit ihren eigenen Strategien und Bedürfnissen erhöht werden kann. Dieser Möglichkeit der Entfaltung von Nachfragermacht wirkt der derzeit erreichte Stand der Mitbestimmung nur partiell entgegen, da sich die Mitbestimmung nur auf die Wahl des Versorgungstypus, nicht jedoch auf den konkreten Versorgungsträger bezieht.

- d) Dauer und Intensität der Ausbildung von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften sind seit der Verabschiedung des ASiG Gegenstand von zum Teil heftiger Kritik. Darauf wird weiter unten eingegangen (vgl. 2.1 und 2.2). An dieser Stelle soll auf einen übergreifenden Kritikpunkt an den beteiligten Wissenschaftsdisziplinen hingewiesen werden, der für die Qualifikation und damit auch für die betriebliche Praxis der Professionals von Bedeutung ist. Sowohl der Arbeitsmedizin als auch der Ergonomie als auch den mit der Arbeitssicherheit befaßten Ingenieurwissenschaften ist eine in doppelter Hinsicht verengte Sichtweise zueigen.

Zum einen haben die beteiligten Disziplinen die Tendenz, Arbeits-, Sicherheits- und Gesundheitsprobleme vorwiegend im einzelnen Individuum bzw. am einzelnen Arbeitsplatz zu suchen. Dadurch werden zahlreiche problemrelevante Bezüge, die sich aus der Eingebundenheit in den stofflichen, ökonomischen und sozialen Gesamtzusammenhang des Betriebes ergeben, aus der Forschung und Lehre und damit auch aus der betrieblichen Praxis eliminiert oder zumindest an den Rand gedrängt. Eine Sichtweise, die im Gegensatz dazu von der Gesamtheit der auf den Betrieb wirkenden und in ihm wirksamen stofflichen, ökonomischen und sozialen Dimensionen ausgeht, entwickelt sich nur langsam (vgl. Naschold/Tietze 1977, Wotschack 1980, Friczewski et al 1981).

Innerhalb dieser als reduktionistisch zu beschreibenden Sichtweise findet sich eine weitere Verengung: Erforscht, gelehrt und in der Praxis angegangen werden vornehmlich isolierbare und naturwissenschaftlich meßbare Belastungen bzw. Gefährdungen. Dadurch schwindet nicht nur der größere Teil der sozialen und psychischen Belastungen aus dem Blickfeld, sondern ebenso die teilweise hochkomplexen Interdependenzen zwischen verschiedenen Belastungsfaktoren. Die Mehrzahl der hierzu vorliegenden Ergebnisse spricht nämlich dafür, daß verschiedene Belastungen durchweg nicht in einem bloß additiven Verhältnis zueinander stehen, sondern sich gegenseitig ganz erheblich verstärken und unter Umständen sogar potenzieren können (Maschewsky 1981, 1981a).

Angesichts dieser wissenschaftlich weithin ungelösten, für die Volksgesundheit aber zentral bedeutsamen Probleme gehen gegenwärtig sowohl die Forschung als auch die betriebliche Praxis überwiegend in die falsche Richtung:

Der größere Teil der arbeitsmedizinischen und ergonomischen Forschung versucht nach wie vor, diesen Problemen mit der Untersuchung isolierbarer physiologischer

Parameter in Laborexperimenten fernab der Arbeitswelt beizukommen; die Protagonisten dieser Disziplinen fordern gar die Verstärkung dieser Tendenz und den Rückzug der vorhandenen spärlichen Forschungsressourcen aus Projekten, die in Betrieben angesiedelt sind (Rutenfranz et al 1980). Allerdings werden gegen diese Strategie des Rückzugs von den realen Problemen der Industriearbeit zunehmend kritische Stimmen laut (vgl. Stebani et al 1981, Schwercs 1980, AfA 1980, DGS 1981, Elsner et al 1981). Weite Teile der Arbeitsmedizin reagieren auf diese Kritik mit Versuchen noch schärferer Abgrenzung, in dem z.B. ein als führend angesehener Arbeitsmediziner nur noch „klinisch sozialisierte Mediziner“ für die gesundheitlichen Probleme der industriellen Arbeitswelt zuständig sehen und damit explizit „primär präventiv orientierte Mediziner“ sowie Ingenieure und Umwelt- und Sozialwissenschaftler ausgegrenzt sehen möchte (Valentin 1981, vgl. Bernd/Rosenbrock 1981). Demgegenüber ist darauf zu insistieren, daß die ganze Bandbreite der gesundheitsbedingten Arbeitsprobleme der intensiven Kooperation aller angesprochenen Disziplinen bedarf (Abholz et al 1981a).

Der Stand und die geringen Perspektiven einer vorwiegend ingenieurwissenschaftlichen Forschung machen es dabei notwendig, die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Empfindungen der Betroffenen als eigenständige Erkenntnisquelle anzuerkennen. Dies gilt erst Recht für die Umsetzung dieser doppelt verengten Forschung und Lehre in der betrieblichen Praxis: Arbeitsmediziner und auch Sicherheitsingenieure sind mit dem ihnen vermittelten Rüstzeug nicht in der Lage, mehr als nur einen Bruchteil der arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme anzugehen. Nicht einmal in den Kernbereichen ihrer Disziplinen (z.B. Toxikologie, Unfalltheorie) verfügen sie über ein Wissen, das strengen Anforderungen wirklich „gesicherter Erkenntnisse“ genügen würde. Angesichts dieses aus dem Stand ihrer Disziplinen resultierenden Dilemmas bleiben den Professionals im Betrieb zwei Wege offen: Entweder sie beschränken sich auf die Anwendung ihrer angeblich naturwissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse und ziehen sich damit von den realen Problemen der Arbeitswelt mehr und mehr zurück. Gerade unter praktizierenden Arbeitsmediziner ist diese Verhaltensweise relativ häufig anzutreffen, zumal sie durch rege medizinische Untersuchungstätigkeit an einzelnen Arbeitnehmern relativ gut kaschiert werden kann.

Oder sie erkennen zunehmend an, daß sie zur Lösung der betrieblich bedingten Gesundheitsprobleme in erheblichem Ausmaß auf Alltags- und Erfahrungswissen zurückgreifen müssen. Dann allerdings ist nicht mehr einzusehen, weshalb nicht das Alltagswissen jener eine entscheidende Erkenntnisquelle sein soll, die tatsächlich alltäglich die Probleme an ihrer eigenen Physis und Psyche erfahren. Auf diesem Wege können wissenschaftlich durchaus unvollkommene Verfahren zur Belastungsermittlung und zum Belastungsabbau einen höheren Nutzen haben als ausgefeilte, aber immer nur relativ willkürlich isolierte Teilbereiche erfassende Untersuchungsmethoden (vgl. Brock et al 1980, Volkholz 1977).

e) Die Erfüllung der ganz überwiegend präventiven Aufgaben der Arbeitsschutz-Professionals setzt unter anderem voraus, daß die Arbeitnehmer im Betrieb ein begründetes Vertrauen zu Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften haben können. Es wurden in diesem Abschnitt einige strukturelle Gründe genannt, die der Herstellung einer solchen Beziehung entgegenstehen. Die Analyse der einzelnen Tätigkeitsfelder der Professionals wird zusätzliche Hindernisse aufweisen (vgl. unten 3.). Ein noch nicht hinreichendes, aber wesentliches Instrument zur Etablierung von Vertrauen wäre neben der Transparenz der Tätigkeit der Professionals und ihrer Integration in das betriebliche Geschehen (vgl. S. 44 ff.) die Mitbestimmung der Arbeitnehmer über Bestellung, Tätigkeit und Abberufung von Professionals im Rahmen der bestehenden Gesetze.

Dies stößt, wie gezeigt wurde, bereits auf erhebliche Widerstände im Betrieb. Zusätzliche Behinderungen gehen von der offiziellen ärztlichen Standespolitik aus, die dahinter lediglich ein „DGB-Ziel: Der Betriebsarzt im Griff der Funktionäre“ zu erkennen vermag (Deutsches Ärzteblatt Nr. 1/1980, S. 1). Die Polemik gegen „DGB-Funktionäre, die am Ausbau ihrer Machtposition im Gesundheitswesen interessiert sind“ (ebenda, S. 1) und die gegen gewerkschaftliche Bemühungen um betriebliche Mitbestimmung gerichtete „Forderung der Ärzte: Unabhängigkeit“ (ebenda, S. 3) übersieht nicht nur systematisch die ökonomische, soziale und soziale Abhängigkeit der Betriebsärzte von der Unternehmenseite (s.o.), sondern sie läßt auch erkennen, daß sich ärztliche Standespolitik Problemen der industriellen Arbeitswelt auch gedanklich noch nicht genähert hat. Sonst könnte z.B. die unzureichend geregelte Zusammenarbeit zwischen Belegschaftsvertretung und Betriebsarzt (s.o.) nicht mit einem Satz wie: „Der Betriebsrat kann danach den Betriebsarzt zur Berichterstattung zitieren“ (ebenda, S. 2) beschrieben werden. Es spricht viel für die Interpretation von Muhr (1980, S. 65), nach der es den ärztlichen Standespolitikern „vielmehr unverhohlen darum (geht), den Auftrag des Arbeitssicherheitsgesetzes zur Erweiterung des erwerbswirtschaftlichen Spielraums freiberuflicher tätiger Ärzte zu nutzen“. Die Angriffe gegen die betriebliche Mitbestimmung im Arbeitsschutz und die Polemik gegen berufsgenossenschaftlich getragene arbeitsmedizinische Zentren wäre dann neben der ökonomischen Konkurrenz über „Dumpingpreise“ (Muhr, S. 66) und der Anpassung der Leistungen an Nachfragerwünsche (s.o.) als dritter, ideologischer Konkurrenzparameter zu verstehen.

Es sollte mit den Ausführungen dieses Abschnittes gezeigt werden, daß einer Integration der Professionals in das betriebliche Geschehen, dem Aufbau des für den Arbeitsschutz notwendigen Vertrauensverhältnisses zwischen Professionals und der Belegschaft und einer gesundheitlich relevanten Anwendung der Fachkenntnisse eine Reihe von Hindernissen entgegenstehen. Die Professionals spielen dabei keineswegs eine autonome Rolle, sondern unterliegen vielfältigen, offenen und verdeckten Zwängen und Sogeffekten, die ganz überwiegend einer gesundheitspolitisch zieladäquaten Funktionsweise des

Arbeitsschutzes entgegenstehen.

Keines dieser Hindernisse ist für sich genommen unüberwindbar, wenngleich die Gesamtheit der Bedingungen verständlich macht, daß der durch das ASiG intendierte professionelle Arbeitsschutz in Bezug auf seine volksgesundheitlich präventiven Aufgaben bislang kaum „gegriffen“ hat.

Ob die Entwicklung zu einem solchen Arbeitsschutz gelingt, hängt wesentlich auch davon ab, ob sich die Professionals auf die Belastungs- und Gesundheitserfahrungen der Betroffenen einlassen und ihre berufliche Tätigkeit nicht nur als Anwendung ihrer Fachkunde, sondern auch als Lernprozeß begreifen. Dabei kann davon ausgegangen werden, daß das in der beruflichen Sozialisation gelernte Verhalten nicht dauerhaft von den dort vermittelten Motiven, Werten und Kenntnissen geleitet wird, wenn diese nicht ständig durch die soziale Umwelt bestätigt werden. Die soziale Umwelt „Betrieb“ kann deshalb im Wege der Verstärkung auch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte dazu veranlassen, eine Gruppe von Motiven, Werten und Kenntnissen zugunsten einer anderen aufzugeben (Freidson 1975). Voraussetzung dafür ist, daß Beschäftigte und Betriebsrat aus ihrer Problemerkennung heraus entsprechende Impulse geben und die Professionals schrittweise in ihre betriebliche Realität integrieren. Dabei darf nicht verkannt werden, daß vor allem Betriebsärzte aus der Sicht der Arbeitnehmer immer auch als zumindest potentielle Instanz der Personalselektion gesehen werden müssen, denen —zumal bei Fehlen flankierender betrieblicher oder tarifvertraglicher Absicherungsstrategien — eine naive Offenheit in Gesundheitsfragen nicht als „Vorleistung“ entgegengebracht werden kann.

1.4 Voraussetzungen einer gesundheitspolitisch-zieladäquaten Funktionsweise des betrieblichen Arbeitsschutzes

Weiter oben (vgl. Einleitung) wurde dargelegt, daß zur Beurteilung der Qualität des Arbeitsschutzes unter gesundheitspolitischer Fragestellung weder die Eingangsgrößen (z.B. Anzahl der Professionals, Einsatzzeiten, finanzieller Aufwand: input) noch die Ausgangsgrößen (z.B. Anzahl der durchgeführten medizinischen Untersuchungen: output) noch die gesundheitlichen Wirkungen (z.B. Verbesserung des Gesundheitszustandes der Belegschaft: impact) herangezogen werden können. Eine Untersuchung dieser Größen würde wenig über die tatsächlichen Aktivitäten und die gesundheitspolitischen Wirkungsrichtungen des Arbeitsschutzes (z.B. präventiv oder personalsektiv) aussagen. Außerdem würde eine solche Herangehensweise außer acht lassen, daß der Arbeitsschutz ein integraler Bestandteil der betrieblichen Austausch- und Konfliktbeziehung zwischen Kapital und Arbeit ist, der auch für andere als gesundheitliche Zwecke eingesetzt werden kann, während gleichzeitig die verschiedensten betrieblichen Maßnahmen Einfluß auf die Arbeitsbedingungen und den Gesundheitszustand ausüben. Schließlich

würde durch eine solche auf den einzelnen Betrieb und die einzelne Belegschaft eingetragene Sichtweise nicht mehr dem Umstand Rechnung getragen werden, daß betriebliche Arbeitsschutz-Maßnahmen durchaus den aktuellen Gesundheitszustand der Belegschaft erhöhen können, während sie gleichzeitig die volksgesundheitliche Problemlage verschärfen (z.B. Personalselektion, Belastungserhöhung).

Unter Beachtung dieser Bedingungen und unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Grundannahmen (vgl. S. 18 ff.) sind nunmehr Kriterien zu benennen, an denen die Qualität (Problemadäquanz) von Arbeitsschutz-Maßnahmen und -Prozessen gemessen werden kann.

Dabei wird davon ausgegangen, daß der Einsatz von Arbeitsschutz-Professionals unter den Bedingungen einer gesundheitspolitisch-zieladäquaten Funktionsweise einen sehr hohen Nutzen für die Arbeitnehmer erbringen kann. Zugleich zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, daß die vorfindlichen Ausprägungen von einem solchen Zustand noch sehr weit entfernt sind und daß zum Teil erhebliche, gesundheitspolitisch negativ einzuschätzende Wirkungen festzustellen sind. Daraus folgt, daß vom derzeitigen Zustand zu einer gesundheitspolitisch-zieladäquaten Funktionsweise ein weiter Entwicklungsprozeß zurückzulegen ist, der zudem dauernd in gesundheitspolitisch kontraproduktive Richtung umschlagen kann. Diese Gefahren begleiten den gesamten Prozeß und sind nicht abhängig vom formellen Implementationsgrad des ASiG oder dem Professionalisierungsgrad des Arbeitsschutzes. Die ständige Ambivalenz für die Belegschaft und ihre Vertretung besteht darin, daß sie zum einen am Ausbau des professionellen Systems interessiert sein muß und zum anderen nie hinreichend sicher sein kann, daß sich dieses System nicht zumindest in Teilbereichen gegen sie wendet (vgl. Kühn, Interessenvertretung). Diese Situation kompliziert sich noch dadurch, daß das Arbeitsschutzsystem auf Teilbereiche (z.B. technischer Unfallschutz, Kontrolle chemischer und physikalischer Noxen) durchaus positive Wirkungen für die Arbeitnehmer entfalten, gleichzeitig aber durch „Medizinierung“ von Arbeitsplatzproblemen und Personalselektion für gesundheitlich negativ zu beurteilende Strategien des Managements funktionalisiert werden kann. Auch wenn eine der zentralen gesundheitspolitischen Grunderfordernisse, die Thematisierung von Arbeits- und Gesundheitsproblemen durch die Betroffenen in Zusammenarbeit mit den Professionals, erfüllt ist, (vgl. Hauß, Belastungsthematisierung) kann sich diese Gefahr noch verschärfen, weil die offene Artikulation von Gesundheitsproblemen den Professionals ein Wissen verschafft, das nicht nur zum Belastungsabbau, sondern auch zur Optimierung des Ausnutzungsgrades der Arbeitskraft und zur Aussonderung Leistungsgeminderter verwendet werden kann. Angesichts der begrenzten Kapazität, die die Belegschaftsvertretung im Rahmen ihrer Aufgaben den Problemen des Arbeitsschutzes widmen kann (vgl. Kühn, Interessenvertretung, S. 134 ff.), ist es fraglich, ob von dort aus eine Strategie entwickelt, durchgeführt und der Belegschaft vermittelt werden kann, die auf derart komplexe Entwicklungen hinreichend nach Tätigkeitsfeldern und Akteuren differenziert reagiert. Möglich und

denkbar sind dann ebenso Strategien der vollständigen Neutralisierung und Blockade des professionellen Arbeitsschutzes, die dann auch die positiven Wirkungsfelder betreffen würden. Dieses Dilemma, das gerade in den diesbezüglich fortgeschrittensten Betrieben bereits heute zum Problem wird, dürfte auf mittlere und längere Sicht nur durch Verstärkung der insitutionalisierten Mitbestimmung als einer strukturellen Voraussetzung für Vertrauen und die Herausbildung autonomer Gesundheitsinstanzen der Belegschaft als Partner der Professionals (vgl. dazu unten 4.) gelöst werden können.

Aber auch beim derzeitigen Entwicklungsstand des Arbeitsschutzes lassen sich Kriterien benennen, nach denen der mögliche Nutzen und der mögliche Schaden des professionellen Arbeitsschutzes beurteilt werden können.

1. Die erste Voraussetzung betrifft die *Präsenz der Professionals im Betrieb*. Damit ist zunächst gemeint, daß die Unternehmen bzw. Betriebe ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, fachlich qualifizierte Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und Sicherheitsbeauftragte zu bestellen, woran vielfach noch deutlicher Mangel herrscht (vgl. 2.1 — 2.4). Wenn die Entwicklung des betrieblichen Arbeitsschutzes als gegenseitiger Lernprozeß für Professionals und Beschäftigte mit möglichem positiven Ausgang begriffen wird, müssen die organisatorischen Voraussetzungen für diesen Lernprozeß geschaffen werden. Diese bestehen zum einen darin, daß die Professionals einen möglichst großen Teil ihrer Einsatzzeit im Betrieb verbringen. Es kann begründet vermutet werden, daß die derzeit durch die Unfallverhütungsvorschriften vorgeschriebenen Einsatzzeiten nicht genügend Raum hierfür lassen. Sichere Aussagen hierzu lassen sich auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Studie nicht treffen, da z. B. die Betriebsbegehungen keineswegs überall durchgeführt werden (vgl. S. 129 ff.) und auch nicht durchweg den inhaltlichen Anforderungen genügen. Mit einiger Sicherheit trifft die Kritik der zu geringen Einsatzzeiten für Klein- und Mittelbetriebe zu (soweit sie überhaupt unter die Vorschriften fallen), in denen die vorgeschriebene Errechnung der Einsatzzeiten durch die Multiplikation von Minuten pro Jahr pro Arbeitnehmer mit der Anzahl der durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer vollständig den Umstand vernachlässigt, daß zur Inangsetzung eines Arbeitsschutz-Systems eine Reihe von Basisaktivitäten erforderlich ist, deren Umfang nicht linear mit der Betriebsgröße variiert (vgl. 1.2).
2. Der Beitrag, den die Präsenz der Professionals im Betrieb zu dem intendierten Lernprozeß leisten kann, ist desto höher einzuschätzen, je mehr er der Herstellung wechselseitiger *Transparenz* bei Professionals und Belegschaft dient. Diese Transparenz ist desto höher, je mehr die Beschäftigten z.B. über Dauer, Zweck und mögliche Folgen der Betriebsbegehungen informiert sind, und je mehr die Professionals sich dabei mit den Arbeitsproblemen im Betrieb vertraut machen. Dabei kommt der Artikulation der Arbeitsprobleme durch die Beschäftigten der Wert einer durch Fachkunde nicht zu ersetzenden Erkenntnisquelle zu. Die Anwesenheit betrieblicher Vorgesetzter kann je nach betrieblichen Umständen dabei als Störgröße, die eines

Betriebsrates oder Vertrauensmannes hingegen als Katalysator wirken.

Das funktionale Erfordernis der Transparenz der Tätigkeit für die Beschäftigten bzw. ihre Vertretung ist nicht auf die Betriebsbegehungen begrenzt. Vielmehr kann diese Voraussetzung nur in dem Maße als erfüllt angesehen werden, wie zumindest der Betriebsrat einen Überblick über Umfang und Zweck aller relevanten Tätigkeiten der Professionals gewinnen kann. Instrumente hierzu können Arbeitsschutzprogramme

- 1 (vgl. S. 124 ff.) und ein funktionierender Arbeitsschutzausschuß sein (vgl. S. 83 ff.).
3. Genaue Kenntnis der Arbeitsprobleme auf Basis der authentischen Artikulation der Betroffenen schafft im Verbund mit der Transparenz der Tätigkeit der Professionals für die Beschäftigten die informationellen, sachlichen und vertrauensbegründenden Voraussetzungen für *Kontextnähe* des professionellen Arbeitsschutzhandelns. Diese bezieht sich dann nicht nur auf Maßnahmen zur Belastungsminderung am Arbeitsplatz, sondern auch z.B. auf Umfang und Turnus arbeitsmedizinischer Untersuchungen.
4. Wenn insbesondere die arbeitsmedizinischen Untersuchungen nicht als arbeitsplatzbedrohend wahrgenommen und dadurch ihr Zweck in sein Gegenteil verkehrt werden soll, dann muß durch flankierende informelle oder formelle, betriebliche oder tarifvertragliche Vereinbarungen gesichert sein, daß betrieblich bedingte Gesundheitsprobleme *nicht* durch Entlassung oder verschärfte Eingangsselektion *externalisiert* werden. In diesem Punkt ist jede isoliert betriebene Arbeitsschutz-Strategie überfordert.
5. Als weiteres Erfordernis einer auf gegenseitiger Transparenz und Vertrauen gegründeten Arbeitsschutz-Praxis kann die *Priorität der Veränderung von Arbeitsbedingungen* vor der Anwendung personengebundener Maßnahmen (Verhaltensanweisungen, persönliche Körperschutzmittel) definiert werden. In den Gruppendiskussionen wurde die Ablehnung von persönlichen Körperschutzmitteln bzw. allgemeinen Sicherheits-Appellen als Ersatz für technischen und organisatorischen Arbeitsschutz immer wieder artikuliert.
6. Unter dem Gesichtspunkt des Stellenwertes der Belastungsthematisierung durch die Betroffenen ist für die Bewertung des betrieblichen Arbeitsschutzes von erheblicher Bedeutung, ob durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes die betrieblichen *Gestaltungsmöglichkeiten der Belegschaft* erweitert, konstant gehalten oder vermindert werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung belegen, daß die Artikulation von Belastungs- und Gesundheitserfahrungen vor allem davon abhängt, ob reale Veränderungen belastender Arbeitsbedingungen in absehbarer Reichweite liegen oder nicht (vgl. Kühn, Interessenvertretung, S. 60 ff., Hausß, Belastungsthematisierung). Gerade die für die Volksgesundheit wichtigsten Belastungs- und Beanspruchungsdimensionen (z.B. psycho-physische Belastungen, Befindlichkeitsstörungen) werden nur in dem Maße artikuliert, wie ihre tatsächliche Bearbeitung durch die bzw. mit Hilfe der Arbeitsschutz-Professionals wahrscheinlich bzw. erreichbar ist.

Die sechs genannten Kriterien mögen zunächst abstrakt und deshalb wenig anwendbar erscheinen. In ihrer Gesamtheit stellen sie jedoch ein taugliches Raster zur Beurteilung jeder Tätigkeit der Arbeitsschutz-Professionals dar, das je nach betrieblichen Gegebenheiten konkretisiert werden kann. Wenn einzelne Kriterien (z.B. die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Belegschaft), fernab der durchschnittlich vorfindlichen betrieblichen Realität zu liegen scheinen, so ist dies vor allem eine Folge davon, daß in den Betrieben noch weitgehend zwei Arbeitsschutz-Systeme nebeneinander und ohne Beziehung zueinander existieren: Das „informelle“ System der Belegschaft, das wie eh und je auf der Basis gegenseitiger Ratschläge, Tips und Hilfen beruht und damit die Arbeitsbedingungen in Richtung auf größere Erträglichkeit verändert; und das „formelle“, professionelle Arbeitsschutz-System, das auf Basis unzureichender Kenntnis der Arbeitsprobleme sein potentiell positiv wirksames Instrumentarium kaum einzusetzen weiß. Insofern kann die Erfüllung der hier genannten Kriterien auch als Voraussetzung für die Integration der zwei bestehenden Arbeitsschutz-Systeme betrachtet werden.

1.5 Die Aktivitäten der professionellen Arbeitsschutz-Akteure — allgemeine Zusammenhänge

1.5.1 Die Konstruktion der Index-Variablen PAS

Als globale Meßziffer für das Vorhandensein und den Grad der Aktivität des Professionellen Arbeitsschutzsystems im Betrieb wurde der Index „Professionelles Arbeitsschutz-System“ (PAS) gebildet.

In diesen Index gehen die gewogenen Durchschnitte aus den Antworten zu 21 Fragen ein, die sich

- auf das Vorhandensein von Experten im Betrieb (4),
- auf einzelne Tätigkeiten der Experten (8),
- auf die Information von Beschäftigten und Belegschaftsvertretern durch die Experten (3) sowie
- auf Interaktion zwischen Experten und den Beschäftigten sowie Belegschaftsvertretungen (6)

beziehen. Überwiegend handelt es sich um die Abfrage von Fakten und Sachverhalten (16), zu einem geringeren Teil gehen auch subjektive Einschätzungen ein (5), die sich auf die Intensität der Kommunikation und Interaktion zwischen Professionals und Belegschaft beziehen. Auch mit diesen subjektiven Einschätzungsfragen (z.B.: An wen würden Sie sich wegen Ihrer Arbeitsbedingungen zuerst wenden? (61)⁸ Halten Sie die Einsatzstunden der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte für ausreichend? (145)) sollen nicht

⁸ Die Ziffern im Text und unter den einzelnen Tabellen beziehen sich auf die Numerierung der Fragen im Fragebogen, vgl. Methodik.

primär Einstellungen und Motive eruiert werden (obwohl diese sicherlich z.T. in die Antworten eingehen), vielmehr zielen sie auf die Ermittlung objektiv vorhandener Interaktions- und Kommunikationsbeziehungen.

Die Fragen, die in den Index eingehen, betreffen ausschließlich jene Tätigkeitsfelder der Professionals, die den Befragten sichtbar sind und bekannt sein können. Dies sind die unmittelbar personenbezogenen Tätigkeiten (ärztliche Untersuchungen, Einweisung in den Arbeitsplatz, Beratungen), ferner Tätigkeiten, die mit Anwesenheit im Betrieb verbunden sind (Betriebsbegehungen etc.) sowie Teilnahme am Arbeitsschutzausschuß und daraus folgende Aktivitäten. Ausgeschlossen sind dadurch Beratung und Zusammenarbeit mit dem Management, Teilnahme an der Konzipierung und Planung von Betriebsanlagen, betriebliche Dokumentation und Verwaltung, externer Schriftverkehr und Fortbildung. Aus diesem Grunde sind hohe Werte des Index PAS kein ausreichender Beleg für eine vollständige Ausfüllung des Tätigkeitskatalogs der Professionals (vgl. dazu: Blomberg et al., 1980, S. 19 — 48), sondern geben lediglich Auskunft über die die Arbeitnehmer sichtbar, direkt und gegenwärtig betreffende Aufgabenwahrnehmung. Diese Eingrenzung der Tätigkeitserfassung der Professionals ist nicht nur eine forschungspraktische Konsequenz des verwendeten Erhebungsinstrumentariums einer Arbeitnehmerbefragung, sondern entspricht auch der zentralen Hypothese der Untersuchung, derzufolge wichtige Engpässe für das Wirksamwerden des professionellen Arbeitsschutzsystems seine mangelnde Integration in das unmittelbare betriebliche Geschehen und die Interaktionsdefizite mit der Belegschaft sind.

Positiv gehen deshalb in den Index solche Indikatoren ein, die auf

- zunehmende Integration der Arbeitsschutz-Akteure in den betrieblichen Prozeß,
- größere Kontinuität der Leistungen an Personen und im Betrieb und
- Nähe der Aktivitäten der Professionals zum Arbeitsschutzhandeln der Belegschaft schließen lassen.

Weiterhin steigt der Index, je mehr Dimensionen des Arbeitsschutzes von den Aktivitäten der Professionals berührt werden. So gehen auf Kollektive bezogene Leistungen stärker ein als auf Individuen beschränkte; Aktivitäten, die sich auf Arbeitsbedingungen beziehen, werden höher bewertet als solche, die sich auf persönliche Körperschutzmittel oder die nur formelle Erfüllung technischer Anforderungen beschränken. Außerdem werden Vorhandensein und Intensität der Interaktion zwischen Professionals und Belegschaft/Belegschaftsvertretung berücksichtigt.

Der Index PAS gestattet es nicht mehr, die einzelnen Qualitäten der in ihm vereinigten Arbeitsschutz-Aktivitäten voneinander zu unterscheiden. Gemessen wird insofern lediglich der Verlauf von Intensitäten. Da jedoch diese Aktivitäten von durchaus unterschiedlicher Bedeutung sind, wurde eine theoriegeleitete Gewichtung der Indikatoren vorgenommen. Diese reicht vom Multiplikator 1,0 in Schritten von jeweils 0,2 bis zum Multiplikator 2,0.

Insgesamt sagt ein höherer Indexwert PAS aus, daß mehr Professionals im betriebli-

chen Arbeitsschutz tätig und durch kontinuierliche Arbeit zunehmend in das betriebliche Geschehen integriert sind, wobei sie verstärkt auch komplexere sowie kollektiv wirksame Bedingungsgefüge berücksichtigen und dabei in intensiveren Interaktionsbeziehungen mit der Belegschaft und ihren Vertretungsorganen stehen.

Ein hoher Wert des Index PAS beinhaltet allerdings keine eindeutige Aussage über die gesundheitspolitische Wirkungsrichtung oder Wirksamkeit des professionellen Arbeitsschutzes. Vielmehr können sich dahinter mindestens drei grob unterscheidbare Typen eines ausgebauten Arbeitsschutzsystems verbergen:

Expertendominiertes System mit formaler Integration der Belegschaft und des Betriebsrats, das zu Individualisierung bzw. Re-Individualisierung von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen führt (vgl. Kühn, Interessenvertretung, S. 82 ff.), Konflikte aus der Arbeitsbelastung umlenkt und entpolitisiert (vgl. Kühn, S. 115 ff.), Maßnahmen personenbezogenen Arbeitsschutzes favorisiert (vgl. Kühn S. 62 ff.) und Belastungsprobleme durch selektive Einstellungsuntersuchungen (vgl. S. 100 ff.) und Entlassungen aus gesundheitlichen Gründen externalisieren hilft (vgl. S. 161 ff.).

Expertendominiertes System, das die Belastungsprobleme der Beschäftigten real zu erfassen und zu bearbeiten versucht sowie die dazu notwendigen Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen aufbaut, eher betriebstechnische und organisatorische als personenbezogene Arbeitsschutz-Maßnahmen anzielt und sich nicht für personalpolitische Selektionsstrategien funktionalisieren läßt.

Belegschaftsorientiertes bzw. -gesteuertes Arbeitsschutz-System, in dem die Problemartikulation und -thematisierung durch die Betroffenen im Vordergrund steht, auf die die Professionals beratend eingehen bzw. selbst die Thematisierung durch die Beschäftigten fördern. Prädominanz organisatorischer und technischer vor personenbezogenen Maßnahmen. Integration der psycho-physischen Belastungen (Monotonie, Hektik, Schichtarbeit, Akkord etc.) in den Arbeitsschutz mit der dazu notwendigen Förderung der Problemwahrnehmungskompetenz der Beschäftigten, Abwehr von Personalselektions-Strategien durch entsprechende Arbeitsplatz-Gestaltung und Schaffung von Umsetzungsmöglichkeiten.

Eine Unterscheidung dieser Typen ist anhand des Index PAS nicht möglich. Aus den Experten- und Gruppeninterviews geht jedoch einhellig hervor, daß die vorfindlichen Ausprägungen eines ausgebauten Arbeitsschutzsystems durchweg als expertendominiert anzusehen sind, zur Erforschung der wenigen Beispiele für Ansätze eines belegschaftsorientierten Arbeitsschutzes wären weitergehende Fallstudien erforderlich. Die vorhandenen Differenzierungen im Rahmen dieser Untersuchung können lediglich durch die Analyse der einzelnen Tätigkeitsfelder der Professionals aufgefunden werden.

Zuvor sollen jedoch sowohl die Bestimmungsgründe für den Ausbau als auch die Wirkungen des Ausbaus des professionellen Arbeitsschutz-Systems global dargestellt werden. Dabei ist neben den bereits genannten Einschränkungen der Aussagekraft des Index PAS zu beachten, daß bei der Untersuchung der nur allgemeinen Zusammenhänge

z.B. zwischen dem Ausmaß der Arbeitsschutz-Aktivitäten der Belegschaft und dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems wichtige Einzelzusammenhänge verloren gehen, die den globalen Tendenzen teilweise diametral entgegen laufen und auf die in anderen Kapiteln dieser Untersuchung detailliert eingegangen wird.

1.5.2 Das professionelle Arbeitsschutz-System — keine Antwort auf Arbeitsbelastung und Problemwahrnehmung der Beschäftigten

Es könnte die These vertreten werden, daß der Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems in den Betrieben und die Integration der Beschäftigten und ihrer Vertretungsorgane in den Arbeitsschutz den funktionalen Notwendigkeiten folgen, die aus erhöhter Gesundheitsgefährdung durch den Arbeitsprozeß in Form von Unfallgefahren sowie klassischen und psycho-physischen Belastungen und Beanspruchungen resultieren. Eine derartige Vorstellung könnte sich aus der naiven Vorstellung eines kontinuierlichen Fortschrittes der gesundheitlichen Versorgung und Betreuung der Arbeitnehmer oder den Hoffnungen speisen, wie sie an Konzepte „vorbeugender Sozialpolitik“ (vgl. dazu Standfest 1979, S. 75 ff.) und ihrer Realisierung auf betrieblicher Ebene geknüpft werden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung stützen derartige Hoffnungen und Vorstellungen nicht. Zwischen der Zunahme der Arbeitsbelastung (gemessen mit dem Index BELA, vgl. dazu Methodik) und dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems besteht kein statistischer Zusammenhang.

Tab. 1:
Index-Variable PAS in Abhängigkeit vom Ausmaß
der Belastung und Beanspruchung (Index BELA)

Quartile BELA	Indexwerte PAS	normierte Indexwerte PAS ⁹
1	2.364	100
2	2.366	100
3	2.330	97
4	2.400	103

(BELA/PAS) s = n.s.¹⁰

⁹ Bei der Berechnung der normierten Indexwerte wurde als Bezugswert das tatsächliche Minimum von 1.250 zugrundegelegt. Der Streubereich des Index beträgt 2.170 (von 1.250 bis 3.420) (vgl. Methodik).

¹⁰ Die Signifikanzen werden in folgenden Stufen angegeben:
 $s \leq 0.001 = ** =$ hochsignifikant
 $s \leq 0.005 = * =$ signifikant
 $s \geq 0.005 = n.s. =$ nicht signifikant.

Für die ersten drei Quartile des Index BELA nimmt die Meßziffer für den Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems sogar geringfügig ab, die Steigerung zum vierten Quartal ist zu marginal, um einen systematischen Zusammenhang herzuleiten. Es sind demnach nicht die objektiven Beanspruchungen, die zum Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems in den Betrieben führen.

Weiter könnte vermutet werden, daß Ausbau und Integration des Arbeitsschutz-Systems eine Antwort des Managements und der Professionals auf die Artikulation und Thematisierung der Belastungen und Beanspruchungen darstellen; auch dieser Zusammenhang existiert global gesehen nicht.

*Tab. 2:
Index-Variable PAS in Abhängigkeit vom Niveau der Artikulation
und Thematisierung von Gesundheitsproblemen in der Belegschaft (Index AT)*

Quartile Index AT	Indexwerte PAS	normierte Indexwerte PAS
1	2.400	100
2	2.397	100
3	2.325	93
4	2.337	95

(AT/PAS)

s = *

Offenkundig hat das Niveau der Artikulation und Thematisierung von Gesundheitsproblemen in der Belegschaft keinen positiven Einfluß auf die Institutionalisierung und Integration des professionellen Arbeitsschutz-Systems. Das schließt nicht aus, daß z.B. Arbeitsunfälle zu erhöhter Aktivität auch der Professionals führen (vgl. Systemkonzept 1977, S. 30), es besagt aber, daß die Thematisierung von Arbeitsproblemen als Gesundheitsproblem durch die Belegschaft insgesamt entweder nicht bis zu den betrieblich Entscheidungsträgern und Professionals durchdringt oder von ihnen nicht als Kriterium für den Ausbau und die Integration des Arbeitsschutzes genommen wird.

1.5.3 Die Abhängigkeit des Ausbaus des professionellen Arbeitsschutz-Systems vom Niveau der betrieblichen Interessenvertretung

Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung ist, daß das Ausmaß der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz in erheblichem Ausmaß eine Funktion des allgemeinen Niveaus der Interessenvertretung der Belegschaft ist (vgl. Kühn S. 55 ff.), daß die spezifischen Gesundheitsinteressen der Beschäftigten dort die größten Chancen der Thematisierung und Durchsetzung haben, wo die Belegschaftsinteressen insgesamt am nachhaltigsten vertreten werden. Diese Aussage bezieht sich primär auf die Möglichkeiten der Beschäf-

tigten und des Betriebsrates, das Gesundheitsinteresse am Arbeitsplatz mit verschiedenen Strategien, darunter der des Belastungsabbaus, zu vertreten.

Zu prüfen bleibt, ob das Niveau der betrieblichen Interessenvertretung einen direkten Einfluß auf Ausbau und Integration des professionellen Arbeitsschutz-Systems hat. Einer solchen Abhängigkeit könnten unterschiedliche Beziehungen zugrunde liegen:

Entweder könnten Ausbau und Integration des professionellen Arbeitsschutz-Systems einen zumindest häufigen Bestandteil jener Forderungen darstellen, die mit zunehmendem Niveau der betrieblichen Interessenvertretung erhoben werden, ohne daß es dazu einer besonderen Ausprägung der Arbeitsschutz-Aktivität bedürfte.

Zum anderen könnte die Forcierung des professionellen Arbeitsschutzes angesichts einer allgemein starken betrieblichen Interessenvertretung auch einer präventiven Strategie der Unternehmerseite entsprechen, mit der andere Forderungen aus dem Betrieb argumentativ abgewendet oder abgeschwächt werden können.

Zum dritten könnte der Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems auch Ausdruck einer konkreten Konfliktumleitung sein, mit der das Management auf Forderungen zum Belastungsabbau und zur Humanisierung des Arbeitsprozesses antwortet.

Obwohl sich bei der Analyse einzelner Tätigkeitsfelder der Professionals Hinweise auf solche Strategien finden, besteht ein solcher Zusammenhang global gesehen nur schwach.

*Tab. 3:
Index-Variable PAS in Abhängigkeit vom Niveau der
betrieblichen Interessenvertretung (Index INKON)*

Quartile Index INKON	Indexwerte PAS	normierte Indexwerte PAS
1	2.337	100
2	2.340	100
3	2.391	105
4	2.394	105

(INKON/PAS)

s = n.s.

Es ist demnach die zunächst überraschende Tatsache festzuhalten, daß das Niveau der betrieblichen Interessenvertretung der Belegschaft einen statistisch nicht signifikanten Einfluß auf den Ausbau und die betriebliche Integration des professional-getragenen Arbeitsschutzes ausübt. Dieses Bild ändert sich allerdings, wenn der Index PAS zum Niveau der Arbeitsschutz-Aktivitäten von Belegschaft und Belegschaftsvertretung in Beziehung gesetzt wird. (Tab. 4)

Der statistische Zusammenhang zwischen dem Niveau der Arbeitsschutz-Aktivitäten von Belegschaft und Belegschaftsvertretung und dem Ausbau und der Integration des professionellen Arbeitsschutz-Systems ist unter allen untersuchten Index-Variablen der

*Tab. 4:
Index-Variable PAS in Abhängigkeit vom Niveau der Arbeitsschutzaktivitäten
der Belegschaft und der Belegschaftsvertretungen (Index ASBEL)*

Quartile Index ASBEL	Indexwerte PAS	normierte Indexwerte PAS
1	2.164	100
2	2.348	120
3	2.449	131
4	2.502	137

(ASBEL/PAS) s = **

stärkste, stärker noch als der Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutzes. Daraus darf nun aber nicht der Schluß gezogen werden, der Ausbau und die Tätigkeit des professionellen Arbeitsschutzes seien in erster Linie eine Funktion der Belegschaftsaktivitäten in Sachen Arbeitsschutz.

Vielmehr besteht hier ein wechselseitiger Zusammenhang: Sicherlich führt ein hohes Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz aufgrund der dann erhobenen Forderungen und des Zutagetretens vorher latenten Problemdrucks sowohl zu einem formellen und institutionellen Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems als auch zu einer formal verbesserten und intensivierten Interaktion insbesondere zwischen Betriebsrat und Professionals (vgl. dazu S. 122 ff.). Dies ist die eine Seite des Zusammenhangs. Auf der anderen Seite hatte und hat die Etablierung von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften seit Inkrafttreten des ASiG im Jahre 1974 eine erhebliche gesetzlich induzierte Aktivierung vor allem der Belegschaftsvertretungen im Arbeitsschutz zur Folge. Es konnte sogar gezeigt werden (vgl. Kühn), daß gerade bei im Arbeitsschutz besonders aktiven Belegschaften, Vertrauensleuten und Betriebsräten der überwiegende Teil ihrer diesbezüglich meßbaren Aktivitäten durch die Forcierung infolge des Schubs der Arbeitsschutzgesetzgebung in den 70er Jahren zu erklären ist; mit allen gezeigten Konsequenzen für die Qualität der Tätigkeiten, die Expertendominanz im Arbeitsschutz und die Kapazitätsprobleme für die Belegschaftsvertretungen.

Es bleibt danach festzuhalten, daß bei globaler Betrachtung aller Aspekte des Belegschaftshandelns im Arbeitsschutz und aller Ausprägungen des professionellen Arbeitsschutzhandelns diese beiden Variablen in einem Wechselverhältnis stehen, sich aber dabei keinesfalls vollständig determinieren: Wie gezeigt wurde, hat das Niveau der allgemeinen betrieblichen Interessenvertretung einen sehr starken Einfluß auf die Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (vgl. Kühn, Interessenvertretung, S. 55 ff.). Ein schwacher Reflex dieses Zusammenhangs zeigt sich noch im geringfügigen Anstieg der Index-Variable PAS in Abhängigkeit von der Index-Variable INKON. Erst auf dieser Basis ergibt sich der stärkere wechselseitige Zusammenhang zwischen den Index-Variable ASBEL und der Index-Variable PAS. Die Bewegung dieser Variable ist ande-

rerseits, wie noch zu zeigen sein wird, zu einem erheblichen Teil von der Betriebsgröße und der Unternehmensautonomie abhängig.

Insgesamt ist mit diesem globalen Zusammenhang, der freilich durch teilweise sogar gegenläufige Befunde zu einzelnen Tätigkeiten der Professionals zu relativieren ist, das Feld umrissen innerhalb dessen sich die betrieblichen Auseinandersetzungen zwischen der Ausrichtung des Arbeitsschutzes auf rentabilitätsorientierte oder zumindest -kompatible Aktivitäten und der arbeitnehmergesteuerten Ausgestaltung eines betrieblichen Gesundheitsschutzes abspielen. In diesem Feld gibt es sowohl Bereiche relativ stabiler Interessenkoinzidenz zwischen „wohlverstandem Kapitalinteresse (z.B. im Unfallschutz sowie bei nicht oder schwer ersetzbaren Belegschaftsmitgliedern) als auch Bereiche, in denen die Interessenkoinzidenz von der jeweiligen wirtschaftlichen Lage des Unternehmens abhängt, also eher instabil ist (z.B. Firmen-Image, Good Will, bei Arbeitskräfteknappheit), als auch Bereiche, in denen die Interessen der Beschäftigten kaum mit denen des Unternehmens in Übereinstimmung zu bringen sind (vor allem im Bereich der psycho-physischen Belastungen, bei der Personalselektion).

1.5.4 Betriebsgröße und Unternehmensautonomie als Bestimmungsgrößen für das professionelle Arbeitsschutz-System

Die Betriebsgröße spielt als Einflußgröße für den professionellen Arbeitsschutz eine doppelte Rolle: Zum einen besteht erst ab bestimmter Mindest-Betriebsgrößen und der Zugehörigkeit des Betriebes zur gewerblichen Wirtschaft überhaupt eine gesetzliche Verpflichtung zur Etablierung von Arbeitsschutz-Professionals. Dies hat u.a. zur Konsequenz, daß derzeit noch ca. 50% der Beschäftigten in der Bundesrepublik ohne jede Betreuung durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte arbeiten (vgl. Unfallverhütungsbericht 1976, S. 210). Auf der anderen Seite hat die Betriebsgröße auch einen erheblichen Einfluß auf den Typ der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Versorgung: So ist nach den Normen der UVV'n erst in Betrieben ab ca. 2.500 Arbeitnehmern die Beschäftigung eines festangestellten Vollzeit-Mediziners sinnvoll.

Bezogen auf die Etablierung und Integration des professionellen Arbeitsschutzes ist die Betriebsgröße in dieser Untersuchung darüber hinaus der valideste Sammelindikator

- für das Potential der mobilisierbaren ökonomischen Ressourcen des Betriebes und die damit verbundene betrieblichen Durchsetzungsfähigkeit und Flexibilität,
- für die Existenz differenzierter Management-Strategien in der Konfliktbeziehung zwischen Kapital und Arbeit im Rahmen eines längerfristigen Planungshorizonts,
- für die Verregelung von Handlungsrouninen des professionellen Arbeitsschutzes in Rahmen dieser Konfliktbeziehung sowie
- für die Voraussetzungen der Institutionalisierung von Interaktionsbeziehungen zwischen den Professionals untereinander sowie zwischen Professionals und

Belegschaftsvertretern.¹¹

Diesen Beziehungen entspricht der Verlauf der Index-Variable PAS über die Betriebsgrößen:

Tab. 5:
Index-Variable PAS in Abhängigkeit von Betriebsgrößenklassen

Betriebe mit ... Beschäftigten	Indexwerte PAS	normierte Indexwerte PAS
bis 50	2.218	100
bis 100	2.210	99
bis 500	2.326	111
bis 1.000	2.382	117
bis 2.000	2.413	120
über 2.000	2.428	122
(31/PAS)		s = **

Ausbau, Tätigkeit und Integration des professionellen Arbeitsschutzes nehmen mit wachsender Betriebsgröße beträchtlich und praktisch kontinuierlich zu. Auffällig ist allerdings, daß der Anstieg der Index-Variable PAS hier flacher verläuft, als dies in Abhängigkeit von der Index-Variablen ASBEL der Fall ist. Unter den genannten methodischen Vorbehalten kann dieser unterschiedliche Verlauf als Hinweis darauf gedeutet werden, daß Intensität und Integration der Arbeit der Professionals insgesamt stärker durch die Aktivitäten der Belegschaft und ihrer Vertretungsorgane beeinflusst werden als von der „naturwüchsigen“ (und durch gewerkschaftliche Politik auch nicht beeinflussbaren) Abhängigkeit von der Betriebsgröße und der durch sie ausgedrückten ökonomischen und Strategie-Potentiale. Unabhängig davon, daß — wie oben gezeigt — mit einem hohen Wert des Index PAS noch nichts über die Interessenorientierung der Tätigkeit und Einbindung der Professionals gesagt wird, kann dieser Befund als ein erster Beleg für die Beeinflussbarkeit des professionellen Arbeitsschutzes durch die Belegschaft und den Betriebsrat gewertet werden. Die Tragfähigkeit dieser These wird weiter unten anhand der einzelnen Tätigkeitsfelder der Professionals differenziert zu diskutieren sein.

Dieses Ergebnis wird insgesamt bestätigt durch die Betrachtung des Verlaufs der Index-Variablen über die „Unternehmensautonomie“ (UNAUT), die aufgrund der man-

¹¹ Deutlicher wären diese Zusammenhänge herauszuarbeiten, wenn sich die Untersuchung auf Unternehmen beziehen würde, weil betriebliche Strategien häufig nicht aus sich selbst heraus erklärbar, sondern Reflexe übergeordneter Unternehmenskalküle sind und speziell die Arbeitsschutz-Politik in konzernzugehörigen Betrieben in aller Regel unternehmenszentral festgelegt wird. Aufgrund des geringen Informationsstandes der Befragten über die unternehmensbedingten ökonomischen Rahmenbedingungen des Betriebes, in dem sie arbeiten, war eine solche Erhebung nicht möglich. Kontrollrechnungen, die lediglich anhand der erfragten Konzernzugehörigkeit des Betriebes vorgenommen wurden, ergaben keine wesentlichen Differenzierungen. Hier könnten wohl nur Fallstudien weiterführen.

gelhaften Informationsbasis erhebliche Schwächen aufweist (vgl. Methodik) und die Antwort auf sieben Indikatoren-Fragen

- zur personalpolitischen Flexibilität des Betriebes (Austauschbarkeit von Arbeitskräften),
- zum konkreten Potential der Mobilisierung ökonomischer Ressourcen,
- zum betrieblichen Planungshorizont sowie
- zum Interesse des Betriebes an der Gesunderhaltung der Arbeitskräfte zusammenfaßt.

*Tab. 6:
Index-Variable PAS in Abhängigkeit von der
„Unternehmensautonomie“ (Index UNAUT)*

Quartile Index UNAUT	Indexwerte PAS	normierte Indexwerte PAS
1	2.294	100
2	2.364	107
3	2.401	110
4	2.408	111

(UNAUT/PAS) s = **

Neben der erwartbaren relativ kontinuierlichen Zunahme der Präsenz, Tätigkeit und Integration des professionellen Arbeitsschutz-Systems mit zunehmender Unternehmensautonomie ist auch an diesem Ergebnis — wie schon bei der Betrachtung der Betriebsgrößen — bemerkenswert, daß die Zunahme von PAS quantitativ weniger stark vom Grad der Unternehmensautonomie und der in ihr liegenden Strategiepoteziale abhängt als von den Aktivitäten der Belegschaft und ihrer Vertretung. Allgemein gesehen folgt daraus zunächst, daß es offenbar nicht die vorherrschende Management-Strategie darstellt, bei gegebenem Dispositionsspielraum das professionelle Arbeitsschutz-System als ganzes offensiv auszubauen. Damit verträglich sind Strategien der Betonung einzelner Bereiche (z.B. Unfallschutz) oder der Funktionalisierung einzelner Tätigkeitsfelder der Professionals (z.B. des betriebsärztlichen Dienstes für personalpolitische Zwecke, zumal diese auch bei relativ geringem Ausbaugrad bereits durchführbar ist). Auf diese differenzierenden Aspekte wird weiter unten bei der Diskussion der einzelnen Tätigkeitsfelder der Professionals eingegangen.

Auf allgemeiner Ebene können zur Erklärung der relativ geringen Eigenaktivität des Management bei Ausbau und Integration des professionellen Arbeitsschutzes an dieser Stelle vier Thesen formuliert werden:

- Die in der Rechtslage und in der Abhängigkeit der Professionals von der Unternehmensseite begründete Asymmetrie beim Zugriff auf das Arbeitsschutz-System mit ihren Konsequenzen der systematischen Verkürzung und Individualisierung von

Arbeitsschutzmaßnahmen führt gewissermaßen im Selbstlauf zu einem rentabilitätsorientierten Arbeitsschutz im Betrieb. Einige Management-Strategien erweisen sich dann als weitgehend überflüssig.

- Die Unternehmerseite betrachtet das professionelle Arbeitsschutz-System noch überwiegend als Kostenfaktor und hat die Möglichkeiten der Durchsetzung eigener Interessen mit Hilfe dieses Systems noch nicht durchgängig „entdeckt“. Das Arbeitsschutz-System entwickelt und verhält sich dann eher nach den Interessen und der Dynamik der in ihm arbeitenden Professionals.
- Die effektiv wirksamen Aktivitäten von Belegschaften und Betriebsräten zum Ausbau des Arbeitsschutz-Systems führen in der Regel aufgrund ihrer — strukturell und qualifikationsmäßig bedingten — interessenüberfremdeten Sichtweise der Gesundheitssicherung (vgl. Kühn) zu rentabilitäts-kompatiblen Lösungen im Arbeitsschutz. Eigene Strategien des Management sind dann nicht erforderlich.
- Der für Belegschaft und Betriebsrat gegebene Einfluß auf den Ausbau des professionellen Arbeitsschutzes ist das Ergebnis eines labilen Kompromißgleichgewichts zwischen Management und Belegschaft in Fragen der Gesundheitssicherung im Betrieb. Forcierte Aktivitäten der Unternehmerseite unterbleiben dann deshalb, weil sie dieses Gleichgewicht gefährden würden.

2. Institutionelle und personelle Ausprägung des professionellen Arbeitsschutzes im Betrieb

Im folgenden soll zunächst das formelle Vorhandensein der verschiedenen Arbeitsschutz-Professionals in den von der Untersuchung erfaßten Betrieben dargestellt werden. Aufgrund der weiter oben skizzierten Abhängigkeit der Ausprägung des Arbeitsschutz-Systems von der Unternehmensdynamik kann nämlich nicht davon ausgegangen werden, daß objektive gesundheitliche Erfordernisse oder das Inkrafttreten formeller Normen als hinreichende Bedingungen für die Implementierung entsprechender Strukturen im Betrieb angesehen werden können. Schon die Etablierung formeller Arbeitsschutz-Strukturen ist, obwohl gesetzlich vorgeschrieben, demnach als Ergebnis sowohl von Unternehmensstrategien als auch von durch die Belegschaft erzeugtem Problemdruck zu analysieren. Bei der Beurteilung dieses Sachverhaltes ergeben sich allerdings beträchtliche Schwierigkeiten der Interpretation des erhobenen Materials: Grob gesprochen kann die formelle Etablierung von Arbeitsschutz-Professionals als Funktion

- der Betriebsgröße als Sammelindikator für ökonomisches Potential, Planungshorizont, Differenzierung und Verregelung der Entscheidungsstrukturen einerseits sowie Ausprägung und Differenzierung der Interessenvertretung der Belegschaft andererseits,
- des allgemeinen Niveaus der betrieblichen Interessenvertretung,
- des Niveaus der Belegschaftsaktivitäten für Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- der je nach Betriebsgröße variierenden gesetzlichen Erfordernisse sowie
- lokaler bzw. regionaler Besonderheiten des Marktes für Arbeitsschutz-Leistungen angesehen werden.

Diese in Bezug auf die formelle Etablierung professioneller Arbeitsschutz-Strukturen unabhängigen Variablen sind teilweise untereinander stark voneinander abhängig (z.B. hinsichtlich der Abhängigkeit des Niveaus der Belegschaftsaktivitäten von der Betriebsgröße), teilweise sind sie mit Mitteln einer Arbeitnehmerbefragung nicht erhebbar (z.B. das Angebot von Arbeitsschutz-Leistungen in der Region). Von daher sind der Interpretation des Materials Grenzen gesetzt. Eine zusätzliche Begrenzung der Aussagefähigkeit über die betriebliche Existenz der Professionals besteht darin, daß aus ihr kaum Schlüsse auf den Inhalt ihrer Tätigkeit gezogen werden können, im Falle der Betriebsärzte nicht einmal durchgängig auf ihre tatsächliche betriebliche Präsenz.

Dennoch werden die Ergebnisse hier einigermaßen ausführlich präsentiert, weil es zum einen bislang keine Untersuchung vergleichbarer empirischer Breite über die formelle Implementation der durch das ASiG geschaffenen Arbeitsschutz-Strukturen gibt (zur Einschränkung der Repräsentativität vor allem bei den Kleinbetrieben vgl. Einleitung). Da die Erhebung mehr als vier Jahre nach Inkrafttreten des ASiG (im Frühsom-

mer 1979) vorgenommen wurde, können die in ihr zutage tretenden Defizite der formellen Implementation nicht mehr ohne weiteres auf Anlaufschwierigkeiten zurückgeführt werden, sondern verweisen auf hartnäckigere Strukturwiderstände. Hinsichtlich der nicht erst durch das ASiG eingeführten Professionals (staatliche Aufsichtsorgane, Berufsgenossenschaften, Sicherheitsbeauftragte nach § 719 RVO) sind in diesem Zusammenhang mögliche Ausstrahlungswirkungen der Etablierung von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten auf ihre betriebliche Präsenz zu untersuchen. (Vgl. Diekershoff 1979, S. 1.)

Zum anderen ist es für das Rahmen-Verständnis der sich anschließenden Darstellung der Tätigkeitsfelder der Professionals notwendig, zunächst die Akteure vorzustellen. Aus diesem Grunde werden auch die wichtigsten Kritiken an Ausbildung und Tätigkeitsstrukturen der Professionals kurz referiert.

2.1 Betriebsärzte

Durch das ASiG wurden die Unternehmen erstmals verpflichtet, Betriebsärzte zur Erfüllung der Aufgaben nach § 3 dieses Gesetzes zu bestellen. Die Pflicht zur Bestellung besteht in der Regel erst dann, wenn die durch die Unfallverhütungsvorschriften (UVV'n) festgelegte Einsatzzeit 60 Stunden im Jahr überschreitet (§ 2, Abs. 1, Satz 2 VBG 123). Da sich diese Gesamt-Einsatzzeit aus den Einsatzzeiten pro durchschnittlich im Betrieb beschäftigtem Arbeitnehmer zusammensetzt, ergeben sich daraus, je nach Zugehörigkeit zu den verschiedenen Berufsgenossenschaften, die die Einsatzzeiten für ihre Bereiche festlegen, unterschiedliche Mindestbetriebsgrößen zwischen einem (Bau- und Tiefbau-Berufsgenossenschaften) und hundert Arbeitnehmern (z.B. weite Teile der keramischen Industrie) (vgl. Unfallverhütungsvorschrift Betriebsärzte, VBG 123). Die Definition von Untergrenzen für den Einsatz der Betriebsärzte engt den Einzugsbereich des ASiG stark ein. Die letzte amtliche Statistik über die „durch die Unfallverhütungsvorschrift ‚Betriebsärzte‘ erfaßten Betriebe und Versicherten der gewerblichen Berufsgenossenschaften“ findet sich im Unfallverhütungsbericht 1976 (S. 210). Danach waren mit 10,8 Mill. Arbeitnehmern 51,23% der Versicherten in 172.119 Betrieben, das sind 11,2% aller Betriebe, zumindest formell betriebsärztlich versorgt. Dabei variieren die Werte zwischen den Branchen von 0,45% der Betriebe und 28,54% der Beschäftigten (Gruppe Nahrungsmittel und Gaststätten) und 85,20% der Betriebe und 97,40% der Beschäftigten (Gruppe Bau und Tiefbau).

Seither kann auch die formelle Erfüllung des ASiG hinsichtlich der Bestellung von Betriebsärzten und der Ableistung der vorgeschriebenen Einsatzstunden nicht mehr verlässlich ermittelt werden, da die ursprünglich in § 13 ASiG verankerte jährliche Berichtspflicht der Unternehmen mit der Änderung des Jugendarbeitsschutz-Gesetzes vom 12.4.1976 (BGBl I, S. 695) ersatzlos abgeschafft wurde. Diese Vorschriften entfielen

nicht deshalb, weil sie „nicht mehr gebraucht werden“ (Unfallbericht 1976, S. 126), sondern weil sie von den Unternehmen teilweise konzertiert boykottiert und deshalb als nicht durchsetzbar angesehen wurden (Interviews mit Experten aus Aufsichtsbehörden und Unternehmerverbänden). Infolgedessen stellt auch die von Vertretern des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung verbreitete Angabe, derzufolge gegenwärtig ca. 50% aller Arbeitnehmer betriebsärztlich versorgt werden,¹² lediglich eine Schätzung dar. Für einzelne Branchen wurden Anteile von ca. 20% errechnet (vgl. z.B. Holzarbeiterzeitung Nr. 4/1979).

Die Ausdehnung der arbeitsmedizinischen Versorgung auf die Kleinbetriebe durch Veränderung der Untergrenzen der UVV'n wird von den Gewerkschaften immer wieder gefordert. Muhr nennt „beispielhaft . . . hierfür die Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik, bei der aufgrund der ablehnenden Haltung der Arbeitgeberseite nur die Arbeitnehmer in Betrieben mit über 100 Beschäftigten betreut würden. Eine derartige Politik mißachte die gesundheitlichen Interessen der Arbeitnehmer in Kleinbetrieben und kleinen Mittelbetrieben“ (DGB-Nachrichten-Dienst vom 24.4.1980).

Einsatzzeiten

Die Einsatzzeiten für die Betriebsärzte werden von den Berufsgenossenschaften in Minuten pro Jahr je durchschnittlich im Betrieb beschäftigtem Arbeitnehmer festgelegt. Ihr Zustandekommen ist wenig transparent. Sowohl in der Literatur als auch in Interviews wird bemängelt, daß die Einsatzzeiten zu sehr auf die relative und absolute Unfallhäufigkeit einzelner Wirtschaftszweige zugeschnitten sind und zu wenig auf die tatsächliche Belastungsstruktur. So existieren zahlreiche Produktions- und Dienstleistungstätigkeiten, in denen die Unfallgefährdung relativ gering, die tatsächliche Belastung dem gegenüber aber sehr hoch ist, was einen quantitativ großen Einsatz von Betriebsärzten zur Erfüllung der präventiven Aufgaben gemäß § 3 ASiG erforderlich machen würde. Dies trifft z.B. auf alle Formen der Bandarbeit mit ihren bekannt hohen Anforderungen an die körperliche und psychische Kondition der Beschäftigten bei gleichzeitig relativ geringer Unfallgefährdung zu. Die Einsatzzeiten reichen von 6 Minuten pro Jahr (z.B. Betriebe, die mit der Herstellung von Bekleidung und Wäsche befaßt sind, sowie Stickereien, Wirkereien und Nähereien aller Art) bis 72 Minuten pro Jahr (z.B. besonders gefährdete Arbeitnehmer in der chemischen Industrie sowie solche im Bereich der Druck- und Papierverarbeitung) (Übersicht bei Spinnarke/Schorck, Teil IV, 15, Punkt 2—1).

Die Festlegung der Einsatzzeit nach der Anzahl der Arbeitnehmer bedeutet, daß die Anwesenheitszeit der Betriebsärzte im Betrieb in erster Linie eine Funktion der Betriebsgröße ist. Für Klein- und Mittelbetriebe hat dies zur Konsequenz, daß wichtige Basisfunktionen der Betriebsärzte, für die ein von der Beschäftigtenzahl relativ unabhängiger

¹² So z.B. MinRat A. Schulte vom BMaUS auf dem 16. Kongreß f. Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Nov. 1979) in Düsseldorf.

Zeitaufwand betrieben werden müßte (betriebliche Dokumentation, Fortbildung, Kampagnen), kaum in Angriff genommen werden können. Außerdem verschlechtern sich mit abnehmender Anwesenheitszeit die Chancen der Integration des Betriebsarztes in das betriebliche Geschehen und die Kontinuität des Arbeitsschutz-Handelns. Nur wenige Berufsgenossenschaften tragen diesem Umstand durch Differenzierung der Einsatzzeiten je Arbeitnehmer nach Betriebsgrößenklassen in beschränktem Umfang Rechnung.

Die derzeit gültige Systematik der Einsatzzeiten weist daher — gemessen an den Aufgaben nach § 3 ASiG — zumindest drei Schwächen auf:

- Sie ist uneinheitlich für vergleichbare Produktions- und Belastungsstrukturen (u.a. durch Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Berufsgenossenschaften, durch ungleiche Voraussetzungen in Klein- und Großbetrieben),
- Sie ist von ihrer Berechnungsgrundlage her zu stark am Belastungsbereich „Arbeitsunfall“ orientiert.
- Sie ist zumindest in Teilbereichen sicherlich zu niedrig.

Über die reale Verteilung der vorgegebenen Einsatzzeiten auf die verschiedenen Aufgaben der Betriebsärzte gemäß § 3 ASiG gibt es keine empirische Untersuchung. Befragte Experten (sowohl Arbeitsmediziner als auch Betriebsräte) wiesen übereinstimmend darauf hin,

- daß ein zu großer Teil der Einsatzzeiten für Untersuchungen aufgewendet werde (die Schätzungen beliefen sich auf bis zu 90%, vgl. Borgers/Nemitz 1978),
- daß ein unproportional großer Teil der Einsatzzeiten für das Studium der unübersichtlichen Vorschriften und die Erfüllung bürokratischer Verpflichtungen aufgewendet werden müsse,
- daß dort, wo Betriebs-Sprechstunden (mit Ansätzen von kurativer Medizin und Gesundheitsberatung) eingerichtet seien, diese Tätigkeit die anderen Funktionen zu erdrücken drohe,
- daß generell zu wenig Zeit für Betriebsbegehungen und das Kennenlernen des Produktionsprozesses verbleibe, teilweise diese Aktivitäten schon aus Zeitgründen gänzlich unterbleiben müssen. Die vorliegende Statistik eines großen arbeitgebertragenen Zentrums z.B. (20.000 betreute Arbeitnehmer) weist für die Jahre 1975 bis 1977 zwischen 0,1 und 0,3% der Einsatzzeiten für Betriebsbegehungen aus.

Vor diesem Hintergrund sind die Schätzungen einer *optimalen* Verteilung der Einsatzzeiten auf die Aufgabenbereiche nach § 3 ASiG mit großer Skepsis zu betrachten:

Hettinger (1977, S. 51) gibt folgende Verteilung der Einsatzzeiten auf die Aufgaben an, wie sie „aussehen könnte oder sollte“ (ebenda, S. 50).

Tabelle

Weiterbildung Betriebsarzt	15 %
Ausbildung und Organisation Erste Hilfe, Weiterbildung Personal	10 %

Körperschutzartikel prüfen	2 %
Beratung bei Planung-Betriebsanlagen, Beschaffung-Arbeitsmittel, Einführung-Arbeitsverfahren	10 %
Ergonomische und arbeitsmedizinische Probleme (einschließlich Betriebsbegehungen)	33 %
Untersuchung und Beratung der Belegschaftsmitglieder bei Arbeitsplatzwechsel, Wiedereingliederung, Überwachungsunter- suchungen, Einstellungsuntersuchungen	25 %
Sonstiges	5 %

Die Industrieanlagen Betriebsgesellschaft (Blomberg et. al. 1980, S. 112) ermittelte im Auftrage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung für Produktionsbetriebe folgende Grundaufteilung, die jeweils aufgrund betrieblicher Besonderheiten korrigiert werden soll:

Beratung des Arbeitgebers und der sonst für den Arbeitsschutz verantwortlichen Personen	20 %
Untersuchung, arbeitsmedizinische Beurteilung und Beratung der Arbeitnehmer (Erfassung und Auswertung der Untersuchungsergebnisse (ohne „arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“))	44 %
Beobachtung der Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung	15 %
Verhaltensbeeinflussung (Unterweisung, Anleitung) hinsichtlich des Arbeitsschutzes aller im Betrieb Beschäftigten, laufende Schulung	5 %
Verwaltung, Berichterstattung, außerbetriebliche Kontakte	10 %
Fortbildung	4 %
Sonstige	2 %

Diesen Berechnungen und Schätzungen ist gemeinsam, daß sie weder auf transparenten empirischen Untersuchungen fußen noch wissenschaftlich gesichert in der Praxis erprobt wurden.

Die Verteilung der Einsatzzeiten der Betriebsärzte auf die einzelnen Aufgabengebiete gemäß § 3 ASiG muß daher als derzeit unbekannt angesehen werden.

Qualifikation

Besonders in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des ASiG wurde der Mangel an einsatzfähigen Betriebsärzten sowie die Qualität ihrer Ausbildung als wesentlicher Engpaß der Implementation des professionellen Arbeitsschutzes angesehen. Zusätzlich wurde aber auch bald die Ansicht vertreten, daß es nicht nur „darum geht, die Qualifizierung derjenigen Ärzte, die als Betriebsärzte tätig werden, so schnell als möglich voranzutreiben. Vor allem muß aber darauf hingearbeitet werden, daß die Betriebsärzte selbst ihren Auftrag richtig sehen und eine Arbeitsmethode entwickeln, die zu einem Vertrauensverhältnis zu den Arbeitnehmern führt.“ (Janzen 1977, S. 10) Dieser letzte Punkt muß als nach wie vor defizitär bei der Ausbildung der Betriebsärzte gelten.

Nach Inkrafttreten des ASiG konnte jeder approbierte Mediziner als Betriebsarzt bestellt werden, der über „arbeitsmedizinische Fachkunde“ verfügte. Während bei Ärzten mit arbeitsmedizinischer Praxis diese Fachkunde unterstellt wurde, konnten Anfänger auf diesem Gebiet sie innerhalb von 14 Tagen durch 49 Unterrichtsstunden an den „Akademien für Arbeitsmedizin“ erwerben. Allerdings mußte innerhalb von 5 Jahren nach Inkrafttreten des ASiG zusätzlich eine mindestens 3-monatige Kurzausbildung an einer der Akademien absolviert werden. Diese Frist ist inzwischen ausgelaufen. Über den genauen Stand der Ausbildung der derzeit tätigen Betriebsärzte ist gleichwohl keine Klarheit zu gewinnen. Die rechtlichen Regelungen, insbesondere die Übergangs- und Ersatzregelungen, sind von Bundesland zu Bundesland verschieden und derart kompliziert, daß es derzeit keine Stelle gibt, die zu diesem Problem verbindlich Auskunft geben kann. Die Anerkennung der Fachkunde erfolgt durch die Landesärztekammern, die dabei Begriffe wie „in geeigneter Weise“, „ausreichend“ etc. definieren müssen. Übergangsregelungen sind inzwischen teilweise außer Kraft gesetzt worden, z.B. in Nordrhein-Westfalen im Sommer 1977, teilweise greifen sie an den Problemen vorbei, wie z.B. in den Fällen von Ärzten aus dem öffentlichen Gesundheitswesen, die betriebsärztlich tätig werden wollen.

Einem Betriebsarzt mit der 3-monatigen Kurzausbildung wird in der Regel eine hinreichende Fachkunde unterstellt, um unbegrenzt weiter tätig zu sein. Dies gilt jedoch nicht für „besonders gefährdete Betriebe“. Generell gilt die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Diese unterscheidet

- a) die Ausbildung, die zur Führung der „Zusatzbezeichnung Arbeitsmedizin“ berechtigt. Diese umfaßt 1 Jahr Tätigkeit bei einem für diese Ausbildung ermächtigten Arzt. Von diesem Jahr können (und werden in der Regel) 3 Monate durch Besuch der Akademien für Arbeitsmedizin ersetzt. Die Übergangsregelungen sind sämtlich geschlossen, Komplikationen treten bei den Ersatzregelungen auf.
- b) Die Ausbildung für die „Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin“ (Arzt für Arbeitsmedizin, ehemals Facharzt.) Diese besteht aus 2 Jahren Ausbildung in innerer Medizin (von denen 1 Jahr durch variierende andere Ausbildungen ersetzt werden kann) und 2 Jahren Ausbildung bei einem für diese Ausbildung ermächtigten Arzt, von denen 3

Monate durch die Akademie-Ausbildung ersetzt werden können (vgl. Deppe/Priester 1980).

Engpässe entstehen derzeit hauptsächlich bei der Ausbildung durch die ermächtigten Ärzte, so gibt es z.B. in Hessen nur 5 Ärzte, die zur 21- bzw. 24-monatigen Ausbildung ermächtigt sind. Zahlenmäßig unzureichende Ausweichmöglichkeiten entstehen dadurch, daß von den vorgeschriebenen 21 bzw. 24 Monaten die ersten 12 bei einem Arzt mit der Ermächtigung zur 12-monatigen Ausbildung (vgl. a)) absolviert werden, wodurch die wenigen zur Voll-Ausbildung ermächtigten Ärzte entlastet werden.

Bis Ende 1979 wurden ca. 10.500 arbeitsmedizinische Fachkunde-Bescheinigungen erteilt. Die Gesamtzahl der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ lag zu diesem Zeitpunkt bei 2.100, die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ dürften 715 Ärzte führen (FAZ 15.10.1980). Lediglich ca. 2.500 Betriebsärzte sind in der Bundesrepublik hauptamtlich tätig (Schulte 1979, vgl. Anm. 12). Die Verteilung der unterschiedlich qualifizierten Ärzte auf die verschiedenen Tätigkeitsformen (Teilzeit/Vollzeit) und die verschiedenen Organisationstypen (arbeitsmedizinische Zentren/angestellte Betriebsärzte) ist unbekannt.

Betriebsärzte in dieser Untersuchung

Von den in der vorliegenden Untersuchung befragten Arbeitnehmern kamen 82,7% aus Betrieben mit betriebsärztlicher Versorgung. Diese Ziffer liegt — wie gezeigt — mit Sicherheit erheblich über dem Durchschnitt aller Betriebe. Das liegt vor allem an der krassen Unter-Repräsentanz von Befragten aus Klein- und Kleinstbetrieben (vgl. dazu Einleitung). Die folgenden Ausführungen über das Vorhandensein von Betriebsärzten zeichnen insoweit ein deutlich zu positives Bild.

Erwartungsgemäß ergeben sich erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Verteilung nach Betriebsgrößenklassen.

*Tab. 7:
Betriebsärztliche Versorgung nach Betriebsgrößenklassen (in % der Befragten)*

In Betrieben mit ... Arbeitnehmern	- 100	- 500	- 1000	- 2000	2000	Gesamt
Betriebsärztliche Versorgung	40,3	70,3	85,7	92,8	98,7	82,7
(31/46) n = 1318						s = * *

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Ergebnisse dieser Studie ein mit Sicherheit zu positives Bild von der formellen Implementation des ASiG zeichnen, muß festgestellt werden, daß ein erheblicher Teil der dazu gesetzlich verpflichteten Unterneh-

men keinen Betriebsarzt bestellt hat, von den kleineren Mittelbetrieben mit 101 bis 500 Arbeitnehmern immerhin fast ein Drittel.

Hierfür gibt es verschiedene Gründe:

1. Die externe Kontrolle nach § 13 ASiG, nach der die Unternehmen u.a. „die Zahl der am 31. Dezember des abgelaufenen Kalenderjahres im Betrieb tätigen Betriebsärzte. . .“ dem Gewerbeaufsichtsamt und der zuständigen Berufsgenossenschaft schriftlich mitzuteilen hatten, ist 1976 weggefallen.
2. An seine Stelle tritt keine effektive Einzelfallkontrolle durch diese Stellen, zumal sich „die Aufsichtsbeamten (sowohl der Berufsgenossenschaft als auch der Gewerbeaufsicht, R.R.) mehr als Berater denn als Aufsichtspersonen verstehen“ (BAU 1980, S. 44).
3. Selbst wenn die Aufsichtsbehörde eingreifen würde, wären ihren Sanktionsmöglichkeiten zu schwach: „Grobe und fahrlässige“ Verstöße gegen die Unfallverhütungsvorschriften können mit Ordnungsstrafen bis zu 10.000 DM geahndet werden. Dem stehen z.B. in einem Betrieb von 350 Beschäftigten bei einer Einsatzzeit von 0,5 Stunden pro Jahr und Arbeitnehmer und dem Preis einer betriebsärztlichen Einsatzstunde von 150 DM Kosten in Höhe von 26.250 DM gegenüber. Obwohl die Nicht-Durchführung betriebsärztlicher Versorgung — namentlich in Mittel- und Kleinbetrieben — oft auf mangelnde Einsicht in das „wohlverstandene Eigeninteresse“ der Unternehmensseite zurückgeführt wird und auch wohl auf politische Borniertheiten der Eigentümer, macht das Zahlenbeispiel plausibel, daß es durchaus betriebswirtschaftlich rationale Gründe für die Nicht-Erfüllung der gesetzlichen Bestimmungen geben kann. Den Kosten für betriebsärztliche Versorgung steht im Rahmen des kurzen Planungshorizonts von Mittel- und Kleinbetrieben, sowie bei Einsatz externer Vertragsärzte mit insgesamt geringer Anwesenheitszeit und Betriebskenntnis kein erkennbarer Nutzen in den betrieblichen Kalkülen gegenüber. Im Gegenteil steht für die Unternehmen zu befürchten, daß durch betriebsärztliche Tätigkeit über die unmittelbaren Kosten hinaus Aufwendungen für Veränderungen im Produktionsprozeß sowie höhere Investitionskosten bei neuen Anlagen evoziert werden können.
4. Das immer noch knappe Angebot an Arbeitsmedizinern ermöglicht es zahlreichen Unternehmen, vor allem außerhalb der Agglomerationsräume, die Nicht-Bestellung von Betriebsärzten sowohl gegenüber der Aufsichtsbehörde als auch gegenüber der Belegschaft zu legitimieren.
5. Auch von Seiten der Belegschaft kann gerade in den überwiegend betroffenen Klein- und Mittelbetrieben oft kein wirksamer Druck auf die wenigstens formelle Erfüllung des ASiG entwickelt werden, da in diesen Betrieben die Repräsentanz der Gewerkschaft und die betriebliche Mitbestimmung relativ häufig schwach sind.

Der statistische Zusammenhang zwischen dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz und dem Grad der Ausstattung mit betriebsärztlicher Versorgung ist relativ stark. (Tab . 8)

Sieht man von den Kleinbetrieben mit bis zu 100 Arbeitnehmern ab, bei denen die

Sämtliche in diesen Organisationsformen tätigen Betriebsärzte müssen zumindest „fachkundig“ im Sinne der VBG 123 (siehe oben) sein. In den überbetrieblichen Zentren arbeiten sowohl hauptberufliche als auch eine Vielzahl von Teilzeit-Ärzten mit unterschiedlichen Vertragstypen. Angestellte Betriebsärzte finden sich vorwiegend in Groß- bzw. großen Mittelbetrieben, deren Einsatzzeit einen oder mehrere Betriebsärzte auslasten (bei einer jährlichen Netto-Einsatzzeit von ca. 1.700 Stunden pro Vollzeit-Arzt durchschnittlich ab ca. 2.500 Arbeitnehmer). Mittel- und Kleinbetriebe, soweit sie nach VBG 123 einen Betriebsarzt bestellen müssen, schließen sich entweder einem überbetrieblichen Zentrum an oder verpflichten freiberufliche Ärzte.

In der Bundesrepublik gibt es derzeit ca. 250 arbeitsmedizinische Zentren, von denen

- 98 von Arbeitgebern und privaten Vereinen,
- 29 von den Technischen Überwachungsvereinen und
- 125 von den Berufsgenossenschaften

getragen werden. Hinzu kommen 12 stationäre und 21 mobile Zentren der Berufsgenossenschaften Bau und Tiefbau, die keinen bestimmten Betrieben zugeordnet sind. (Übersicht in: Unfallverhütungsbericht 1979, S. 44 ff.).

Die Verteilung der betriebsärztlichen Versorgungstypen nach Betriebsgrößenklassen ist in Tabelle 9 wiedergegeben.

*Tab. 9:
Betriebsärztlicher Versorgungstyp nach Betriebsgrößenklassen*

Versorgungstyp	festang. Betr.Arzt	externer Betr.Arzt	BG-Zentrum	TÜV-Zentrum	Arbeitgeber- Zentrum
Betriebe mit ... AN	in % der Befragten				
– 100	12,2	46,9	22,4	0	18,4
– 500	21,0	44,7	16,4	4,3	13,7
– 1000	32,1	41,4	10,5	4,3	11,7
– 2000	51,2	31,7	6,5	1,6	8,9
2000 und mehr	77,3	11,7	7,8	1,3	1,9
Gesamt	37,9	35,9	12,4	3,0	10,7

(31/160) n = 821

s = * *

Es zeigt sich, daß insgesamt festangestellte Betriebsärzte und externe Vertragsärzte ungefähr gleich häufig vertreten sind und zusammen nahezu drei Viertel der betriebsärztlichen Versorgung stellen. Deutlich ist die Attraktivität des festangestellten Arztes bei entsprechender Betriebsgröße, die in Großbetrieben diesen Versorgungstyp auf Kosten

aller anderen wachsen läßt.¹³ Über die unterschiedliche Qualität arbeitsmedizinischer Versorgung durch die einzelnen Organisations-Typen lassen sich keine einheitlichen Aussagen treffen. Die im Rahmen der Untersuchung durchgeführten — keineswegs flächendeckenden — Experteninterviews lassen vor allem auf immense Unterschiede in Umfang, Richtung und Qualität arbeitsmedizinischer Leistungen schließen. Diese reichen von vertraglich vereinbarter „Nicht-Leistung“ durch Vertragsärzte oder (arbeitgebergetragene) arbeitsmedizinische Zentren, in denen kein Arzt tätig ist (Tuchmann, IG Metall, Verwaltungsstelle Dortmund, S. 39 f.; Konrad, IG Metall, Verwaltungsstelle Berlin, S. 40, beide in: IG Metall 1977). Zwischenformen stellen die Verpflichtung zur Unterlassung von Betriebsbegehungen und/oder Sprechstunden und Untersuchungen innerhalb des Betriebes, die Beschränkung der Tätigkeit auf Untersuchungen und Erste Hilfe oder die Unterlassung von Vorschlägen, deren Realisierung Investitionen zur Folge hätten, dar. Ärzte in allen Typen der Versorgung stehen auch häufig unter dem Druck der Verletzung ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Personalabteilungen (§ 203 StGB), in Einzelfällen wurde von Versuchen berichtet, über den Betriebsarzt Zugang zu den Patientenunterlagen behandelnder Ärzte zu erhalten.

Das Ausmaß der Bereitschaft von Ärzten und Zentren, auf derartige Zumutungen teilweise einzugehen, ist neben subjektiven Faktoren vom Ausmaß der Anbieterkonkurrenz auf dem Markt für arbeitsmedizinische Leistungen abhängig (vgl. S. 39 ff.). Diese differieren aber regional und subjektiv derart stark, daß kaum sichere Aussagen über den Zusammenhang zwischen Versorgungstyp und Leistung getroffen werden können.

Stattdessen sollen kurz einige für diese Untersuchung relevanten Kriterien skizziert werden:

1. Das Kriterium der Integration in das betriebliche Geschehen als Voraussetzung kontinuierlicher und kontextnaher Interaktion mit der Belegschaft und dem Betriebsrat wird zweifellos von festangestellten Betriebsärzten am besten erfüllt. Auch unter dem Kriterium der arbeitsmedizinischen Qualifikation dürfte der angestellte Betriebsarzt in der Regel die günstigsten Voraussetzungen aufweisen. Andererseits befindet er sich als Angestellter des Unternehmens in direkter ökonomischer und sozialer Abhängigkeit und eignet sich u.U. eher als in das betriebliche Geschehen weniger integrierte Ärzte als Ansprechpartner für eine personalpolitische Funktionalisierung seiner Tätigkeit. Dies kann zumindest teilweise durch das Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats bei der Bestellung, Abberufung und Aufgabenfestlegung (§ 9, Abs. 3 ASiG) sowie ein hohes Engagement seitens der Belegschaftsvertretung kompensiert werden. Betriebsärztliche Versorgung durch einen angestellten Arzt kommt praktisch nur für Großbetriebe in Frage.

2. Hinsichtlich des externen Vertragsarztes lassen sich aufgrund der nicht flächendeckenden Experteninterviews verallgemeinerbare Aussagen noch weniger treffen: Aus-

¹³ Bei den kleineren Betrieben mit festangestellten Ärzten dürfte es sich durchweg um Konzernbetriebe handeln.

maß und Intensität der Integration hängen außer von den vorgegebenen Einsatzstunden vor allem von subjektiven Faktoren ab. In der Gruppe der externen Vertragsärzte sind — bei eindeutigem Schwergewicht auf den unteren Stufen — alle Grade der formellen Qualifikation sowie alle Spielarten und Intensitäten der Kooperation sowohl mit der Unternehmensleitung als auch mit der Belegschaftsvertretung zu finden. Der Grad der Integration ist zudem zu einem erheblichen Teil davon abhängig, ob Sprechstunden und Untersuchungen in den meist nebenher betriebenen Praxen oder in den Räumlichkeiten des Betriebes durchgeführt werden. Der freiberufliche Vertragsarzt ist in seiner Arbeit rechtlich lediglich durch die Unabhängigkeit bei der Anwendung der Fachkunde gedeckt (§ 8 ASiG), ein formelles Mitbestimmungsrecht des Betriebsrates besteht, wenn erst die mitbestimmungspflichtige Entscheidung über den Typ der Versorgung gefallen ist,¹⁴ bislang nicht.

3. Letzteres gilt auch für alle Typen überbetrieblicher arbeitsmedizinischer Dienste. Auch bei diesen ist die Varianz der angebotenen Leistungen selbst dann noch recht groß, wenn man von den offensichtlich unseriösen Fällen (vgl. oben) absieht. Angeboten wird in der Regel eine arbeitsmedizinische Versorgung auf technisch hohem Niveau, jedoch bietet die Verpflichtung selbst eines großen arbeitsmedizinischen Zentrums nicht unbedingt die Gewähr für die Erfüllung auch nur der formellen Verpflichtungen im Sinne regelmäßiger und ausreichender Anwesenheit im Betrieb, Teilnahme an Sitzungen des Arbeitsschutz-Ausschusses oder regelmäßiger Betriebsbegehungen.

Der Integration in das betriebliche Geschehen steht zudem die Verlagerung eines Großteils der Tätigkeiten, meist aller Untersuchungen, aus dem Betrieb in die Räumlichkeiten des Zentrums entgegen. Bei einzelnen arbeitgeber- und TÜV-getragenen Zentren konnte die Tendenz beobachtet werden, die verschiedenen angestellten Ärzte in häufig wechselnden Betrieben einzusetzen, so daß sich eine Integration in das betriebliche Geschehen nicht einmal in Ansätzen herstellen konnte (Experteninterviews). Einwirkungsmöglichkeiten auf die Struktur der Leistungen und den Einsatz der Ärzte durch die Belegschaftsvertretung bestehen wegen der halb-paritätisch besetzten Aufsichtsgremien am ehesten bei den berufsgenossenschaftlichen Zentren. In die Richtung einer Verstärkung dieser Tendenz weisen auch Diskussionen über die Einrichtung halb-paritätisch besetzter Beiräte zu den einzelnen arbeitsmedizinischen Diensten der Berufsgenossenschaften.

Insgesamt bietet sich aufgrund der Experteninterviews und Gruppendiskussionen kein klares Bild hinsichtlich der großen Qualitätsunterschiede bei der arbeitsmedizinischen Versorgung. Auch die Betrachtung der Wahl des Versorgungstyps in Abhängigkeit von den Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz ergibt keinerlei erkennbare Tendenzen, die etwa auf durchgesetzte Präferenzen der Belegschaft hinsichtlich bestimmter Versorgungstypen schließen lassen könnten (ASBEL/160). Dabei ist aller-

¹⁴ BAG I ABR 34/77 5 Ta 31/76 vom 10.4.1979, vgl. auch: Mitbestimmung bei der betriebsärztlichen Versorgung, in: Der Gewerkschafter Nr. 9/1979, S. 32.

dings zu berücksichtigen, daß die Befragung vor dem Urteil des Bundesarbeitsgerichtes, das dem Betriebsrat ein Mitbestimmungsrecht bei der Wahl des Versorgungs-Typs einräumt, durchgeführt wurde, die Durchsetzung eventuell bestehenden Präferenzen demnach nur informell möglich gewesen wäre.

2.2 Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Die Bestellung von Fachkräften für Arbeitssicherheit (SiFa) wurde ebenso wie die der Betriebsärzte den Unternehmen erst durch das ASiG zur Pflicht gemacht. Ihre Aufgaben werden in § 6 ASiG beschrieben.

Die gesetzliche Verpflichtung zur Bestellung von SiFa's ist von Mindest-Betriebsgrößen abhängig, die je nach Berufsgenossenschaft zwischen 20 und 50 durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmern liegen. Nach der letzten vorliegenden amtlichen Statistik (Unfallverhütungsbericht 1976, S. 209) waren von der UVV „Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ 60.136, d.h. 3,91% aller Betriebe mit 11,9 Mill. Beschäftigten (56,19%) erfaßt.

Die Einsatzzeiten liegen zwischen 12 Minuten (vor allem im Verwaltungsbereich) und 300 Minuten pro Jahr und Arbeiter (z.B. in den Bereichen Bau, Tiefbau und Bergbau).

Hinsichtlich der Einsatzstunden der Sicherheitsfachkräfte wird kritisiert, daß sie von den einzelnen BG's nicht aufgrund tatsächlicher Aufgabenanalysen, sondern vielmehr auf der Basis von Schätzungen anhand der — ausschließlich am Unfallschutz ausgerichteten — Gefahrentarife zustande gekommen sind.

Dies führt dazu,

- daß über die Rationalität der festgelegten Einsatzstunden keine Aussagen getroffen werden können und
- daß für gleichartige Betriebe — je nach Zugehörigkeit zur BG — sehr verschiedene Einsatzzeiten gelten können.

In den Tab. 10 und 11 wird die Unterschiedlichkeit der Einsatzzeiten an Beispielen verdeutlicht.

Die Ausbildung zum Sicherheitsingenieur besteht entweder aus einem abgeschlossenen Studium zum Sicherheitsingenieur (Dipl.Ing. oder Ing. (grad.)), für die Studiengänge bislang lediglich an der Gesamthochschule Wuppertal und der Technischen Fachhochschule Berlin bestehen, oder einem abgeschlossenen Ingenieurstudium, entsprechender Arbeitsschutz-Praxis und/oder den Arbeitsschutz-Lehrgängen A und B, die von den BG's und der BAU konzipiert wurden und durchgeführt werden und jeweils 14 Tage dauern.

Sicherheitstechniker und Sicherheitsmeister benötigen neben ihrer allgemeinen Berufsausbildung ebenfalls diese beiden Lehrgänge.

Kritisiert wird an dieser Ausbildung (Experteninterviews),

*Tab. 10:
Einsatzzeit von Sicherheitsfachkräften in Krankenanstalten
bei unterschiedlicher Zugehörigkeit zu einer Berufsgenossenschaft*

Berufsgenossenschaft	Einsatzschwelle Beschäftigte	Erforderliche Einsatzzeit in Stunden pro Arbeit- nehmer und Jahr
Bergbau-Berufsgenossenschaft ab 21		0,50 Stunden
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	von 30 bis 50 Beschäftigten	2,00 Stunden
	von 51 bis 100 Beschäftigten	1,50 Stunden
	über 100 Beschäftigte	0,75 Stunden
Gemeindeunfallversicherungs- verband für das Saarland	mind. 100 Einsatzstunden (entspr..67 Beschäftigten)	1,50 Stunden
Berufsgenossenschaft	Einsatzstunden in einem Krankenhaus mit 65 Beschäftigten	Einsatzstunden in einem Krankenhaus mit 130 Beschäftigten
Bergbau-Berufsgenossenschaft	32,5 Einsatzstunden	65,0 Einsatzstunden
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	122,5 Einsatzstunden	197,5 Einsatzstunden
Gemeindeunfallversicherungs- verband für das Saarland	0*)Einsatzstunden	195,0 Einsatzstunden

*) Da die Einsatzschwelle 100 Stunden, die berechnete Einsatzzeit aber nur 97,5 Stunden be-
trägt, ist der Arbeitgeber nicht verpflichtet, eine Sicherheitsfachkraft zu bestellen.

Quelle: Das Arbeitssicherheitsgesetz, Hrsg.: Arbeitskammer des Saarlandes, Saarbrücken 1979,
S. 27

*Tab. 11:
Einsatzzeiten von Sicherheitsfachkräften bei verschiedenen
Berufsgenossenschaften (Verwaltungs- und Bürobereich)*

Berufsgenossenschaft	Einsatzzeit Std./Jahr je Arbeitnehmer
BG Druck und Papier	0,70 – 0,30
Süddeutsche Holz BG	2,00 – 1,00
BG der Feinmechanik und Elektrotechnik	1,20 – 0,60
Süddeutsche Eisen und Stahl BG	0,20
BG der Gas- und Wasserwerke	0,25 – 0,20
Gemeindeunfallversicherungsverband für das Saarland	0,20
Verwaltungs-BG	0,20

Quelle: Das Arbeitssicherheitsgesetz, Hrsg.: Arbeitskammer des Saarlandes, Saarbrücken 1979,
S. 45

- daß sie insgesamt viel zu kurz und von daher unzureichend ist,
- daß sie nach wie vor überwiegend am „sicherheitsbewußten Verhalten“ der Individuen und zu wenig an gefährdenden Verhältnissen ansetzt,
- daß der Arbeitsunfall — entgegen Wortlaut und Intention des ASiG — im Mittelpunkt steht, während gesundheitsgefährdende bzw. -schädigende Gestaltungen des Arbeitsprozesses zu kurz kommen,
- daß sie ungenügend auf die Kooperation mit den anderen professionellen Arbeitsschutz-Akteuren, vor allem den Betriebsärzten, vorbereitet,
- daß sie die Arbeit der Sicherheitsfachkräfte zu stark als abgeleitete Aufgabe der Unternehmensleitung begreift, wodurch nicht gerade optimale Voraussetzungen für die Kooperation mit der Belegschaft und ihren Vertretungsorganen geschaffen werden.
- daß die Sicherheitsfachkräfte zu sehr als technische Experten ausgebildet werden und zu wenig Wert auf ein Berufsverständnis gelegt wird, das Arbeitsschutz vor allem als Service-Leistung für die Betroffenen begreift, für deren Erfolg die Stärkung der autonomen Kompetenz der Belegschaften notwendig ist.

Ergebnisse dieser Qualifikationsdefizite benennen Gottschalk/Gürtler (1979, S. 148 f.), wenn sie auf die Kooperationsschwierigkeiten mit SiFa's hinweisen,

- die ohne ausreichende Konsultation mit dem Betriebsrat arbeiten und infolgedessen auch „Widerstand bei gut gemeinten Neuerungen (erfahren)“ und/oder
- die „als eine Art Unternehmensberater mit Sanierungsauftrag“ vorwiegend die Kosten des Arbeitsschutzes minimieren wollen und/oder
- die aufgrund mangelnder Betriebskenntnis „im Unfallverletzten den Krankfeierer und Simulanten (sehen), der seine Unfälle durch Unvorsichtigkeit und bodenlosen Leichtsinns selbst herbeiführt.“

Über die Kriterien, nach denen die Betriebe zwischen Ingenieuren, Technikern oder Meistern für die Tätigkeit der Sicherheitsfachkräfte entscheiden sollen, gibt es keine verbindlichen Richtlinien. Die Auswahl erfolgt deshalb meist unter dem Aspekt des verfügbaren Personals im Betrieb, aufgrund von Kostenüberlegungen oder als Resultat von Forderungen der Belegschaft, wenn nicht das Gewerbeaufsichtsamt oder die BG im Einzelfall Auflagen nach § 12,1 ASiG macht, die z.B. die Pflicht zur Bestellung eines Sicherheitsingenieurs beinhalten können.

Wie bei den Betriebsärzten ist es den Unternehmen freigestellt,

- ganztätige, hauptamtliche Sicherheitsfachkräfte,
- nebenamtliche Sicherheitsfachkräfte,
- Sicherheitsfachkräfte aus überbetrieblichen Zentren der Berufsgenossenschaften oder des TÜV,
- Sicherheitsfachkräfte aus überbetrieblichen Zentren auf privater Basis oder
- freiberuflich tätige Sicherheitsfachkräfte zu bestellen.

Auf die besonderen Wirkungen, die die Herausbildung eines speziellen Marktes der Anbieter von Arbeitsschutz-Leistungen hervorbringt, wurde weiter oben eingegangen (vgl. S. 39 ff.). Allerdings spielen außer- und überbetriebliche sicherheitstechnische Dienste bislang eine erheblich geringere Rolle als die überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Zentren. Dies ist einmal auf die geringere Tradition der Freiberuflichkeit in den betreffenden Berufszweigen zurückzuführen und zum anderen auf die Möglichkeit der Unternehmen, bei der Rekrutierung von SiFa's auf im Betrieb vorhandenes Personal, ggf. nach einer Zusatzausbildung, zurückzugreifen.

Die Möglichkeit, Sicherheitsfachkräfte aus der eigenen Belegschaft zu bestimmen, führt fast durchgängig zur Aufteilung der vorgeschriebenen Einsatzzeiten auf mehrere Personen („Splitting“). Dies geschieht sehr häufig auch dann, wenn die Voraussetzungen zum Einsatz einer vollamtlichen SiFa (1.800 Einsatzstunden pro Jahr) gegeben sind. In solchen wie in allen Fällen nebenamtlicher Sicherheitsfachkräfte, die außer dieser Aufgabe noch betriebliche Funktionen (meist Vorgesetzte als Vorarbeiter, Meister, Gruppen- oder Abteilungsleiter) zu erfüllen haben, entsteht für die Betroffenen ein Rollenkonflikt zwischen ihrer Verantwortlichkeit für reibungslose Produktion und Kostensenkung einerseits und der Sicherheitsaufgabe andererseits, der nach übereinstimmender Auskunft der Experten in der Regel zu Lasten der Sicherheitsaufgabe entschieden wird (vgl. auch: Nitschki 1978, S. 84; sowie: Arbeitskammer des Saarlandes (Hrsg.) 1979, S. 36 ff.).

- Zusätzlich entsteht beim Splitting meist die Tendenz,
- daß wegen der asymmetrischen Erwartungshaltung der betrieblichen Vorgesetzten die Arbeitsschutz-Aufgaben im Vergleich zu den sonstigen beruflichen Anforderungen sachlich und zeitlich zu kurz kommen,
 - daß eine Reihe von zeitaufwendigen „Basisaktivitäten“ (Aufbau arbeitsschutzbezogener Arbeitsplatz-Beschreibungen, Aufbau einer Dokumentation, Erarbeitung von Arbeitsschutz-Programmen, Durchführung von Kampagnen etc.) nicht durchgeführt werden, da die für sie notwendige Kontinuität des Einsatzes nicht gegeben ist;
 - daß die Sicherheitsfachkräfte nur unzureichend in den Prozeß der betrieblichen Planung einbezogen werden.

Eine Aufteilung der Einsatzzeiten kann nur dann als funktional angesehen werden, wenn ein Betrieb aus technisch stark divergierenden Einheiten bzw. Abteilungen besteht. In allen anderen Fällen dürfte der Vorteil der Dezentralität und Kontextnähe von den Nachteilen überwogen werden.

Das Splitting stellt neben dem generellen Problem der wirtschaftlichen und sozialen Abhängigkeit von der Unternehmensleitung und den Mängeln der Ausbildung das wichtigste Hindernis auf der Ebene struktureller Voraussetzungen für eine betroffenenorientierte Arbeit der Sicherheitsfachkräfte dar. An ihm haben bislang auch klare Aussagen seitens des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung viel ändern können: „Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß die Aufgaben am besten erfüllt werden

können, wenn die Einsatzzeit bei weniger als 1800 Jahreseinsatzstunden auf eine Fachkraft und bei mehr als 1800 Jahreseinsatzstunden auf hauptamtliche Fachkräfte konzentriert wird. Je mehr an Einsatzzeit auf eine Fachkraft entfällt, desto besser ist sie in der Lage, sich mit den Arbeitssicherheitsproblemen vertraut zu machen: Sie kann im Bereich auch mehr Erfahrungen auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit sammeln. Es ist deshalb erforderlich, die Einsatzzeit auf möglichst wenige Fachkräfte zu konzentrieren, um eine wirksame Erfüllung der Aufgaben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz sicherzustellen. Wenn die Einsatzzeit nach der Unfallverhütungsvorschrift z.B. 1800 Jahresstunden erreicht, ist eine hauptamtlich tätige Fachkraft zu bestellen. Die Aufteilung von weniger als 1800 Jahreseinsatzstunden, z.B. 900 Jahreseinsatzstunden auf mehrere Personen, widerspricht der Zielsetzung des Arbeitssicherheitsgesetzes.“ (zit. nach: Arbeitskammer des Saarlandes (Hrsg.), 1979, S. 38 f.).

Weder die Aufsichtsbehörden, die nach § 12 ASiG entsprechend eingreifen könnten, noch die Betriebsräte, denen nach § 9 Abs. 3 ASiG in Verbindung mit § 87 Abs. 1 Nr. 7 Betriebsverfassungsgesetz ein Mitbestimmungsrecht über die Verteilung der Einsatzzeiten zukommt, machen bislang einen hinreichenden Gebrauch von ihren Möglichkeiten, das Splitting der Einsatzzeiten zu verhindern.

Infolge dessen wurde in den ersten fünf Jahren der Wirksamkeit des ASiG bis Ende 1979 von den ca. 60.000 insgesamt bestellten Sicherheitsfachkräften nur

- ca. 2.800 von ca. 14.000 Sicherheitsingenieuren,
- ca. 2.000 von ca. 12.000 Sicherheitstechnikern und
- ca. 3.400 von ca. 34.000 Sicherheitsmeistern

als hauptamtliche Sicherheitsfachkräfte bestellt (Unfallverhütungsbericht 1979, S. 44).

Die — gegenüber den Betriebsärzten — prozentual bessere Ausstattung der von der Untersuchung erfaßten Betriebe mit Sicherheitsfachkräften muß vor dem Hintergrund dieser strukturellen Defizite betrachtet werden.

*Tab. 12:
Ausstattung der Betriebe mit Sicherheitsfachkräften
gemäß §§ 5 und 6 ASiG (in % der Befragten)*

Betriebe mit ... AN	- 100	- 500	- 1000	- 2000	2000	Gesamt
	87,5	86,7	93,7	94,3	97,6	92,3

(31/46) n = 1318

s = **

Die Bestellung von Sicherheitsfachkräften, vor allem in Form der zusätzlichen Aufgabenübertragung an Meister, Techniker und Ingenieure innerhalb der Belegschaft, wirkt für die Betriebsleitung weniger Probleme auf als die Verpflichtung eines Betriebsarztes. Infolgedessen kann auch nicht überraschen, daß der Zusammenhang zwischen der

Ausstattung mit Sicherheitsfachkräften und dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz relativ schwach ausgeprägt ist (Index ASBEL erstes Quartil: 86,5%; viertes Quartil: 97,6% ASBEL/46, n = 1318).

Die Ausstattung mit Sicherheitsfachkräften der in dieser Untersuchung erfaßten Betriebe liegt über dem Durchschnitt aller zur Bestellung von Sicherheitsfachkräften verpflichteten Betriebe, der Unfallverhütungsbericht schätzt den durchschnittlichen Erfüllungsgrad auf 85% (Unfallverhütungsbericht 1979, S. 44).

2.3 Sicherheitsbeauftragte

Die Institution des Sicherheitsbeauftragten im Betrieb wurde in ihrer heutigen Form durch das 1963 in Kraft getretene Gesetz zur Neu-Regelung des Rechtes der Unfallversicherung (BGBl I, S. 241) in § 719 der RVO gesetzlich verankert:

„(1) In Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten hat der Unternehmer einen oder mehrere Sicherheitsbeauftragte zu bestellen. Die Bestellung hat unter Mitwirkung des Betriebsrates (Personalrates) zu erfolgen. Die Berufsgenossenschaft kann für Betriebe mit geringer Unfallgefahr die Zahl 20 in ihrer Satzung erhöhen. . . (2) Die Sicherheitsbeauftragten haben den Unternehmer bei der Durchführung des Unfallschutzes zu unterstützen insbesondere sich von dem Vorhandensein und der ordnungsgemäßen Benutzung der vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen fortlaufend zu überzeugen. (3) Die Sicherheitsbeauftragten dürfen wegen der Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgabe nicht benachteiligt werden.“

Die Berufsgenossenschaften haben die Größe des Zuständigkeitsbereichs der Sicherheitsbeauftragten sehr unterschiedlich festgelegt: Sie reicht von 1:70 im Bereich der Maschinenbau- und Kleineisen-Industrie-Berufsgenossenschaft bis 1:500 für Betriebe der Textil- und Bekleidungs-Berufsgenossenschaft (Anlage zu § 9 der VBG 1). Angesichts dieser Größenordnungen kann der Sicherheitsbeauftragte nicht in allen Branchen als kontextnaher und dezentraler Fachmann für Arbeitssicherheit angesehen werden.¹⁵

Die Aufgabenstellung der Sicherheitsbeauftragten ist rechtlich durch ihre dreifache Anbindung an die Unternehmensleitung,

- von der sie ernannt werden,
 - die sie zu unterstützen haben und
 - von der ihnen ihre Aufgaben mehr oder weniger detailliert übertragen werden,
- sowie durch ihre ausdrückliche Beschränkung auf den Unfallschutz eingegrenzt. Diesen negativen Voraussetzungen für umfassender verstandene Arbeitsschutz-Tätigkeit steht als Positivum lediglich ein eingeschränkter Kündigungsschutz, der auf eine gewisse Unabhängigkeit hindeuten könnte, gegenüber.

¹⁵ Andererseits ist zu berücksichtigen, daß der Sicherheitsbeauftragte gerade in sonst gänzlich unversorgten Kleinbetrieben (ab 20 Arbeitnehmern) die einzige personelle Repräsentanz des Arbeitsschutzes darstellt. Auf diesen Aspekt kann hier nicht weiter eingegangen werden.

Sicherheitsbeauftragte benötigen für ihre Ernennung keine formelle Qualifikation. Dies führt in der Praxis zu erheblichen Defiziten. In einer Untersuchung über 400 Sicherheitsbeauftragte in 8 Großbetrieben fand Diekershoff (1979) 52,0% ohne jede Einweisung, 31,5% mit einer kurzen Instruktion und nur 10,3% mit einer als intensiv bezeichneten externen Unterweisung.

Die betriebsexterne Ausbildung von Sicherheitsbeauftragten wird überwiegend durch die Berufsgenossenschaften vorgenommen, sie macht nach Anzahl der Kurse und Teilnehmer ca. 10% der Ausbildungstätigkeit der Berufsgenossenschaften aus.

*Tab. 13:
Schulungskurse der gewerblichen Berufsgenossenschaften für Sicherheitsbeauftragte 1979*

Dauer der Ausbild.	bis 1/2 Tag	bis 1 Tag	2-3 Tage	mehr als 3 Tage	Gesamt
Zahl der Kurse	94	174	564	209	1.041
Zahl der Teilnehmer	2.083	5.382	15.785	6.090	29.300

Quelle: Unfallverhütungsbericht 1980, S. 76 f.

Das Schwergewicht liegt damit auf einer 2- bis 3-tägigen Ausbildung, Diekershoff kam für das von ihm untersuchte Sample auf einen Durchschnitt von 2,39 Tagen einschließlich der Sicherheitsbeauftragten, die an mehreren Schulungskursen teilgenommen hatten.

Quantität und wohl auch Inhalte dieser Unterweisungen und Schulungen können eine ganz überwiegend personalisierende Ursachenzuschreibung bei den Arbeitsunfällen nicht abbauen, bei der „zu fast zwei Dritteln Faktoren im personalen Verhaltensbereich als vorrangig“ angesehen werden (Diekershoff, S. V, vgl. dazu: Kühn, Interessenvertretung, S. 115 ff.). Weitere Einschränkungen der Wirksamkeit der Sicherheitsbeauftragten für den Arbeitsschutz resultieren aus in der Regel nicht formell festgelegten, im Ergebnis zumeist zu geringen Einsatzzeiten: Nach eigener Einschätzung hatten 30,3% der von Diekershoff Befragten bis zu einer Stunde, 19,0 bis zu zwei Stunden, 9,3% bis zu drei Stunden und 12,1% mehr als vier Stunden pro Woche Zeit für die Erfüllung ihrer Aufgaben, in den meisten Fällen zudem nicht nach einem Programm oder nach festgelegten Prioritäten, sondern als Residualgröße nach den Erfordernissen ihrer sonstigen Verpflichtungen.

Die Vorschläge der Sicherheitsbeauftragten zur Verbesserung ihrer Arbeitsmöglichkeiten konzentrieren sich infolge dieser Faktoren „auf zwei Schwerpunkte: Zeit und Schulung“ (Diekershoff, S. 171). Auch befragte Sicherheitsfachkräfte und Betriebsräte verwiesen an erster Stelle auf diese Defizite als Hindernisse, den Sicherheitsbeauftragten systematisch Aufgaben zu übertragen (ebenda S. 64).

Der betriebliche Bezugsrahmen für das Handeln der Sicherheitsbeauftragten läßt sich folgendermaßen zusammenfassen:

„Die direkten *betrieblichen Vorgesetzten*, denen die Sicherheitsbeauftragten nach der Reichsversicherungsordnung als Helfer ohne Verantwortung zugeordnet sind, bestimmen in erster Linie über Ziele, Umfang, Qualität und Methoden der Arbeit.“ (ebenda S. 86). 28,4% der Vorgesetzten weisen den Sicherheitsbeauftragten dabei bestimmte Einzelaufgaben zu (ebenda S. 61).

„Die *Sicherheitsfachkraft* integriert die Sicherheitsbeauftragten in das betriebliche Arbeitssicherheits-System und qualifiziert sie (mehr oder weniger) zur Erreichung bestimmter Teilziele des Arbeitsschutzes. Außerdem benutzt sie sie als Kommunikatoren zur Weiterleitung relevanter Informationen im Bereich des Arbeitsschutzes“ (ebenda S. 87). Dabei überträgt bzw. konserviert sie überwiegend eine personalisierende Sicht von Unfallursachen (ebenda S. 83).

Der „*Betriebsrat* nimmt nach dem Betriebsverfassungsgesetz, nach dem Arbeitssicherheitsgesetz und nach der Reichsversicherungsordnung als Repräsentant der Arbeitnehmer Aufgaben im Arbeitsschutz wahr und richtet somit auch an die Sicherheitsbeauftragten Erwartungen, wirksamen Arbeitsschutz, insbesondere wirksame Unfallverhütung, zu betreiben“ (ebenda S. 87).

Die *Belegschaft* ist „laut Reichsversicherungsordnung Zielgruppe der Sicherheitsbeauftragtentätigkeit. Sie ist Empfänger von Informationen und Verhaltensanweisungen, durch die sie zu sicherheitsgerechtem Verhalten beeinflusst werden soll“ (ebenda S. 87).

Damit steht der Sicherheitsbeauftragte vor dem Dilemma, „daß einerseits diejenigen, die Autorität besitzen, Arbeitsschutznormen nicht ausreichend durchsetzen (können), daß es andererseits den Sicherheitsbeauftragten, die Arbeitsschutznormen verinnerlicht haben, an Autorität mangelt, diese Normen wirksam durchzusetzen“ (ebenda S. 181, vgl. auch: Arbeitskammer des Saarlandes (Hrsg.), 1979).

Diese die rechtlichen Restriktionen ergänzenden inhaltlichen Rahmenbedingungen des Arbeitsschutzhandelns der Sicherheitsbeauftragten führen zu sehr unterschiedlichen Rollenerwartungen von Seiten der vier Bezugsgruppen (Tab. 14, S. 79).

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu beachten, daß sie nicht lediglich Erwartungen wiedergeben, sondern ebenso als Resümee von Erfahrungen aus der Zusammenarbeit gelten können. Für den hier vornehmlich interessierenden Zusammenhang der Integration in das Belegschaftshandeln ist das geringe Erwartungsniveau der Kollegen und vor allem der Betriebsräte von Bedeutung: Über 60% der Betriebsräte und über 40% der Kollegen knüpfen danach keine, nur formale oder negative Erwartungen an die Arbeit der Sicherheitsbeauftragten. Dieser Wahrnehmung korrespondiert das Ergebnis der Analyse der tatsächlichen Tätigkeit der Sicherheitsbeauftragten, wonach nur ca. 15% von ihnen ihre Aufgabe einigermaßen „umfassend“ wahrnehmen, 44% „zumindest ansatzweise komplexere Aktivitäten erkennen (lassen), während — bei fließendem Übergang — 39% nur einfache Aufgaben auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes ausführen.“ (Dickershoff S. VI).

Das Bewußtsein der gravierenden strukturellen Defizite bei den Voraussetzungen und

Tab. 14:
Rollenerwartungen an Sicherheitsbeauftragte

Inhalte wahrgenommener Rollenerwartungen	Träger von Rollenerwartungen			
	Betriebliche Vorgesetzte	Sicherheits- fachkräfte	Betriebs- rat	Kollegen
A Erkennen und Melden von Mängeln und Unfallgefahren (durch Rundgänge und Kontrollen)	34,0	29,8	11,5	12,0
B Beseitigung von Mängeln und Unfallgefahren (auch durch Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen)	11,0	5,5	4,3	27,5
C Instruktion, Informierung und Beeinflussung der Kollegen (bes. bei sicherheitswidrigem Verhalten)	9,0	9,0	6,3	10,0
D Unterstützung des Vorgesetzten (der Sicherheitsfachkraft, des Betriebsrates, der Kollegen) in Fragen der Arbeitssicherheit	8,0	9,3	4,3	—
E Übernahme von Verantwortung für die Kollegen (Wahrnehmung der Kollegeninteressen)	0,5	2,8	8,3	17,5
F Einhaltung und Kontrolle der Sicherheitsvorschriften (Entwicklung von Sicherheitsvorbildern)	10,0	12,0	7,8	10,5
G Vermeidung von Unfällen, Senkung der Unfallzahlen und der Unfallschwere	10,8	12,5	6,8	0,5
H Formale Erwartungen (vornehmlich mit Leerformelcharakter)	15,3	18,0	17,3	6,5
I Negative Erwartungen (kein Interesse, keine Zeit, Vermeidung von Aktivitäten und Konflikten)	11,0	1,3	1,3	19,8
K Keine Erwartungen (entweder explizit oder keine Angabe)	9,6	16,0	43,3	16,0
Mehrfachnennungen	119,2	116,2	111,7	120,3

Quelle: Diekershoff (1979), S. 88

Durchführungsbedingungen ihrer Tätigkeit drückt sich u.a. darin aus, daß die Selbsteinschätzung, die Arbeit der Sicherheitsbeauftragten sei eine „undankbare Aufgabe“, mit zunehmender Dauer der Tätigkeit (bei mehr als 7 Jahren auf 59,5%) und zunehmender externer Schulung (bei mehr als einem Kurs auf 70,2%) erheblich ansteigt (Diekershoff, S. 135).

Im betrieblichen Auswahlprozeß der Sicherheitsbeauftragten führt dies teilweise zu einer faktischen Aufhebung der Funktion als kontextnächstem Organ des Arbeitsschutzes dadurch, daß 40,5% der von Diekershoff befragten Sicherheitsbeauftragten Vorgesetztenfunktionen innehatten (ebenda S. 33). Damit wird die Ambivalenz der Position der Sicherheitsbeauftragten zwischen größtmöglicher Kontextnähe und betrieblicher Hierarchie eindeutig zu Lasten der letzteren entschieden. Dies bleibt nicht ohne Konsequenz für den Inhalt und die Ausrichtung der Tätigkeit: „Während Sicherheitsbeauftragte ohne Vorgesetztenfunktion immerhin zu knapp einem Viertel überwiegend strukturelle Unfallursachen sehen, beträgt der entsprechende Anteil bei Vorarbeitern nur noch 12,9% und bei der Gruppe der Meister schließlich nur 4,6%.“ (Diekershoff S. 83)

Ein anderer Ausweg aus dem Spannungsverhältnis innerhalb der vier Pole: Betriebliche Vorgesetzte — Sicherheitsfachkräfte — Betriebsrat — Kollegen, besteht im Zusammenlegen der Funktion des Sicherheitsbeauftragten mit der des Betriebsrats. (Die Lösung Sicherheitsfachkraft als Sicherheitsbeauftragter ist rechtlich nicht zulässig, da die Sicherheitsfachkräfte Unternehmer-Beauftragte zur Wahrnehmung von Unternehmer-Aufgaben im Sinne des § 775 RVO sind; vgl. § 7, Abs. 3 der VBG 1). So waren in der Untersuchung von „Systemkonzept“ 47,7% der Befragten für den Arbeitsschutz zuständigen Betriebsräte gleichzeitig Sicherheitsbeauftragte (Systemkonzept 1977, S. 55). Die Ergebnisse der „Systemkonzept“-Studie weisen darauf hin, daß das Zusammenfallen dieser beiden Funktionen in einer Person häufig dazu führt, daß die Problemsicht der Betriebsräte sich auf ein Arbeitsschutz-Verständnis reduziert, welches das Unfallgeschehen vor allen anderen Belastungen in den Vordergrund rückt und in diesem Bereich vorwiegend personale Faktoren als verursachend angesehen werden (vgl. Systemkonzept S. 88 ff., Kühn, S. 115 ff., S. 96 ff.).

Auf der anderen Seite eröffnet die Identität zwischen Sicherheitsbeauftragten und gewerkschaftlichen Vertrauensleuten auch die Chance einer gegenläufigen Entwicklung, insbesondere bei zunehmender Identifizierung mit der Position des Vertrauensmanns: Mehr als die Hälfte derer, die beide Funktionen innehaben und sich stark mit der Funktion des Vertrauensmannes identifizieren, „nehmen überwiegend oder ausschließlich strukturelle Unfallursachen wahr, gegenüber 16,1%, die diese Position nicht bekleiden.“ (Diekershoff S. 82)

Resumierend kann festgehalten werden, daß einem ursachen- und betroffenenorientierten Arbeitsschutzhandeln der Sicherheitsbeauftragten schon auf dem Gebiet des Unfallschutzes sowohl ihre Zuordnung zu Unternehmenseite, als auch Qualität und

Quantität ihrer Ausbildung als auch die Dominanz ihrer sonstigen betrieblichen Funktionen entgegenstehen.

Auf der anderen Seite erfüllen sie zumindest mehr als andere Professionals des Arbeitsschutzes die Kriterien der *Dezentralität* und der *geringen sozialen Distanz* zur Belegschaft. Hinsichtlich der *fachlichen Kompetenz* ergibt sich kein eindeutiges Bild, während das Kriterium der *Durchsetzungsmöglichkeiten* nur in einer Minderheit von Fällen als erfüllt angesehen werden kann (vgl. Kühn S. 110 ff.).

Aus gewerkschaftlicher Sicht gibt es zur Stellung der Sicherheitsbeauftragten zwei Vorschläge:

Ein Fachausschuß der Arbeitsgemeinschaft „Engere Mitarbeit der Arbeitsdirektoren Eisen und Stahl“ schlägt als Funktionskriterien für die Sicherheitsbeauftragten vor:

- a) Personenkreis außerhalb der nach § 775 RVO zu verpflichtenden Personen,
- b) nach Möglichkeit die in der Sicherheitskommission des Betriebsrates tätigen Betriebsratsmitglieder,
- c) nach Möglichkeit gewerkschaftliche Vertrauensleute . . .

Als persönliche Kriterien für die Auswahl gelten:

- a) Persönliches Interesse,
- b) fachliche und persönliche Anerkennung durch Betriebsleitung und Belegschaft,
- c) Betriebserfahrung,
- d) Vorbildung und
- e) Bewegungsmöglichkeiten im Betrieb.“

(Fachausschuß 1970)

Der 12. Gewerkschaftstag der IG Metall beschloß 1977 die Forderung nach der „Wahl der Sicherheitsbeauftragten durch die Arbeitnehmer des Arbeitsbereiches, für den der Sicherheitsbeauftragte tätig sein soll.“ (IG Metall, 1977 a, Entschließung E 18, S. 238).

Durch die Realisierung dieser Vorschläge, die rechtlich eine Änderung der RVO zur Voraussetzung hätten, könnte zwar die Strukturambivalenz der Tätigkeit der Sicherheitsbeauftragten durch ihre Zuordnung zu den Belegschaftsinteressen möglicherweise aufgehoben werden. Sie könnten dann tendenziell die Funktion einer relativ autonomen Artikulation der Arbeitsschutzinteressen der Belegschaft wahrnehmen. Die Vermittlung mit dem professionellen Arbeitsschutz-System im engeren Sinne wäre durch ihre auch heute schon bestehende Zugehörigkeit zum Arbeitsschutz-Ausschuß gemäß § 11 ASiG (vgl. S. 83 ff.) gegeben. Ohne weitergehende Konzepte blieben aber die Probleme ihrer Qualifikation, der Ausübung ihrer Tätigkeit im Rahmen der Arbeitszeit soweit die Frage ihres Durchsetzungspotentials ungelöst (vgl. dazu auch Kühn, S. 172 ff.).

Bei der Betrachtung dieses Problems ist das beachtliche quantitative Potential, das die Sicherheitsbeauftragten darstellen, ebenso zu berücksichtigen wie die Tatsache, daß sie zumindest formal das dichteste Netz von Arbeitsschutz-Akteuren in den Betrieben darstellen. Ende 1979 waren in 96.497 Betrieben im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften 256.216 Sicherheitsbeauftragte bestellt (Unfallverhütungsbericht 1980,

S. 74). In den von der Untersuchung erfaßten Betrieben überstieg ihre Repräsentanz die aller anderen Arbeitsschutz-Professionals.

*Tab. 15:
Ausstattung der Betriebe mit Sicherheitsbeauftragten nach § 719 RVO
nach Betriebsgrößenklassen (in % der Befragten)*

Betriebe mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Sicherheits- beauftragte bestellt	74,0	87,1	95,0	95,5	99,0	99,5	95,7
(24/31) n = 1385						s = **	

Der hohe Grad der Erfüllung der Pflicht zur Bestellung von Sicherheitsbeauftragten in den Betrieben ist sicherlich auch eine Funktion ihres derzeitigen Tätigkeitsprofils, daß wenig Konflikte und kaum Beeinträchtigungen des Handlungsspielraums der betrieblichen Vorgesetzten und des Managements erwarten läßt. Diese Vermutung wird bestärkt durch die geringen Erwartungen, die Belegschaft und Betriebsrat in das Arbeitsschutzhandeln der Sicherheitsbeauftragten setzen und durch die Tatsache, daß die Bestellung der Sicherheitsbeauftragten mit wachsendem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz kaum noch zunimmt.

*Tab. 16:
Ausstattung der Betriebe mit Sicherheitsbeauftragten nach § 719 RVO
in Abhängigkeit vom Niveau der Belegschaftsaktivitäten
im Arbeitsschutz (Index ASBEL)*

Quartile ASBEL	Ausstattung mit Sicherheitsbeauftragten in %
1	88,9
2	97,6
3	98,3
4	97,9
(ASBEL/24) n = 1390	
s = * *	

Auf der anderen Seite werden die Sicherheitsbeauftragten nicht durchweg als von der Unternehmensseite bestellt angesehen. Dabei ergeben sich Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen Betriebsräten und Nicht-Betriebsräten. (Tab. 17)

Nur die Hälfte der Befragten sieht die Sicherheitsbeauftragten als von der Unternehmensleitung eingesetzte Funktionsträger. Darin drücken sich mindestens vier unterschiedliche Sachverhalte aus, die eine eindeutige Interpretation dieses Ergebnisses erschweren:

Tab. 17:
 „Von wem wurden die Sicherheitsbeauftragten eingesetzt?“
 (in % der Befragten)

Vermuteter Entscheidungsträger:	Geschäftsleitung	Betriebsrat Kollegen	Betriebsarzt Sicherheitsfachkraft	weiß nicht
Status der Befragten:				
freigest. BR	59,0	23,4	15,6	2,0
nicht freigest. BR	55,4	26,9	11,6	6,2
nicht BR	37,0	26,3	16,4	20,3
Gesamt	50,3	26,1	13,7	9,9
(25/55) n = 1309			s = **	

- a) Der geringere Informationsstand u.a. bei den Nicht-Betriebsräten,
- b) das diffuse Tätigkeitsbild der Sicherheitsbeauftragten, das eine eindeutige Zuordnung erschwert,
- c) die tatsächliche Beteiligung von durchschnittlich zwei betrieblichen Instanzen an der Auswahl von Sicherheitsbeauftragten, wobei das Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats allerdings eine vergleichsweise geringe Rolle spielt (vgl. Diekershoff, S. 31),
- d) die mit wachsender Betriebsgröße und damit steigendem Institutionalierungsgrad des professionellen Arbeitsschutz-Systems zunehmende direkte Abhängigkeit der Sicherheitsbeauftragten von der Sicherheitsabteilung (Diekershoff, S. 61 ff.), bis hin zu ihrer Betrachtung als „Verbindungsorgane (der Sicherheitsfachkräfte) im Betrieb“ (Knieb, Werkarzt der Stahlwerke Bochum AG in: IG Metall 1977, S. 19): Der Anteil der Wahrnehmung der Sicherheitsbeauftragten als von Sicherheitsfachkraft/Betriebsarzt bestellt nimmt von 6% bei Kleinbetrieben bis 50 Arbeitnehmern auf 19,1% in Großbetrieben mit über 2.000 Arbeitnehmern zu (25/31).

Die relativ geringe Zuordnung der Sicherheitsbeauftragten zur Unternehmensleitung ist danach wohl in erster Linie eine Konsequenz unterschiedlicher betrieblicher Handhabungen durch das Management und ihres diffusen Tätigkeitsbildes. Ergebnisse aus Gruppeninterviews wie auch die Befunde von Diekershoff (S. 82 ff.) weisen aber auch auf Konstellationen hin, in denen die Sicherheitsbeauftragten ungeachtet ihres formalen Status de facto die Rolle einer Art „Ombudsmann für Arbeitsschutzfragen“ einnehmen.

2.4 Der Arbeitsschutzausschuß

Nach § 11 ASiG muß in den Betrieben, in denen Betriebsärzte und/oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellt sind, ein Arbeitsschutzausschuß gebildet werden. Dieser löst rechtlich den „Sicherheitsausschuß“ nach § 719 RVO ab und ist zu unterscheiden von teilweise ähnlich benannten Gremien im Rahmen der Arbeit der Belegschaftsvertretung

(vgl. Kühn S. 40 ff.). Der Arbeitsschutzausschuß setzt sich zusammen aus „dem Arbeitgeber oder einem von ihm Beauftragten,

- zwei vom Betriebsrat bestimmten Betriebsratsmitgliedern,
- Betriebsärzten,
- Fachkräften für Arbeitssicherheit und
- Sicherheitsbeauftragten nach § 719 RVO.“

Er hat die Aufgabe, Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beraten und tritt mindestens vierteljährlich zusammen (§ 11 ASiG). Für die Fragestellung dieser Untersuchung ist er deshalb von besonderer Bedeutung, weil er die einzige institutionalisierte Kooperationsform zwischen den Professionals des Arbeitsschutzes, der Unternehmensebene und der Belegschaftsvertretung sowie auch die einzige für die Belegschaftsvertretung transparente Ebene der Kooperation zwischen den Professionals darstellt, wenn diese nicht an den von Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft gemeinsam vorzunehmenden Betriebsbegehungen teilnimmt (§ 10 ASiG, vgl. S. 129 ff.). Insofern stellt er eine notwendige Voraussetzung für das Zusammenwirken der verschiedenen Arbeitsschutz-Akteure dar, bei deren Fehlen durchweg von einer weitgehenden Desintegration zwischen „offiziell“ und „inoffiziell“ Arbeitsschutz-System ausgegangen werden muß. Daß Existenz und Funktionieren eines Arbeitsschutzausschusses andererseits keineswegs als hinreichende Bedingung für einen diese beiden Teilsysteme integrierenden Arbeitsschutz angesehen werden können und zudem die Wahrscheinlichkeit der professionellen Interessenüberfremdung des Arbeitsschutz-Handelns der Belegschaft steigen läßt (vgl. Kühn Interessenvertretung, S. 115 ff.), ändert hieran zunächst nichts. Sowohl die Analyse der einzelnen Tätigkeitsfelder als auch Experten- und Gruppeninterviews bestätigen die These, daß ohne eine derartige Clearing-Stelle und Ebene der Beratung und Tätigkeitsabstimmung weder die Planung, Erarbeitung und Durchführung eines Arbeitsschutz-Programms, noch die Koordination der Aktivitäten der beteiligten Akteure noch die Einbeziehung der Interessen der Belegschaft in das professionelle Arbeitsschutzhandeln funktionieren kann. Über die Existenz von Arbeitsschutzausschüssen in den von der Untersuchung erfaßten Betrieben gibt Tabelle 18 Auskunft.

Es zeigt sich, daß Arbeitsschutzausschüsse nur in 67,9% der Betriebe eingerichtet sind; auch wenn man die Betriebe mit weniger als 50 Arbeitnehmern außer Betracht läßt, weil sie teilweise gesetzlich nicht zur Einrichtung dieses Gremiums verpflichtet sind, steigt dieser Anteil lediglich auf 69,8%

Dies bedeutet die Abwesenheit jeder formellen Koordination der Arbeitsschutz-Aktivitäten in über 30% der gesetzlich dazu verpflichteten Betriebe.

Der Schwerpunkt dieser Defizite liegt im Bereich der kleineren Mittelbetriebe, bei denen überwiegend ein Arbeitsschutzausschuß nicht existiert.

Das Bild der formellen Integration der Arbeitsschutz-Aktivitäten verschlechtert sich noch, wenn die Tagungsfrequenz der existierenden Arbeitsschutzausschüsse in die Betrachtung einbezogen wird (Tab. 19).

*Tab. 18:
Arbeitsschutz-Ausschüsse in den Betrieben nach Betriebsgrößen
(in % der Befragten)*

Betriebe mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Arbeitsschutz- Ausschuß	24,4	28,8	51,8	85,5	92,6	96,1	67,9
kein Arbeits- schutz- Ausschuß	70,7	66,1	44,6	12,7	5,7	3,9	29,6
Weiß nicht	4,9	5,1	3,6	1,8	1,6	0	2,6
(31/137) n = 935						s = **	

*Tab. 19:
Tagungsfrequenz der Arbeitsschutzausschüsse gemäß § 11 ASiG
nach Betriebsgrößenklassen (in % der Befragten)*

In Betrieben mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
tagt alle 3 Monate oder häufiger	(60) ¹	(62,6) ²	62,2	70,6	79,1	84,4	72,2
tagt seltener oder unregel- mäßig	(40) ¹	(37,6) ²	37,8	29,4	20,9	15,6	27,8
¹ n = 10							
² n = 16							
(31/138) n = 625						s = **	

Es ist plausibel und wird auch durch Aussagen von Experten und aus den Gruppendiskussionen gestützt, daß eine Tagungsfrequenz von vier Sitzungen pro Jahr, wie sie das Gesetz vorschreibt, die unterste Grenze für eine in Ansätzen funktionierende Koordination und Planung von Arbeitsschutz-Aktivitäten darstellt. Mehr als ein Viertel der Betriebe, in denen überhaupt ein Arbeitsschutzausschuß eingerichtet ist, erfüllen dieses Minimum nicht.

Ein hinsichtlich Existenz und Tagungsfrequenz den formellen Erfordernissen des ASiG genügender Arbeitsschutzausschuß existiert demnach nur in jedem zweiten Betrieb. Dieser Anteil erhöht sich nicht merklich bei Ausklammerung der Kleinbetriebe. Das Fehlen einer in aller Regel notwendigen Voraussetzung für die Integration des professionellen Arbeitsschutzes in das betriebliche Geschehen und der Koordination der Professionals untereinander ist demnach durchaus nicht nur ein Problem der Betriebs-

*Tab. 20:
Betriebe mit Arbeitsschutzausschüssen gemäß § 11 ASiG, die mindestens
vier Mal pro Jahr tagen, nach Betriebsgrößenklassen (in % der Befragten)*

Betriebe mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Arbeitsschutz- ausschüsse gemäß ASiG	(13,0) ¹	(18,0) ²	32,2	60,4	73,2	81,1	49,0

¹ n = 10

² n = 16

(31/137/138) n = 625

größe: Noch in der obersten Größenklasse mit mehr als 2.000 Arbeitnehmern ist diese Voraussetzung in knapp einem Fünftel der Betriebe nicht gegeben.

Zwar liegt der Erfüllungsgrad hinsichtlich Existenz und Tagungsfrequenz nach Ansicht von Experten damit immer noch über dem anderer Vorschriften, z.B. der Verpflichtung von vier Betriebsversammlungen pro Jahr (§§ 42 ff. BetrVG), es ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Einsetzung eines Arbeitsschutzausschusses kaum zusätzlichen Aufwand erforderlich macht und zudem die Arbeit dieses Ausschusses als Schlüsselgröße für das Funktionieren eines ganzen betrieblichen Subsystems, des Arbeitsschutzes, angesehen werden muß.

In einem anderen Band dieser Studie wird gezeigt (vgl. Kühn, Interessenvertretung), daß die Arbeitsschutzpraxis insbesondere der Betriebsräte einerseits als stark durch die Arbeitsschutzgesetzgebung induziert und damit hoch anfällig für Interessenüberfremdung durch die Problemsicht der Professionals angesehen werden muß, daß aber andererseits bereits die Etablierung der formellen Standards des ASiG im Betrieb des Problemdrucks von Seiten der Belegschaft und ihrer Vertretungsorgane bedarf. Diesen Überlegungen folgend dürfen auch die Einrichtung und Tagungsfrequenz des Arbeitsschutzausschusses nicht als einfache Funktion steigender Betriebsgröße angesehen werden. Eine Betrachtung der Entwicklung der Arbeitsschutzausschüsse in Abhängigkeit vom Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL) bestätigt diese These (Tab. 21).

Wegen der weiter oben diskutierten methodischen Probleme der Multikorrelationen zwischen Betriebsgröße, Aktivitätsniveau der Belegschaft und den Ausprägungen des professionellen Arbeitsschutzhandelns kann der Einfluß der einzelnen Größen nicht sinnvoll quantifiziert werden. Ein Vergleich der Tabellen 18, 19 und 20 mit Tabelle 21 zeigt jedoch, daß die Varianz sowohl von Existenz als auch von Tagungsfrequenz der Arbeitsschutzausschüsse in Abhängigkeit vom Niveau der Belegschaftsaktivitäten erheblich größer ist als in Abhängigkeit von der Betriebsgröße. Damit kann zumindest gezeigt werden, daß der Ausbau der Arbeitsschutzausschüsse nicht nur durch die Betriebsgröße zu erklären ist, sondern auch wesentlich vom Niveau der Belegschaftsakti-

Tab. 21:

Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Arbeitsschutzausschüsse und dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)

Quartile ASBEL	Arbeitsschutzausschuß existiert	Tagungsfrequenz mindestens alle 3 Monate	Arbeitsschutzausschuß gemäß Mindestanforderung ASiG
1	25,5	28,2	7,2
2	72,4	57,7	41,8
3	91,6	86,0	78,8
4	98,8	90,4	89,3

(ASBEL/137/138) n = 625

vitäten im Arbeitsschutz abhängt. Die Werte im obersten Quartil von ASBEL zeigen zudem, daß ein hohes Niveau der Belegschaftsaktivitäten eine notwendige Voraussetzung für eine einigermaßen flächendeckende Erfüllung der gesetzlichen Erfordernisse darstellt.

2.5 Überbetriebliche Arbeitsschutzinstitution

Der staatliche Arbeitsschutz durch die Gewerbeaufsichtsämter (GewA), die Aufsichtstätigkeit durch die technischen Aufsichtsbeamten (TAB) der Berufsgenossenschaften (BG) als Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) sowie die Anlagenüberwachung durch die Technischen Überwachungsvereine (TÜV) haben im deutschen Arbeitsschutz-System eine mehr als eine einhundertjährige Tradition (Mertens 1978). Bis zum Inkrafttreten des ASiG im Jahre 1974 waren die Angehörigen dieser Institutionen die einzigen Arbeitsschutz-Professionals mit gesetzlichem Auftrag und entsprechenden Vollmachten, die die Einhaltung bzw. den Vollzug der Normen des Arbeitsschutzes kontrollieren und ggf. erzwingen konnten. Verglichen mit den durch das ASiG eingeführten Professionals verfügen sie auch heute noch über ein formell erheblich größeres Durchsetzungspotential, da sie die Durchführung ihrer Forderungen bzw. Anordnungen mit den Mitteln des Verwaltungszwanges bzw. des Bußgeldes erzwingen können.

Die Aufgabenstellung der überbetrieblichen Arbeitsschutz-Institutionen bezieht sich auf die Einhaltung der Rechtsvorschriften des Arbeitsschutzrechtes, das sich in sechs Hauptgruppen unterteilen läßt (Mertens 1978, S. 41):

- Arbeitsstätten einschl. Betriebshygiene,
- Maschinen, Geräte und technische Anlagen,

- gefährliche Arbeitsstoffe und Strahlen,
- Schutz besonderer Personengruppen,
- Arbeitszeitregelungen,
- Arbeitsschutz-Organisation im Betrieb.

Zur Regelung dieser Materie haben „Bund und Länder . . . mehr als 40 Gesetze und mehr als 120 Rechtsverordnungen erlassen, die ausschließlich den Arbeitsschutz betreffen. Über diese Vorschriften hinaus gibt es noch nahezu die dreifache Anzahl an Gesetzen und Verordnungen, die über arbeitsschutzrechtliche Aspekte hinaus auch noch Gesichtspunkte aus anderen Rechtsgebieten enthalten. Auf dem Gebiet des Unfallverhütungsrechts gibt es über 2.700 Unfallverhütungsvorschriften und mehr als 900 Verwaltungsvorschriften.“ (BAU 1980, S. 16) Hinzu kommen ca. 5.000 allgemein anerkannte technische Regeln (BAU, S. 27) von über einhundert Regelsetzern (BAU, S. 28). Natürlich bringt die konkrete Anwendung eines derart umfangreichen Regelwerkes, dem zudem noch eine „völlig unsystematische und häufig willkürlich anmutende Verweisungspraxis“ (BAU, S. 32) attestiert wird, in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten mit sich. Darauf kann im Rahmen dieser Studie nicht weiter eingegangen werden. Die umfangreiche Studie der BAU (Büntgen et al. 1980) kommt in dieser Hinsicht jedenfalls nicht zu der Schlußfolgerung, daß diese Probleme mit einer Verringerung der Anzahl der Regeln begegnet werden kann, sondern führt aus: „Negative Urteile über die Wirkungen von Vorschriften und Regeln resultieren vor allem bei Unternehmern, in abgestufter Form aber auch bei Sicherheitsbeauftragten und Arbeitnehmern daraus, daß Veränderungen betrieblicher Ablaufprozesse als kaum realisierbar angesehen werden . . . Sicherheitsfachkräfte und Betriebsräte leiten dagegen eher positive als negative Wirkungen aus dem Vorschriften- und Regelwerk ab. Diese unterschiedlichen Beurteilungen lassen erkennen, daß der Wert ‚Arbeitsschutz‘ oder ‚Arbeitssicherheit‘ mit anderen Werten wie z.B. Produktionsnorm, Wirtschaftlichkeit oder Rentabilität kollidiert.“

Ein weiteres wesentliches Problem der überbetrieblichen Arbeitsschutz-Istitutionen besteht in der starken Zuständigkeitsüberschneidung zwischen GewA und BG. Diese bilden „in sich mehr oder weniger geschlossene Teilsysteme, die zwar jeweils spezifische Beiträge zum Arbeitsschutz leisten, die aber nicht nach einem inhaltlichen Konzept miteinander verschränkt sind und deshalb partiell zu dysfunktionalen Überschneidungen führen“ (Büntgen et al. 1980, S. 719). Auch auf dieses Problem der „Dualität“ kann hier nur verwiesen werden.

Im Rahmen der vorliegenden Studie interessiert vor allem, ob und inwieweit diese Institutionen auf betrieblicher Ebene ergänzend bzw. substitutiv zum professionellen Arbeitsschutz tätig werden.

Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, daß GewA und BG lediglich für die Überwachung und Einhaltung von eindeutig meßbaren Normen zuständig sind und nur bei klarer Verletzung dieser Normen im Betrieb eingreifen können. Sehr große Bereiche gerade der gesundheitlich relevanten Arbeitsbelastungen fallen dadurch gegenwärtig

von vornherein aus ihrem Arbeitsgebiet heraus und können nur durch das innerbetriebliche Arbeitsschutz-System bearbeitet werden.

Unzweifelhaft ist der verbleibende Bereich — die Kontrolle der Einhaltung von überwiegend technischen Mindestnormen — von essentieller Bedeutung für den betrieblichen Arbeitsschutz. Zur Beantwortung der Frage nach der Wirksamkeit auf diesem Gebiet ist zunächst die Kapazität dieser Institutionen zu beleuchten: Insgesamt verfügten die Gewerbeaufsichtsämter 1979 über 2.729 und die Technischen Aufsichtsdienste der BG über 1.516 Beamte (Büntgen et al. 1980, S. 455 und 472). Diese insgesamt 4.245 Professionals sind neben dem Arbeitsschutz für 20,3 Mio. Beschäftigte in 1,54 Mio. Unternehmen (Unfallverhütungsbericht 1979, S. 125) für eine Vielzahl von anderen Aufgaben zuständig: Für die Gewerbeaufsicht werden fast 40% der Gesamtkapazität vom Umweltschutz beansprucht, dieser Anteil wird weiterhin steigen (BAU 1980, S. 35), die TAB der BG sind u.a. gesetzlich zur Durchführung von Schulungsmaßnahmen für SiFas und SiBaus verpflichtet, was immerhin 10% der gesamten Arbeitszeit beansprucht (BAU 1980, S. 42). Generell ist in beiden Bereichen ein starkes Ansteigen des Innendienstes zu Lasten des Außendienstes (Betriebsbesichtigungen, Gesamt- und Teilrevisionen) bei stagnierendem Gesamtvolumen zu verzeichnen (BAU 1980, S. 36). Rund 40% der arbeitsschutzbezogenen Tätigkeiten werden auf Genehmigung und Kontrolle von Maschinen, Geräten und technischen Anlagen verwendet (BAU, S. 38/40). Ziel dieser Tätigkeiten ist fast durchweg der Unfallschutz bzw. die Kontrolle technischer Belastungsdimensionen (z.B. Lärm). Der Anteil der auf Maschinen und Anlagen bezogenen Tätigkeit sinkt leicht ab, was „auf das Wirken der Sicherheitsfachkräfte in den Betrieben zurückgeführt wird, die mittlerweile die Aufsichtsdienste quantitativ entlasten, qualitativ dagegen stärker fordern.“ (BAU, S. 42)

Über den im Rahmen des betrieblichen Arbeitsschutzes besonders interessierenden Tätigkeitsbereich der Betriebsbegehungen und Revisionen können einigermaßen verlässliche Angaben nicht getroffen werden. Von dem für Arbeitsschutz zur Verfügung stehenden Anteil der Arbeitszeit wendeten die Beamten der GewA 32,3% und die TAB der BG 39,9% für Gesamt- und Teilrevisionen (einschließlich Bauarbeiterschutz) (BAU, S. 41) auf. Der Unfallbericht der Bundesregierung 1979 gibt an, daß jährlich ca. 21% der Betriebe von der Gewerbeaufsicht besucht werden. Für die TAB der gewerblichen BG wird ein ähnlicher Prozentsatz angegeben (20,4% der versicherten Betriebe, S. 39). Aufgrund dieser Angaben ist der Anteil der insgesamt besichtigten Betriebe nicht zu ermitteln, da der Anteil der Überschneidungen nicht angegeben wird. Jedoch sind an der im Unfallbericht geäußerten Ansicht, „daß, insbesondere bei Klein- und Mittelbetrieben, . . . der Anteil der tatsächlich besichtigten Betriebe, sei es durch Technische Aufsichtsbeamte oder Gewerbeaufsichtsbeamte, erheblich über ein Fünftel aller Betriebe liegen (dürfte)“, Zweifel angebracht (S. 39). Nach den Ergebnissen der empirischen Untersuchung der BAU „scheint sich das besondere Interesse der Aufsichtsdienste auf Unternehmen mit mehr als 2.500 Beschäftigten zu richten. Während in den Betrieben mit weniger

als 250 Beschäftigten im Durchschnitt alle 15 bis 20 Jahre eine Revision stattfindet, verkürzt sich der Zeitraum in Betrieben mit mehr als 2.500 Beschäftigten auf einen Abstand von zwei bis drei Jahren. Ein großer Teil von Aktivitäten der Aufsichtsbehörden in den großen Betrieben resultiert aus dem Beratungsbedürfnis dieser Unternehmen, das sich wiederum aus der Komplexität technisch-organisatorischer Probleme herleitet. In diesen Betriebsgrößen kommt es auch überdurchschnittlich häufig zu gemeinsamen Besichtigungen oder Besprechungen.“ (S. 55)

Unklar bleibt demnach auch der Anlaß der jeweiligen Betriebsbegehungen: Routinerevision, Besichtigung in Zusammenarbeit mit der Inbetriebnahme von technischen Anlagen, Begehung aufgrund umweltrelevanter Emissionen, Begehung aufgrund von gemeldeten Arbeitsschutzmängeln. Für die Beurteilung der Wirksamkeit von GewA und BG für die „alltäglichen“ Arbeitsschutz-Probleme im Betrieb zur Durchsetzung der technischen Mindestanforderungen wären Informationen über die Anzahl von Routinerevisionen ohne Anmeldung und Begehungen aufgrund von gemeldeten Arbeitsschutzmängeln erforderlich. Konkrete Angaben hierzu finden sich auch in der umfangreichen empirischen Untersuchung von Büntgen et al. nicht. Ein Indikator für die Defizite auf diesem Gebiet ist die Angabe, daß nur 7,9% der befragten Beamten der GewA „fast nur Routinerevisionen“ durchführen (Büntgen et al., S. 880). Insgesamt kommt die Untersuchung der BAU zu dem Ergebnis, „daß bei der Gewerbeaufsicht ebenso wie bei den Technischen Aufsichtsdiensten Revisionen von Amts wegen (hier identisch mit Routinerevisionen, R. R.) lediglich eine Restkategorie bilden“ und „ihre jeweilige betriebliche Präsenz hauptsächlich reaktiven Charakter hat“ (S. 59).

Experten berichten darüber hinaus, daß auch Routinerevisionen häufig bei den Betrieben vorher angemeldet werden, so daß keine Gewähr dafür zu bestehen scheint, daß die Revisoren mit der unverfälschten Betriebswirklichkeit konfrontiert werden. Bei den Revisionen aufgrund von Anforderungen seitens der Betriebe ist nicht zu ermitteln, wer im einzelnen die Anforderung im Betrieb ausgesprochen hat (Management, Arbeitsschutz-Professionals, Betriebsrat oder Beschäftigte).

Schließlich ist noch zu berücksichtigen, daß „die Hälfte der Gewerbeaufsichtsbeamten und ein Viertel der Technischen Aufsichtsbeamten (angaben), die Weiterbildung sei bezogen auf die aktuellen Anforderungen und Aufgabengebiete unzureichend bzw. schlecht“ (BAU, S. 44).

Insgesamt muß davon ausgegangen werden, daß die Kapazität (Personal- und Sachmittel) der überbetrieblichen Arbeitsschutzinstitutionen bei weitem nicht ausreicht, um die Durchsetzung der von ihnen zu kontrollierenden Normen zu gewährleisten. Durch die Zunahme der anderen Arbeitsbereiche (Umweltschutz, Genehmigungsverfahren, Schulungstätigkeit etc.) bei relativer Konstanz der Gesamtkapazität wird die tatsächliche Zuständigkeit für die Einhaltung der Normen immer mehr auf die betrieblichen Instanzen verlagert.

Wenn die Kapazität der Aufsichtsbehörden nicht zur systematischen Kontrolle der

Normenerfüllung ausreicht, könnte eine substitutive Strategie darin bestehen, dieses Defizit durch eine relativ hohe Sanktionierung der im Stichprobenverfahren festgestellten Mängel auszugleichen. An ein solches Vorgehen ließe sich die Hoffnung auf einen erhöhten Abschreckungseffekt knüpfen.¹⁶

Im Durchschnitt scheint dies aber nicht die Intention der Arbeitsschutzbehörden zu sein: Sowohl von der GewA als auch von den TAB der BG wird primär die mildeste Form der Beanstandung, das Revisionsschreiben, eingesetzt. Eine schriftliche Vollzugsmeldung wird in der Regel als Erfüllung der Auflage angesehen, Nachbesichtigungen stellen die Ausnahme dar, Verwaltungszwang und Bußgeld werden verhältnismäßig sehr selten eingesetzt (BAU, S. 45 f.). Die verhängten Bußgeldbescheide der GewA (1978 = 28.492) beziehen sich zu über 90% auf den sozialen Arbeitsschutz, darunter zu 84,6% auf die Überschreitung der zulässigen Arbeitszeiten für Kraftfahrer (Büntgen et al. S. 635), Sie dienen demnach weniger der Durchsetzung von Forderungen als der Ahndung von Verstößen gegen Vorschriften in einem beschränkten Bereich. Die Bußgeldbescheide der Berufsgenossenschaften (1978 = 1.976) nehmen stetig ab. Angesichts der festgestellten Beanstandungen (allein durch die Gewerbeaufsicht 1978: 1,58 Mio., Unfallbericht 1979, S. 123) ist die Anzahl der eingeleiteten Sanktionsmaßnahmen verschwindend gering (weitere Angaben vgl. Büntgen et al., S. 629 ff.), zumal nicht davon ausgegangen werden kann, daß die Auflagen ohne Sanktion vollständig erfüllt werden: Bei einer geschätzten Vollzugsquote von 70% bis 80% (Büntgen et al., S. 630) bleiben zwischen 310.000 und 474.000 der Auflagen bzw. Forderungen pro Jahr allein im Bereich der GewA ohne Ahndung unerfüllt. Dabei ist daran zu erinnern, daß die Revisionen ohnehin lediglich Stichprobencharakter haben.

Darüber hinaus ist noch zu berücksichtigen, daß die Erfüllung von Auflagen bzw. Forderungen erheblich nach Betriebsgrößen variiert.

Tab. 22:
Änderungen im Betrieb nach Begehung durch GewA und GB

In Betrieben mit ... AN	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
ja	68,1	78,9	84,3	84,7	89,8	82,3
nein	31,9	21,1	15,7	15,3	10,2	17,7

(31/154) n = 557 (nur Betriebsräte, die schon einmal eine Begehung angefordert haben) s>**

Hinsichtlich des Gesamtniveaus der Änderungen im Betrieb nach einer Begehung durch den überbetrieblichen Arbeitsschutz ist darauf hinzuweisen, daß in der vorliegen-

¹⁶ Dies kann nicht für Straftatbestände gelten, da im Strafrecht die Abschreckung (Generalprävention) unzulässig ist.

den Untersuchung die besonders „kritischen“ Branchen gar nicht erfaßt sind: Im Bereich des Baugewerbes gelten z.B. Erfolgsquoten von 40—50% schon als Erfolg (Büntgen et al., S. 630). Der Verlauf über die Betriebsgrößenklassen belegt aber, daß besonders dort, wo die Interessenvertretung der Belegschaft und das professionelle Arbeitsschutzsystem besonders schwach ausgeprägt sind, die staatliche Aufsicht ebenfalls am wenigsten greift. Es liegt nahe, daß eine Ursache hierfür im Defizit bei den Sanktionen durch die Aufsichtsbehörden liegt.

Als Grund für diese relative Zurückhaltung bei der Verhängung von Sanktionen wird neben den bereits skizzierten Kapazitätsproblemen vor allem angegeben, daß „sich die Aufsichtsbeamten mehr als Berater denn als Aufsichtspersonen verstehen“ (BAU, S. 44). In der Einschätzung des verfügbaren Durchsetzungsinstrumentariums als „ausreichend“ durch 82% der TAB und 70% der Beamten der GewA dürfte auch eine gewisse Resignation mitschwingen. Von den betrieblichen Akteuren werden die Sanktionen interessengebunden gesehen: „Unternehmer sehen in Sanktionen kein geeignetes Mittel zur Verwirklichung des Arbeitsschutzes und lehnen sie mehrheitlich ab, Betriebsräte halten sie hingegen eher für ein notwendiges und unverzichtbares Instrument“ (BAU, S. 56).

Die positivere Einstellung der Betriebsräte ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß die überbetrieblichen Aufsichtsinstanzen für die Belegschaftsvertretung häufig das einzige Mittel sind, die Einhaltung von technischen Mindestnormen zu erreichen. Über die Häufigkeit der Anwendung dieses Mittels gibt Tabelle 23 Auskunft.

Tab. 23:
Hat der Betriebsrat schon einmal die Berufsgenossenschaften, das Gewerbeaufsichtsamt oder den TÜV zu einer Begehung aufgefordert?
(in % der befragten Betriebsräte)

In Betrieben mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	über 2000	Gesamt
ja, häufig	9,8	9,8	12,1	18,9	31,1	38,1	19,8
ja, selten	31,7	29,5	37,2	48,5	35,2	37,4	38,3
nein	48,8	50,8	42,1	26,6	28,7	18,1	34,4
weiß nicht	9,8	9,9	8,7	5,9	4,9	6,5	7,5

(31/153) n = 938

Die Unterstützung der überbetrieblichen Instanzen wird darnach in über der Hälfte aller Betriebe in Anspruch genommen, in jedem 5. Betrieb sogar häufig. Während in Klein- und Mittelbetrieben das Schwergewicht auf der seltenen Anrufung liegt, steigt bei den Großbetrieben deutlich die häufige Inanspruchnahme. Die Tatsache, daß sich in Großbetrieben 3/4 der befragten Betriebsräte schon mindestens einmal und mehr als 1/3 sogar häufig an diese Instanzen gewandt haben, verweist auf die Möglichkeiten, die bei

entsprechendem personellen und sachlichen Ausbau sowie bei einer Ausdehnung ihrer Kompetenzen und Befugnisse auf diesem Gebiet für den Arbeitsschutz realisiert werden könnten.

Gegenwärtig stehen der betrieblichen Wirksamkeit des überbetrieblichen Arbeitsschutzes zusammengefaßt folgende Hindernisse entgegen:

1. GewA und BG sind nur für einen Teil der Belastungen und Gefahren aus dem Arbeitsprozeß zuständig, der zudem eindeutig meßbar und verregelt sein muß.
2. Angesichts der unzureichenden Kapazität sind GewA und BG nicht annähernd in der Lage, die Erfüllung der technischen Mindestnormen des Arbeitsschutzes flächen-deckend zu kontrollieren.
3. Durch die unzureichende Nutzung ihres Sanktionspotentials liegt der von ihnen erzielte Abschreckungseffekt eher niedrig.
4. Dennoch können sie dann, wenn sie auf Anforderung aus den Betrieben tatsächlich Durchsetzungshilfe leisten, in der Mehrzahl der Fälle einen positiven Effekt erzielen.
5. Für den einzelnen Arbeitnehmer kann es allerdings ausgesprochen riskant sein, sich direkt an die Aufsichtsbehörden zu wenden. Mehrere LAG-Urteile haben die Berechtigung von Kündigungen aufgrund solcher Anrufungen bestätigt.¹⁷
6. Arbeitsschutzprobleme können gegenwärtig deshalb in der Regel nur dann von diesen Instanzen aufgegriffen werden, wenn sie vom Betriebsrat artikuliert werden. Dies kann einen Problemfilter darstellen (vgl. Hauß, Belastungsthematisierung).
7. Auch für den Betriebsrat ist die Anforderung der überbetrieblichen Aufsicht bereits Konflikthandeln (vgl. Kühn, S. 161). Infolgedessen steigt die „häufige Anforderung“ mit zunehmendem Niveau der Interessenvertretung (Index INKON, Angaben für das unterste und das oberste Quartil) von 13,7% auf 30,9%, und mit zunehmendem Engagement der Belegschaftsvertretung im Arbeitsschutz (Index ASBEL) von 3,5% auf 47,1%.
8. Das Arbeitsschutz-Engagement von Belegschaft und Betriebsrat steht in einem engen Wechselverhältnis mit dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems (vgl. Kühn). Infolgedessen wird der überbetriebliche Arbeitsschutz besonders häufig in solche Betriebe gerufen, in denen auch der professionelle Arbeitsschutz relativ weit entwickelt ist (Index PAS). Tabelle 24 verdeutlicht diesen Zusammenhang.

Neben der Tatsache, daß die Instanzen des überbetrieblichen Arbeitsschutzes desto häufiger von den Betriebsräten eingeschaltet werden, je höher der zumindest formelle Implementationsgrad des professionellen Arbeitsschutzes im Betrieb ist, zeigt sich, daß

¹⁷ Das LAG Baden-Württemberg hat in seinem Urteil vom 20.10.1976 (AZ: 6 Sa 51/76) die ordentliche Kündigung eines Arbeitnehmers wegen Verletzung der Treuepflicht für zulässig erklärt, der eine Gesundheitsschädigung durch Schadstoffe beim Schweißen befürchtete und die zuständige Ortsverwaltung seine Gewerkschaft informierte, die den Vorgang der Gewerbeaufsicht meldete, die daraufhin in dem Betrieb der Beanstandung nachging, obwohl der Arbeitnehmer zuvor — vergebens — beim Betriebsingenieur wegen der vermuteten Gesundheitsschädlichkeit der Schweißdämpfe vorstellig gewesen war (Volkholz/Fuchs/Müller 1980).

*Tab. 24:
Zusammenhang zwischen dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-
Systems (Index PAS) mit der Häufigkeit der Forderung des Betriebsrates nach
einer Betriebsbegehung durch GewA und BG und der Häufigkeit der
betrieblichen Änderungen nach erfolgter Begehung (in % der Befragten)*

Index PAS (Quartile)		I	II	III	IV
Aufforderung	häufig	8,5	15,5	21,3	30,5
	selten	27,3	41,6	46,6	39,1
	nie	51,6	33,3	25,8	28,1
	weiß nicht	12,1	9,6	6,3	2,5
Änderung nach Begehung	ja	58,6	75,2	88,5	92,2
	nein	41,4	24,8	11,5	7,8

(153/154 PAS) n = 938 bzw. 557 (vgl. Tab. 22)

s = **

auch die „Erfolgsquote“ solcher Begehungen ganz erheblich mit zunehmendem professionellen Arbeitsschutz im Betrieb ansteigt.

Wenn berücksichtigt wird, daß die Einschaltung von GewA und BG wohl in kaum einem Fall einen „Luxus“ darstellt, da von diesen Instanzen nur klare Verstöße gegen geltendes Arbeitsschutzrecht beanstandet werden, dann ergibt sich insgesamt ein negatives Bild: Gerade in jenen Betrieben, in denen das interessenpolitische Niveau der Belegschaft *und* der Ausbau des professionellen Systems am weitesten zurückgeblieben sind, kommt es am seltensten zu der (an sich häufiger) notwendigen Intervention durch GewA und BG.

Aufgrund derselben Nachteile für die Belegschaft werden Auflagen dieser Dienste in solchen Betrieben wesentlich seltener erfüllt.

Umgekehrt: Je höher das interessenpolitische Niveau der Belegschaft und je ausgebauter das professionelle System, desto häufiger werden die überbetrieblichen Dienste angefordert. Da, wie gezeigt, die Revision „von Amts wegen“, also ohne besondere Aufforderung, in der Tätigkeit der Aufsichtsdienste eine immer geringer werdende Restkategorie darstellt (BAU, S. 59), wird durch die häufigere Anforderung aus den „stärkeren“ Betrieben die Kapazität für die „schwächeren“ Betriebe noch weiter verringert. Dieser Zusammenhang kehrt die substitutive Wirksamkeit der überbetrieblichen Dienste für solche Betriebe, deren eigener Arbeitsschutz schwach ist, tendenziell um. Andererseits belegt die relativ häufige Anforderung aus Betrieben mit einem ausgebauten eigenen Arbeitsschutz, daß die derzeitige Tätigkeit von GewA und BG lediglich die Spitze des Eisberges offenkundiger Normverletzungen im Arbeitsschutz berührt.

Unter den gegebenen Bedingungen unzureichender personeller und sachlicher Kapazität der überbetrieblichen Dienste kann daher von dort aus kein entscheidender Impuls zur Lösung der betrieblichen Probleme des Arbeitsschutzes erwartet werden. Damit

bleibt aber ein wesentliches und unverzichtbares Instrument des betrieblichen Gesundheitsschutzes stumpf.

Vorschläge aus dem Bereich der Wissenschaft (Volkholz/Fuchs/Müller 1980) und der Gewerkschaften (Konstanty 1981) begnügen sich deshalb auch nicht damit, einfach ein „Mehr“ an Personal- und Sachmitteln für diesen Bereich des Arbeitsschutzes zu fordern, sondern enthalten auch konkrete Vorstellungen über erweiterte Kompetenzen.

3. Handlungsfelder der professionellen Arbeitsschutzakteure

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten die qualifikatorischen und betrieblichen Rahmenbedingungen der professionellen Arbeitsschutz-Akteure in den von der Untersuchung erfaßten Betrieben und das Ausmaß der Institutionalisierung ihrer Kooperation in Form des Arbeitsschutzausschusses dargestellt wurden, soll nunmehr die Tätigkeit dieser Akteure auf einzelnen Handlungsfeldern untersucht werden.

Dabei ist zunächst daran zu erinnern, daß der durch die im ASiG aufgelisteten Aufgaben umrissene Handlungsrahmen sehr weit gesteckt ist. Er bezieht sich auf alle sicherheitstechnisch und arbeitsmedizinisch relevanten Aspekte bei Betriebsanlagen, technischen Arbeitsmitteln, Arbeitsverfahren, Arbeitsstoffen, Arbeitsrhythmus, Arbeitszeit, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsablauf, Arbeitsumgebung, Ergonomie und Fragen des Arbeitsplatzwechsels. Er reicht von der Beratung des Arbeitgebers über die Durchführung von Untersuchungen an Arbeitnehmern bzw. der Überprüfung des gesamten Betriebes bis hin zur Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung.

Im Rahmen dieser Untersuchung kann nur jener Ausschnitt dieser Aufgabenfelder und Tätigkeiten beleuchtet werden, über den die befragten Arbeitnehmer aufgrund ihrer betrieblichen Erfahrungen Auskunft geben können.

1. Damit ist zunächst das unter primär-präventiven Gesichtspunkten potentiell spektivenreichste Handlungsfeld der professionellen Arbeitsschutz-Akteure, die Einflußnahme auf Planung und Gestaltung neuer Betriebsanlagen, technischer Arbeitsmittel und -verfahren, sowie neuer Arbeitsplätze und -abläufe, aus der Betrachtung ausgeklammert. Die Feststellung, daß Arbeitnehmer und Betriebsrat von der Einflußnahme auf den Bereich der Investitionen faktisch ausgeschlossen sind, gilt auch im Bereich der qualitativen Gestaltung unter Arbeitsschutz-Gesichtspunkten. Zwar wird in der Literatur die Auffassung vertreten, daß auch Fragen der Planung und Ausführung neuer Betriebsanlagen und die Beschaffung technischer Arbeitsmittel im Arbeitsschutzausschuß nach § 11 ASiG zu behandeln sind (vgl. z.B. Straßburg 1976, S. 66 ff.), jedoch deuten die Experteninterviews darauf hin, daß selbst dort, wo ein Arbeitsschutzausschuß funktioniert, von einer qualitativen Einflußnahme der Belegschaftsvertreter nicht die Rede sein kann. In der Regel scheitert diese bereits daran, daß Planungsvorhaben in diesem Gremium falls überhaupt, dann überwiegend formal „abgesegnet“ werden. In den wenigen bekannten Fällen, in denen der Betriebsrat bzw. die Betriebsratsvertreter im Arbeitsschutzausschuß explizit in die Planung integriert werden, beschränken sich die Erörterung weitgehend auf die technischen Aspekte der Arbeitssicherheit bei Herstellung und Betrieb der neuen Anlagen (vgl. z.B. Nill 1979, S. 11 f.). Eine betriebliche Diskussion über die mit der Neu-Anlage auftretenden Belastungsstrukturen für die Arbeitnehmer schon in der Planungsfrage scheint nach wie vor nur in wenigen Ausnah-

meffallen zu erfolgen. Beiträge in der Literatur zur Frage „Arbeitssicherheit beginnt beim Einkauf“ sprechen durchweg „zwar nicht den Mann an der Werkbank an, (geben) aber für Betriebsleitung, Sicherheitsfachkräfte und die mit der Beschaffung von Gütern direkt befaßten Mitarbeiter wertvolle Hinweise und Ratschläge“ (Redaktionelles Vorwort zu: Rehmann 1977, S. 270). Die klare Experten-Dominanz bei der betrieblichen Planung unter meist vollständiger Ausklammerung von Belegschaft und Betriebsrat drückt sich auch in der Empfehlung aus, daß vor der „offiziellen Planeingabe an die Behörden . . . die Planunterlagen unter Beteiligung der Planungsverantwortlichen und des Sicherheitsingenieurs bei den zuständigen Behördenvertretern vorgestellt werden (sollten)“ (H. Schmitt, 1977, S. 412), während vom Betriebsrat oder den unmittelbar Betroffenen mit keinem Wort die Rede ist.

Hinsichtlich der Beteiligung der Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte an Planung, Anschaffung und Gestaltung von Anlagen und Maschinen bietet sich ein hinsichtlich dieser beiden Gruppen differenziertes Bild: Der Eindruck durchgängig geringer Beteiligung aus den Experteninterviews wird durch die Feststellung von Kramer (P. Kramer 1980, S. 202) nur abgeschwächt wiedergegeben: „In der betrieblichen Praxis liegt die Planung neuer Arbeitsplätze leider noch zu häufig in der Kompetenz von funktionstechnisch und wirtschaftlich orientierten Teams. Die in den §§ 3 und 6 des Arbeitssicherheitsgesetzes geforderte Mitwirkung von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften kommt in der Ausführungs- oder Abnahmephase zu spät, um optimale Gesamtlösungen erarbeiten zu können.“

Werden dagegen Sicherheitsingenieure in die Planung integriert, ist der Ort der Kooperation zumeist nicht der Arbeitsschutzausschuß, sondern die Planungsabteilung bzw. eigens eingerichtete Projektgruppen (vgl. z.B. Metzner/Nil 1980). In diesen Fällen ist die Prädominanz professioneller Sichtweise mit der für sie typischen Verkürzung der Arbeitsschutz-Probleme bereits institutionalisiert.

Über eine Beteiligung der Betriebsärzte an den Maßnahmen der betrieblichen Planung ist nur wenig bekannt. Die befragten Arbeitsmediziner fühlten sich überwiegend nicht beteiligt, eine Minderheit wurde zwar einbezogen, sah aber wenig Möglichkeiten, Aspekte ihrer ärztlichen Qualifikation sinnvoll einzubringen. So stellt auch Sohnius (R. Sohnius 1980, S. 79) fest: „Es ist nun keine Frage, daß der Arzt aufgrund seines Ausbildungsganges gar nicht in der Lage ist, diesen neuen Aufgaben gerecht zu werden.“ Die überwiegende Reaktion auch der in der Untersuchung befragten Betriebsärzte auf dieses selbst festgestellte Defizit gibt Sohnius ebenfalls zutreffend wieder: „Trotzdem bringt der Betriebsarzt eine spezifische ärztliche Fähigkeit mit, nämlich seine Beobachtungsgabe“.

Zusammenfassend kann begründet vermutet werden, daß die Belegschaftsvertreter und Sicherheitsbeauftragten durchweg an Maßnahmen der betrieblichen Planung in Fragen des Arbeitsschutzes nicht beteiligt werden, zumal der Arbeitsschutzausschuß kaum inhaltlich damit befaßt ist.

Die Beteiligung der Sicherheitsfachkräfte dürfte ebenfalls noch unzureichend sein und bezieht sich zu einem großen Teil auf die sicherheitstechnische Aufbereitung der Planungsunterlagen für die Genehmigungsbehörden und Aufsichtsdienste, wodurch sie diese „quantitativ entlasten, qualitativ dagegen stärker fordern“ (BAU 1980, S. 42).

Von einer kompetenten Einbeziehung der Betriebsärzte in betriebliche Planungsprozesse kann kaum die Rede sein, wo sie erfolgt, ist sie überwiegend formal, wofür auch Qualifikationsprobleme bei den Ärzten verantwortlich sind.

2. Neben den aus Planung und Investition erwachsenden Arbeitsschutzproblemen konnten aufgrund des Erhebungsinstrumentariums eine Arbeitnehmerbefragung auch jene Aspekte der Tätigkeit der Arbeitsschutz-Professionals nicht weiter untersucht werden, die sich auf die interne Arbeitsorganisation der Professionals beziehen. Hierzu gehören neben Fragen des internen Ablaufs und seiner Einbindung in das betriebliche Geschehen auch solche der Fortbildung und Verwaltung. Gravierend ist diese Einschränkung hinsichtlich des Querschnitt-Komplexes Information, da dieser die unmittelbaren Belegschaftsinteressen in doppelter Hinsicht direkt tangiert: Zum einen nämlich sind Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte nach ASiG zum Aufbau einer betrieblichen Epidemiologie verpflichtet, indem sie die Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfällen untersuchen, die Untersuchungsergebnisse erfassen und auswerten. Inwieweit diese Ziele, die eine notwendige Voraussetzung zur Erfüllung der volksgesundheitlichen Aufgabenstellung des professionellen Arbeitsschutz-Systems darstellen, in einzelnen Betrieben gegenwärtig bereits systematisch angegangen werden, kann im Rahmen dieser Untersuchung daher nicht angegeben werden.

3. Zum anderen konnten über die Nutzung der den Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften aus ihrer Tätigkeit zufließenden Informationen zu personalpolitischen Zwecken und Strategien des Management und insbesondere der Personalabteilung nur an wenigen Punkten und zumeist nur indirekte Informationen gewonnen werden. Als ein Ergebnis der Experteninterviews kann zwar festgehalten werden, daß derartige Kooperationen zwischen vor allem Betriebsärzten, Personalabteilung und teilweise auch Betriebskrankenkassen unzweifelhaft existieren. Ihr Ausmaß und ihre Funktionsmechanismen liegen aber naturgemäß außerhalb des Einblicksbereichs der Arbeitnehmer. Diese systematische Lücke der Untersuchung ist umso gravierender, als auf diesem Feld der Gewinnung, Übertragung, Speicherung, Verarbeitung und Auswertung von Informationen wahrscheinlich ein großer Teil kommender Auseinandersetzungen auch im Arbeitsschutz stattfinden wird (vgl. Drinkuth et al. 1979).

4. Systematisch erfaßt wurden dagegen die Aktivitäten der Professionals, bei denen sie mit den Arbeitnehmern oder dem Betriebsrat in direkte Berührung kommen. Wie weiter oben entwickelt wurde (vgl. Einleitung), werden diese Interaktionen zwar durchweg als Arbeitsschutz-Maßnahmen begründet und treten in der Form professionellen Arbeitsschutz-Handelns auf, sie sind aber ihrem Inhalt nach umfassender als Aktionen zur Lösung betrieblicher Probleme und zur Durchsetzung von Unternehmensinteressen

zu interpretieren, unter denen die Gesunderhaltung der Arbeitskräfte nur eines von mehreren Zielen darstellt. (Ebenso erfolgt die Bearbeitung der Probleme der Gesunderhaltung der Arbeitnehmer im Betrieb keineswegs nur vermittelt über das Arbeitsschutz-System.)

Dieser Zusammenhang macht es notwendig, die hier untersuchten Aktivitäten des Arbeitsschutz-Systems als Teil der betrieblichen Personalwirtschaft zu analysieren. Prinzipiell kommen alle Funktionen der betrieblichen Personalwirtschaft als Handlungsfelder für die professionellen Arbeitsschutz-Akteure in Betracht:

Personalbedarfsermittlung: Hierbei können von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten besondere Erfahrungs- und Gesundheits-/Belastbarkeitsprofile in Bezug auf die zu besetzenden Arbeitsplätze festgelegt werden.

Personalbeschaffung: Auswahl von Arbeitnehmern nach arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Gesichtspunkten. An Instrumenten hierfür ist zu unterscheiden zwischen den (durch UVV'n vorgeschriebenen) arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen in Bezug auf spezielle Belastungen am vorgesehenen Arbeitsplatz und den allgemeinen Einstellungsuntersuchungen. Während letztere immer darauf zielen, Risiko und Risikofolgen der vermuteten oder tatsächlichen (häufig bereits arbeitsbedingten) Gesundheitseinschränkung auf das Individuum abzuwälzen und das Unternehmen mit allgemein hoch belastbaren Arbeitnehmern auszustatten, ist es der intendierte Zweck arbeitsmedizinischer Vorsorge-Untersuchungen, an Arbeitsplätzen mit besonderen chemischen und/oder physikalischen Belastungen nur solche Arbeitnehmer zu beschäftigen, die diesen besonderen Belastungen gewachsen sind. Auch hierbei trägt das Risiko der Nicht-Eignung für die besondere Belastung in der Regel das Individuum.

Personalentwicklung und Personalbildung: Auch bei der Auswahl von Arbeitnehmern für Aus- und Fortbildung kann das professionelle Arbeitsschutz-System für die betriebliche Personalpolitik funktionalisiert werden. Die Selektion nach gesundheitlichen Kriterien hat hier zumeist den Effekt, daß tendenziell nur hoch und rundum belastbare Arbeitnehmer durch betriebliche Qualifizierungsmaßnahmen in die Kernbelegschaft aufsteigen. Darüber hinaus ist es aber auch denkbar (und in der Realität zu beobachten), daß solche Arbeitnehmer dann sorgfältiger medizinisch betreut werden, als Angehörige der Randbelegschaft.

Personaleinsatz: Neben den Aufgaben des Unfallschutzes und der Minimierung bzw. der Ausschaltung gefährdender chemischer und/oder physikalischer Einflüsse steht hier der umfangreiche Komplex der „menschengerechten Gestaltung“ von Arbeitsverfahren, Arbeitsabläufen, Arbeitsplätzen, Arbeitsumgebung, Arbeitszeiten und Arbeitsorganisation zur Disposition.

Daß der Begriff „menschengerechte Gestaltung“ je nach Interessenstandpunkt sehr unterschiedlichen Inhalt haben kann, ist vielfach belegt (vgl. z.B. Birkwald/Pornschlegel 1976, und als Erwiderung hierzu: Natzel 1979).

Personalerhaltung und Leistungsstimulation: Auf diesem Gebiet kann das professio-

nelle Arbeitsschutz-System für die Unternehmensleitung Kriterien für unterschiedliche Strategien in Bezug auf unterschiedliche Arbeitnehmer-Gruppen liefern (vgl. oben: Personalentwicklung). Im Extremfall ist außerdem z.B. denkbar, mit Hilfe medizinischer Befunde die Grenzen materieller Leistungsstimulation bestimmen zu lassen.

Personal-„Freistellung“: Hierzu zählen in erster Linie Maßnahmen, die das Aussortieren tatsächlich oder vermutlich (aktuell oder zukünftig) leistungsgeminderter Arbeitnehmer mit Hilfe des professionellen Arbeitsschutz-Systems zum Ziel haben.

Die direkte und umfassende Funktionalisierung des betrieblichen Arbeitsschutzes für die betriebliche Personalpolitik stellt eine Extremposition dar, die sicherlich nirgendwo in der Realität existiert. Noch weniger Chancen zur Realisierung hätte freilich ihr Gegenpol einer ausschließlich an den (Gesundheits-)Interessen der Beschäftigten ausgerichteten Organisation des Betriebes. Welche Ausprägung das Arbeitsschutz-System im einzelnen zwischen diesen beiden gedachten Polen einnimmt, ergibt sich auf betrieblicher Ebene systematisch neben den bereits untersuchten Faktoren der Artikulation, Thematisierung und Aktivitäten der Belegschaft (vgl. Hauß, Belastungsthematisierung)

- aus dem Grad der Funktionalisierungs-Intentionen des betrieblichen Managements, das seinerseits u.a. von den Möglichkeiten der Mobilisierung ökonomischer Ressourcen und vom betrieblichen Planungshorizont abhängt,
- aus arbeits-, sozial- und strafrechtlichen Normen,
- aus den direkten und indirekten Wirkungen öffentlicher Maßnahmen auf die Aktivitäten zur Lösung betrieblicher Probleme (Altmann et al 1977),
- aus der Lage am Arbeitsmarkt und
- aus der Eigendynamik des Arbeitsschutz-Systems als Ensemble von Professionals mit spezifischer Problemsicht und eigenen Interessen.

Für die Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung wurden die sieben Funktionen der betrieblichen Personalpolitik zu vier Komplexen,

- Einstellung neuer Arbeitnehmer,
 - Einweisung in den Arbeitsplatz,
 - laufende Betreuung,
 - Umsetzung und Entlassung
- zusammengefaßt.

3.1 Einstellungsuntersuchungen — Eingangsselektion

Einstellungsuntersuchungen können schon deshalb nicht zum eigentlichen Aufgabenbereich des Betriebsarztes und schon gar nicht zur Tätigkeit innerhalb seiner Einsatzzeiten gehören, weil sie an Arbeitnehmern vorgenommen werden, mit denen ein Arbeitsvertragsverhältnis definitionsmäßig nicht besteht. Dennoch ist die Einstellungsuntersu-

chung die häufigste regelmäßige Leistung des Betriebsarztes (Experteninterviews). Formal unterzieht der Bewerber sich freiwillig dieser Untersuchung, und formal ist auch sein Recht auf freie Arztwahl nicht aufgehoben. In der Realität ist hieran allerdings in aller Regel nichts freiwillig, da das Unternehmen das „ob“, „durch wen“, „was“ und „wann“ der Untersuchung zur faktischen Bedingung der Einstellung erhebt. Das Unternehmen schützt sich damit vor dem Risiko, einen Arbeitnehmer einzustellen, dessen Ausfallsrisiko überdurchschnittlich hoch ist (allgemeiner Gesundheitszustand) oder den Arbeitnehmer nicht am vorgesehenen Arbeitsplatz einsetzen zu können. Dies Letztere gilt vor allem für Arbeitsplätze mit meist technisch definierten Belastungen, für die eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung durch UVV vorgeschrieben ist, deren Ergebnis ein Beschäftigungsverbot *an diesem Arbeitsplatz* sein kann. In beiden Fällen trägt der Bewerber als Individuum das Risiko der Nicht-Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen, mit allen Konsequenzen des Einkommensausfalls sowie der doppelten Stigmatisierung durch Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Einschränkung (vgl. Wacker (Hrsg.) 1978, Wacker 1981, Brinkmann 1976).

Die *formale Schwierigkeit* der Begründung von Einstellungsuntersuchungen durch den Betriebsarzt wird von den Betrieben auf verschiedene Art gelöst:

In einem Großteil der Fälle (wahrscheinlich der Mehrheit) wird das Problem nicht thematisiert, Einstellungsuntersuchungen werden während der Einsatzzeit durchgeführt, die dadurch für die eigentlichen Aufgaben entsprechend verkürzt wird.

Vor allem einzelne Großbetriebe vergüten den Betriebsärzten die Einstellungsuntersuchungen extra und vermeiden so deren Anrechnung auf die Einsatzzeiten. Betriebsärzte argumentieren häufig, daß sie selbst — im Rahmen der Unabhängigkeit bei der Anwendung ihrer Fachkunde gemäß ASiG — die Einstellungsuntersuchungen als notwendige arbeitsmedizinische Leistung definieren, die deshalb auf die Einsatzzeit anzurechnen sei. Diese Argumentation ist aus zwei Gründen irrig: Sie bezieht nicht die Untersuchung von Bewerbern ein, die dann nicht eingestellt werden, und sie ändert nichts an dem Sachverhalt, daß der zu Untersuchende zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht zum gesetzlich festgelegten Klienten des Betriebsarztes, der Belegschaft, gehört.

Fest steht auch, daß die *juristischen Grenzen* betriebsärztlicher Tätigkeit bei Einstellungsuntersuchungen häufig verletzt werden. Obwohl § 8 Abs. 1 ASiG („Betriebsärzte . . . haben die Regel der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten“) in Verbindung mit § 203 StGB klare Aussagen über das Verbot der Weitergabe von Untersuchungsbefunden enthält (so auch Kliesch/Nöthlich/Wagner 1978, S. 327 ff. und Spinnarke/Schork, S. 62 f.), werden häufig ärztliche Befunde an die Personalabteilung weitergegeben. Bekannt sind auch Fälle, in denen Betriebsärzte sich selbst und auch den Hausarzt des Bewerbers pauschal von der Schweigepflicht entbinden lassen, um dann scheinbar frei von juristischen Fesseln die Befunde weitergeben zu können. Eine allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht durch den Bewerber bei der Einstellungsuntersuchung kommt in einer Situation zustande, in der dieser einigermaßen wehr- und machtlos ist.

Sie ist sittenwidrig und damit nichtig (§ 130 BGB, vgl. Kliesch/Nöthlichs/Wagner 1978, S. 329).

Die Grenzen juristisch zulässiger Informationsweitergabe über das Ergebnis von Einstellungsuntersuchungen sind nicht genau definiert. Sie dürften aber eindeutig dort überschritten sein, wo über die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses, z.B. in der Form „einsatzfähig“, „bedingt“ oder „mit Bedenken einsatzfähig“, „nicht einsatzfähig“ hinaus medizinische Daten weitergegeben werden.

Das dahinterstehende *soziale Problem* der Risikoverteilung für gesundheitliche Einschränkungen zwischen Individuum, Betrieb und Sozialversicherungssystem überschreitet das Gesichtsfeld einer betriebsbezogenen Betrachtungsweise. Die derzeitige Konstellation hat zur Folge, daß von den möglichen Risikoträgern

- Kranken- und Sozialversicherungssystem,
- Unternehmen,
- Betroffener,

sich nur das Unternehmen ohne weitere Verantwortung und Folgen von diesem Risiko freustellen kann.

*Tab. 25:
Anteil der Einstellungsuntersuchungen nach Betriebsgrößenklassen
(in % der Befragten)*

In Betrieben mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Einstellungs- untersuchungen							
1) Ja, bei allen Neueinstel- lungen	24,4	20,6	41,9	56,0	72,3	88,1	59,4
2) Ja, für manche Arbeitn.- gruppen	8,9	7,4	9,7	16,9	9,2	5,0	9,4
3) 1) + 2)	33,3	28,0	51,6	72,9	81,5	93,1	68,8
4) nein	62,2	70,6	44,4	24,0	16,4	4,8	28,2
5) weiß nicht	4,4	1,5	4,0	3,1	2,1	2,1	3,0

(31/48) n = 1390

s = **

Einstellungsuntersuchungen werden insgesamt in mehr als zwei Dritteln der Betriebe durchgeführt. Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Einstellungsuntersuchungen mit zunehmender Betriebsgröße erheblich an. Es kann aufgrund der Experteninterviews

davon ausgegangen werden, daß sich die Einstellungsuntersuchungen „für manche Arbeitnehmergruppen“ stark mit den nach UVV vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorge-Untersuchungen überschneiden, während es sich bei Einstellungsuntersuchungen „bei allen Neu-Einstellungen“ eher um allgemeine Gesundheitsprüfungen handelt. Deren Anteil steigt von der untersten bis zur obersten Betriebsgrößenklasse auf mehr als das Dreifache.

Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen sind bereits bei einem sehr niedrigen Grad der Institutionalisierung des professionellen Arbeitsschutz-Systems durchführbar, bereits das vertragliche Engagement eines niedergelassenen Arztes, der die arbeitsmedizinische „Betreuung“ in seiner Praxis durchführt, bildet eine hinreichende organisatorische Voraussetzung. Zu untersuchen ist deshalb der Zusammenhang zwischen dem Anteil der Einstellungsuntersuchungen und dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems.¹⁸

Tab. 26:
Anteil der Einstellungsuntersuchungen von Ausbau und Integration
des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)

Quartile Index PAS	Untersuchung bei allen Neu- Einstellungen	Einstellungs- untersuchung für manche AN-Gruppen	keine Einstellungs- untersuchung	weiß nicht	Proportional- Index
1	31,5	5,2	58,4	4,9	100
2	56,0	10,4	30,1	3,6	114
3	70,8	12,0	14,3	2,9	116
4	80,1	9,9	9,4	0,6	110

(Index PAS/48) n = 1390

s = **

¹⁸ Die statistische Betrachtung des Zusammenhanges zwischen Einstellungsuntersuchungen und Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems enthält ein Moment der Auto-Korrelation, da der Anteil der Einstellungsuntersuchungen im Index selbst enthalten ist. Dieser methodische Einwand wird in Kauf genommen, da in den Index PAS über 20 verschiedene Fragen eingegangen sind und damit der Anteil einer einzelnen Frage am Index je nach Gewichtung zwischen unter 4 und maximal 8% ausmacht. Die Beziehung zwischen dem Index PAS und einzelnen Elementen des professionellen Arbeitsschutz-Handelns erlaubt Rückschlüsse auf die Ausgestaltung des professionellen Arbeitsschutz-Systems sowie die über- oder unterproportionale Zunahme einzelner Leistungen des Systems, die mit dem Ausbau und Institutionalisierungsgrad einhergeht. Zur Verdeutlichung eines über- bzw. unterproportionalen Anstieges wurde eine Meßziffer gebildet, bei der ein Index-Wert für die jeweilige Leistung nach Quartilen mit den gewogenen Mittelwerten der Quartile des Gesamt-Index in Beziehung gesetzt wurde. Diese Ziffer gibt an, ob die jeweilige Leistung des professionellen Arbeitsschutz-Systems stärker (> 100) oder schwächer (< 100) steigt als die durch den Index ausgedrückte Zunahme des Ausbaus des Gesamt-Systems. Diese Ziffer wird als Proportional-Index bezeichnet. Vgl. Methodik.

Der Anteil der Einstellungsuntersuchungen steigt zwischen dem untersten und obersten Quartil des Index PAS auf mehr als das Doppelte. Zudem gehören Einstellungsuntersuchungen zu jenen Leistungen, die mit Ausbau und Integration des professionellen Arbeitsschutz-Systems überproportional ansteigen (Proportional-Index).

Andererseits kann angesichts des hohen Grades der Ausstattung mit Betriebsärzten bei den von der Untersuchung erfaßten Betriebe (vgl. oben, Tab. 7) geschlußfolgert werden, daß durchaus nicht in allen Betrieben, die betriebsärztlich versorgt sind, auch Einstellungsuntersuchungen durchgeführt werden. Die Gründe hierfür sind statistisch nicht vollständig zu ermitteln. Plausibel erscheint zunächst die Vermutung, daß das Management erst mit zunehmender Betriebsgröße und — damit einhergehend — betrieblichem Planungshorizont diese Leistung von den Betriebsärzten abfordert.

Dem steht allerdings die aus den Experteninterviews und der Literatur belegte Tendenz der Betriebsärzte gegenüber, von sich aus den medizinischen Untersuchungen ein — auch zeitlich — großes Gewicht zu verleihen, da dieses Tätigkeitsfeld die größten Überschneidungen mit ihrer professionellen Qualifikation aufweist und zudem das einzig sichtbare ärztliche Monopol im Rahmen ihres Tätigkeitsspektrums darstellt.

Ein Teil der Unterschiede in der Handhabung der Einstellungsuntersuchungen erklärt sich aus dem Typ der betriebsärztlichen Versorgung. (Tab. 27)

Tab. 27:
Häufigkeit von Einstellungs-Untersuchungen nach dem Typ der
betriebsärztlichen Versorgung (in % der Befragten)

Versorgungstyp	festangest. Betr.arzt	externer Betr.arzt	BG- Zentrum	TÜV- Zentrum	Arbeitgeber Zentrum	Gesamt
Einstellungs- untersuchungen						
1) Ja, bei allen Neueinstell.	79,0	53,2	39,2	(48,0) ¹	49,4	60,6
2) Ja, bei man- chen AN- Gruppen	7,8	10,8	15,7	(16,0) ¹	14,9	10,9
3) 1. + 2.	86,8	64,0	54,9	(64,0) ¹	64,3	71,5
4) Nein	12,0	34,6	45,1	(36,0) ¹	35,6	27,5
5) Weiß nicht	1,3	1,4	0	(0) ¹	0	1,0

¹ n = 25
(48/160) = 818

s = **

Festangestellte Betriebsärzte nehmen am häufigsten Einstellungsuntersuchungen durchgängig bei allen Neu-Einstellungen vor. Sie differenzieren dabei auch am wenigsten zwischen arbeitsplatz-bezogenen und allgemeinen Einstellungsuntersuchungen, wie der

niedrige Anteil der Einstellungsuntersuchungen „bei manchen Arbeitnehmergruppen“ zeigt. Den zweit-häufigsten Anteil an allgemeinen und den zweit-niedrigsten an differenzierten Einstellungsuntersuchungen weisen die freiberuflichen Vertragsärzte auf. Nur halb so viel allgemeine Einstellungsuntersuchungen wie die festangestellten Betriebsärzte und erheblich weniger als die übrigen Versorgungstypen nehmen die berufsgenossenschaftlichen Zentren vor, die andererseits zusammen mit den Zentren des TÜV hinsichtlich der differenzierten Praxis der Einstellungsuntersuchung an der Spitze liegen. Dies könnte darauf hindeuten, daß gegenüber den BG-Zentren größere Begründungsschwierigkeiten seitens der Betriebe hinsichtlich undifferenzierter Tauglichkeitsuntersuchungen vor der Einstellung neuer Arbeitnehmer bestehen. Inwieweit dies auf Möglichkeiten verweist, durch eine Kombination der Einwirkung auf die Rahmenbedingungen betriebsärztlicher Versorgung dieser Zentren mit Hilfe der Selbstverwaltungsorgane einerseits und dem Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats bei der Wahl des Typs der betriebsärztlichen Versorgung andererseits auf den Charakter der arbeitsmedizinischen Betreuung insgesamt Einfluß zu nehmen, kann an dieser Stelle nicht weiter untersucht werden (vgl. unten 4.). An anderer Stelle (vgl. Kühn, S. 115 ff.) wurde die These belegt, daß ein hohes Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz, das mit dem Index ASBEL gemessen wird, in erster Linie angibt, inwieweit sich die Belegschaftsvertretung auf die Bedingungen des ASiG eingerichtet hat, und daß die daraus resultierende Sichtweise von Arbeitsschutz-Problemen überwiegend an den normierten Standards und dem Verständnis der Experten orientiert ist. Die Folgen dieser Orientierung wurden als Entpolitisierung von Arbeitsschutz-Konflikten durch Verwischung von Verantwortlichkeiten und Individualisierung von Problemen beschrieben.

In der Frage der Einstellungsuntersuchungen entspricht dieser Hypothese der Sachverhalt, daß einerseits ein hohes Bewußtsein davon vorhanden ist, daß Arbeitnehmer in großem Umfang nach gesundheitlichen Gesichtspunkten selektiert werden, daß aber andererseits kaum Versuche bekannt sind, auf die für die Selektion zentral wichtige Einstellungsuntersuchung Einfluß zu nehmen.

Unabhängig von der Betriebsgröße, dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz und vom Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems gehen 78,5% aller Befragten davon aus, daß in den Betrieben, in denen sie arbeiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen die Erlangung eines Arbeitsplatzes generell erschweren oder unmöglich machen und/oder den Verlust des Arbeitsplatzes zur Folge haben können (Frage 33: „1978 wiesen 30% aller Arbeitslosen ‚gesundheitliche Beeinträchtigungen‘ auf. Wird bei Ihnen im Betrieb auch eine Auslese nach gesundheitlichen Gesichtspunkten getroffen?“ n = 1356).

Eine denkbare Reaktion auf diesen Aspekt des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit von Seiten der Belegschaft oder des Betriebsrates wäre der Versuch, die Einstellungsuntersuchung als Instrument der Eingangss Selektion mit Hilfe von Betriebsvereinbarungen etc. zurückzudrängen. Dies wäre als ein Ansatz zu werten, die gesund-

heitlichen Probleme der Individuen zu betrieblichen Problemen zu machen, zu deren Lösung dann auch betriebliche Ressourcen (Umsetzung, Schon-Arbeitsplätze, allgemeine Belastungsminderung) mobilisiert werden müßten. Auf diese Weise könnte auch auf die von Janzen (1977, S. 13) skizzierte *Belastungsspirale* Einfluß genommen werden:

„Der Betriebsarzt liefert durch die Einstellungsuntersuchungen in guter Absicht die Daten für Entscheidungen der Personalabteilung, bei denen — das wird häufiger sogar ohne Umschweife zugegeben — wirtschaftliche Gesichtspunkte den Vorrang haben. Hieraus entwickelt sich ein beängstigender Kreislauf. Zunächst werden die Arbeitnehmer im Betrieb durch die herrschenden Arbeitsbedingungen verschlissen. Dann wird dafür gesorgt, daß bei den Einstellungsuntersuchungen nur noch gesunde Arbeitnehmer durch das Sieb der Einstellungsuntersuchungen gelangen, um dann erneut den Prozeß des Gesundheitsverschleißes in Gang zu setzen.“

Wenn sich in einzelnen Betrieben gegen diese Praxis und solche Konsequenzen von Einstellungsuntersuchungen Abwehrstrategien der Belegschaft herausgebildet haben, so schlagen sie sich jedenfalls in der Statistik nicht nieder.

Tab. 28:
Zusammenhang zwischen dem Anteil der Einstellungsuntersuchungen und dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)

Quartile	Untersuchung bei allen Neu-Einstellungen	Einstellungsuntersuchung bei manchen AN-Gruppen	keine Einstellungsuntersuchung	Weiß nicht
1	34,6	9,1	52,0	4,3
2	56,9	11,5	29,5	2,1
3	67,0	7,2	22,4	3,4
4	80,3	8,5	9,1	2,1

(ASBEL/48) n = 1390

s = **

Der Anteil der Einstellungsuntersuchungen nimmt in Abhängigkeit von den Arbeitsschutz-Aktivitäten der Belegschaft genauso stark zu, wie in Abhängigkeit vom Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems. Dies kann einerseits als Beleg für die oben vorgenommene Charakterisierung des vorherrschenden Arbeitsschutz-Handelns der Belegschaft gewertet werden.

Auf der anderen Seite ist damit die Frage nach den Gründen für die Hinnahme der Personal-Selektion durch Einstellungsuntersuchungen noch nicht hinreichend beantwortet. Drei Gründe treten hinzu:

— Die zu Untersuchenden — als Noch-Nicht-Arbeitnehmer — stehen nicht unter dem Schutz der Regelungen des BetrVG. Juristisch befinden sie sich außerhalb des Einflußbereichs des Betriebsrates.

- Forderungen nach Einstellung von im Experten-Urteil „gesundheitlich Beeinträchtigten“ sind (außer bei Schwerbeschädigten) innerhalb des Bedingungsrahmens kooperativer Konfliktregulierung durch Verhandlung über die Einhaltung von Normen meist nicht durchsetzbar. Die Konfliktschwelle dürfte gerade in dieser Frage sehr hoch liegen.
- Die seit Jahren anhaltende Arbeitsmarktsituation wirkt der Motivation der Belegschaft und Belegschaftsvertreter für derartige Konflikte stark entgegen: Zum einen wird die Arbeitskraft austauschbarer und zum anderen ist die disziplinierende Wirkung der Furcht vor drohender oder angedrohter Arbeitslosigkeit so groß, daß auch Belegschaften daran interessiert werden, solchen Ausleseprozessen zumindest nicht entgegenzuwirken. Ausdruck dieser Tendenz ist die fast stereotype Formulierung aus den Gruppendiskussionen, nach der „niemandem gedient sei“, wenn ein Arbeitnehmer auf einen Arbeitsplatz komme, dessen Belastungen er gesundheitlich nicht gewachsen sei. Dabei gerät stets aus dem Blickfeld, daß durch selektiv wirkende Einstellungsuntersuchungen die Arbeitsbedingungen im gesamten Betrieb tendenziell noch belastender gestaltet werden können, was zu noch früheren Verschleißerscheinungen auch bei den nicht unmittelbar betroffenen Beschäftigten führen kann.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß durch die gegenwärtige Handhabung der Einstellungsuntersuchungen die Betriebsärzte in vielen Fällen zwar Management-Probleme lösen, aber gleichzeitig — bewußt oder unbewußt — volksgesundheitliche Probleme verschärfen.

Über den quantitativen Selektionseffekt der Einstellungsuntersuchungen gibt es keine verlässlichen Daten, zumal die Betriebsräte hierüber keine Mitteilung erhalten. Donay (in: IG Metall 1977, S. 57) führt als Beispiel an: „Von run 1.200 Bewerbern in den letzten Monaten sind 350 Bewerber nicht eingestellt worden, weil aufgrund der werksärztlichen Einstellungsuntersuchung eine Lärmschädigung festgestellt worden ist“. Betriebsräte schätzten in Experteninterviews den Anteil der „aussortierten“ Arbeitsplatzbewerber zwischen 20% und 50%, Betriebsärzte lagen in ihren Angaben zwischen „nicht der Rede wert“ und 30%. Diese sehr unterschiedlichen Einschätzungen stellen unabhängig von ihrer objektiven Validität ein gravierendes Hindernis für jede Form der vertrauensvollen Kooperation zwischen den Beschäftigten und den Betriebsärzten dar.

Experteninterviews und Gruppendiskussionen weisen darauf hin, daß es bei den Einstellungsuntersuchungen mehr um allgemeine Prüfungen der gesundheitlichen Belastbarkeit als um spezifische Untersuchungen im Hinblick auf den vorgesehenen Arbeitsplatz handelt. Diese These wird erhärtet durch den Vergleich zwischen dem Anteil der Betriebe, in denen Stellenbeschreibungen existieren, „in denen Bezug genommen wird auf die körperlichen und geistigen und nervlichen Anforderungen an den Arbeitsplatzinhaber“, mit dem Anteil der Betriebe, in denen Einstellungsuntersuchungen vorgenommen werden (vgl. oben Tab. 25).

Der Anteil der Betriebe mit anforderungsbezogenen Arbeitsplatz-Beschreibungen ist

*Tab. 29:
„Existieren in Ihrem Betrieb Stellenbeschreibungen, in denen
Bezug genommen wird auf die körperlichen und geistigen und nervlichen
Anforderungen an den Arbeitsplatzinhaber?“*

In Betrieben mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
ja	15,8	7,4	21,4	29,1	41,3	51,6	29,5
nein	76,3	75,9	67,8	60,0	47,9	36,6	59,3
weiß nicht	7,9	16,7	10,8	10,9	10,7	11,8	11,2

(31/156) n = 914

s = **

durchweg nur halb so hoch wie der jener Betriebe, in denen Einstellungsuntersuchungen durchgeführt werden. Nicht in allen Fällen wird man daraus schließen können, daß die vorgenommenen Einstellungsuntersuchungen sich vorwiegend auf ein Urteil über die allgemeine Belastbarkeit beschränken müssen. Belastungsbezogene Einstellungsuntersuchungen sind auch ohne anforderungsbezogene Stellenbeschreibungen möglich,

- wenn der Betriebsarzt aufgrund genauer Betriebskenntnis die Anforderungen und Belastungen auch ohne formalisierte Arbeitsplatz-Beschreibung kennt,
- wenn in bestimmten Betrieben oder ganzen Branchen bestimmte Belastungen durchgängig vorhanden sind, derentwegen arbeitsmedizinische Untersuchungen geboten erscheinen.

Im übrigen differieren die Anteile von Betrieben mit Einstellungsuntersuchungen und solchen mit anforderungsbezogenen Stellenbeschreibungen ganz erheblich zwischen den Branchen.

*Tab. 30:
Einstellungsuntersuchungen und anforderungsbezogene
Stellenbeschreibungen nach Branchen*

Bereich: Gewerkschaft ...	Chemie	Druck	Metall	NGG	Textil	Gesamt
Einstellungsuntersuchungen bei allen <i>und</i> manchen Neu- Einstellungen	90,3	42,1	72,4	66,3	49,1	68,8
Anforderungsbezogene Stellen-Beschreibungen	33,8	22,7	35,3	14,1	19,7	29,5

(48/156)

Das Verhältnis zwischen Betrieben mit anforderungsspezifischen Arbeitsplatzbeschreibungen und solchen mit Einstellungsuntersuchungen schwankt je nach Branche zwischen ca. 1:5 (Gewerkschaft NGG) und ca. 1:2 (IG Druck und Papier und IG Metall).

Diese Unterschiede erklären sich teils aus der unterschiedlichen Verteilung der Betriebsgrößenklassen in den Branchen (vgl. Methodik), aus der unterschiedlichen Anzahl der vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (vor allem im Bereich der Gewerkschaft NGG und der IG CPK) und aus unterschiedlichen gewerkschaftlichen Traditionen.

Bei allen Unterschieden wird man die Mehrzahl der Einstellungsuntersuchungen, die nicht auf der Grundlage anforderungsbezogener Stellenbeschreibungen vorgenommen werden, als allgemeine Tauglichkeits-Tests bezeichnen müssen, die im Ergebnis dem Management die Möglichkeit geben, das betriebliche Belastungsniveau insgesamt anzuheben.

Mit dieser Aussage sollen die vor allem von gewerkschaftlicher Seite vorgetragenen Schwierigkeiten und Gefahren, die mit dem flächendeckenden Ausbau von anforderungsbezogenen Stellenbeschreibungen verbunden sein können und sind, keineswegs verkannt werden (vgl. Drinkuth et al, 1979, Sackstetter (Hrsg.) 1979; Hildebrandt 1981): Mit umfassenden Daten-Systemen über Belastungs- und Qualifikationsprofile der bestehenden Arbeitsplätze in Verbindung mit einer diese Profile ebenfalls einbeziehenden Personaldatei wird die Konfliktbeziehung zwischen Kapital und Arbeit scheinbar wissenschaftlich und objektiv zugunsten technisch zu bewältigender Personal-Allokationsprozesse stillgelegt. Dies geht in der Regel einher mit Prozessen der Intensivierung der Arbeit, Einengung individueller Handlungsspielräume und umfassender Kontrolle der Individuen. Außerdem bringen derartige Personal-Informationssysteme Mitbestimmungsprobleme völlig neuer Qualität mit sich.

Auf der anderen Seite bleibt aber ebenso richtig, daß Einstellungsuntersuchungen ohne Bezugnahme auf die vorhersehbaren Arbeitsplatzbelastungen überwiegend allgemeine Tauglichkeitsuntersuchungen darstellen und gleichzeitig durch betriebliche Prozesse nicht zurückgedrängt oder gar abgeschafft werden können.

In diesem objektiven Dilemma verfolgen offenbar gerade die Belegschaften und Betriebsräte mit dem höchsten Aktivitätsniveau im Arbeitsschutz Strategien der Entwicklung von allseits verbindlichen Normen und damit der in kooperativer Routine zu bewältigenden Verhandelbarkeit. Dies zeigt der Zusammenhang zwischen der Existenz anforderungsbezogener Stellenbeschreibungen und dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL). (Tab.31)

Bei der Interpretation des extrem starken Anstiegs der anforderungsbezogenen Stellen-Beschreibungen mit dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz auf mehr als das 10fache ist zu berücksichtigen, daß derartige Stellenbeschreibungen oftmals nicht unmittelbar auf Forderungen der Belegschaft oder Betriebsräte hin zustande kommen, sondern die Antwort des Management auf Forderungen nach Belastungsabbau, Lohngruppen-Gerechtigkeit, Bestandsschutz etc. darstellen. Der Anstieg von anforderungsbezogenen Stellenbeschreibungen verweist insofern auf einen über den Rahmen des Arbeitsschutzes hinaus wirkenden kooperativen Regulierungsstil, bei dem

*Tab. 31:
Zusammenhang zwischen der Existenz anforderungsbezogener
Stellenbeschreibungen und dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten
im Arbeitsschutz (Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	Anforderungsbezogene Stellenbeschreibungen		
	ja	nein	weiß nicht
1	7,2	79,1	13,7
2	20,3	69,5	10,2
3	34,8	54,3	11,0
4	73,2	19,0	7,7

(ASBEL/156) n = 914

s = **

Belegschaftsforderungen durch Verregelung und Problem-Reduktion auf objektiv Meßbares und Normierbares zu Verhandlungsgegenständen zwischen Experten deformiert werden.

Anforderungsbezogene Stellenbeschreibungen sind demnach keine Aktivität, die das professionelle Arbeitsschutz-System vorwiegend aufgrund seiner Eigendynamik aus sich selbst hervor bringt, sondern eher das Resultat in spezifischer Form geführter Konflikte zwischen Arbeitnehmern und Kapital. (Tab. 32).

*Tab. 32:
Zusammenhang zwischen der Existenz anforderungsbezogener Stellen-
beschreibungen und dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems
(Index PAS)*

PAS Quartile	Anforderungsbezogene Stellenbeschreibungen			Proportional-Index
	ja	nein	weiß nicht	
1	11,6	72,6	15,8	100
2	26,6	61,2	12,1	108
3	32,9	59,3	7,9	102
4	44,8	46,4	8,8	104

(PAS/156) n = 914

s = **

Die Ergebnisse aus Tabelle 32 erhärten diese Vermutung: Zwar gehören anforderungsbezogene Stellenbeschreibungen zu jenen Leistungen des professionellen Arbeitsschutz-Systems, die mit seinem Ausbau und seiner Integration in das betriebliche Geschehen (schwach) überproportional zunehmen (Proportional-Index), jedoch liegt die Varianz zwischen dem untersten und dem obersten Quartil von PAS erheblich unter der zwischen den entsprechenden Quartilen von ASBEL.

Wenn hingegen die Entwicklung anforderungsbezogener Stellenbeschreibungen eher aufgrund des zunehmenden Ausbaus des professionellen Arbeitsschutz-Systems zustande käme, könnte erwartet werden, daß sich die Praxis der Einstellungsuntersuchungen differenziert. Ein grober Indikator einer solchen Differenzierung könnte eine Tendenz sein, in deren Verlauf nicht mehr alle Arbeitnehmer vor der Einstellung untersucht werden, sondern vor allem solche, an deren vorgesehennem Arbeitsplatz besondere Belastungsbedingungen herrschen. Eine solche Tendenz ist indes nicht feststellbar.

*Tab. 33:
Zusammenhang zwischen anforderungsbezogenen Stellenbeschreibungen
und der Praxis von Einstellungs-Untersuchungen (in % der Befragten)*

Einstellungs- untersuchungen	ja, bei allen Neu-Ein- stellungen	ja, bei manchen Arbeitnehmer- Gruppen	nein	weiß nicht
<i>Anforderungsbezogene Stellenbeschreibungen</i>				
ja	72,5	8,9	17,5	1,1
nein	44,7	10,9	43,6	0,7
weiß nicht	52,5	11,9	29,7	5,9
(48/156) n = 911				s = **

Es zeigt sich, daß beim Vorliegen von anforderungsbezogenen Stellenbeschreibungen zwar der Anteil der Einstellungsuntersuchungen insgesamt erheblich höher liegt (insgesamt 81,4% gegenüber 55,6%), der Anteil differenzierter Einstellungsuntersuchungen dagegen nicht wesentlich variiert und sogar schwach fällt.

Zusammenfassung:

Es konnte gezeigt werden, daß in über zwei Dritteln der von der Untersuchung erfaßten Betriebe in erheblicher Abhängigkeit von der Betriebsgröße Einstellungsuntersuchungen vorgenommen werden. Der quantitative Effekt der Eingangs-Selektion dieser Untersuchungen ist zwar erheblich, aber nicht exakt quantifizierbar. Der Anteil der Betriebe mit Einstellungsuntersuchungen ist mehr als doppelt so hoch wie der derjenigen Betriebe, in denen anforderungsbezogene Stellenbeschreibungen existieren. Daraus muß geschlossen werden, daß es sich bei einem erheblichen Anteil der Einstellungsuntersuchungen um allgemeine Tauglichkeitsprüfungen handelt, die bei gegebener Arbeitsmarktlage eine Erhöhung des betrieblichen Belastungsniveaus mit entsprechenden gesundheitlichen (Spät-)Folgen ermöglichen. Strategien zur Reduktion von Einstellungsuntersuchungen sind unter den gegenwärtigen Umständen wenig wahrscheinlich

und auch kaum vorfindbar. Sowohl Einstellungsuntersuchungen als auch anforderungsbezogene Stellenbeschreibungen nehmen mit zunehmendem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz und Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems zu, jedoch ist hinsichtlich der anforderungsbezogenen Stellenbeschreibungen ein quantitativ höherer Einfluß der Belegschaftsaktivitäten als von Seiten des professionellen Arbeitsschutz-Systems erkennbar. Dies kann als Ergebnis der Einbindung der Belegschaftsvertretung in Konfliktlösungs-Mechanismen interpretiert werden, bei denen Arbeitsprobleme auf technisch und naturwissenschaftlich Meßbares reduziert und auf diese Weise zum Gegenstand vornehmlich unter Experten zu führender Verhandlungen über die Erfüllung technischer Normen werden. Dadurch werden solche Konflikte tendenziell individualisiert und entpolitisiert, wesentliche Belastungsaspekte und soziale Bezüge bleiben von der Problem-Bearbeitung ausgeschlossen.

3.2 Einweisung in den Arbeitsplatz

Nach der arbeitsmedizinischen Einstellungsuntersuchung stellt die Einweisung in den neuen Arbeitsplatz den regelmäßig zweiten vorgegebenen oder möglichen Kontakt des Arbeitnehmers mit dem professionellen Arbeitsschutz-System dar. Einweisungen in den Arbeitsplatz erfolgen nicht nur bei Neu-Einstellungen, sondern auch bei Arbeitsplatzwechsel innerhalb des Betriebes sowie in Form wiederholter Unterweisungen.

Die rechtliche Verantwortlichkeit für die Einweisung wie für den gesamten Arbeitsschutz liegt beim Arbeitgeber (vgl. Kliesch/Nöthlichs/Wagner 1978, S. 67). Dies entspricht der Logik des § 120 a der Gewerbeordnung von 1891 und findet seine Konkretisierung hinsichtlich der Einweisung in der UVV 1.0 (Allgemeine Vorschriften):

§ 7, Abs. 2: „Der Unternehmer hat die Versicherten über die bei ihren Tätigkeiten auftretenden Gefahren sowie über die Maßnahmen zu ihrer Abwendung vor der Beschäftigung und danach in angemessenen Zeitabständen, mindestens jedoch einmal jährlich, zu unterweisen.“

Der Arbeitgeber kann unbeschadet seiner rechtlichen Verantwortlichkeit die aus dieser Verpflichtung resultierenden Aufgaben delegieren, und zwar an betriebliche Vorgesetzte und Beauftragte hinsichtlich der Leitungsfunktion, an Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte im Rahmen der Anwendung ihrer Fachkunde zu seiner eigenen Unterstützung oder der Unterstützung der von ihm Beauftragten. Die rechtliche Verantwortlichkeit von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften ist damit enger als die der Beauftragten und hebt wie diese die Verantwortlichkeit des Arbeitgebers nicht auf.

Während die Aufgaben und Tätigkeiten sowohl der betrieblichen Vorgesetzten als auch der Professionals nach ASiG juristisch grundsätzlich aus der Verpflichtung des Arbeitgebers hergeleitet werden, bezieht sich die Aufgabenstellung der beiden anderen gesetzlich normierten Arbeitsschutz-Akteure auf die Betroffenen:

„Die Sicherheitsbeauftragten haben den Unternehmer bei der Durchführung des Unfallschutzes zu unterstützen, insbesondere sich von dem Vorhandensein und der ordnungsgemäßen Benutzung der vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen fortlaufend zu überzeugen“ (§ 719, Abs. 2 RVO).

„Der Betriebsrat hat bei der Bekämpfung von Unfall- und Gesundheitsgefahren die für den Arbeitsschutz zuständigen Behörden . . . und die sonstigen in Betracht kommenden Stellen durch Anregung, Beratung und Auskunft zu unterstützen sowie sich für die Durchführung der Vorschriften über den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung im Betrieb einzusetzen“ (§ 89, Abs. 1 BetrVG).

Die Erfüllung oder Nicht-Erfüllung dieser auf die Beschäftigten bezogenen Aufgaben erfolgt unbeschadet der juristischen Verantwortlichkeit des Arbeitgebers.

Die Verantwortlichkeiten der betrieblichen Funktionsträger des Arbeitsschutzes können sich erheblich verschieben, wenn sie zusätzlich betriebliche Vorgesetzte oder Beauftragte des Unternehmers sind oder ihnen — im Falle von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten — Funktionen und Pflichten über den in §§ 3 und 6 ASiG niedergelegten Aufgabenkatalog hinaus übertragen werden. Auf die damit zusammenhängenden juristischen Probleme soll hier nicht weiter eingegangen werden (vgl. Kliesch/Nöthlichs /Wagner 1978, S. 66 ff.; Spinnarke/Schork S. 62 ff.).

Dem einzelnen Beschäftigten schließlich kommt im System dieser juristischen Verantwortlichkeiten eine im wesentlichen passive, auf Vermeidungsverhalten gerichtete Rolle mit nur geringfügigen Rechten zu (Gottschalk/Gürtler 1979, S. 11 ff.; vgl. Kühn, S. 60 ff.).

Das Zusammenwirken dieser Instanzen soll nun am Beispiel der Einweisung von Beschäftigten in ihren Arbeitsplatz aufgezeigt werden.

Zur Reichweite der damit verbundenen Aussagen sind drei Vorbemerkungen notwendig:

1. Die formelle Einweisung in den Arbeitsplatz bezieht sich meist nur auf Fragen der Gefahrenquellen, Sicherheitsvorschriften und Schutzvorrichtungen, klammert also wesentliche Bereiche der Arbeitsplatz-Belastung aus. Nur in wenigen Fällen, die in den Gruppendiskussionen zutage traten, werden auch individuelle Möglichkeiten der Belastungsverminderung und Gefahren arbeitsbedingter Erkrankungen in die Einweisung einbezogen.

Das Ausmaß der Kooperation zwischen professionellen und nicht-professionellen Arbeitsschutz-Akteuren in diesem Bereich läßt demnach keine gültigen Schlüsse auf die Entwicklungs-Möglichkeiten eines Arbeitsschutz-Systems zu, das sich vorrangig auf die Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen unter Berücksichtigung weiterer relevanter Belastungsdimensionen beziehen könnte. Im Umkehrschluß kann allerdings gefolgert werden, daß Defizite der Integration des professionellen Arbeitsschutz-Systems bereits auf dieser Ebene der personenbezogenen Beratung wichtige Indikatoren für das Nicht-Vorliegen auch der *notwendigen Voraussetzungen* eines weniger eng verstandenen

Arbeitsschutzes sind.

2. Der Vorgang der Einweisung in den Arbeitsplatz läßt sich nicht schematisieren. Er beinhaltet mehr oder weniger lange Einarbeitungsphasen, oft zunächst in Assistenz eines Arbeitskollegen oder einer Arbeitsgruppe, qualifizierende Maßnahmen am oder außerhalb des Arbeitsplatzes Einarbeitungsphasen unter vermindertem Zeit- und Lohndruck etc. . . . „Neulinge, die später eine Akkordarbeit leisten sollen, erhalten z.B. eine nach Erfahrungswerten festgelegte Zeit lang Durchschnittslohn . . . in mehreren Schritten werden die „Handgriffe“ (Fertigkeiten) eingeübt, die zur vollen Leistung beherrscht werden müssen. Andere Betriebe stellen nur für wenige sogenannte Eingangsarbeitsplätze Neulinge ein. Unter besonderer Aufsicht sollen sich Neulinge dort an die allgemeine Arbeitsatmosphäre gewöhnen. Wieder andere Betriebe stellen nur Neulinge ein, die vorher von einem, meist abhängigen Leiharbeitsunternehmen längere Zeit ausgeliehen worden sind.“ (Gottschalk/Gürtler, S. 17 f.). Lichte (1978) hat hinsichtlich der Einweisung die Erfahrung gemacht, daß „sowohl die im engeren Sinne arbeitsplatzbezogene wie die allgemeine (soziale) Qualifizierung . . . fast ausschließlich die Arbeiter untereinander (leisteten). In der Regel gaben sich die betrieblichen Vorgesetzten gar nicht den Anschein, als gehöre die Qualifizierung der neuen Arbeiter zu ihren Aufgaben.“ (S. 161) Sie „beschränkten sich (dagegen) sowohl in den verschiedenen Stadien der Einstellung als auch später im betrieblichen Alltag auf die Vermittlung allgemeiner Disziplinar-Regeln (Arbeitszeit, Pünktlichkeit, Gehorsam) und Informationen über die Lohnhöhe. Ohne die Hilfe der erfahrenen Kollegen wäre eine Integration eines Neuen wahrscheinlich ein sehr schmerzhafter Prozeß des Lernens durch wiederholte Regel-Verletzung geworden.“ (S. 160) Der Prozeß der Einweisung durch die Arbeitskollegen war dabei von vielfältigen Konkurrenz-, Status- und Hierarchieproblemen der Arbeiter untereinander beeinflusst.

Im Rahmen dieser Untersuchung können diese komplexen Prozesse nicht nachgezeichnet werden. Vielmehr beschränken sich die Aussagen auf den Aspekt der sicherheitstechnischen Einweisung in den Arbeitsplatz und seiner Träger.

3. Eine Erörterung der Einweisung in den Arbeitsplatz als Beispiel für die Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren des Arbeitsschutzes kann nicht nur unter den Gesichtspunkten der Sachkompetenz von Betroffenen, Professionals und Vorgesetzten erfolgen und unter diesen Aspekten vorgefundene Lösungen als mehr oder weniger sachgerechte beurteilen. Sie hat vielmehr auch die reale Verantwortlichkeit des Arbeitgebers für den Arbeitsschutz, die sich auch in den rechtlichen Normen ausdrückt, zu berücksichtigen, zumal die klare Zuordnung der Einweisungsverpflichtung zur Arbeitgeberfunktion für die Beschäftigten auch den Charakter eines Schutzrechtes hat.¹⁹

Auf der anderen Seite werden aufgrund dieser Zuordnung die Aufgaben der Einweisung häufig an Personen delegiert, die die konkreten und im Detail liegenden Probleme

¹⁹ Auf die Schwierigkeiten, Arbeitgeber und betriebliche Vorgesetzte im Falle von Krankheit oder Unfall auch tatsächlich haftbar zu machen, kann hier nicht eingegangen werden.

des jeweiligen Arbeitsplatzes wegen fehlender Kontextnähe nicht so gut kennen können wie die Beschäftigten selbst. Dies gilt in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlicher Richtung sowohl für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte als auch für betriebliche Vorgesetzte. Eine sachgerechte Gestaltung der Einweisung in den Arbeitsplatz wird infolgedessen die drei Eckpunkte: Juristische Verantwortlichkeit — sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Sachkompetenz — größtmögliche Kontextnähe gleichermaßen einbeziehen müssen.

Derartige Überlegungen treffen allerdings angesichts der konkreten Defizite in der Praxis der Arbeitsplatzeinweisung wohl nicht den gegenwärtigen Schwerpunkt des Problems.

Tab. 34:
„Werden neue Mitarbeiter auch über die Gefahrenquellen, Sicherheitsvorschriften, Schutzvorrichtungen an ihrem neuen Arbeitsplatz informiert?“

Betriebe mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	>2000	Gesamt
ja, sogar sehr genau	33,3	38,2	40,7	50,0	51,3	68,0	50,8
ja, sehr oberflächlich	48,9	48,5	48,5	45,5	45,1	30,4	42,6
nein	17,8	13,2	10,8	4,5	3,6	1,6	6,6

(Quelle: 40/31) n = 1377

s = **

Rund die Hälfte aller Arbeitnehmer wird demnach nicht oder nur sehr oberflächlich über Gefahrenquellen, Sicherheitsvorschriften oder Schutzvorrichtungen an ihrem neuen Arbeitsplatz informiert. Dabei ist zu beachten, daß sich die abgefragten Informationen vorwiegend auf unfallrelevante Sachverhalte beziehen, die eine Unterweisung über weitergehende Fragen des Arbeitsschutzes, wie etwa Risiken arbeitsbedingter Erkrankungen etc., zumeist nicht einschließt. Diese durch Gruppendiskussionen erhärtete Annahme wird gestützt durch die Tatsache, daß die Anzahl sowohl der „sehr genauen“ als auch der „sehr oberflächlichen“ Einweisungen völlig unabhängig von der Arbeitssituation und der Arbeitsbelastung (gemessen mit dem Index BELA) ist. (BELA/40.)

Aufgrund der Konzentration bzw. weitgehenden Beschränkung der Arbeitsplatzeinweisung auf Aspekte der Unfallgefahren, der Verregelbarkeit dieses Vorgangs über die Festlegung von Zuständigkeiten und Normen sowie der Möglichkeit, solche Regelungen zumeist durch nicht-konfliktive Verhandlungen durchzusetzen, bietet sich die Arbeitsplatzeinweisung als relativ erfolgreiches Wirkungsfeld für Belegschaften und Betriebsräte mit hohem Aktivitätsniveau im Arbeitsschutz an:

*Tab. 35:
Zusammenhang zwischen dem Anteil der Einweisungen in den Arbeitsplatz
und dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	Arbeitsplatzeinweisungen		
	ja, sehr genau	ja, sehr oberflächlich	nein
1	31,7	52,0	16,3
2	40,1	54,0	5,9
3	56,6	39,9	3,4
4	75,6	23,5	0,9

(ASBEL/40) n = 1382

s = **

Ein Vergleich mit Tabelle 34 ergibt, daß der Anteil der „sehr genauen“ Arbeitsplatzeinweisungen in Abhängigkeit von den Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz erheblich stärker variiert, als mit der Betriebsgröße. Dies läßt den Schluß zu, daß in einer Vielzahl auch großer Betriebe eine „sehr genaue“ Arbeitsplatzeinweisung keineswegs im Selbstlauf vom Management etabliert wird, es vielmehr eines hohen Maßes an Arbeitsschutz-Aktivitäten seitens der Belegschaft und des Betriebsrates bedarf, um die Erfüllung dieser gesetzlich normierten Arbeitgeber-Pflicht durchzusetzen.

Auch ein stark ausgebautes, ausdifferenziertes und zumindest formell integriertes professionelles Arbeitsschutz-System verbessert die Voraussetzungen für eine zumindest formell ausreichende Handhabung der Arbeitsplatzeinweisung:

*Tab. 36:
Zusammenhang zwischen dem Anteil der Einweisungen in den Arbeitsplatz
und dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)*

Quartile PAS	Arbeitsplatzeinweisungen			Proportionalindex
	ja, sehr genau	ja, sehr oberflächlich	nein	
1	28,3	54,3	17,4	100
2	47,2	47,2	5,6	99
3	58,7	38,4	2,9	94
4	69,3	30,1	0,6	87

(PAS/40) n = 1382

s = **

Der Anteil der „sehr genauen“ Arbeitsplatzeinweisungen steigt zwar mit zunehmenden Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems fast ebenso stark an, wie mit zunehmenden Belegschafts-Aktivitäten im Arbeitsschutz, es ist jedoch zu beachten, daß dieser Anteil nicht so stark steigt, wie der Gesamtindex für die Leistungen des professionellen Arbeitsschutz-Systems über die Quartile (Proportional-Index). Dies deutet darauf

hin, daß Arbeitsplatz-Einweisungen nicht zu den Leistungen gehören, die mit Ausbau des professionellen Arbeitsschutzes erst in relevantem Umfang eingeführt werden und dann quasi von selbst zunehmen.

Dies verweist auf die Frage, von wem die neuen Arbeitnehmer in ihre Arbeitsplätze eingewiesen werden.

Tab. 37:
Wer gibt die Informationen (über Gefahrenquellen,
Sicherheitsvorschriften, Schutzvorrichtungen)?

In Betrieben mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Vorgesetzte	41,4	53,2	48,2	51,2	54,1	48,7	49,7
Sicherheits- Personal	10,3	10,6	30,3	34,9	34,5	43,5	34,0
Betriebsrat	37,9	29,8	16,4	10,2	6,1	5,8	12,0
Kollegen	6,9	4,3	3,0	3,6	4,7	1,0	3,0
Andere	3,4	2,1	2,1	0	0,7	1,0	1,3

(41/31) n = 1017

s = **

Als wichtigstes Medium der für die Arbeitsaufnahme notwendigen Informationen über die Arbeitssicherheit erweist sich der Vorgesetzte, der in ungefähr der Hälfte genannt wird und dessen Bedeutung auch mit zunehmender Betriebsgröße nicht abnimmt. Durch diese Praxis der Arbeitsplatz-Einweisung wird zwar der juristischen Verantwortlichkeit Genüge getan, jedoch treten dabei die Gesichtspunkte der Sachkompetenz und der Kontextnähe der Tendenz nach zurück, und zwar Letztere desto stärker, je höher der einweisende Vorgesetzte in der Betriebshierarchie angesiedelt ist. Zusätzlich steht zu vermuten, daß bei Einweisungen durch den Vorgesetzten Gesichtspunkte der allgemeinen Disziplin sowie der Arbeitsproduktivität mindestens gleichgewichtig neben solchen der Gesundheit und Arbeitssicherheit stehen (vgl. auch Lichte, 1978, S. 160).

Die professionelle Sachkompetenz ist dagegen mit zunehmender Betriebsgröße immer stärker repräsentiert: Von der untersten zur obersten Betriebsgrößeklasse vervierfacht sich der Anteil der Arbeitsplatz-Einweisungen durch die professionellen Arbeitsschutz-Experten. Daran ist dreierlei bemerkenswert:

1. Zum einen handelt es sich bei den Nennungen fast ausschließlich um Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte wurden faktisch nicht genannt (die Frage war offen gestellt). Dies hat zur Folge, daß arbeitsmedizinische Aspekte allenfalls sekundär über die anderen Informationsgeber in die Unterweisung eingehen. Wenn man die Einweisung in den Arbeitsplatz als personenbezogene Beratung versteht, durch deren Ausbau über die sicherheitstechnischen Aspekte hinaus zunehmend auch weitere Dimensionen des Verhältnisses zwischen Arbeit und Gesundheit einbezogen werden können, so

erweist sich die faktische Nicht-Beteiligung von Betriebsärzten an der Einweisung als institutionelle Schranke gegen eine solche Entwicklung. Dem steht auch nicht die Einschätzung entgegen, daß die Mehrzahl der heute tätigen Betriebsärzte bei Arbeitsplatz-Einweisungen keine wesentlichen gesundheitlichen Gesichtspunkte einzubringen hätte: Auch hinsichtlich der Betriebsärzte gilt, daß Lernprozesse in Bezug auf Problemsicht und -bearbeitungskapazität am ehesten durch teilnehmende Praxis aufgelöst bzw. verstärkt werden.

2. Die Arbeitsplatz-Einweisung durch Sicherheitsfachkräfte entspricht dem Kriterium der Sachkompetenz auf einer allgemeinen Ebene.²⁰

Ob die Sicherheitsfachkräfte über hinreichend konkretes Wissen über den jeweiligen Arbeitsplatz verfügen, hängt in erheblichem Ausmaß von der Größe des von ihnen zu betreuenden betrieblichen Bereiches ab. Daraus darf nun nicht der Schluß gezogen werden, den Betreuungsbereich der Sicherheitsfachkräfte durch Aufteilung dieser Funktion auf zahlreiche Arbeitnehmer möglichst klein zu halten. Diesem „Splitting“ steht entgegen, daß bei den davon betroffenen Sicherheitsfachkräften im zeitlichen und sachlichen Konflikt mit ihren sonstigen Arbeitsaufgaben die Arbeitsschutz-Funktion regelmäßig zu kurz kommt (vgl. oben S. 74 ff.). Daraus folgt, daß dem Kriterium der Sachkunde bei der Einweisung in den Arbeitsplatz am ehesten dann entsprochen ist, wenn die allgemeine Sachkunde durch arbeitsplatzspezifische Informationen ergänzt und damit gleichzeitig dem Kriterium der Dezentralität genügt wird. Dies kann entweder durch die institutionalisierte Hinzuziehung arbeitsplatznaher Kollegen bei der Einweisung geschehen oder durch detaillierte und jederzeit abrufbare Informationen über alle zu betreuenden Arbeitsplätze. In diesem Zusammenhang führen Gottschalk/Gürtler (1979, S. 150) u.a. folgende Kriterien zur Beurteilung der Qualität der Arbeit einer Sicherheitsfachkraft an:

- „Für jeden Artikel persönlicher Schutzausrüstung kennt sie die Gefahr, zu deren Abwehr er ausgegeben ist. Sie kann belegen, daß keine Maßnahme außer der Ausgabe von persönlicher Körperschutz-Ausrüstung technisch möglich ist.“
- Wenn eine technische Lösung anstelle der Ausgabe von Körperschutz möglich ist, kann sie nachweisen, wann in Zukunft die Kosten für Körperschutzmittel diejenigen Kosten einholen werden, die für die technische Lösung entstanden wären“.

In die gleiche Richtung deutet auch, daß bei Vorliegen anforderungsbezogener Arbeitsplatzbeschreibungen 58,7% der neuen Arbeitnehmer „sehr gründlich“ eingewiesen werden; liegen solche Beschreibungen nicht vor, sinkt der Prozentsatz auf 37,6% (156/40).

3. Der Anteil der Sicherheitsfachkräfte an den Arbeitsplatzeinweisungen nimmt in dem Maße zu, wie der Anteil der Betriebsräte fällt. An anderer Stelle wurde gezeigt (vgl. Kühn S. 135 ff.), daß die unmittelbare Arbeitsschutz-Tätigkeit der Betriebsräte an

²⁰ Inwieweit sie der juristischen Verantwortlichkeit genügt, soll hier nicht weiter untersucht werden.

einzelnen Arbeitsplätzen überwiegend als Substitution von Experten-Tätigkeit auf niedrigerem Niveau zu interpretieren ist. Dies kann auch für die Einweisung neuer Arbeitnehmer in ihre Arbeitsplätze angenommen werden, da Betriebsräte — von besonders gelagerten Einzelfällen abgesehen — die Kriterien der Dezentralität und Sachkunde nicht in einem den betrieblichen Möglichkeiten entsprechenden Umfang und das Kriterium der juristischen Verantwortlichkeit überhaupt nicht erfüllen. Wenn auch vermutet werden kann, daß bei der Einweisung durch den Betriebsrat — im Gegensatz etwa zur Einweisung durch den Vorgesetzten — mehr tatsächlich gesundheitsrelevante und weniger betrieblich-disziplinarische Informationen vermittelt werden, und daß bei dieser Aktivität des Betriebsrates auch mehr Dimensionen der Arbeitsplatz-Probleme angesprochen werden können als bei einer Unterweisung durch die Sicherheitsfachkraft, so bleibt der Betriebsrat in dieser Hinsicht zeitlich und sachlich überfordert. Unter dem Aspekt der Integration des „informellen“ mit dem „formellen“ Arbeitsschutz-System ist die Arbeitsplatz-Einweisung durch den Betriebsrat zudem eine Sackgasse. Es ist deshalb auch die in Gruppendiskussionen immer wieder erklärte Strategie von Betriebsräten, die Arbeitsplatz-Einweisung durch Übertragung auf Sicherheitsfachkräfte und — in einigen Fällen — auf die Betriebsärzte zu professionalisieren.

Tab. 38:
„Wer gibt die Informationen (über Gefahrenquellen, Sicherheitsvorschriften, Schutzvorrichtungen)?“ in Abhängigkeit vom Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)

ASBEL Quartile	Vorgesetzte	Sicherheitspersonal	Betriebsrat	Kollegen	andere
1	56,3	22,7	15,3	3,5	2,2
2	54,0	28,3	9,8	6,7	1,2
3	47,4	39,3	11,5	1,1	0,8
4	42,4	44,8	11,6	0,4	0,8

(ASBEL/41) n = 1017

s = **

Es zeigt sich, daß diese Strategien in der Praxis allenfalls zur Hälfte verfolgt werden bzw. erfolgreich sind: Mit zunehmender Arbeitsschutz-Aktivität von Belegschaft und Betriebsrat steigt zwar der Anteil der professionell betreuten Einweisungen auf das Doppelte und erreicht das gleiche Niveau wie in den Großbetrieben mit über 2.000 Arbeitnehmern. Allerdings erfolgt diese Zunahme ganz überwiegend auf Kosten der Einweisung durch die Vorgesetzten, während der Anteil der Betriebsräte weniger stark sinkt. Zur Interpretation dieses Sachverhaltes bieten sich drei Erklärungen an, die sich gegenseitig nicht ausschließen müssen:

1. Viele Betriebsräte, die besonders aktiv im Arbeitsschutz sind, betreiben zwar nachdrücklich die Professionalisierung der Arbeitsplatz-Einweisung, nehmen aber aus Gründen der Identifikation mit ihrem Arbeitsschutz-Engagement gleichzeitig nur ungering Abstand vom persönlichen Einsatz am Arbeitsplatz (Experteninterviews).

2. Eine weitere Erklärung könnte darin bestehen, daß die Betriebsräte ihre Rolle bei der Einweisung quantitativ überschätzen. Dies könnte vor allem bei nicht-freigestellten Betriebsrat-Mitgliedern der Fall sein. Dafür spricht der Umstand, daß freigestellte Betriebsräte zu 7,3% und Nicht-Betriebsrats-Mitglieder zu 8,5% antworteten, die Einweisung am Arbeitsplatz erfolge durch den Betriebsrat. Bei den nicht-freigestellten Betriebsräten beträgt dieser Anteil 15,5%. Dies kann ebenso auf eine Selbstüberschätzung der Rolle der nicht-freigestellten Betriebsräte bei der Einweisung zurückzuführen sein, wie es auch damit zusammenhängen kann, daß gerade die nicht-freigestellten Betriebsrats-Mitglieder in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen tatsächlich — formell oder informell — stärker an den Einweisungen beteiligt sind.

3. Die dritte Erklärung zielt darauf ab, daß es auch der Strategie des Managements entspricht, die betrieblichen Vorgesetzten von der Tätigkeit der Einweisung durch Übertragung der Aufgaben auf die Professionals zu entlasten. Dafür spricht zunächst der im Vergleich auch mit dem obersten Quartil von ASBEL sehr niedrige Anteil der Einweisungen durch Betriebsräte in Großbetrieben mit mehr als 1.000 Arbeitnehmern (vgl. Tab. 37). Ein differenzierteres Bild ergibt dagegen die Verteilung der Einweisungstätigkeiten zwischen den einzelnen Gruppen in Abhängigkeit vom Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems.

Tab. 39:
*„Wer gibt die Informationen (über Gefahrenquellen, Sicherheitsvorschriften, Schutzvorrichtungen)?“ in Abhängigkeit vom Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)
 (PI = Proportionalindex)*

PAS Quartile	Vorgesetzte	Sicherheitspersonal	Betriebsrat	Kollegen	PI
1	58,4	17,9	20,3	3,4	100
2	49,4	30,7	13,5	4,8	105
3	50,0	34,6	9,4	3,8	102
4	41,8	49,1	7,3	0,7	101

(PAS/41) n = 1017 s = n.s.

Von dem Zuwachs der Einweisungen durch Professionals mit zunehmendem Ausbau und Präsenz der professionellen Arbeitsschutz-Experten im Betrieb „profitieren“ betriebliche Vorgesetzte und Betriebsräte etwa gleich viel.

Bei der Analyse der Häufigkeit von Arbeitsplatz-Einweisungen war weiter oben gezeigt worden (vgl. Tab. 36), daß sie im Vergleich zum Gesamtausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Indes PAS) nur unterproportional zunehmen. Werden aber Einweisungen im Betrieb durchgeführt — und nur Antworten aus solchen Betrieben gehen in Tab. 39 ein — so ist der Anteil der Professionals sogar schwach überproportional. Dies läßt den Schluß zu, daß der Anstoß zur Durchführung von Arbeitsplatz-Einweisungen nicht primär von den Arbeitsschutz-Experten selbst, sondern eher vom Management oder einem aktiven Betriebsrat kommt. Ist der Anstoß gegeben, so werden mit seiner Umsetzung verstärkt die Professionals, vor allem die Sicherheitsfachkräfte, betraut.

Zusammenfassung:

Nur ca. die Hälfte der Befragten arbeitet in Betrieben, in denen neue Arbeitnehmer „sehr gründlich“ in ihren neuen Arbeitsplatz eingewiesen werden. Den stärksten Einfluß auf das Ausmaß dieser sowohl für die Arbeitssicherheit als auch im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Arbeitsschutz-Systems wichtigen Maßnahme übt das Aktivitätsniveau von Belegschaft und Betriebsrat im Arbeitsschutz aus. In der Hälfte der Fälle werden die neuen Arbeitnehmer von betrieblichen Vorgesetzten eingewiesen, der Anteil der Professionals an dieser Tätigkeit wird erst bei größeren Betrieben bedeutend. Von den Professionals werden ganz überwiegend die Sicherheitsfachkräfte tätig, während Betriebsärzte kaum eine Rolle spielen. Auf die Zunahme der Professionalisierung der Einweisung nehmen offenbar sowohl das Management in großen Betrieben als auch arbeitsschutz-aktive Betriebsräte Einfluß.

Arbeitsplatz-Einweisungen müssen unter den bestehenden Bedingungen den Kriterien genügen, daß durch sie die rechtliche und tatsächliche Verantwortlichkeit des Arbeitgebers für den Arbeitsschutz nicht verwischt wird, daß die professionelle Sachkompetenz hinreichend eingebracht wird und daß die notwendige Detailkenntnis des vorgesehenen Arbeitsplatzes repräsentiert ist.

Keiner der Funktionsträger, der an den Einweisungen beteiligt ist, erfüllt alle drei Kriterien. Das bedeutet, daß zur Erfüllung der Funktion der Einweisung neben den Professionals als Träger der allgemeinen Sachkompetenz auch die personale Repräsentanz der Kontextnähe erforderlich ist. Hierzu böte sich an, auf das bestehende informelle Einweisungs-System unter den Kollegen an zusammenhängenden oder benachbarten Arbeitsplätzen zurückzugreifen und diese Hilfestellung zu institutionalisieren. Reibungsverluste sind bei einer solchen Lösung davon zu erwarten, daß der mit-einweisende Kollege durch seine Hilfestellung reale Verluste an Zeit und Geld erleidet. Diese Verluste müßten kompensiert werden.

Auf diese Weise könnte sich im Bereich der Einweisung neuer Arbeitnehmer in den Arbeitsplatz der Ansatz einer auf reale Kooperation gestützten Integration zwischen „formellem“ und „informellem“ Arbeitsschutz-System ergeben.

3.3 Laufende Betreuung

Struktur und Umfang der Leistungen der professionellen Arbeitsschutz-Experten im Betrieb sind durch Gesetze, Verordnungen, UVV'n, berufsgenossenschaftliche Grundsätze etc. in sehr unterschiedlichem Ausmaß präzisiert und festgelegt: Insbesondere Früherkennungsmaßnahmen am einzelnen Menschen („arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“) können als hochgradig verregelt angesehen werden: 1979 gab es z.B. mindestens 49 verschiedene vorgeschriebene Untersuchungen zu einzelnen chemischen oder physikalischen Belastungen bzw. für bestimmte Tätigkeiten (Blomberg et al. 1980, S. 36—48). *Auf der Ebene der Arbeitsschutz-Tätigkeiten im Betrieb* beschränken sich die Festlegungen dagegen im wesentlichen auf Aufgabenbeschreibungen in allgemeiner Form sowie allgemein gehaltene und ungewichtete Tätigkeitskataloge. Die einzigen einigermaßen konkret im ASiG enthaltenen *Verpflichtungen zu bestimmten Handlungen* sind regelmäßige Betriebsbegehungen (§§ 3 und 6, jeweils Abs. 3, a ASiG), die von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften zusammen vorzunehmen sind (§ 10 ASiG) sowie die Teilnahme an der Arbeit des Arbeitsschutzausschusses (§ 11 ASiG).

Diese Asymmetrie zwischen der exakten Festlegung bei den vor allem personenbezogenen Untersuchungstätigkeiten, die im wesentlichen allenfalls sekundär-präventiven Charakter haben, und der Unschärfe bei den zumindest der Möglichkeit nach primär-präventiven Aktivitäten im Betrieb bzw. bei der Planung hat notwendig zur Folge, daß zunächst die normierten Tätigkeiten ausgeführt werden. Dadurch werden Aktivitäten *im Betrieb* aus der Sicht der Professionals leicht zur Residualgröße (Experteninterviews), zumal der Gesamtumfang der Tätigkeiten durch die Festlegung der Einsatzzeiten limitiert ist. Über deren Aufteilung auf die verschiedenen Aufgaben gibt es keine verlässlichen Untersuchungen (vgl. S. 63).

Die Zusammenarbeit der Professionals mit dem Arbeitgeber, dem Betriebsrat und untereinander ist ebenfalls nur in allgemeiner Form geregelt.

Daraus ergibt sich ein weiter betrieblicher Gestaltungsrahmen, der je nach Potential, Strategie und Engagement von Management und/oder Belegschaft sowie in Abhängigkeit von der Eigendynamik der professionellen Arbeitsschutz-Akteure ausgefüllt wird.

Regelungsformen sind dabei Betriebsvereinbarungen, betriebliche Usancen und Spezifizierungen in den Arbeits- oder Dienstverträgen der Professionals.²¹

Innerhalb dieses weiten Rahmens ist die Varianz der vorfindbaren Tätigkeitsprofile der Arbeitsschutz-Professionals sehr groß. Sie reicht von faktischer Nicht-Präsenz der Professionals im Betrieb über eher zufällige und ungeplante Tätigkeiten bis hin zu hochgradig verregelten und routinisierten Abläufen. Nach Kliesch (1977, S. 30) entspricht die große Offenheit des Gestaltungsrahmens durch weitgehende Nicht-Spezifizierung der Tätigkeiten der Professionals im Betrieb und das Fehlen von

²¹ Vor allem durch Arbeits- und Dienstverträge werden häufig bestimmte betriebliche Tätigkeiten explizit ausgeklammert (Experteninterviews).

normierten Instrumenten zur Durchsetzung von Mindest-Standards dem Willen der Gewerkschaften und des Gesetzgebers. Er begründet dies mit der „Einbahnstraße zu gesetzlichen Regelungen. Die staatliche Vorschrift schränkt den tarif- oder betriebspolitischen Verhandlungsspielraum ein, ja beseitigt ihn auf Dauer. Die Politik hat noch kein Instrument entwickelt, gesetzliche Vorschriften einzuführen, wenn die Arbeitnehmer ihren Gestaltungsfreiraum nicht mehr nutzen können, und gesetzliche Vorschriften zurückzunehmen, wenn das Gleichgewicht der Verhandlungsberechtigten wiederhergestellt ist.“

Im folgenden soll die Ausfüllung dieses der Auseinandersetzung der betrieblichen Kräfte überlassenen Gestaltungsrahmens anhand einzelner Tätigkeiten der Professionals in der laufenden Betreuung untersucht werden.

Entsprechend der Fragestellung der Gesamtuntersuchung kann es dabei nicht nur um die Feststellung des *Ausmaßes der Tätigkeiten* der Professionals gehen. Hinzutreten muß vielmehr die Frage, inwieweit durch die Aktivitäten der Professionals die *Gestaltungsmöglichkeiten der Belegschaft* ausgedehnt werden. Weiter oben wurde gezeigt, daß die strukturgestützte Stärkung der Kompetenz der Beschäftigten in Fragen ihrer Gesundheit am Arbeitsplatz eine notwendige Bedingung darstellt, um den vorhandenen „relativen Überschuß“ an Problembewußtsein in Arbeitsschutz-Handeln umzusetzen und Belastungs-Dimensionen in den Arbeitsschutz einzubeziehen, die bei professioneller Sicht- und Handlungsweise regelmäßig ausgeblendet bleiben oder zumindest zu kurz kommen. Die Ausdehnung des Arbeitsschutzes in diese Richtung stellt eine notwendig zu erfüllende Voraussetzung dar, wenn auf dem Gebiet der durch die Arbeitswelt generierten volksgesundheitlich relevanten Probleme eine Trendumkehr erreicht werden soll.

Voraussetzung für die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten unter Einbeziehung der professionellen Kompetenz ist eine möglichst große *Kontextnähe der Professionals* zu den Arbeitsproblemen. Denn nicht nur auf Seiten der Beschäftigten müssen Lernen und Qualifikation vorwiegend durch den Prozeß der Mitgestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen organisiert werden. Auch die Professionals benötigen zu ihrer Qualifikation die Interaktion mit denen, die als einzige über die konkreten Belastungserfahrungen am Arbeitsplatz verfügen. Die subjektiven und objektiven Hindernisse, die einem solchen Lernprozeß auf Seiten der Professionals entgegen stehen, wurden weiter oben angesprochen (vgl. oben 1.3).

Auf Seiten der Beschäftigten führt die Interaktion mit den Professionals zunächst und gegenwärtig noch vorherrschend zu einer von der professionellen Sicht- und Handlungsweise überfremdeten Wahrnehmung der eigenen Gesundheitsinteressen. Wird die Interaktion zwischen Professionals und Beschäftigten als Prozeß begriffen, so scheinen, indem durch die Etablierung von Arbeitsschutz-Professionals in den Betrieben die institutionellen Voraussetzungen für das Lernen der Beschäftigten auf dem Felde des Arbeitsschutzes geschaffen bzw. verstärkt werden, damit gleichzeitig Richtung und

Grenzen dieses Lernprozesses definiert zu werden: Durch die doppelte Reduktion des Arbeitsschutzes auf weitgehend personenbezogene Probleme und Problemlösungen sowie auf die dem Kenntnisstand und der Problemsicht der Professionals entsprechend zuordenbare, meßbare und normierbare Belastungen.

Von Seiten der Beschäftigten kann diese Grenze kaum innerhalb kooperativer Regelungs-Routinen überschritten werden, aus der Seite der Professionals ist eine notwendige, wenngleich nicht hinreichende, Voraussetzung die Erweiterung ihrer Problemsicht, für die die Kontextnähe zu den Arbeitsproblemen ebenfalls eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung darstellt.

Der erste Schritt zur Ingangsetzung solcher Prozesse ist die Herstellung von gegenseitiger *Transparenz* der Tätigkeit von Professionals und Beschäftigten.

Unter einer gesundheitsbezogenen Fragestellung müssen — zusammengefaßt — die Tätigkeiten der Professionals im Betrieb unter den Gesichtspunkten

- ihrer quantitativen Ausdehnung,
- ihrer Transparenz für die Beschäftigten,
- der Kontextnähe der Professionals zu den Arbeitsproblemen und
- der durch sie induzierte oder behinderte Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten

untersucht werden.

In den folgenden Abschnitten, die einzelne Ausprägungen des professionellen Arbeitsschutz-Handelns im Betrieb untersuchen, kann dieser Anspruch nur ansatzweise eingelöst werden, da das Instrument einer standardisierten Arbeitnehmerbefragung für derartige Probleme nicht sensibel genug ist und auch die Gruppendiskussionen nur beschränkt — und noch weniger repräsentativ — Auskunft geben können. Die Untersuchung muß sich deshalb weitgehend auf die Analyse der Voraussetzungen zur Erfüllung der genannten Kriterien beschränken.

3.3.1 Betriebliches Arbeitsschutz-Programm

In aller Regel stellt die Existenz eines betrieblichen Arbeitsschutz-Programms eine notwendige Voraussetzung dafür dar, daß die Tätigkeit der Professionals für die Beschäftigten bzw. den Betriebsrat transparent zu werden beginnt. Der Arbeitsschutz in Betrieben ohne ein solches Programm — das bestätigen auch die Gruppendiskussionen — ist, abgesehen von Kleinbetrieben, meist dadurch gekennzeichnet, daß der „informelle Arbeitsschutz“, getragen von Ratschlägen durch Kollegen, Aufsichtstätigkeit von Sicherheitsbeauftragten und Vorgesetzten sowie Interventionen des Betriebsrats und der „formelle Arbeitsschutz“ der Professionals weitgehend unabhängig voneinander existieren und kaum Berührungspunkte aufweisen.

Ein betriebliches Arbeitsschutz-Programm kann infolgedessen meist als erster Schritt

zum Abbau dieser Desintegration bzw. Verminderung der Distanz gewertet werden. Dabei ist die Qualität der vorfindlichen Arbeitsschutz-Programme nach dem Grad ihrer Präzision, Verbindlichkeit, Flächendeckung, Beteiligung der Betriebsräte und hinsichtlich der einbezogenen Belastungsdimensionen sehr unterschiedlich. Sie reicht von allgemeinen Absichtserklärungen, der Formulierung von „Arbeitsschutz-Philosophien“, über Schwerpunkt-Festlegungen in Unfallschutz (nach Art oder Ort der Unfälle), bis hin zu den (seltenen) Programmen im Hinblick auf häufig im Betrieb vorkommende arbeitsbedingte Erkrankungen. Häufig wird durch Arbeitsschutz-Programme der Turnus der Betriebsbegehungen, seltener die Aufteilung der Einsatzzeiten der Professionals auf ihre verschiedenen Aufgabengebiete geregelt (Experteninterviews).

Über die Existenz von betrieblichen Arbeitsschutz-Programmen in den von der Untersuchung erfaßten Betrieben gibt Tabelle 40 Auskunft.

Tab. 40:
 „Gibt es ein betriebliches Arbeitsschutz-Programm?“
 (in % der Befragten)

In Betrieben mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	>2000	Gesamt
ja	5,7	17,0	26,7	39,1	49,6	66,4	37,4
nein	85,7	73,6	59,1	44,7	36,1	19,7	48,7
weiß nicht	8,6	9,4	14,2	16,1	14,3	13,8	14,0

(31/139) n = 898

s = **

Ein betriebliches Arbeitsschutz-Programm existiert demnach in weniger als 40% der von der Untersuchung erfaßten Betriebe, auch in Großbetrieben stellt dieses Instrument der Transparenz und Steuerung der Arbeitsschutz-Aktivitäten nicht die Regel dar: In der Hälfte der Betriebe mit 1001 bis 2000 Arbeitnehmern und in einem Drittel der Betriebe mit mehr als 2000 Arbeitnehmern arbeitet der Arbeitsschutz ohne ein solches Programm. Dabei kann die hohe Quote der „weiß nicht“-Antworten weitgehend den „nein“-Antworten zugerechnet werden, da ein Programm, das nicht einmal den Betriebsräten bekannt ist — und nur an diese wurde die Frage gerichtet —, kaum als wirksam angesehen werden kann und unter dem Gesichtspunkt der Transparenz des professionellen Arbeitsschutz-Systems völlig irrelevant ist.

Die Aufgabe der Herstellung einer zumindest ansatzweisen Transparenz der Tätigkeit der Professionals für die Belegschaftsvertreter kann neben einem betrieblichen Arbeitsschutz-Programm in manchen Fällen ein funktionierender Arbeitsschutzausschuß erfüllen, der in ungefähr zwei Dritteln der Betriebe existiert und damit häufiger vorkommt als betriebliche Arbeitsschutz-Programme. Werden die Antworten auf die

Fragen nach diesen beiden Institutionen zueinander in Beziehung gesetzt, so ergibt sich erwartungsgemäß eine hohe Deckungsmenge: 49,7% der Befragten aus Betrieben mit einem Arbeitsschutzausschuß gaben an, daß dort auch ein betriebliches Arbeitsschutz-Programm existiert, und 91,6% der Arbeitsschutz-Programme entstanden in Betrieben, in denen auch ein Arbeitsschutzausschuß arbeitet. Umgekehrt bedeutet dies jedoch, daß 89,7% der befragten Betriebsräte aus Betrieben ohne Arbeitsschutzausschuß entweder die Existenz eines Arbeitsschutz-Programms verneinten oder davon nichts wußten. Dies sind 25,5% aller befragten Betriebsräte (137/ 139, n = 888). Die Existenz von Arbeitsschutz-Programmen steigt dabei noch mit zunehmender Tagungsfrequenz des Arbeitsschutzausschusses erheblich an (138/ 139, n = 603).

Ebenso wie Existenz und Tagungsfrequenz der Arbeitsschutzausschüsse ist das Zustandekommen eines Arbeitsschutz-Programms am stärksten vom Aktivitätsniveau von Belegschaft und Betriebsrat im Arbeitsschutz abhängig.

*Tab. 41:
Zusammenhang zwischen der Existenz eines betrieblichen
Arbeitsschutz-Programms und dem Niveau der Belegschafts-
Aktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	Arbeitsschutz-Programm		
	ja	nein	weiß nicht
1	4,8	75,3	19,9
2	23,3	60,8	15,8
3	55,5	34,1	10,6
4	87,0	7,1	5,9

(ASBEL/139) n = 898

s = **

Der Anteil betrieblicher Arbeitsschutz-Programme steigt vom untersten bis zum obersten Quartil des Index ASBEL um mehr als das 17fache an, im obersten Quartil übertrifft die Häufigkeit von Arbeitsschutz-Programmen erheblich deren Vorkommen in Betrieben auch der obersten Größenklasse.

Fast ebenso stark wie mit wachsendem Niveau der Arbeitsschutz-Aktivitäten der Belegschaft steigt der Anteil der betrieblichen Arbeitsschutz-Programme mit zunehmendem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems an (Tab. 42).

Bemerkenswert ist, daß die Existenz von Arbeitsschutz-Programmen zu den Leistungen gehört, deren Zunahme am stärksten mit zunehmendem Ausbau und zumindest formeller Integration der professionellen Arbeitsschutz-Experten ansteigt. Zusammen mit den regelmäßigen Betriebsbegehungen (vgl. S. 129 ff.) liegen sie diesbezüglich an der Spitze (Proportional-Index). Dies kann drei Ursachen haben, deren Einfluß im einzelnen

*Tab. 42:
Zusammenhang zwischen der Existenz eines betrieblichen
Arbeitsschutz-Programms und dem Ausbau des professionellen
Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)*

PAS Quartile	Arbeitsschutz-Programm			Proportional-Index
	ja	nein	weiß nicht	
1	5,5	78,9	15,6	100
2	22,6	56,7	20,7	112
3	44,1	41,2	14,7	130
4	73,1	19,8	7,0	148

(PAS/139) n = 898 s = **

nicht rechnerisch ermittelt werden kann und die wahrscheinlich mit wechselndem Mischungs-Verhältnis gemeinsam wirksam werden:

- Durch den Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems und damit zunehmender „Planungsmasse“ an Einsatzzeit der Professionals ergibt sich für das Management die Möglichkeit und Notwendigkeit geregelter Aufgabenstellung durch die Vorgabe von Arbeitsstrukturen.
- Ein zunehmend ausgebautes professionelles Arbeitsschutz-System entwickelt aus sich selbst heraus ein gewisses Koordinationsbedürfnis seiner Tätigkeit.
- Der Betriebsrat nimmt sowohl auf den Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems wie auch auf seine Koordination und Aufgabenstellung Einfluß.

Das Ergebnis aller drei Aktivitäten, einzeln und in Kombinationen, kann ein betriebliches Arbeitsschutz-Programm sein.

Daß die in Einsatzzeiten darstellbare „Planungsmasse“ der Professionals einen gewissen Einfluß auf die Zunahme von Arbeitsschutz-Programmen hat, zeigt Tabelle 43.

*Tab. 43:
Zusammenhang zwischen der Existenz eines betrieblichen Arbeitsschutz-
Programms und dem Typ betriebsärztlicher Versorgung*

Versorgungstyp	festangest. Betriebsarzt	externer Ver- tragsarzt	Arb.med. Zentrum	Gesamt
ja	54,2	32,4	34,9	37,4
nein	30,1	53,4	53,0	48,7
weiß nicht	15,7	14,2	12,1	14,0

(139/160) n = 778 s = **

Zweifellos stellt der festangestellte Betriebsarzt den am ehesten betrieblicher Planung zugänglichen Versorgungstyp dar, da er kontinuierlich als Arbeitnehmer im Unterneh-

men anwesend ist. Vor allem daraus läßt sich erklären, daß bei den festangestellten Betriebsärzten die Quote betrieblicher Arbeitsschutz-Programme um mehr als ein Drittel höher liegt als bei den anderen Versorgungstypen. Andererseits bleibt es bemerkenswert, daß selbst von den festangestellten Betriebsärzten nahezu die Hälfte ohne ein transparentes Programm arbeitet.

Überraschend ist außerdem der geringe Anteil von betrieblichen Arbeitsschutz-Programmen bei betriebsärztlicher Versorgung durch arbeitsmedizinische Zentren. Diese sind zwar im Betrieb nur nach Maßgabe der jeweiligen Einsatzzeiten präsent, weisen jedoch in ihrer Binnenstruktur in der Regel einen relativ hohen Organisationsgrad auf, so daß von ihnen stärkere Anstöße zur Verregelung ihrer Tätigkeit im Betrieb, und damit zu betrieblichen Arbeitsschutz-Programmen, zu erwarten wären. Daß dies nur in beschränktem Umfang der Fall ist bzw. wirksam wird, verweist wahrscheinlich sowohl auf Handlungsdefizite aller beteiligten potentiellen Impulsgeber als auch auf die Prä-Dominanz der Fachkräfte für Arbeitssicherheit bei der Organisation des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Experteninterviews).²²

Zu Beginn dieses Abschnittes wurde auf die große Varianz der in der betrieblichen Praxis vorfindlichen Arbeitsschutz-Programme hingewiesen. Gleichzeitig wurde die Überlegung vorgetragen, daß unter den Gesichtspunkten der Integration der Arbeitsschutz-Professionals in das betriebliche Geschehen und der Herstellung gegenseitiger Transparenz der Tätigkeiten der Belegschaft und der Professionals jedes Arbeitsschutz-Programm einen geeigneten Anknüpfungspunkt darstellen kann, auf dessen Einhaltung, Präzisierung und Ausbau der Betriebsrat dann hinarbeiten kann, und zwar auch dann, wenn das Programm zunächst nur sehr vage ist bzw. die relevanten Gesundheitsprobleme der Beschäftigten nicht oder kaum berücksichtigt.

Es muß davon ausgegangen werden, daß auf die derzeit existierenden Arbeitsschutz-Programme vor allem die letzte Charakterisierung durchweg zutrifft. Ein Indiz hierfür ist die Tatsache, daß die Existenz von Arbeitsschutz-Programmen keinerlei statistischen Zusammenhang mit der realen Arbeitsbelastung (gemessen mit dem Index BELA) aufweist. Dafür nehmen bei Vorliegen eines Arbeitsschutz-Programmes gerade solche professionellen Arbeitsschutz-Maßnahmen zu, die hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die Beschäftigten zumindest ambivalent zu beurteilen sind. Als Beispiel sei bereits hier darauf hingewiesen, daß bei Vorliegen eines betrieblichen Arbeitsschutz-Programmes der Anteil der regelmäßigen medizinischen Untersuchungen an den Beschäftigten von 19,4% auf 37,4% ansteigt (139/118) $n = 610$; vgl. dazu S. 135 ff.). Nicht mehr ambivalent, sondern eindeutig gegen die Gesundheitsinteressen der Beschäftigten gerichtet sind

²² Der Anteil der Arbeitsschutz-Programme bei arbeitsmedizinischer Versorgung durch betriebsärztliche Zentren unterscheidet sich auch nicht wesentlich nach deren Trägern: Arbeitsschutz-Programme lagen vor

- bei 35,1% der Versorgung durch Zentren der BG,
- bei 35,4% der Versorgung durch arbeitsgebergetragene Zentren und
- bei 31,8% der Versorgung durch TÜV-Zentren ($n = 22$).

dagegen „Arbeitsschutz-Programme“, von denen in Gruppendiskussionen berichtet wurde, deren erklärtes Ziel die Senkung des betrieblichen Krankenstandes durch vermehrte ärztliche Untersuchungen mit dem Ziel der Aussonderung leistungsgeminderter Arbeitnehmer ist.

Zusammenfassung:

Betriebliche Arbeitsschutz-Programme bilden für Belegschaft und Betriebsrat einen Einstieg in die Herstellung von Transparenz hinsichtlich des professionellen Arbeitsschutz-Handelns, sie können außerdem ein Ansatzpunkt für die Steuerung der Professionals mit dem Ziel ihrer Integration in das betriebliche Geschehen und der Erweiterung der durch sie wahrgenommenen Problemdimensionen sein.

Derartige Programme bestehen in weniger als 40% der Betriebe, sind also weniger verbreitet als die institutionalisierte Koordination des Arbeitsschutzes in Form des Arbeitsschutzausschusses. Ihr Zustandekommen hängt nicht nur von der wachsenden Betriebsgröße ab, vielmehr spielen dabei das Niveau der Belegschafts-Aktivitäten im Arbeitsschutz wie auch der Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems eine erhebliche Rolle. Die gegenwärtig in den Betrieben vorfindlichen Arbeitsschutz-Programme weisen eine sehr hohe Varianz in allen qualitativen Dimensionen auf. Durchgängig scheint ihr Zustandekommen unabhängig von der Arbeitsbelastung in den Betrieben zu sein, und teilweise enthalten sie Elemente, in denen sich offenbar das Management gegen die Gesundheitsinteressen der Beschäftigten durchsetzen konnte.

3.3.2 Betriebsbegehungen

Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte müssen gemeinsame Betriebsbegehungen vornehmen (§ 10 ASiG). Dies ist die einzige konkret normierte Handlung der Professionals im Betrieb. Die unmittelbare Wirksamkeit dieser Norm ist allerdings dadurch eingeschränkt, daß weder Häufigkeit und Turnus der Begehungen vorgeschrieben ist, noch festgelegt ist, auf welche oder wessen Anforderung hin die Professionals die betriebliche Realität in Augenschein nehmen sollen.

Häufigkeit, Ausgestaltung und Anlässe der Betriebsbegehungen sind deshalb abhängig von der Initiative der Professionals selbst, von Strategie und Engagement des Management und vom Niveau der Belegschafts-Aktivitäten im Arbeitsschutz.

Der durch das Gesetz gesteckte weite Handlungsrahmen für die Betriebsbegehungen wird in der betrieblichen Praxis sehr unterschiedlich ausgefüllt: In den Gruppendiskussionen wurde sowohl vom sporadischen, keinem erkennbaren Ziel dienenden „Auftauchen“ der Professionals, als auch über Besichtigungen von Unfall- oder Krankenstands-Problembereichen, als auch von Begehungen berichtet, die in den einzelnen Betriebsteilen und Abteilungen nach festem Plan stattfinden.

Bei vielen Betriebsbegehungen wechseln die Professionals kaum ein Wort mit Beschäftigten in den besichtigten Bereichen, in zahlreichen Fällen beschränkt sich die Kommunikation im wesentlichen auf Verhaltensermahnungen, berichtet wird aber auch über Betriebsbegehungen, bei denen Betriebsarzt und/oder Sicherheitsfachkraft mit Arbeitnehmern ausführlich über Probleme der Arbeitssicherheit und der Arbeitsbedingungen reden.

An der Betriebsbegehung nehmen häufig außer den Professionals auch Vertreter des Arbeitgebers bzw. betriebliche Vorgesetzte und ein Mitglied des Betriebsrates teil. Selten wird über die Teilnahme von Sicherheitsbeauftragten berichtet, in keinem Fall von der Einbeziehung eines Vertrauensmannes (Gruppeninterviews). Die Teilnahme der Sicherheitsbeauftragten an Betriebsbegehungen läßt sich aus ihrem gesetzlichen Auftrag nach RVO sowie aus der UVV 1.0 (allgemeine Vorschriften) herleiten, die des Betriebsrates aus § 89 BetrVG in Verbindung mit § 9 Abs. 1 ASiG (Zusammenarbeit der Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte mit dem Betriebsrat).

Nehmen an Betriebsbegehungen außer den Professionals auch Vertreter des Arbeitgebers und Mitglieder des Betriebsrates teil, so kann in manchen Fällen vor Ort die Verständigung oder Nicht-Verständigung über sicherheitstechnische oder arbeitsmedizinische Veränderungen festgestellt werden, wodurch das formalisierte Verfahren bei Nicht-Einigung über notwendige Arbeitsschutz-Maßnahmen nach § 8 Abs. 3 ASiG in Gang gesetzt oder vermieden werden kann.

Unter dem Gesichtspunkt der Integration der Professionals in das betriebliche Geschehen können Betriebsbegehungen in der Regel nur dann einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes leisten, wenn durch sie zumindest schrittweise der ganze Betrieb erfaßt wird. Zu Ingangsetzung gegenseitiger Lernprozesse zwischen Professionals und Beschäftigten dürfte häufig die Teilnahme einer Vertrauensperson der Beschäftigten hilfreich oder erforderlich sein, um die gegenseitigen Hindernisse der Kommunikation abzubauen und Impulse für die Erörterung auch über den Unfallschutz hinausgehender Belastungsdimensionen zu geben. Für die Beseitigung von bei der Begehung erkannten und thematisierten Arbeitsplatz-Problemen ist wegen ihrer unmittelbaren Durchsetzungsmöglichkeiten in aller Regel die Präsenz betrieblicher Vorgesetzter bzw. anderer Vertreter des Arbeitgebers notwendig. Dem Betriebsrat kommt dabei die Funktion zu, auch solche Gesundheitsprobleme zu thematisieren, die in der vorherrschenden Sichtweise von Vorgesetzten und Professionals keine Arbeitsschutz-Probleme sind, und diese Thematisierung mit seiner Durchsetzungskompetenz zu verbinden. Auf die in der Regel reduzierten Möglichkeiten der Betriebsräte hierfür wurde an anderer Stelle eingegangen (vgl. Kühn, S. 135 ff., S. 169 ff.).

Da die Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes hier als Prozeß verstanden wird, bei dem alle Beteiligten durch die Praxis lernen, können diese objektiven und subjektiven Restriktionen nicht als Argument gegen die Notwendigkeit von Betriebsbegehungen und die in ihnen liegenden Entwicklungschancen für den Arbeitsschutz gelten.

Über die Verbreitung von gemeinsamen Betriebsbegehungen durch Betriebsrat und Sicherheitsfachkraft gibt Tabelle 44 Auskunft. Gefragt wurde dabei nicht, ob die Professionals überhaupt in irgend einer Form den Betrieb aufsuchen, sondern danach, ob dies nach einem für die Betriebsräte, an die diese Frage gerichtet wurde, transparenten Programm geschieht. Die Fragestellung begründet sich aus der Überlegung, daß erst solche Betriebsbegehungen in der Regel die Mindest-Erfordernisse hinsichtlich Transparenz und Flächendeckung erfüllen.

*Tab. 44:
„Führen der Betriebsrat und die Sicherheitsfachkräfte Betriebsbegehungen
nach einem festen Programm durch?“ (in % der Befragten)*

In Betrieben mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Betriebs- begehungen ja	16,7	34,8	41,8	44,9	58,0	66,4	47,8
nein	83,3	65,2	58,2	55,1	42,0	33,6	52,2

(31/159) n = 845 s = **

Zunächst ist festzuhalten, daß von einer einigermaßen durchgängigen Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung der Professionals zu gemeinsamen Betriebsbegehungen nicht die Rede sein kann: Betriebsbegehungen nach festem Programm finden in weniger als der Hälfte der Betriebe statt. Dieses Defizit auch des gesetzlich normierten Arbeitsschutz-Handelns ist nicht nur in Großbetrieben als bedeutend anzusehen: Abgesehen davon, daß auch in einem Drittel der Betriebe mit über 2.000 Arbeitnehmern keine Betriebsbegehungen nach Programm stattfinden, gilt auch für kleinere Betriebe, daß zur Erlangung von Kenntnissen über die gesundheitsrelevanten Arbeitsprobleme der Beschäftigten die Betriebsbegehung einen durch keine andere Maßnahme zu ersetzenden Zugang bedeutet.

Die Intensität solcher Probleme scheint in der Praxis auch einen gewissen Einfluß auf die Häufigkeit von Betriebsbegehungen auszuüben. (Tab. 45)

Im Gegensatz zu allen anderen Leistungen des professionellen Arbeitsschutz-Systems reagiert die Häufigkeit von Betriebsbegehungen auf Ausmaß und Intensität von Arbeitsbelastung. Zwar ist dieser Zusammenhang statistisch nicht sehr stark und bezieht sich zudem nur auf die Betriebe mit der höchsten Arbeitsbelastung (oberstes Quartil von BELA). Er deutet jedoch auf die prinzipielle Möglichkeit hin, daß sich Aktivitäten der Professionals im Betrieb auf das Ausmaß konkreter Arbeitsbelastungen beziehen.

Gemeinsame Betriebsbegehungen durch Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte sind ein Indikator für einen zumindest formal in das betriebliche Geschehen integrierten

*Tab. 45:
Zusammenhang zwischen regelmäßigen Betriebsbegehungen durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte in Abhängigkeit von Ausmaß und Intensität der Arbeitsbelastung (Index BELA)*

BELA Quartile	Betriebsbegehungen	
	ja	nein
1	46,3	53,7
2	46,8	53,2
3	41,8	58,2
4	55,3	44,7

(BELA/159) n = 845 s = n.s.

Arbeitsschutz und stellen zugleich einen möglichen Ansatzpunkt für die inhaltliche Weiterentwicklung desselben dar. Den gleichen Zielen kann auch die Etablierung eines betrieblichen Arbeitsschutz-Programmes dienen (vgl. S. 124 ff.). Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Ausprägungen des Arbeitsschutzes ist in Tabelle 46 dargestellt.

*Tab. 46:
Zusammenhang zwischen regelmäßigen Betriebsbegehungen durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte und der Existenz von betrieblichen Arbeitsschutz-Programmen (in % der Befragten)*

Betriebliches Arbeitsschutz- Programm	ja	nein, und weiß nicht	Gesamt
Betriebsbegehungen ja	53,8	46,2	47,5
nein	25,8	74,2	52,2
Gesamt	39,1	60,9	

(159/139) n = 806 s = **

In über der Hälfte der Fälle, in denen Betriebsbegehungen vorgenommen werden, existiert auch ein Arbeitsschutz-Programm, in drei Viertel der Fälle, in denen Begehungen nach Programm nicht stattfinden, existiert auch kein betriebliches Arbeitsschutz-Programm. Bezogen auf alle Angaben der Befragten ergibt sich folgendes Bild. (Tab. 47)

Nur in einem Viertel der Fälle sind Betriebsbegehungen Teil eines Arbeitsschutz-Programmes bzw. treten zumindest zusammen mit einem solchen Programm auf. Hinsichtlich der Mehrzahl der Betriebsbegehungen, die ohne Vorliegen eines Arbeitsschutz-Programmes durchgeführt werden, kann mit einiger Plausibilität angenommen werden, daß es sich um isolierte Aktivitäten der Professionals handelt, denen unter dem Aspekt der Integration in das betriebliche Geschehen und der Herstellung bzw. Verstärkung von

*Tab. 47:
Zusammenhang zwischen regelmäßigen Betriebsbegehungen
durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte und der Existenz von
Arbeitsschutz-Programmen (in % der Befragten)*

Betriebsbegehungen und AS-Programm	25,5 %
Betriebsbegehungen, kein AS-Programm	22,0 %
AS-Programm, keine Betriebsbegehungen	13,5 %
Weder AS-Programm, noch Betriebsbegehung	39,0 %

(139/159) n = 806

Kommunikationsbeziehungen zwischen Professionals und Belegschaft nur ein geringer Wert zukommt.

Nimmt dagegen der Einfluß des Betriebsrats auf die Tätigkeit der Professionals zu, so steigt auch der Anteil der Betriebsbegehungen, von denen dann auch vermehrt angenommen werden kann, daß sie nicht losgelöst von den Arbeitsschutz-Aktivitäten des Betriebsrats stattfinden.

*Tab. 48:
Zusammenhang zwischen dem Einfluß des Betriebsrates auf die Aktivitäten
der professionellen Arbeitsschutz-Akteure und regelmäßigen Betriebsbegehungen*

Einfluß d. BR	kein Einfluß	kaum Einfluß	gibt Hinweise, die befolgt werden	gemeinsames Programm	Gesamt
Begehungen ja	21,7	30,2	49,0	68,3	48,4
nein	78,3	69,8	51,0	31,7	51,6
Gesamt	8,5	26,5	30,2	34,7	100,0

(155/159) n = 810 s = **

Noch etwas stärker als der Zusammenhang zwischen dem Einfluß des Betriebsrates „auf die Arbeitsweise des Betriebsarztes und der anderen Fachkräfte und Spezialisten für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz“ (Frage 155) und regelmäßigen Betriebsbegehungen ist der zwischen dem Niveau der Arbeitsschutz-Aktivitäten der Belegschaft insgesamt und Betriebsbegehungen. (Tab. 49)

Im Zusammenhang mit wachsendem Engagement von Belegschaft und Betriebsrat in Angelegenheiten des Arbeitsschutzes verdreifacht sich das Vorkommen von Betriebsbegehungen, so daß im obersten Quartil von ASBEL der Anteil von Betriebsbegehungen schließlich höher liegt als in der obersten Betriebsgrößenklasse. Daraus darf allerdings auch hier nicht auf eine einfache Kausalität geschlossen werden: Belegschaftsaktivitäten, Intentionen und Maßnahmen des Management und die Eigendynamik des professionel-

*Tab. 49:
Zusammenhang zwischen regelmäßigen Betriebsbegehungen
und dem Niveau der Arbeitsschutz-Aktivitäten von
Belegschaft und Betriebsrat (Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	Betriebsbegehungen	
	ja	nein
1	25,8	74,2
2	38,7	61,3
3	63,2	36,8
4	73,6	26,4

(159/ASBEL) n = 849 s = **

len Arbeitsschutz-Systems wirken mit Sicherheit zusammen, zumal die Durchsetzung von Betriebsbegehungen in der Regel den Rahmen des in kooperativen Verhandlungen Durchsetzbaren nicht überschreitet.

Über die Zunahme der Betriebsbegehungen in Abhängigkeit von Ausbau und formeller Integration des professionellen Arbeitsschutz-Systems gibt Tabelle 50 Auskunft.

*Tab. 50:
Zusammenhang zwischen regelmäßigen Betriebsbegehungen und
dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)*

PAS Quartile	ja	Betriebsbegehungen	
		nein	Proportional-Index
1	11,0	89,0	100
2	40,0	60,0	132
3	54,1	45,9	136
4	78,7	21,3	147

(PAS/159) n = 849 s = **

Regelmäßige Betriebsbegehungen stellen neben der Aufstellung von Arbeitsschutz-Programmen jene Leistung dar, deren Vorkommen mit wachsender Etablierung des professionellen Arbeitsschutz-Systems am stärksten zunimmt (Proportional-Index). Beachtlich ist dabei die geradezu sprunghafte Zunahme zwischen dem ersten und dem zweiten Quartil, die die entsprechenden Zuwächse aller anderen Leistungen und Maßnahmen des professionellen Arbeitsschutz-Systems übertrifft: Sie deutet darauf hin, daß oberhalb eines gewissen Mindestmaßes an betrieblicher Präsenz von Arbeitsschutz-Professionals (erstes Quartil) gemeinsame Betriebsbegehungen die am ehesten zunehmende Leistung des professionellen Arbeitsschutzes darstellt.

Hierbei spielt auch der Typ der betriebsärztlichen Versorgung eine Rolle:

Tab. 51:
Zusammenhang zwischen dem Typ betriebsärztlicher Versorgung
und regelmäßigen Betriebsbegehungen

Betriebsärztliche Versorgung	festangestellter Arzt	freiberuflicher Vertr.arzt	arb.med. Zentrum	Gesamt
Begehungen ja	64,3	39,1	48,8	51,3
nein	35,7	60,9	51,2	48,7
Gesamt	38,4	35,4	26,2	100,0

(159/160) n = 774 s = **

Erwartungsgemäß führen festangestellte Ärzte am ehesten regelmäßige Betriebsbegehungen zusammen mit den Sicherheitsfachkräften durch, da sie als Angestellte des Unternehmens auch den höchsten formellen Integrationsgrad aufweisen. Immerhin aber reicht diese Voraussetzung in einem Drittel der Fälle nicht zur Erbringung dieser Leistung aus.

Bei arbeitsmedizinischer Versorgung durch ein betriebsärztliches Zentrum werden in über der Hälfte der Fälle keine regelmäßigen Betriebsbegehungen durchgeführt. Angesichts des auch von diesem selbst postulierten hohen Professionalisierungsgrades dieser Zentren (vgl. z.B. BAD 1980) muß dieser hohe Prozentsatz überraschen.²³

Mit knapp 40% regelmäßigen Betriebsbegehungen schneiden die freiberuflichen Vertragsärzte am schlechtesten ab.

Angesichts der großen Unterschiede bei den Betriebsbegehungen hinsichtlich Umfang, Häufigkeit, Flächendeckung, Teilnehmerkreis, den aus ihnen folgenden Konsequenzen sowie der Kommunikation mit den Beschäftigten können aus der Häufigkeit ihres Vorkommens kaum Rückschlüsse auf ihren realen Inhalt gezogen werden. So ist es, wie bereits angedeutet, durchaus möglich, daß ein großer Teil von ihnen auf die Eigeninitiative der Professionals oder auf Anregung bzw. Anweisung des Management ohne Beteiligung der Interessenvertretung der Belegschaft durchgeführt wird und infolgedessen weder größere Berührungspunkte mit den Gesundheitsproblemen der Beschäftigten aufweist noch an deren „überschießendem Problembewußtsein“ (vgl. Kühn, S. 79 ff.) anknüpft. Hierüber lassen sich im Rahmen dieser Untersuchung keine sicheren Aussagen treffen. Erste Anhaltspunkte können jedoch daraus gewonnen werden, inwieweit die

²³ Die Anteile differieren zwischen den einzelnen Trägern der arbeitsmedizinischen Zentren kaum:

- Zentren der Berufsgenossenschaften 48,9%
- arbeitgebergetragene Zentren 47,1%
- Zentren der TÜV (n = 24) 54,2%

Zunahme von Betriebsbegehungen mit Maßnahmen einhergeht, die auf eine verbesserte Aufklärung über Gesundheitsgefahren hinauslaufen, auf eine stärkere Beeinflussung betriebsorganisatorischer und -technischer Faktoren gegenüber Versuchen personenbezogener Verhaltensbeeinflussung abzielen oder eine Erweiterung des Spektrums der vom Arbeitsschutz berücksichtigten Gesundheitsprobleme zur Folge haben.

Anhand der zur Verfügung stehenden Indikatoren scheint der Schluß zulässig, daß bei regelmäßigen Betriebsbegehungen Verbesserungen auf allen drei Gebieten zu beobachten sind, wobei hinsichtlich der Vermutung von Kausalitäten wegen der auch hier wirksamen Multi-Korrelationen Vorsicht geboten erscheint. Eine zusätzliche Einschränkung der Aussage liegt darin, daß hierfür nur Antworten von nicht-freigestellten Betriebsräten ausgewertet werden konnten.

Von den Befragten aus Betrieben ohne regelmäßige Betriebsbegehung waren 44,5% „besonders auf die Gefahren, Risiken und Schädigungen an ihrem Arbeitsplatz“ hingewiesen worden, von den Befragten aus Betrieben mit regelmäßiger Betriebsbegehung dagegen 55,5% (159/ 64, n = 606); Anteil der Befragten mit „besonderen Hinweisen“ insgesamt 54,5%).

Befragte aus Betrieben ohne regelmäßige Betriebsbegehungen durch die Professionals finden den bei ihnen im Betrieb durchgeführten Arbeitsschutz zu 66,5% durch die Formulierung „hauptsächlich personengebundene Maßnahmen“ zutreffend gekennzeichnet, bei Befragten aus Betrieben mit Begehungen findet diese Charakterisierung nur noch bei 33,5% Zustimmung (159/ 124, n = 561; Anteil der Charakterisierung „überwiegend personenbezogene Maßnahmen“ insgesamt 29,8%).

Bei regelmäßigen Betriebsbegehungen beträgt der Anteil von Befragten, die von Betriebsvereinbarungen wissen, „mit denen die Arbeit an bestimmten Arbeitsplätzen erleichtert werden soll“, 59,6%, aus Betrieben ohne regelmäßige Begehungen dagegen 40,4% (159/ 49, n = 837; Anteil der Befragten mit Kenntnis derartiger Betriebsvereinbarungen insgesamt 33,5%) (Zur Problematik solcher Betriebsvereinbarungen vgl. Kühn, S. 141 ff.).

Insgesamt deuten die Indikatoren auf positivere Ergebnisse des Arbeitsschutzes in Betrieben hin, in denen regelmäßige Betriebsbegehungen stattfinden (vgl. dazu S. 129 ff.).

Hinsichtlich der für die Beurteilung von Betriebsbegehungen wichtigen Zielgröße „Kommunikation zwischen Professionals und Belegschaft“ können ähnliche Aussagen „mangels Masse“ nicht getroffen werden. Auf die Frage, an wen sie sich wegen ihrer Arbeitsbedingungen zuerst wenden würden, nannten nur insgesamt 1,1% aller Befragten den Betriebsarzt oder die Sicherheitsfachkraft (vgl. dazu S. 150 ff.).

Zusammenfassung:

Die durch das ASiG vorgeschriebenen gemeinsamen Betriebsbegehungen durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte werden nur in weniger als der Hälfte der Fälle nach einem Programm durchgeführt. Dies läßt den Schluß auf weitgehende Nicht-

Erfüllung dieser Vorschrift zu. Regelmäßige Betriebsbegehungen korrelieren stark mit dem Vorliegen eines Arbeitsschutz-Programms und mit dem Einfluß des Betriebsrates auf die Aktivitäten der Professionals. Mit Ausbau des professionellen Systems nehmen sie stärker als alle anderen Leistungen zu.

Ihre Bedeutung liegt nicht zuletzt darin, daß sie die besten Voraussetzungen für einen direkten Kontakt zwischen Professionals und der Belegschaft darstellen und insoweit Anknüpfungspunkt für gegenseitige Lernprozesse sein können. Tatsächlich genügt aber ein Großteil der heute vorfindlichen Betriebsbegehungen nicht einmal diesem Minimal-Kriterium, vor allem dann, wenn an ihnen außer der Fachkompetenz der Professionals nicht gleichzeitig eine Vertrauensperson der Beschäftigten und der Betriebsrat als Repräsentant der Durchsetzungsmöglichkeiten der Belegschaft teilnimmt. Trotz dieser Struktur-mängel weisen Betriebe, in denen solche Begehungen regelmäßig stattfinden, hinsichtlich wichtiger Indikatoren ein höheres Arbeitsschutz-Niveau auf.

3.3.3 Regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen

3.3.3.1 Umfang der Untersuchungen

Bei regelmäßigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen ist zu unterscheiden zwischen solchen,

- die aufgrund von Vorschriften in zahlreichen Gesetzen, Verordnungen, UVV, BG-Grundsätzen und sonstigen Rechtsvorschriften bei bestimmten chemischen oder physikalischen Expositionen sowie für bestimmte Arten von Tätigkeiten und für bestimmte Personengruppen von dazu meist durch die Berufsgenossenschaften besonders ermächtigten Ärzten vorgenommen werden. Diese Vorschriften sehen meist eine Erst-Untersuchung vor Antritt der Tätigkeit bzw. Beginn des Exposition sowie Wiederholungsuntersuchungen nach stark differierenden Zeiträumen vor,²⁴
- die ohne das Vorliegen solcher Normen von den Betriebsärzten vorgenommen werden. Diese Unterscheidung beinhaltet bereits das erste Hindernis dafür, daß Problem regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen von Arbeitnehmern im Rahmen dieser Studie mehr als nur zu skizzieren: Die von solchen Untersuchungen Betroffenen wissen in einem erheblichen Umfang nicht, ob sie aufgrund einer Rechtsvorschrift untersucht werden oder ob es sich um eine davon unabhängige Maßnahme durch den Betriebsarzt handelt. Die Unklarheit hierüber zeichnete sich bereits im Pre-Test ab und wurde durch Aussagen in Gruppendiskussionen immer wieder bestätigt. Diese Unklarheit hat zur Folge, daß in dieser Studie keine differenzieren-

²⁴ Auf die Problematik der Rationalität der Auswahl der Sachverhalte, wegen derer Untersuchungen vorgeschrieben sind, kann hier ebenso wenig eingegangen werden, wie auf die Rationalität der Festlegung von Expositions-Untergrenzen, ab denen solche Untersuchungen vorgenommen werden müssen, wie auf die Rationalität der Fristen für Wiederholungsuntersuchungen.

den Angaben über das Ausmaß der extern und intern veranlaßten Untersuchungen gemacht werden können. Damit aber werden Aussagen über die professionelle Gesundheitsversorgung im Betrieb, auch soweit sie überhaupt auf Angaben über die Anzahl ärztlicher Untersuchungen gestützt werden könnten, in doppelter Hinsicht unmöglich gemacht:

- Es kann nicht festgestellt werden, ob und in welchem Ausmaß die durch Vorschriften festgelegten Untersuchungen tatsächlich durchgeführt werden.
- Es können keine Aussagen über das Ausmaß der über diese Vorschrift hinausgehenden Untersuchungen getroffen werden.

Gleichzeitig stellt diese Unklarheit ein wichtiges Ergebnis der Studie dar: Wenn es die Aufgabe des professionellen Arbeitsschutz-Systems ist, den Beschäftigten über tatsächliche oder mögliche Ursachen von Gesundheitsbeeinträchtigungen im Betrieb größere Klarheit zu verschaffen sowie sie mit Möglichkeiten der Vermeidung bzw. Bewältigung vertraut zu machen, so zeigt das Ausmaß des Unwissens der Arbeitnehmer über Gründe und mögliche Folgen ärztlicher Untersuchungen, die an ihnen vorgenommen werden, daß die Betriebsärzte und das professionelle Arbeitsschutz-System auf diesem Gebiet bislang weitgehend versagt haben.

Der zweite Grund, weshalb die Problematik regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen hier lediglich gestreift werden kann, liegt darin, daß die Durchführung von regelmäßigen Untersuchungen aus zwei Gründen kein valider Indikator für die Qualität des Arbeitsschutzes im Betrieb sein kann.

1. „Die ärztliche Untersuchung allein schützt nicht vor Gesundheitsgefahren“ (Kliesch 1977, S. 36), sie hat weder einen primär-präventiven noch einen kurativen Effekt. Ihr Wert kann entweder in der Früherkennung oder in der Sensibilisierung des Untersuchten für seine Gesundheit liegen. Der Frage des Sensibilisierungseffektes kann hier nicht weiter nachgegangen werden, es sei nur angemerkt, daß angesichts der äußerst geringen Transparenz über Gründe, Ergebnisse und Folgen ärztlicher Untersuchungen im Betrieb eher eine angststiftende als eine positiv motivierende Wirkung vermutet werden muß (vgl. S. 143 ff.). Hinsichtlich der Früherkennung hängt der Wert der Untersuchung für den betrieblichen Arbeitsschutz davon ab, was aus ihr folgt. Folgen können sich für den betroffenen Arbeitnehmer und für den Betrieb ergeben.

Für den Arbeitnehmer, bei dem im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Untersuchung eine drohende oder bestehende Gesundheitsbeeinträchtigung entdeckt wurde (zum beschränkten Wert von Früherkennungsuntersuchungen vgl. Abholz 1977), kommt es primär darauf an, welche Konsequenzen für ihn aus der entdeckten Schädigung folgen: Diese können von der offenen oder verdeckten krankheitsbedingten Kündigung oder Änderungskündigung verbunden mit Tätigkeitswechsel und Abgruppierung, Umsetzung mit zeitlich verzögerter Lohn einbuße bis hin zur betrieblich finanzierten Umschulung auf einen anderen Arbeitsplatz ohne sozialen oder monetären Verlust reichen. Über die Qualität des betrieblichen Arbeitsschutzes kann deshalb weder die Anzahl der

Untersuchungen noch der Anteil der dabei entdeckten positiven Befunde etwas aussagen: Eine rege Untersuchungstätigkeit des Betriebsarztes kann ebenso Indikator für eine auf Selektion leistungsgeminderter Arbeitnehmer ausgerichteten Personalpolitik wie auch Element eines sozial wirksamen vorbeugenden Arbeitsschutzes sein.

Entsprechend unterschiedlich sind die Positionen der Beschäftigten und der Betriebsräte zu den arbeitsmedizinischen Untersuchungen: Die extern vorgeschriebenen werden nicht problematisiert, da „der Betriebsarzt dazu verpflichtet ist“. Bei den betriebsintern induzierten reichen die Reaktionen von scharfer Ablehnung — „da sollen nur wieder welche raussortiert werden“ — bis hin zur positiven Hinnahme und sogar aktiven Forderung auch dann, wenn die betriebliche Besitzstandssicherung oder gar das Verbleiben im Betrieb im Falle eines relevanten medizinischen Befundes nicht gewährleistet ist. Wie bei der Einstellungsuntersuchung ist die durchgängige Begründung hierzu, daß „niemandem ein Gefallen getan wird“, wenn ein Arbeitnehmer mit gesundheitlicher Beeinträchtigung auf einem ihn gefährdenden Arbeitsplatz verbleibt. Daß das berufliche Risiko solcher Untersuchungen in der Regel das ohnehin beeinträchtigte Individuum zu tragen hat, wird dabei geringer eingestuft als die sich aus einem Verbleiben auf dem Arbeitsplatz ergebenden, sich meist im weiteren Zeitablauf verschärfenden Gesundheitsrisiken für den betroffenen Arbeitnehmer.²⁵

Positiv werden regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen auch über den durch Vorschriften definierten Rahmen hinaus überwiegend in solchen (vor allem Groß)betrieben bewertet und teilweise auch gefordert, in denen hinreichende Umsetzungsmöglichkeiten für aktuell oder absehbar leistungsgeminderte Arbeitnehmer geschaffen wurden. Aber auch Beschäftigte aus solchen Betrieben erheben gegen diese Untersuchungen den grundsätzlichen Einwand, daß damit — bei unterstellter und im Einzelfall auch bewiesener Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht — dem Management Daten über die Arbeitnehmer bis in den Intimbereich zugänglich werden, die tendenziell auf eine umfassende Kontrollierbarkeit der Beschäftigten hinauslaufen (vgl. Drinkuth et al. 1979). In die zu diesem Problemkomplex erhobenen Daten gehen diese unterschiedlichen Positionen und Strategien teilweise mit identischen Antworten ein. Dies und die Tatsache, daß auch die zur mindestens teilweisen Differenzierung der Antworten notwendigen Daten zur Unternehmensstruktur und zur Management-Strategie nicht erhoben werden konnten (vgl. Einleitung), schränkt die Verwendbarkeit der Daten bis zur teilweisen Nicht-Interpretierbarkeit ein.

2. Der Umfang regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen ist auch deshalb kein valider Indikator für die Qualität des betrieblichen Arbeitsschutzes, weil er nichts

²⁵ An diesem Punkt wird die begrenzte Wirksamkeit jeder auf dem Betrieb begrenzten Strategie für den Problembereich Arbeit und Gesundheit deutlich. Von gewerkschaftlicher Seite wird deshalb seit einigen Jahren gefordert, die arbeitsbedingten Erkrankungen explizit in das System der sozialen Sicherungen einzubeziehen. Vorgeschlagen wird, die „arbeitsbedingten Erkrankungen“ in den Bereich der *gesetzlichen Unfallversicherung* einzubeziehen. (vgl. Muhr 1976).

über die betrieblichen Folgen der Entdeckung von Gesundheitsbeeinträchtigungen aussagt.

Die denkbaren Konsequenzen aus arbeitsmedizinischen Untersuchungen mit positivem Befund gehen in zwei Richtungen:

- a) Sie können Ausgangspunkt für die Analyse der Belastungsstrukturen an den Arbeitsplätzen mit dem Ziel der Abstellung der Ursachen sein. Über derartige Ansätze ist aus der betrieblichen Praxis kaum etwas bekannt. Entsprechenden Versuchen stehen neben durchweg unüberwindlichen betriebspolitischen Hindernissen auch wissenschaftlich ungelöste Probleme der Klärung des Zusammenhangs zwischen konkreter Arbeitsbelastung und konkreter Erkrankung gegenüber, wobei sich die Schärfe der Anforderungen, die an die Exaktheit solcher Erklärungen gestellt wird, ihrerseits mindestens zum Teil durch die Widerstände von Seiten der Unternehmer und ihnen gutachterlich verbundener Wissenschaftler erklärt (vgl. dazu: Maschewsky 1981; Naschold 1981, Wotschack 1980, Abholz et al 1981).
- b) Sie können als Grundlage einer sowohl betrieblichen wie überbetrieblichen Arbeits-epidemiologie dienen. Dies entspräche auf betrieblicher Ebene der Verpflichtung der Betriebsärzte, „Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten“ (§ 3 Abs. 3 c ASiG). Über das Ausmaß der Erfüllung dieser Verpflichtung liegen keine verlässlichen Daten vor, die Erstellung betrieblichen Epidemiologien anhand von Daten aus Betriebskrankenkassen steht noch in den Anfängen und sieht sich mit erheblichen Problemen konfrontiert (L.v.Ferber, Slesina 1981). Hinsichtlich der überbetrieblichen Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen und der ihnen zugrundeliegenden Belastungsstrukturen, wie sie in zahlreichen Großbetrieben in Italien bereits zentral und dezentral betrieben wird (Wintersberger 1976, 1978), liegen bislang lediglich Forderungen von gewerkschaftlicher Seite (z.B. Konstanty, in: IG Metall 1977, S. 41) und auf den engen Bereich der Berufskrankheiten beschränkte Ansätze bei der Berufsgenossenschaft der Chemischen Industrie vor (vgl. Partikel, 1979). Daten zu diesem Problembereich konnten im Rahmen dieser Untersuchung nicht erhoben werden.

Aufgrund der geschilderten Problematik sollen die Ergebnisse der Befragung hier nicht ausführlich kommentiert und interpretiert werden. Sie werden an dieser Stelle dokumentiert, um die Dimensionen des Problems deutlich zu machen und um gerade auf diesem Gebiet notwendigen weiteren Forschungen als Grundlage dienen zu können.

Hinsichtlich regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen wurden nur im Arbeitsprozeß stehende Beschäftigte, also keine freigestellten Betriebsräte, befragt. (Tab. 52)

Lediglich in einem Viertel der von der Untersuchung erfaßten Betriebe werden die Arbeitnehmer einer — durch Rechtsvorschriften definierten oder betriebsintern vorgeschriebenen — regelmäßigen arbeitsmedizinischen Untersuchung unterzogen. Die relative Konstanz des Anteils über die Betriebsgrößenklassen deutet auf einen quantitativ erheblichen Anteil der exogen vorgegebenen Untersuchungen hin.

Tab. 52
Regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen durch den Betriebsarzt nach Betriebsgrößenklassen (in % der Befragten)

In Betrieben mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
regelmäßige Untersuchungen							
ja	16,4	25,9	25,6	24,4	21,2	28,4	25,3
nein	83,3	74,1	74,4	75,6	78,8	71,6	74,6
(31/118) n = 1080							s = n.s.

Dafür spricht auch die starke Differenzierung nach Branchen:

Tab. 53:
Regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen nach Branchen (Gewerkschaftsbereich) (in % der Befragten)

Bereich:	Chemie	Druck	Metall	NGG	Textil	Gesamt
regelmäßige Untersuchung	40,6	27,5	22,9	37,5	13,5	25,5

(118) n = 1080

In den Branchen, in denen die Gesundheitsgefahren durch chemische Noxen (IG Chemie) oder die arbeitshygienischen Anforderungen wegen der Art der Produkte (Gewerkschaft NGG) besonders hoch liegen, werden erhebliche häufiger regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen vorgenommen als in anderen Bereichen.

Einen gewissen Einfluß auf die Häufigkeit regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen übt auch das Ausmaß der Arbeitsbelastung aus.

Tab. 54:
Zusammenhang zwischen regelmäßigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen und dem Ausmaß der Arbeitsbelastungen (gemessen mit dem Index BELA)

BELA Quartile	I	II	III	IV	Gesamt
regelmäßige Untersuchung	25,2	18,2	25,9	34,1	25,5

(BELA/118) n = 1035

s = *

Kein systematischer Zusammenhang ergibt sich hingegen zwischen der Häufigkeit regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen und dem Vorliegen anforderungsbezogener Stellenbeschreibungen.

*Tab. 55:
Regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen und anforderungsbezogene
Stellenbeschreibungen nach Betriebsgrößenklassen (in % der Befragten)*

Betriebe mit ... AN	- 50	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
regelmäßige Untersuchungen ¹	16,7	25,9	25,6	24,4	21,2	28,4	25,3
anforderungsbe- zogene Stellen- beschreibungen ²	15,8	7,4	21,4	29,1	41,3	51,6	29,5
(31/118/156) n = 1035							1) s = n.s. 2) s = **

Aus den Ergebnissen wird deutlich, daß sich die Erstellung von „Stellenbeschreibungen, in denen Bezug genommen wird auf die körperlichen und geistigen und nervlichen Anforderungen an den Arbeitsplatzinhaber“ (Frage 156) nur in einer Minderheit der Fälle auf die gesundheitliche Situation der Beschäftigten bezieht:

Der Anteil der anforderungsbezogenen Stellenbeschreibungen liegt, vor allem in großen Betrieben, erheblich über dem der regelmäßigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen, von denen ein großer, im einzelnen unbekannter Teil als durch externe Rechtsvorschriften vorgegeben anzusehen ist, wodurch sich diese Differenz noch vergrößert. Weiter oben (vgl. S. 100 ff.) wurde gezeigt, daß der Anteil der Einstellungsuntersuchungen rund doppelt so hoch liegt wie der Anteil der anforderungsbezogenen Stellenbeschreibungen, woraus der Schluß gezogen wurde, daß die Mehrzahl der Einstellungsuntersuchungen eher den Charakter von Tauglichkeits-Tests hat. Dieser Befund läßt sich nun wie folgt präzisieren und verschärfen: Selbst dort, wo von der wenigstens teilweisen Erfassung der Anforderungsstruktur an den Arbeitsplätzen her die Möglichkeit bestünde, gezielte belastungsbezogene arbeitsmedizinische Untersuchungen durchzuführen, geschieht dies — zumal in Großbetrieben — nur in maximal der Hälfte der Fälle.

Erwartungsgemäß nehmen regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen an den Beschäftigten mit wachsendem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems zu. (Tab. 56)

Diese Ergebnisse zeigen, daß der Anteil regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen mit zunehmendem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems auf das Fünffache seines niedrigen Ausgangswertes von 10,7% steigt und dabei Werte erreicht, die mehr als doppelt so hoch liegen wie in den obersten Betriebsgrößenklassen. Das deutet darauf hin, daß bei zunehmendem Ausbau vor allem des betriebsärztlichen Dienstes von diesem selbst die Durchführung regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen initiiert wird. Dies gilt aber offenbar in verstärktem Umfang erst für die am meisten ausgebauten professionellen Systeme (viertes Quartil PAS), bei denen die Zunahme dieser Leistung sprunghaft ansteigt und gegenüber dem Gesamtniveau des

*Tab. 56:
Zusammenhang zwischen dem Vorkommen regelmäßiger arbeits-
medizinischer Untersuchungen und dem Ausbau des professionellen
Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)*

PAS Quartile	regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen		Proportional-Index
	ja	nein	
1	10,7	89,3	100
2	17,5	82,5	95
3	28,8	71,2	99
4	51,4	48,6	112

(PAS/118) n = 1035

s = **

Index PAS stark überproportional wird (Proportional-Index). Zur Relativierung der Ergebnisse aus Tab. 56 ist zu berücksichtigen, daß nur der Teil der durch Rechtsvorschriften normierten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen von den Betriebsärzten durchgeführt werden darf, zu dem sie die entsprechenden Ermächtigungen durch die Berufsgenossenschaften haben. Ein Teil der in die Zahlen in Tab. 56 eingegangenen Untersuchungen wird demnach nicht von den Betriebsärzten, sondern extern vorgenommen.

Die starke Abweichung zwischen der Zunahme der arbeitsmedizinischen Untersuchungen über die Betriebsgrößenklassen und dem Anstieg mit zunehmendem Ausbau des professionellen Systems erklärt sich zu einem Teil aus dem Typ der betriebsärztlichen Versorgung.

*Tab. 57:
Zusammenhang zwischen regelmäßigen arbeitsmedizinischen Unter-
suchungen und dem Typ der betriebsärztlichen Versorgung*

Typ	festangestellter Betriebsarzt	freiberuflicher Vertragsarzt	arbeitsmed. Zentrum	Gesamt
regelmäßige Untersuchung				
ja	31,5	21,5	35,5	28,9
nein	68,5	78,5	64,5	71,1
Gesamt	35,7	37,3	27,1	100,0

(118/160) n = 561 (aus erhebungstechnischen Gründen nur nichtfreigestellte Betriebsräte)

s = *

Im Gegensatz zu den übrigen in diesem Teil der Studie untersuchten Leistungen der Betriebsärzte liegen bei den regelmäßigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen die arbeitsmedizinischen Zentren, die auch einen großen Teil der Kleinbetriebe versorgen, vor den anderen Versorgungstypen. Darin drückt sich u.a. ein Ergebnis der Konkurrenz

unter den Anbietern von Arbeitsschutz-Leistungen aus (vgl. S. 39 ff.), in dessen Rahmen die arbeitsmedizinischen Zentren mit dieser Leistung und den bei ihnen häufiger vorhandenen Ermächtigungen zu bestimmten vorgeschriebenen Untersuchungen werben können.

Die Position der Belegschaften und Betriebsräte zu den regelmäßigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen ist, wie erläutert wurde, uneinheitlich, wobei unterschiedliche betriebliche Gegebenheiten und unterschiedliche Positionen in verschiedenen Kombinationen zu statistisch gleichen Ergebnissen führen und sich so gegenseitig ausgleichen können.

Dies drückt sich in einem verhältnismäßig sehr schwachen Zusammenhang zwischen dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz und dem Vorkommen regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen aus.

*Tab. 58:
Zusammenhang zwischen dem Vorkommen regelmäßiger
arbeitsmedizinischer Untersuchungen und dem Niveau der
Belegschafts-Aktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	regelmäßige arbeitsmed. Untersuchungen	
	ja	nein
1	20,8	79,2
2	25,8	74,2
3	25,9	74,1
4	29,1	70,9

(ASBEL/118) n = 1035

s = n.s.

Immerhin steigt mit wachsendem Aktivitätsniveau der Belegschaft und Betriebsräte der Anteil der regelmäßigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen noch um 10 Prozentpunkte und es kann vermutet werden, daß sich hierin das Überwiegen eines Arbeitsschutz-Typus der Betriebsräte ausdrückt, dessen Sichtweise durch Übernahme der Problemsicht der Professionals interessenmäßig überformt ist. Wegen der zahlreichen nicht kontrollierbaren Störvariablen ist dieser Rückschluß aber nur unter Vorbehalten möglich.

Zusammenfassung:

Ungefähr ein Viertel der Befragten wird regelmäßig arbeitsmedizinisch untersucht. Aufgrund der Intransparenz des professionellen Systems ist den Beschäftigten dabei sehr häufig nicht bekannt, ob es sich dabei um Untersuchungen auf der Grundlage von Rechtsvorschriften oder um im Betrieb veranlaßte Leistungen der Betriebsärzte handelt.

Von der Häufigkeit regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen kann nicht

auf die Qualität des betrieblichen Arbeitsschutzes geschlossen werden, da sowohl Gründe als auch Folgen dieser Untersuchungen diametral entgegengesetzt sein können. Die Spannweite reicht dabei von selektiver Personalpolitik bis zu primär-präventiver Veränderung der Arbeitsbedingungen, von aus dem Wettbewerb der Anbieter arbeitsmedizinischer Leistungen erklärbar Routine-Check-Ups ohne erkennbaren medizinischen Sinn bis hin zu gezielten belastungsbezogenen Untersuchungen.

Regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen steigen mit zunehmendem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems erheblich an, wesentlich schwächer ist der Zusammenhang mit dem Aktivitätsniveau der Belegschaft im Arbeitsschutz ausgeprägt. Der Interpretation dieser Daten stehen die Nicht-Kontrollierbarkeit einiger Störvariablen sowie der Umstand entgegen, daß sehr unterschiedliche Konstellationen zu statistisch identischen Ergebnissen führen können.

Im Rahmen eines an den Gesundheitsinteressen orientierten Arbeitsschutz-Systems wären regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen ein notwendiger Bestandteil der Sekundär-Prävention mit primär-präventiven Auswirkungen auf die Arbeitsgestaltung. Sie könnten zudem die Sensibilität und Kompetenz der Beschäftigten für ihre Gesundheitsprobleme stärken. Inwieweit in einzelnen Betrieben arbeitsmedizinische Untersuchungen derzeit bereits mit dieser Zielsetzung und/oder Wirkung vorgenommen werden, kann im Rahmen dieser Studie nicht festgestellt werden.

3.3.3.2 Folgen der Untersuchungen

Weiter oben wurde bereits darauf hingewiesen, daß regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen durch den Betriebsarzt für sich genommen zwar weder einen kurativen noch einen präventiven Effekt haben, bei den davon Betroffenen aber sehr unterschiedliche Wirkungen hervorrufen können. Die Spannweite möglicher Reaktionen reicht dabei von Einschüchterung durch intransparente ärztliche Verrichtungen verbunden mit Angst vor den Folgen der Untersuchung, sowohl in Bezug auf die Gesundheit als auch auf die Sicherheit des gegenwärtigen Arbeitsplatzes, bis hin zur Stärkung der sachlichen und sozialen Kompetenz in Fragen der eigenen Gesundheit und ihres Zusammenhangs mit den Arbeitsanforderungen, verbunden mit der Motivation, gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen abzubauen.

Die jeweilige Ausprägung der Wirkung regelmäßiger arbeitsmedizinischer Untersuchungen ist damit abhängig

- von der Transparenz über Ursachen und Ziele der ärztlichen Untersuchungen. Es wurde gezeigt, daß in dieser Hinsicht durchgängig beträchtliche Defizite zu verzeichnen sind (vgl. S. 135 ff.).
- vom Grad der Sicherheit des Arbeitsplatzes auch bei der Entdeckung gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Auch hier liegen keine günstigen Voraussetzungen vor: In

- über 40% der Betriebe werden — verdeckte oder offene — Entlassungen aus gesundheitlichen Gründen vorgenommen, auf diese Quote haben weder das allgemeine Niveau der betrieblichen Interessenvertretung noch das Arbeitsschutz-Handeln von Belegschaft und Betriebsrat einen nennenswerten Einfluß (vgl. S. 161 ff.).
- von den antizipierten Möglichkeiten der Veränderung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen. Es wurde gezeigt, daß diese Dimension des Arbeitsschutz-Handelns vor dem Hintergrund des gegebenen innerbetrieblichen Kräfteverhältnisses nicht im Vordergrund der Bemühungen von Belegschaften und Betriebsräten steht und auch bei stark ausgebautem professionellen Arbeitsschutz-System durch die damit verbundene Dominanz der Experten im Arbeitsschutz nur innerhalb der Grenzen der professionellen Problemsicht gefördert wird (vgl. unten 4., sowie Kühn, Interessenvertretung).

Über die von den betroffenen Arbeitnehmern vermuteten Folgen solcher Untersuchungen gibt Tabelle 59 Auskunft. Dabei wurden nur jene Befragten einbezogen, die regelmäßig arbeitsmedizinisch untersucht werden.²⁶

Insgesamt ist demnach festzustellen, daß die Voraussetzungen, unter denen als Folge ärztlicher Untersuchungen im Betrieb eine Stärkung der Kompetenz für die eigene Gesundheit und die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen erwartet werden könnte, durchweg als nicht gegeben angesehen werden können. (Tab. 59)

Mit wachsender Betriebsgröße nimmt der Anteil derer zu, die wissen, daß die Folge einer arbeitsmedizinischen Untersuchung ein Wechsel oder der Verlust des Arbeitsplatzes sein kann. In den Betrieben mit mehr als 1.000 Arbeitnehmern bezieht mehr als ein Drittel der Befragten diese Konsequenz in die Überlegungen ein. Bei der Interpretation ist davon auszugehen, daß der überwiegende Teil der arbeitsmedizinischen Untersuchungen zumindest zu einem innerbetrieblichen Arbeitsplatzwechsel führen kann: Ein positiver medizinischer Befund im Rahmen der vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorge-Untersuchungen zieht in der Regel ein durch Vorschriften normiertes Beschäftigungsverbot im Bereich der Exposition nach sich, auf die sich die Untersuchung bezieht. Gegebenenfalls wird dann ein Antragsverfahren zur Anerkennung der Schädli-

²⁶ Nicht bestätigt wurden durch die Ergebnisse dieser Untersuchung Vermutungen, denen zufolge Betriebsärzte zunehmend auch kurativ tätig werden. Der entsprechende Anteil ist mit 1,2% der Befragten geringer als erwartet. Die Tendenz einer betriebsärztlichen Versorgung mit integrierter Kuration, wie sie aus einigen Großbetrieben bekannt ist (bei der Siemens AG dürfen z.B. die Betriebsärzte aufgrund einer Betriebsvereinbarung unter Einbeziehung der Betriebskrankenkasse Arbeitnehmer für maximal drei Tage krank schreiben, die BASF unterhält ein ausgebautes Betriebsambulatorium einschließlich zahnärztlicher Versorgung) scheint noch keinen zahlenmäßig bedeutsamen Umfang angenommen zu haben. Damit beitet die vorliegende Untersuchung auch keine statistische Fundierung für die arbeitsmedizinisch unterschiedliche Behandlung von Angehörigen der Kern- und Randbelegschaft („Zwei-Klassen-Arbeitsmedizin“). Allerdings haben Betriebsärzte in den Experten-Interviews wiederholt erwähnt, daß sie im Rahmen ihrer Tätigkeit vor allem Inhaber von Führungspositionen (Management, Betriebsleiter) auch kurativ betreuen. Diese Schichten wurden aber in der Befragung nicht erfaßt.

Tab. 59:
 „Falls Sie untersucht werden: Sind /waren mit diesen Untersuchungen
 irgendwelche Folgen für Sie verbunden?“

Die vorgegebenen Antworten waren:

- o ja, wenn etwas gefunden wird, kann es sein, daß ich nicht mehr an meinem jetzigen Arbeitsplatz arbeiten darf.
- o ja, ich muß/mußte den Hausarzt zur Weiterbehandlung aufsuchen.
- o ja, der Betriebsarzt selbst hat mich weiterbehandelt/behandelt mich noch
- o nein, auch wenn etwas gefunden wird, hat das für mich keinerlei Folgen
- o ich weiß nichts über mögliche Folgen einer solchen Untersuchung.

In Betrieben mit ... AN	- 100	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Folgen der Untersuchung:					
Möglicher Arbeitsplatzverlust	3,1	22,5	36,2	37,4	27,4
Behandlung Hausarzt	18,8	20,5	13,8	20,3	19,4
Behandlung Betriebsarzt	0	1,5	1,7	0,8	1,2
keinerlei Folgen	43,8	30,5	19,0	9,8	23,7
weiß nicht	34,4	25,0	29,3	31,7	28,3

(31/120) n = 415

s = **

gung als Berufskrankheit eingeleitet. Auch bei lediglich betriebsintern vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Untersuchungen kann das Ausmaß der dabei festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigung so beträchtlich sein, daß eine Weiterbeschäftigung am derzeitigen Arbeitsplatz faktisch nicht mehr in Frage kommt. Auch Betriebsärzte, die die Notwendigkeit der Arbeitsplatz-Konsequenzen aus vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorge-Untersuchungen nicht problematisieren, da sie für deren „Bewältigung“ die gesetzliche Unfallversicherung für zuständig halten, sehen sich bei betriebsintern vorgeschriebenen Untersuchungen vor einem Dilemma hinsichtlich der Weitergabe bzw. Verwendung ihrer Befunde: Die sozialen Konsequenzen, einschließlich der psychischen Leiden wegen eines im Gefolge einer Untersuchung erfolgenden Arbeitsplatz-Verlustes werden häufig als gravierender angesehen als eine Fortsetzung der krankmachenden Beschäftigung. In den Worten eines Betriebsarztes aus einem Interview: „Arbeitsmedizinisch schützen wir ihn (den Arbeitnehmer) optimal, sozial-medizinisch hauen wir ihn dabei in die Pfanne.“ Schwere und Tragweite der sozialen Konsequenzen für Arbeitnehmer mit positiven medizinischen Befunden können auch bei ausgebauten innerbetrieblichen Umsetzungsmöglichkeiten nur z.T. kompensiert werden.

Auch ohne ein sicheres empirisches Bild über die von den Betriebsärzten in diesem Dilemma verfolgten und realisierten Strategien wird man davon ausgehen müssen, daß die besonders in Klein- und Mittelbetrieben sehr häufig geäußerte Ansicht, ärztliche Untersuchungen hätten „keinerlei Folgen“, zumindest hinsichtlich der *potentiellen Konsequenzen* nicht den Tatsachen entspricht. Dabei kann an dieser Stelle offen bleiben, ob diese Einschätzung das Resultat mangelhafter oder irreführender Informationen oder von Prozessen der Problemverdrängung ist.

Für die erste Interpretationsmöglichkeit spricht die erhebliche Abnahme des Anteils der „Keinerlei-Folgen“-Antworten in größeren Betrieben mit in der Regel ausdifferenziertem und verregelmtem Arbeitsschutz-System. Für die zweite Annahme spricht der über die Betriebsgrößenklassen relativ konstante Anteil der Antworten: „Ich weiß nichts über mögliche Folgen einer solchen Untersuchung.“

Insgesamt sind über die Hälfte der Befragten entweder der zumindest potentiell unzutreffenden Ansicht, eine Untersuchung habe „auch dann keinerlei Folgen, wenn etwas gefunden wird“ oder wissen nichts über mögliche Folgen einer solchen Untersuchung, wobei der Anteil von den Kleinbetrieben (ca. 80% der Antworten in diesen beiden Kategorien) zu den Großbetrieben (ca. 40% der Antworten in diesen beiden Kategorien) fällt.

Einen Einfluß auf die Einschätzung der möglichen Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen übt der Grad des Ausbaus des professionellen Arbeitsschutz-Systems aus.

*Tab. 60:
Zusammenhang zwischen der Einschätzung möglicher Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen und dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)*

PAS Quartile	Mögliche Folgen der Untersuchung			
	AP-Verlust	Behandlung Hausarzt	keinerlei Folgen	weiß nicht
1	27,0	18,9	20,3	33,8
2	26,7	14,9	18,8	36,6
3	28,7	20,4	24,1	26,9
4	28,8	21,6	30,4	18,4

(PAS/120) n = 415

s = **

Mit zunehmendem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems sinkt der Anteil derer, für die die Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen völlig intransparent zu sein scheinen: Er fällt von 33,8% kontinuierlich auf 18,4%, während der Anteil derer, die davon ausgehen, Untersuchungen könnten „keinerlei Folgen“ haben, erheblich zunimmt. Auch hier kann nicht entschieden werden, ob diese Einschätzung die Folge der vermehrten Schaffung von Umsetzungsmöglichkeiten oder Schonarbeitsplätzen darstellt oder als Fehleinschätzung zu werten ist.

Relativ konstant bleibt auch bei einem ausdifferenzierten und zumindest formell integrierten professionellen Arbeitsschutz-Systems die Quote derer, die als Folge einer Untersuchung einen Arbeitsplatzverlust für möglich halten.

Dieser Anteil variiert allerdings erheblich in Abhängigkeit sowohl vom allgemeinen Niveau der betrieblichen Interessenvertretung (Index INKON) als auch vom Ausmaß des Arbeitsschutz-Engagements von Belegschaft und Betriebsrat.

*Tab. 61:
Zusammenhang zwischen der Einschätzung möglicher Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen und dem Niveau der betrieblichen Interessenvertretung (Index INKON)*

INKON Quartile	AP-Verlust	Mögliche Folgen der Untersuchungen		
		Behandlung Hausarzt	keinerlei Folgen	weiß nicht
1	21,8	20,9	27,3	28,2
2	21,6	18,9	28,8	29,7
3	27,0	18,0	18,0	35,0
4	41,5	19,1	19,1	20,2

(INKON/120) n = 415

s = *

*Tab. 62:
Zusammenhang zwischen der Einschätzung möglicher Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen und dem Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	AP-Verlust	Mögliche Folgen der Untersuchungen		
		Behandlung Hausarzt	keinerlei Folgen	weiß nicht
1	18,6	19,6	24,7	36,1
2	20,2	18,3	26,6	34,9
3	28,7	25,7	24,8	16,8
4	42,3	14,4	16,3	26,9

(ASBEL/120) n = 415

s = n.s.

Stärker als bei allen anderen hier untersuchten Aktivitäten, an denen das professionelle Arbeitsschutz-System beteiligt ist, weichen die Werte in Abhängigkeit vom Index ASBEL von denen in Abhängigkeit vom Index PAS ab. Andererseits gibt es nirgends sonst eine so starke Gleichförmigkeit im Verlauf der Abhängigkeiten vom Index INKON und vom Index ASBEL.

Sowohl ein hohes interessenpolitisches Niveau der Belegschaft als auch verstärkte Aktivitäten von Belegschaft und Betriebsrat im Arbeitsschutz führen verstärkt zu der Vermutung eines Zusammenhanges zwischen arbeitsmedizinischen Untersuchungen

und möglichem Arbeitsplatz-Verlust, während der Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems allein eine solche Einschätzung offenbar nicht befördert.

Weiter oben wurde gezeigt, daß das Arbeitsschutz-Handeln der Belegschaft und der Betriebsräte mit zunehmendem Niveau keineswegs seine überwiegende Ausrichtung an der Sichtweise der Experten und seine weitgehende Reduktion auf die kooperative Regelung von zuordenbaren, meßbaren und verhandelbaren Sachverhalten verliert. Bezogen auf die Einschätzung der möglichen Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen kann deshalb kaum angenommen werden, daß die zunehmende Quote derer, die einen Arbeitsplatzverlust einkalkulieren, auf eine den Professionals gegenüber feindliche und deshalb verzerrte Sichtweise zurückzuführen ist. Es liegt vielmehr der Schluß nahe, diesen Anstieg als zunehmend realistische Wahrnehmung zu interpretieren.

Gestützt wird diese These durch folgende Überlegung:

Weiter unten wird gezeigt, daß Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen mit zunehmender Arbeitsbelastung (Index BELA) zunehmend (vgl. S. 161 ff.). Daraus wird der Schluß gezogen, daß die „Belastungsspirale“ (vgl. S. 100 ff.) in zahlreichen Betrieben systematisch wirkt.

Mit wachsender Arbeitsbelastung steigt auch die Quote derer, die als Folge einer arbeitsmedizinischen Untersuchung einen Arbeitsplatz-Verlust für möglich halten.

*Tab. 63:
Zusammenhang zwischen der Einschätzung möglicher Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen und dem Ausmaß der Arbeitsbelastung (Index BELA)*

BELA Quartile	AP-Verlust	Mögliche Folgen der Untersuchungen		
		Behandlung Hausarzt	keinerlei Folgen	weiß nicht
1	14,3	20,5	30,4	33,0
2	22,0	20,7	26,8	28,0
3	26,6	19,3	22,0	32,1
4	45,5	17,0	16,1	20,5

(BELA/120) n = 415

s = **

Sowohl der Anteil derer, die „nichts über die möglichen Folgen“ von arbeitsmedizinischen Untersuchungen wissen als auch derer, die „keinerlei Folgen, auch wenn etwas gefunden wird“, antizipieren, nimmt mit wachsender Arbeitsbelastung ab, während die Quote der Einschätzungen, in der Folge einer solchen Untersuchung könne der Arbeitsplatz verloren werden, sich verdreifacht.

Die Sensibilisierung hinsichtlich der möglichen Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen verläuft unter anderem in Abhängigkeit von der personalpolitischen Strategie des Management:

*Tab. 64:
Zusammenhang zwischen der Einschätzung möglicher Folgen arbeits-
medizinischer Untersuchungen und dem Vorkommen von Entlassungen,
bei denen gesundheitliche Gründe eine Rolle spielen*

Mögl. Folgen der Unters.	AP-Verlust	Behandlung Hausarzt	keinerlei Folgen	weiß nicht	Gesamt
Gesundheitliche Gründe bei Entlassungen					
Ja	32,7	17,8	14,9	33,7	40,9
Nein	14,9	20,6	39,0	24,8	57,1
Gesamt	22,3	19,0	28,7	29,1	

(120/133) n = 247

s = *

Aus erhebungstechnischen Gründen nur Auswertung der Antworten von nicht-freigestellten Betriebsräten, die regelmäßig arbeitsmedizinisch untersucht wurden.

Die in dieser Auswertung einbezogenen Betriebsräte sind insgesamt noch etwas häufiger als das in Tab. 59 repräsentierte Kollektiv der Meinung, eine arbeitsmedizinische Untersuchung habe für sie keinerlei Folgen (28,7% gegenüber 23,7%).

Kommen sie aus Betrieben, in denen gesundheitliche Gründe bei Kündigungen eine Rolle spielen (40,9% der Befragten, vgl. dazu S. 161 ff.), so beziehen 32,7% die Möglichkeit des Arbeitsplatzverlustes als Konsequenz einer arbeitsmedizinischen Untersuchung in ihre Überlegungen mit ein. Spielen gesundheitliche Gründe bei Entlassungen keine Rolle, beträgt dieser Anteil nur noch 14,9%. Exakt umgekehrt verhalten sich die Quoten derer, die „keinerlei Folgen“ arbeitsmedizinischer Untersuchungen antizipieren.

Zusammenfassung:

Das System des professionellen Arbeitsschutzes produziert weder durchgängig eine Transparenz über Gründe und gesundheitliche Folgen arbeitsmedizinischer Untersuchungen, noch arbeitet es auf der Basis einer gegebenen Arbeitsplatzsicherheit bei entdeckten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Arbeitsmedizinische Untersuchungen können deshalb nur in geringem Umfang eine Stärkung der individuellen oder kollektiven Kompetenz der Betroffenen für ihre eigene Gesundheit hervorbringen; Reaktionen der Unsicherheit und Angst sind plausibler. Daher überrascht es zunächst, daß nur etwas mehr als ein Viertel der regelmäßig arbeitsmedizinischen Untersuchten als mögliche Folge der Untersuchung den Arbeitsplatzverlust nennt. Es muß offen bleiben, ob dies auf mangelhafte bzw. irreführende Informationen oder auf Verdrängungsprozesse zurückzuführen ist. Mit wachsendem Niveau der betrieblichen Interessenvertretung, zunehmendem Engagement der Belegschaftsvertreter im Arbeitsschutz sowie bei höherer Arbeitsbelastung steigt der Anteil dieser Einschätzung auf über 40%. Er ist außerdem in solchen Betrieben höher, in denen — offen oder versteckt — Entlassungen aus gesundheitlichen Gründen stattfinden.

3.3.4 Ansprechpartner bei Arbeitsproblemen

Wenn die „inoffizielle“ naturwüchsige Arbeitsschutz-Praxis der Beschäftigten mit dem „offiziellen“, von Professionals getragenen Arbeitsschutz-System in der Weise integriert werden soll, daß die Beschäftigten die Sachkunde der Professionals zur Lösung ihrer arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme nutzen können, müssen die einer Kommunikation zwischen diesen beiden Gruppen entgegenstehenden Hindernisse und Defizite abgebaut werden.

Diese Hindernisse und Defizite liegen — stark vereinfacht und ungewichtet — auf sieben Ebenen:

1. Die Beschäftigten müssen in der Lage sein, ihre gesundheitsrelevanten Arbeitsprobleme als Gesundheitsprobleme zu erkennen und als solche auch zu äußern.
2. Der Prozeß der Artikulation und Thematisierung durch die Betroffenen darf nicht durch exogene Interessen und Sichtweisen, vor allem des Managements und/oder der Professionals, beeinflusst werden, d.h. er muß autonom, das Ergebnis authentisch sein.
3. Den Professionals käme dabei die Rolle von Beratern zu, die alternative Lösungsvorschläge für die Probleme unterbreiten bzw. auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren aufmerksam machen, die für die Beschäftigten nicht bzw. erst nach gesundheitlicher Schädigung wahrnehmbar sind (z.B. chemische Noxen) (vgl. Wintersberger 1976, 1978).

Die Nennung dieser drei Stufen stellt dabei keinen schrittweise zu leistenden Prozeß dar: Vielmehr ist bei allen Beteiligten und auf allen Stufen von einer wechselseitigen Durchdringung von Lernen und Handeln auszugehen.

4. Der Realisierung eines solchen Modells zur Lösung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme steht die Einbeziehung des betrieblichen Arbeitsschutzes in die Konfliktbeziehung zwischen Arbeit und Kapital und die zumindest teilweise Funktionalisierung des professionellen Arbeitsschutz-Systems für die Strategien der Kapitaleseite entgegen. Aufgrund des daraus — in unterschiedlicher Stärke und mit unterschiedlicher objektiver Berechtigung — resultierenden Mißtrauens der Beschäftigten gegenüber den Professionals kann sich eine herrschaftsfreie Kommunikation zwischen diesen beiden Gruppen kaum entwickeln. Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, daß der regelmäßig erste Kontakt zwischen dem einzelnen Beschäftigten und dem professionellen Arbeitsschutz-System die Einstellungsuntersuchung ist, von deren Ergebnis das soziale Schicksal des Arbeitnehmers in erheblichem Ausmaß abhängt, und auf deren Zustandekommen, Durchführung und Ausgang er keinerlei Einfluß hat (vgl. S. 100 ff. und 161 ff.). Im Widerspruch zu diesem Mißtrauen steht das Interesse der Arbeitnehmer an einer adäquaten medizinischen und sicherheitstechnischen Versorgung und Betreuung im Betrieb.
5. Ein weiteres Hindernis der Kommunikation zwischen Beschäftigten und Professo-

nals besteht darin, daß Letztere auf relativ hohen Stufen der Betriebshierarchie angesiedelt sind und auch überwiegend so wahrgenommen werden; infolgedessen wird ihnen mit den gleichen Vorbehalten begegnet wie den betrieblichen Vorgesetzten als Vertretern der Interessen des Unternehmens. Im Widerspruch zu diesen Vorbehalten steht das Interesse der Arbeitnehmer, die Sachkompetenz der Professionals und das durch ihre Stellung in der betrieblichen Hierarchie sowie ihre professionelle Definitionsautorität gegebene Durchsetzungs-Potential zur Lösung ihrer arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme nutzbar zu machen.

6. Zwischen den in der Regel der akademisch ausgebildeten Mittelschicht entstammenden Professionals und den Arbeitnehmern im Betrieb stehen beträchtliche Sprach- und Kulturbarrieren, die eine Kommunikation im Extremfall gänzlich unmöglich machen (zu den Problemen der Interaktion zwischen Ärzten und Unterschicht-Angehörigen vgl.: Byrne/Long 1976; Strauss 1969).
7. Schließlich bilden die in den vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels aufgezeigten quantitativen und qualitativen Defizite des professionellen Arbeitsschutzes objektive Schranken für die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Professionals zur Lösung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme.

Nur in dem Maße, wie diese Hindernisse beseitigt oder neutralisiert werden können, besteht die Chance, daß sich die Fachkompetenz der Professionals mit der Problemlösungskompetenz der Betroffenen verbindet.

Im folgenden soll nun untersucht werden, inwieweit vor dem Hintergrund der genannten Hemmnisse und Barrieren und unter den heute vorfindlichen Bedingungen bereits Ansätze der Interaktion zwischen Professionals und Beschäftigten abzeichnen.

Die Untersuchung dieses Sachverhaltes muß sich im Gegensatz zu den anderen Abschnitten dieses Kapitels auf die subjektiven Urteile der Befragten stützen, in die Elemente aus allen genannten Problemebenen eingehen, ohne daß deren Einfluß im einzelnen zu ermitteln wäre. Dennoch ist dieses Verfahren vertretbar und notwendig, weil die subjektiven Urteile über die Möglichkeiten der Interaktion mit den Professionals des Arbeitsschutzes aus der Sicht der Befragten hinsichtlich des Funktionierens oder Nicht-Funktionierens des betrieblichen Arbeitsschutzes eine objektive Voraussetzung beschreiben. Dies gilt für jedes einzelne subjektive Urteil, erst recht gilt es jedoch dann, wenn es sich — wie in dieser Untersuchung — um die Urteile von ca. 1.500 Arbeitnehmern handelt, die als überdurchschnittlich problembewußt und als tendenzielle Meinungsführer in den Betrieben, in denen sie arbeiten, einzuschätzen sind (vgl. Einleitung). Denn die Summe dieser Urteile, die weniger der analytischen Reflexion als dem erfahrungsgespeisten Alltagswissen entspringen mögen, stellt selbst ein Stück Betriebsrealität dar, ohne daß Aussagen über Qualität und Wirksamkeit der Betreuung durch das Arbeitsschutz-System kaum sinnvoll getroffen werden können.

Zur Beantwortung der Frage, ob eine laufende Betreuung durch die Professionals des Arbeitsschutzes überhaupt erfolgt, muß unter diesem Gesichtspunkt zunächst gefragt

werden, ob die Betroffenen eine solche Beschäftigung mit ihren Probelemen wahrnehmen. Bei der Interpretation der Ergebnisse kommt es nicht so sehr darauf an, ob die Befragten sich „richtig“ erinnern, sondern darauf, daß die Antworten ihr eigenes Bild des betrieblichen institutionalisierten Arbeitsschutzes wiedergeben.

*Tab. 65:
„Wer hat sich das letzte Mal in Fragen der Arbeitssicherheit und /oder des
Gesundheitsschutzes um Ihren Arbeitsplatz gekümmert?“
(in % der Befragten und in % der Antworten)*

In Betrieben mit ... AN				Gesamt	
	- 100	- 1000	> 1000	in % d. Befr.	in % d. Antw.
Betriebsrat	63,2	57,8	55,3	57,0	28,0
Sicherheits-Fachkraft	16,0	25,9	35,1	28,3	13,9
Sicherheits-Beauftragter	21,7	36,7	44,3	37,2	18,2
Vorgesetzter ¹				17,7	8,6
Betriebsarzt	7,5	19,3	20,1	18,6	9,1
Vertrauensmann	2,8	6,1	21,5	13,9	6,8
Niemand	13,2	21,9	14,4	15,7	7,7

¹ Aufgrund eines rechen-technischen Fehlers kann der Anteil der Vorgesetzten nicht aufgeschlüsselt werden.

(31/117) n = 2171 Antworten von 1.067 Befragten

Die überwiegende Rolle des Betriebsrates als unmittelbarem Arbeitsschutz-Akteur am Arbeitsplatz sowie die der Vertrauensleute wurden weiter oben erörtert (vgl. Kühn S. 99 ff. und 135 ff.). Auf sie entfallen mehr als zwei Drittel aller Nennungen, 70,9% der Befragten erinnern sich an eine Betreuung durch sie am Arbeitsplatz.

Die zweit-häufigsten Nennungen erzielen nach den Betriebsräten die Sicherheitsbeauftragten. Dies kann als Indikator sowohl für ihre Engagement als auch für die Einschätzung ihrer Aktivität durch die Beschäftigten angesehen werden. Die Sicherheitsbeauftragten werden in großen Betrieben mehr als doppelt so häufig genannt wie in Kleinbetrieben. Da Sicherheitsbeauftragte in fast allen Betrieben ernannt sind (vgl. S. 76 ff.), deutet dies auf die Zunahme der Wichtigkeit dezentraler Betreuung in Großbetrieben hin. Allerdings werden Sicherheitsbeauftragte wesentlich häufiger von Nicht-Betriebsräten als von Betriebsräten (freigestellte Betriebsräte wurden hierzu nicht befragt) genannt (43,6% gegenüber 34,1% der Befragten, 55/ 117). Dies ist wahrscheinlich eine Folge der Doppelrolle zahlreicher Betriebsratsmitglieder, die gleichzeitig Sicherheitsbeauftragte sind.

Hinsichtlich der tatsächlichen oder möglichen Folgen der Betreuung durch Sicherheitsbeauftragte ist an deren überwiegende Beschränkung auf Fragen des Unfallschutzes sowie ihr geringes Durchsetzungspotential (vgl. S. 76 ff.) zu erinnern.

Erst an dritter und vierter Stelle werden Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte als diejenigen genannt, an deren Betreuung am Arbeitsplatz sich die Befragten erinnern. Ihr Anteil steigt mit wachsender Betriebsgröße zwar deutlich an, bleibt jedoch auch dort hinter den Aktivitäten der kontextnäheren sowie sozial weniger distanzierten Betriebsräte, Sicherheitsbeauftragten und der Vertrauensleute zurück.

Die sicherheitstechnische und gesundheitliche Betreuung am Arbeitsplatz wird demnach in der Wahrnehmung der Betroffenen überwiegend von Akteuren getragen, die sich zwar durch relative Kontextnähe und geringere soziale Distanz auszeichnen, die aber weder über formalisierte Durchsetzungsmöglichkeiten noch über professionelle Sachkompetenz verfügen. Die Träger dieser Eigenschaften und Möglichkeiten (Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte und Vorgesetzte) treten dahinter zurück.

Während mit der Frage „Wer hat sich das letzte Mal in Fragen der Arbeitssicherheit und/oder des Gesundheitsschutzes um Ihren Arbeitsplatz gekümmert?“ die Wahrnehmung des passiven Betreut-Werdens erhoben wurde, zielte die Frage „An wen würden Sie sich wegen Ihrer Arbeitsbedingungen zuerst wenden?“ auf die Erfassung der selbst ausgewählten und aktiv anzugehenden Adressaten.²⁷

Die Antworten auf diese Frage sind unter der *Zielstellung* der Entwicklung des betrieblichen Arbeitsschutzes wichtig, weil sie angeben, inwieweit die Akteure des Arbeitsschutzes als zuständig, ansprechbar, durchsetzungsfähig und vertrauenswürdig für die Probleme am Arbeitsplatz angesehen werden.

Tab. 66:
 „An wen würden Sie sich wegen Ihrer Arbeitsbedingungen zuerst wenden?“

An den Vorgesetzten	43,2 %
An den Betriebsrat	50,4 %
An Vertrauensfrau bzw. -mann	3,0 %
An den Betriebsarzt	0,6 %
An den Sicherheitsbeauftragten	0,4 %
An meine Kollegen	1,6 %
An die Sicherheitsfachkraft	0,5 %
An niemanden	0,3 %

(61) n = 1126

Es wird deutlich, daß Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft als Ansprechpartner zur Behebung von Arbeitsproblemen praktisch keinerlei Bedeutung haben: Nur 1,1% der Befragten würden sich mit derartigen Problemen zunächst an die Professionals wenden.

²⁷ Auf den unterschiedlichen Bezugsbereich dieser beiden Fragen wurde bereits eingegangen. Vgl. Kühn, S. 105..

Insoweit diese überhaupt am Arbeitsplatz in Erscheinung treten, sei es Betriebsbegehungen (vgl. S. 129 ff.) oder sei es, daß sie sich dort um Probleme der Arbeitssicherheit und/oder des Gesundheitsschutzes kümmern (vgl. Tab. 65), tun sie dies demnach nicht auf den direkten Wunsch der Betroffenen hin, sondern werden von sich aus oder auf Veranlassung bzw. Intervention zwischengeschalteter Instanzen tätig: Mehr als 90% der Befragten würden sich bei Problemen mit ihren Arbeitsbedingungen zunächst entweder an den Vorgesetzten oder an den Betriebsrat wenden, die zwar durchweg weniger Sachkunde, dafür aber Durchsetzungsmöglichkeiten haben bzw. eine geringere soziale Distanz aufweisen.

Das Kriterium der vermuteten Durchsetzungsmöglichkeiten der Ansprechpartner scheint dabei das wichtigere zu sein. Darauf deuten jedenfalls die geringen Anteile sowohl von Sicherheitsbeauftragten als auch von Vertrauensleuten als Ansprechpartner hin, die zudem in deutlichem Kontrast zu den Häufigkeiten ihrer Nennung stehen, wenn nach der letzten Betreuung am Arbeitsplatz gefragt wird (vgl. Tab. 65).

Zusammenfassung:

Als Ansprechpartner für Arbeitsprobleme spielen die Professionals in den Betrieben praktisch keine Rolle. In der Wahrnehmung der Betroffenen sind es auch überwiegend andere Akteure, vor allem Betriebsräte und Sicherheitsbeauftragte, die sich um Fragen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz kümmern.

Dies zeigt, wie weit der professionelle Arbeitsschutz davon entfernt ist, von den Betroffenen als relevanter Partner zur Lösung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme wahrgenommen zu werden.

Die Gründe für diese faktische Nicht-Integration des „offiziellen“ und des „inoffiziellen“ Arbeitsschutz-Systems sind überwiegend objektiver Natur und können infolgedessen nicht als im Zeitlauf zurückgehende Implementationsdefizite interpretiert werden, obwohl auch solche Defizite nach wie vor beträchtlich sind.

Notwendig erscheint die Schaffung einer betrieblichen Instanz, die aufgrund geringer sozialer Distanz zu den Betroffenen und kontextnaher betrieblicher Zuordnung die autonome Artikulation von Gesundheitsinteressen durch die Beschäftigten fördert und als Vermittlungsglied zu der Sachkompetenz der Professionals und den alternativen Durchsetzungspotentialen (Betriebsrat und betriebliche Vorgesetzte) fungieren kann.

3.3.5 Beurteilung der betrieblichen Einsatzzeiten

Wie weiter oben (vgl. S. 60 ff. und 71 ff.) ausgeführt wurde, werden die Einsatzzeiten für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte von den einzelnen Berufsgenossenschaften für ihre Zuständigkeitsbereiche nach Minuten pro Jahr pro betreutem Arbeitnehmer festgelegt, wobei einige Berufsgenossenschaften unter Berücksichtigung von relativ

betriebsgrößen-unabhängigen „Sockel-Aktivitäten“ (Dokumentation, überbetriebliche Zusammenarbeit, Fortbildung etc.) höhere Einsatzzeiten für Kleinbetriebe vorschreiben.

Es wurde kritisiert, daß die Berechnung der Einsatzzeiten durch die Berufsgenossenschaften sich stark an den Erfahrungen und Erfordernissen orientiert, die sich aus der Anzahl der Arbeitsunfälle und anerkannten Berufskrankheitsfälle, dem Kernbereich berufsgenossenschaftlicher Zuständigkeit, herleiten. Dadurch werden Anforderungen an die Professionals, die sich aus den für arbeitsbedingte Erkrankungen verantwortlichen Belastungsstrukturen ergeben, tendenziell zu niedrig gewichtet. Außerdem ergeben sich für Betriebe mit unterschiedlichen Belastungsstrukturen und damit Aufgaben für die Professionals je nach zuständiger Berufsgenossenschaft teilweise stark voneinander abweichende Einsatzzeiten. Die Festlegung „objektiv richtiger“ Einsatzzeiten für einen Betrieb stößt vor allem deshalb auf große Schwierigkeiten, weil eine solche Definition nicht nur die Berücksichtigung der technischen, organisatorischen und räumlichen Bedingungen des jeweiligen Betriebes voraussetzt, sondern auch vom Typ der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Versorgung abhängt.

Je nachdem,

- ob der professionelle Arbeitsschutz eher ein Instrument in der Hand des Managements zur formellen Erfüllung von Gesetzesnormen und zur Durchsetzung von produktivitätskonformen Verhaltensnormen und einer selektiven Personalpolitik ist,
- ob die Professionals — „nach allen Seiten offen“ (Janzen 1977, S. 11) — ihre Rolle im kooperativen Ausgleich zwischen den im Betrieb repräsentierten Interessen sehen und deshalb „meist zumindest lästige Mitarbeiter“ (Hettinger 1977, S. 46) sind, oder
- ob sie sich vorrangig als kompetenter Berater der Beschäftigten bei deren Bemühungen um Belastungsabbau und Verhinderung arbeitsbedingter Erkrankungen begreifen,

werden sich völlig unterschiedliche Tätigkeitsstrukturen und unterschiedliche Zeitbedarfe ergeben.

Blomberg et al. (1980) haben den Versuch einer Berechnungsgrundlage für die erforderlichen Einsatzzeiten von Betriebsärzten vorgelegt, bei dem sie von einem differenzierten Tätigkeitskatalog ausgehen und die betrieblichen Besonderheiten durch Zu- und Abschläge zu berücksichtigen versuchen. Die zentrale Frage nach den Bestimmungsgrößen ihrer Berechnungen klammern sie allerdings aus, wenn sie die Festlegung des Leistungsvolumens einer Art Marktmechanismus im Betrieb überlassen:

„Eine ideale betriebsärztliche Betreuung liegt dann vor, wenn Bedarf, Angebot und Nachfrage so aufeinander ausgerichtet sind, daß bei voller Annahme des Angebotes die bestehende Nachfrage voll befriedigt und der vorhandene Bedarf gedeckt ist. Von einer „optimalen“ betriebsärztlichen Betreuung wird man bei unvollständiger Anpassung von Angebot und Nachfrage wohl so lange sprechen können, als das bereitgehaltene Angebot aufgrund der bestehenden Nachfrage den vorhandenen Bedarf abzudecken erlaubt.

Unter dem „Bedarf“ wird hier der durch die objektiven betrieblichen Gegebenheiten bedingte, aus gesetzlichen Regelungen und sonstigen Rechtsvorschriften abgeleitete Umfang arbeitsmedizinischer Betreuung verstanden.“ (S. 103)

Angesichts der zwischen den Beschäftigten und der Unternehmensleitung durchgängig asymmetrisch verteilten Chancen, den Leistungsumfang der Professionals zu bestimmen und auf die Leistungsstruktur Einfluß zu nehmen, läuft das diesem Vorschlag zugrunde liegende Vertrauen in ‚das freie Spiel der Kräfte‘ auf eine eindeutige Management-Prärogative hinaus. Konsequenterweise lehnen es Blomberg et al. auch ab, „Indikatoren, die sich auf den Nutzen betriebsärztlicher Betreuung beziehen, . . . in die Betrachtung (einzubeziehen)“ (ebenda, S. 101).

Für die betriebliche Praxis hilfreicher scheint deshalb der Hinweis von Partikel (1977, S. 12), daß die durch UVV festgelegten Einsatzzeiten nur eine Untergrenze darstellen, die durch Betriebsvereinbarungen etc. bei Bedarf angehoben werden kann.

Wenn im folgenden die Beurteilung der Einsatzzeiten von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften durch die Befragten referiert wird, so ist nach dem Gesagten zu erwarten, daß in diese Urteile unterschiedliche Erwartungen an das und unterschiedliche Erfahrungen mit dem professionellen Arbeitsschutz-System eingehen.

— Speziell in Betrieben, in denen die formelle Implementation der Arbeitsschutz-Struktur nach ASiG nicht oder nur unvollkommen vollzogen ist, wird man von hohen Wirkungserwartungen an die Tätigkeit der Professionals ausgehen können, da auf sie die Möglichkeit der Lösung von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen projiziert wird (Gruppeninterviews).

— In Betrieben mit relativ ausgebauter Arbeitsschutz-Struktur hängt das Urteil neben zahlreichen subjektiven Faktoren sowohl bei den Befragten als auch den Professionals erheblich von der Problemsicht des Arbeitsschutzes durch die Befragten ab.

— Schließlich kann die Erfahrung der betrieblichen Kooperation mit den Professionals auch zu einer gewissen Desillusionierung hinsichtlich der Steuerbarkeit und der Wirkungserwartung führen, was im Ergebnis zu Einschätzungen führt, nach denen die arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme der Beschäftigten nicht vorrangig mit Hilfe des professionellen Arbeitsschutz-Systems zu lösen, zumindest aber die Einsatzzeiten nicht der Engpaß bei der Lösung dieser Probleme sind.

Die unterschiedlich begründeten und ausgeprägten Erwartungen, die in die Antworten auf die Frage nach dem Ausreichen der Einsatzzeiten einfließen, heben sich teilweise gegenseitig auf, teilweise verstärken sie sich, in keinem Fall sind sie statistisch auseinanderzurechnen. Die Interpretation dieser Daten ist daher verstärkt auf die Ergebnisse der Interviews (in Gruppen und mit Experten) angewiesen. (Tab. 67)

Nur ein knappes Drittel der Befragten hält die Einsatzzeiten für ausreichend, 39,7% hält sie definitiv für zu gering. Dabei ist zu berücksichtigen, daß diese Frage nur an die Betriebsräte gestellt wurde (freigestellte und nicht-freigestellte), die am ehesten einen Einblick in Umfang und Struktur der Tätigkeiten der professionellen Arbeitsschutz-

Tab. 67:
 „Halten Sie die Einsatzstunden der Betriebsärzte und Sicherheits-
 fachkräfte für ausreichend?“ (in % der Befragten)

In Betrieben mit ... AN	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Einsatzzeiten ausreichend?						
Ja	23,5	33,0	29,5	28,1	40,7	32,2
Zur Not	27,9	27,0	30,7	32,2	24,7	28,1
Nein	48,5	40,1	39,8	39,7	34,7	39,7
(31/145) n = 872						s = n.s.

Akteure haben. Der Anteil der Betriebsräte, die die Einsatzzeiten der Experten nicht für ausreichend bzw. nicht für einen wichtigen Engpaß zur Realisierung des Arbeitsschutzes halten, fällt mit wachsender Betriebsgröße.

Dies steht in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung des professionellen Arbeitsschutz-Systems in den Betrieben selbst.

Tab. 68:
 Einschätzung der Einsatzzeiten der Professionals durch die Befragten in
 Abhängigkeit vom Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)

PAS Quartile	Einsatzzeiten ausreichend			Proportional-Index
	ja	zur Not	nein	
1	12,4	23,7	63,9	100
2	26,3	30,1	43,5	105
3	33,2	34,6	32,2	103
4	52,0	25,2	22,8	103
(PAS/145) n = 876				s = **

Je mehr das professionelle Arbeitsschutz-System ausgebaut und zumindest formell in das betriebliche Geschehen integriert ist, desto eher werden auch die Einsatzzeiten der Professionals als ausreichend angesehen. Dabei nimmt diese Einschätzung in ungefähr gleichem Umfang zu wie die Gesamtleistungen des professionellen Arbeitsschutz-Systems (Proportional-Index). Aber selbst bei den höchsten Ausbaustufen (viertes Quartil) hält knapp die Hälfte der Befragten die Einsatzzeiten für nicht voll ausreichend, mehr als ein Fünftel für definitiv zu niedrig.

Die Einschätzung der Einsatzzeiten variiert auch mit dem Typ der betriebsärztlichen Versorgung.

*Tab. 69:
Zusammenhang zwischen dem Typ der betriebsärztlichen Versorgung und
der Einschätzung der Einsatzzeiten der Professionals*

Vers.-Typ	festangestellter Betriebsarzt	freiberuflicher Vertragsarzt	Zentrum BG	Zentrum TÜV	Zentrum Arbeitgeber
Einsatzzeiten ausreichend?					
Ja	39,7	31,5	32,6	(32,0) ¹	22,1
Zur Not	26,7	29,0	35,8	(24,0) ¹	37,2
Nein	33,7	39,5	31,6	(44,0) ¹	40,7

¹ n = 25

s = n.s.

(145/160) n = 792

Festangestellte Betriebsärzte sind zumeist während des normalen Arbeitstages im Betrieb anwesend, infolgedessen ist es nicht verwunderlich, daß bei ihnen — bei insgesamt niedrigem Niveau — die Einsatzzeiten am ehesten für ausreichend gehalten werden. Bemerkenswert ist indes die hohe Unzufriedenheit mit den Einsatzzeiten der Betriebsärzte aus arbeitgeber-getragenen Zentren, die hier im Gegensatz zu den anderen analysierten Leistungen deutlich von der Versorgung durch arbeitsmedizinische Zentren anderer Träger abweichen. Inwieweit dies auf objektiv geringere Präsenz der Ärzte aus derartigen Zentren im Betrieb oder auf die gerade bei diesen Zentren häufigen Wechsel der jeweils betrieblich zuständigen Ärzte zurückzuführen ist (vgl. S. 70), kann nicht festgestellt werden.

Positive Einschätzungen der Einsatzzeiten nehmen mit wachsendem Aktivitätsniveau von Belegschaft und Betriebsrat in Angelegenheiten des Arbeitsschutzes zu.

*Tab. 70:
Einschätzung der Einsatzzeiten der Professionals in Abhängigkeit
vom Niveau der Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	Einsatzzeiten ausreichend?		
	ja	zur Not	nein
1	21,7	29,5	48,8
2	29,4	26,5	44,1
3	37,1	31,4	31,4
4	44,8	26,1	29,1

(ASBEL/145) n = 876

s = **

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind die Interdependenzen und Multikorrelationen zu beachten. In die — auf insgesamt niedrigem Niveau — zunehmend positiven Einschätzungen der Einsatzzeiten der Professionals sowohl mit zunehmendem Ausbau

des professionellen Arbeitsschutz-Systems als auch mit wachsendem Engagement von Belegschaft und Betriebsrat gehen mindestens zwei Tendenzen ein:

- die objektive Zunahme der Aktivitäten der Professionals mit dem Ausbau des Arbeitsschutzes nach ASiG,
- die zunehmende Transparenz der Arbeit der Professionals für die Betriebsräte mit wachsendem Niveau ihrer eigenen Aktivitäten auf diesem Feld. Der Zusammenhang zwischen Transparenz der Tätigkeit der Professionals und der Einschätzung ihrer Einsatzzeiten zeigt sich auch daran, daß in Betrieben, in denen kein Arbeitsschutz-Programm existiert, 50,4% der dort Befragten die Einsatzzeiten für definitiv unzureichend halten, bei Befragten aus Betrieben mit Arbeitsschutz-Programm fällt dieser Anteil auf 26,4% (145/ 139; n = 831). Die Zunahme an Transparenz kann zwei gegenläufige Entwicklungen auslösen, die im Ergebnis zu gleichen Einschätzungen hinsichtlich der Einsatzzeiten führen:
 - Zunehmendes Engagement der Betriebsräte im Arbeitsschutz wurde in dieser Untersuchung als in erheblichem Umfang (vgl. Kühn) durch die Implementation der Arbeitsschutzgesetzgebung induziert analysiert, in deren Verlauf sich die Mehrzahl der Betriebsräte die Problemsicht der Professionals zumindest teilweise zu eigen macht. Diese Sichtweise aber reduziert Arbeitsschutz-Probleme tendenziell auf solche technischer Veränderungen im Betrieb, des Verhaltens der Beschäftigten und der Durchführung von Untersuchungen. In dem Maße, wie keine darüber hinausgehenden Zielperspektiven mit dem betrieblichen Arbeitsschutz verbunden werden, können die Einsatzzeiten der Professionals als eher ausreichend angesehen werden. Ausdruck dieser Einschätzung sind Äußerungen aus Gruppendiskussionen wie: die Professionals „tun wirklich, was sie können“, „unser Betriebsarzt ist O.K., er macht wesentlich mehr Untersuchungen, als die BG vorschreibt und läßt sich auch im Betrieb blicken.“
 - Betriebsräte, deren Engagement im Arbeitsschutz sich auf den möglichst umfassenden Abbau potentiell krankheitsrelevanter Belastungen im Betrieb bezieht, erkennen mit zunehmender Erfahrung der Zusammenarbeit mit den Professionals, daß sie nicht in der Lage sind, deren Tätigkeit schwerpunktmäßig auf diese Problembereiche zu lenken. In einzelnen Fällen wird dabei die Tätigkeit der Professionals als derart eng mit dem produktivitäts- und personalpolitischen Intentionen des Management verknüpft gesehen, daß von einem verstärkten Einsatz der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte vorwiegend negative Konsequenzen für die Beschäftigten erwartet werden. Auch diese Sichtweise kann zu der Einschätzung führen, daß die Einsatzzeiten der Professionals „ausreichen“. Äußerungen aus Gruppendiskussionen belegen dies: „Die (betrieblichen Vorgesetzten) schicken den (Sicherheits)ingenieur doch nur vor, damit hinterher noch weniger Zeit bleibt“. „Daran, was im Betrieb läuft, kann der Werkarzt sowieso nichts ändern.“

Es ist demnach keineswegs ausgemacht, daß eine positive Einschätzung hinsichtlich ausreichender Einsatzzeiten der Professionals ein Indikator dafür ist, daß durch den Einsatz der Professionals in relevantem Umfang auf die gesundheitsrelevanten Arbeitsprobleme der Beschäftigten Einfluß genommen wird. Einen eher gegenläufigen Eindruck vermitteln die folgenden Zahlen.

Tab. 71:
Einschätzung der Einsatzzeiten der Professionals in Abhängigkeit vom Ausmaß der betrieblichen Arbeitsbelastung (Index BELA)

BELA Quartile	Einsatzzeiten ausreichend?		
	ja	zur Not	nein
1	42,4	24,1	33,5
2	32,9	30,0	37,1
3	26,6	31,4	42,0
4	27,4	27,4	45,1

(BELA/145) n = 876

s = n.s.

Mit wachsender Arbeitsbelastung steigt der Anteil derer, die die Einsatzzeiten der Professionals für unzureichend halten. Im vierten Quartil ist nur noch ungefähr ein Viertel der Befragten der Auffassung, daß die Einsatzzeiten wirklich ausreichen. Damit verhält sich der Verlauf der Einschätzung des Ausreichens der Einsatzzeiten in Abhängigkeit von der Arbeitsbelastung genau gegenläufig zum Verlauf in Abhängigkeit vom Niveau der Belegschafts-Aktivitäten im Arbeitsschutz. Dies zeigt zum einen nochmals deutlich, daß sich Ausmaß und Intensität von (gesundheitsrelevanter) Arbeitsbelastung keineswegs gradlinig in Arbeitsschutz-Aktivitäten umsetzen (vgl. Hauss Belastungsthematisierung), sondern daß diese Aktivitäten weitgehend einer aus anderen Sachgesetzmäßigkeiten und Sichtweisen entstammenden Logik folgen (vgl. Kühn, Interessenvertretung). Es zeigt aber zum anderen, wie groß der aus der Arbeitsbelastung resultierende gesundheitliche Problemdruck und die aus ihm erwachsenden Wirkungserwartungen an die Hilfestellung durch professionelle Kompetenz sind.

Zusammenfassung:

Nur knapp ein Drittel der Befragten hält die Einsatzzeiten der Professionals für ausreichend. Obwohl auf diese (Einschätzungs-)Größe verschiedene und teilweise gegenläufige Faktoren einwirken, verweist dies auf ein durch die gültigen Rechtsvorschriften faktisch festgeschriebenes Defizit des betrieblichen Arbeitsschutzes. Mit zunehmendem Ausbau steigt der Anteil derer, die die Einsatzzeiten für ausreichend halten, auf 52%.

Betriebsräte halten die Einsatzzeiten — auf insgesamt niedrigem Niveau — desto eher für ausreichend, je mehr sie Einblick in Umfang und Struktur der Tätigkeit der Professionals haben.

Hinsichtlich der Zielsetzung des betrieblichen Arbeitsschutzes, gesundheitsrelevante Belastungen aus dem Arbeitsprozeß zurückzudrängen, ergibt sich das umgekehrte Bild: Die Einsatzzeiten werden desto weniger als ausreichend angesehen, je mehr die Arbeitsbelastung steigt. Dies verweist auf den geringen Zielerreichungsgrad des betrieblichen Arbeitsschutzes und auf die hohe Wirkungserwartung der Betroffenen.

3.4 Entlassungs-Selektion

3.4.1 Ausmaß der Entlassungs-Selektion

Zahlreiche Unternehmen tendieren dazu, Arbeitnehmer zu entlassen, die tatsächlich oder vermutlich, aktuell oder zukünftig, Leistungsminderungen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen aufweisen bzw. erwarten lassen. Diese Tendenz verstärkt sich in Phasen anhaltender Arbeitslosigkeit. Der Nachweis hierzu ist oft geführt worden und braucht deshalb hier nicht wiederholt zu werden (vgl. Dohse/Jürgens/Russig (Hrsg.) 1982, IG Metall 1979, 1967).

Betroffen von solchen Strategien sind keineswegs nur die (offen oder verdeckt aus Gesundheitsgründen) entlassenen Arbeitnehmer:

- In Verein mit der Eingangs-Selektion ermöglicht es die Ausgliederung Leistungsgeminderter, die Anforderungen im Betrieb zu verschärfen und durch den damit einhergehenden stärkeren gesundheitlichen Verschleiß die „Belastungsspirale“ in Gang zu setzen bzw. zu halten (vgl. S. 105 ff.).
- Auf die weder von Eingangs- noch von Entlassungs-Selektion betroffenen tätigen Arbeitnehmer im Betrieb übt dies einen zusätzlichen Druck aus, sich gegen gesundheitliche Zumutungen nicht zu wehren sowie medizinisch notwendige Behandlungen nicht anzutreten und Arbeitsunfähigkeits-Verordnungen nicht einzuhalten. Die Wirksamkeit dieses Mechanismus wird verdeutlicht durch die Tatsache, daß — unabhängig von der Betriebsgröße — 78,5% aller Befragten davon überzeugt sind, daß bei ihnen im Betrieb eine Auslese nach gesundheitlichen Gesichtspunkten getroffen wird (33, n = 1356, vgl. IGM 1979).

Es kann empirisch derzeit nicht entschieden werden, welche dieser beiden Folgen der Selektions-Politik von Unternehmen die größeren volksgesundheitlichen Schädigungen hervorruft, zumal solche Wirkungen sich erst nach längerer Zeit in statistisch faßbaren Morbiditäts- und Mortalitäts-Verschiebungen niederschlagen. Ein Indiz für die Wirksamkeit insgesamt ist jedoch die Tatsache, daß der Anteil der „aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen Leistungsgeminderter“ an den amtlich erfaßten Arbeitslosen von 24,9% im Jahre 1976 auf 33,9% im Jahre 1979 gestiegen ist (ANBA Nr. 3/1980, S. 211, vgl. auch v. Rosenblatt/Büchtemann 1980, Wacker 1978 a, S. 21 f.).

In diesem Abschnitt soll untersucht werden, welchen Anteil das professionelle

Arbeitsschutz-System und innerhalb dieses Systems speziell der Betriebsarzt an der Aussonderung Leistungsgeminderter hat. Mit dieser Fragestellung soll keineswegs behauptet werden, daß die Mehrzahl der Betriebsärzte sich bewußt oder gar willentlich an derartigen Strategien beteiligt. Es soll auch nicht verkannt werden, daß zahlreiche Betriebsärzte mit beträchtlichem persönlichem Einsatz Umsetzungsmöglichkeiten für gesundheitlich Leistungsgeminderte innerhalb des Betriebes suchen und z.T. erst durchsetzen. Auch geht es nicht um die Identifizierung der „schwarzen Schafe“ unter den Betriebsärzten, die sich unter Umkehrung ihres Auftrages und unter Verletzung ihrer Schweigepflicht vorsätzlich und aktiv an Selektions-Strategien des Management beteiligen oder diese sogar initiieren.

Vielmehr geht es um die Frage, inwieweit die Tätigkeit der Betriebsärzte für entsprechende Management-Strategien funktionalisiert wird. Die Interessen des Management können sich dabei auf zwei Aspekte der Einschaltung der Betriebsärzte in den Prozeß der Selektion richten:

Zum einen können ärztliches Urteil und ärztliche Prognose über Schwere, Dauer und Entwicklung der gesundheitlichen Beeinträchtigung u.U. präziser sein als das Laien-Urteil des betrieblichen Vorgesetzten und Rückschlüsse aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeits-Tage. Personal-Selektion gewinnt durch die Einschaltung von Betriebsärzten tendenziell an Treffsicherheit.

Zum anderen gilt der Befund des Arztes allgemein als naturwissenschaftlich objektiv und faktisch unanfechtbar. Gottschalk/Gürtler (1979, S. 119) sehen darin einen der Hauptgründe für die Einschaltung von Betriebsärzten, da es möglich ist, „den Arzt und die ärztliche Auffassung zu Kranken und zur Abwendung eines schädigenden Prozesses möglichst neutral erscheinen zu lassen. Er soll entscheiden, ob eher der Betrieb (davon versteht der Arzt zwar nichts) oder der Betroffene (davon versteht der Arzt eine Menge) Opfer zu bringen hat.“

Durch die scheinhafte Objektivierung der Personal-Selektion aufgrund ärztlicher Befunde wird das darin liegende Konfliktpotential neutralisiert, der Konflikt wird — häufig auch in der Sicht der Interessenvertreter der Belegschaft — entpolitisiert. Die Tatsache, daß das Management die aus der Anforderungs- und Beanspruchungs-Struktur resultierenden Gesundheitsprobleme sowohl nach vorne (Einstellungsuntersuchungen) als auch nach hinten (Entlassungs-Selektion) in die Systeme der Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung abdrängt, wird nicht mehr als politisches Problem wahrgenommen, sondern als naturwissenschaftlich begründetes Schicksal hingenommen.

Über das Ausmaß von gesundheitsbedingten Entlassungen in den von dieser Studie erfaßten Betrieben gibt Tabelle 72 Auskunft.

Da diese Frage nur an die Betriebsräte gerichtet wurde, die von jedem Entlassungsvorgang zumindest Kenntnis haben (§ 102 BetrVG), können die Antworten nicht als Reflex auf die allgemeine Sorge vor gesundheitsbedingter Selektion zu Zeiten hoher Arbeitslo-

*Tab. 72:
„Falls bei Ihnen Mitarbeiter entlassen werden, spielen dabei auch
gesundheitliche Gründe eine Rolle?“ (Antworten in % der Befragten)*

In Betrieben mit ... AN	- 100	- 500	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Gesundheitl. Gründe?						
Ja	32,7	37,2	40,1	55,7	47,4	41,4
Nein	63,3	60,3	58,1	40,2	51,3	56,0
Weiß nicht	4,0	2,5	1,8	4,1	1,2	2,6

(31/133) n = 938

s = *

sigkeit interpretiert werden, sondern geben wohl die tatsächliche Praxis in den Betrieben wieder.

In über 40 Prozent der Betriebe spielen demnach gesundheitliche Gründe bei Entlassungen eine Rolle. Der Anteil steigt mit zunehmender Betriebsgröße auf über 55% und sinkt lediglich in Betrieben mit mehr als 2.000 Arbeitnehmern auf 47,2%. Inwieweit dies eher auf eine stärker ausgebaute Mitbestimmung oder auf bessere Voraussetzungen für die Umsetzung Leistungsgeminderter in Großbetrieben zurückzuführen ist, kann nicht entschieden werden, zumal die Umsetzungsmöglichkeiten in der betrieblichen Praxis häufig vom Grad der Mitbestimmung abhängig sind.

Daß die Entlassung aus gesundheitlichen Gründen teilweise als Instrument zur Bewältigung aktueller betrieblicher Probleme eingesetzt wird, zeigt Tabelle 73.

*Tab. 73:
Zusammenhang zwischen Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen
und Kurzarbeit in den letzten 12 Monaten (Antworten in % der Befragten)*

Kurzarbeit	nein	ja	Gesamt
Gesundheitliche Gründe für Entlassung			
Ja	39,4	49,4	41,3
Nein	58,2	46,5	56,0
Weiß nicht	2,3	4,1	2,7
Gesamt	81,6	18,4	100,0

(34/133) n = 935

s = *

Bei Kurzarbeit innerhalb der letzten 12 Monaten wußten rund 50% der befragten Betriebsräte von Kündigungen mit gesundheitlichen Gründen, war keine Kurzarbeit angeordnet worden, lag dieser Anteil bei 40%.

Allerdings scheint das Instrument der Kündigung mit gesundheitlichen Gründen

kaum dazu verwendet zu werden, bei bestehender Arbeitslosigkeit am Ort verschärft gesundheitlich leistungsgeminderte Arbeitnehmer gegen robustere auszutauschen: Der Anteil der Betriebe mit solchen Kündigungen variiert zwischen Orten mit „sehr hoher Arbeitslosigkeit“ und solchen mit „unterdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit“ lediglich um knapp 3% (43,1% gegenüber 40,4%, 12/ 133, n = 928). Sichere Aussagen sind allerdings wegen des hohen Sockels von 41,3% aller Betriebe, in denen solche Kündigungen vorkommen, nicht möglich.

Feststellbar ist dagegen ein Zusammenhang zwischen Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen und erhöhtem Verschleiß der Arbeitskraft.

*Tab. 74:
Zusammenhang zwischen Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen
und dem Niveau der Arbeitsbelastung (Index BELA)*

BELA Quartile	Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen		
	ja	nein	weiß nicht
1	30,6	67,6	1,9
2	46,3	50,6	3,1
3	42,9	54,4	2,6
4	44,3	52,7	3,0

(BELA/133) n = 938 s = n.s.

Zwischen relativ wenig (erstes Quartil BELA) und höher belasteten Arbeitsplätzen (zweites bis viertes Quartil BELA) besteht ein deutlicher Niveau-Unterschied hinsichtlich des Ausmaßes von Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen. Dies belegt die systematische Wirkungsweise der „Belastungsspirale“.

Das Ausmaß der Kündigungen mit gesundheitlichen Gründen ist mit den Instrumenten der Mitbestimmung, so wie sie in den Betrieben gehandhabt werden, offenbar nicht zu beeinflussen. Dies zeigt Tabelle 75.

*Tab. 75:
Zusammenhang zwischen Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen
und dem Niveau der Interessenvertretung der Belegschaft (Index INKON)*

INKON Quartile	Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen		
	ja	nein	weiß nicht
1	39,2	58,0	2,8
2	35,9	61,4	2,7
3	46,3	49,8	3,5
4	44,7	54,3	1,0

(INKON/133) n = 938 s = n.s.

Mit wachsendem Niveau der betrieblichen Interessenvertretung der Belegschaft nimmt der Anteil der Kündigungen mit gesundheitlichen Gründen nicht nur nicht ab, sondern sogar noch geringfügig zu. Auf die möglichen Gründe in der Struktur der Interessenvertretung wurde an anderer Stelle der Studie eingegangen (vgl. Kühn, Interessenvertretung). Dagegen zeitigt ein entwickeltes Niveau des speziell auf Arbeitsschutz-Fragen gerichteten Engagements einen, wenn auch äußerst geringen Erfolg.

*Tab. 76:
Zusammenhang zwischen Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen
und dem Niveau der Belegschafts-Aktivitäten im Arbeitsschutz
(Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen		
	ja	nein	weiß nicht
1	42,2	53,0	4,9
2	44,8	54,0	1,2
3	37,4	60,3	2,3
4	38,2	60,1	1,8

(ASBEL/133) n = 938 s = n.s.

Insgesamt kann gesagt werden, daß die Vertretung der Interessen der Beschäftigten im Betrieb, und zwar sowohl in ihrem allgemeinen Niveau als auch in ihrer spezifischen Form der Arbeitsschutz-Aktivitäten, keinen nennenswerten Einfluß auf die verbreitete Praxis des Management ausübt, gesundheitlich leistungsgeminderte Arbeitnehmer zu entlassen. Es kann an dieser Stelle offen bleiben, ob dies seine Ursache eher in vorherrschend kooperativer Konfliktregulierungs-Routine in den Betrieben oder im betriebspolitisch nicht überwindbaren Handlungspotential des Management hat.

Für die hier zu untersuchende Fragestellung ist bemerkenswert, daß der Anteil der Kündigungen mit gesundheitlichen Gründen mit zunehmendem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems keineswegs ansteigt, sondern sinkt.

*Tab. 77:
Zusammenhang zwischen Kündigung mit gesundheitlichen Gründen
und dem Ausbau des professionellen Arbeitsschutzes (Index PAS)*

PAS Quartile	Kündigung mit gesundheitlichen Gründen		
	ja	nein	weiß nicht
1	48,9	47,6	3,5
2	41,1	56,1	2,8
3	43,5	54,7	1,7
4	32,9	64,3	2,8

(PAS/133) n = 938 s = n.s.

In Betrieben, in denen das professionelle Arbeitsschutz-System besonders weit ausgebaut ist (viertes Quartil), ist ein deutlicher Rückgang der Kündigungen mit gesundheitlichen Gründen um 8,8% gegenüber dem Durchschnitt aller Betriebe zu beobachten. Dies dürfte einerseits die gleichen Ursachen haben wie der Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen in Großbetrieben (vgl. Tabelle 72) und andererseits mit den Bemühungen zahlreicher, gerade hoch-professionalisierter Arbeitsschutz-Systeme zusammenhängen, sich auch um bessere Umsetzungsmöglichkeiten im Betrieb zu bemühen (Experteninterviews).

Der Rückgang gesundheitsbezogener Kündigungen bei hoch ausgebautem professionellem Arbeitsschutz-System könnte auch z. T. die Folge einer mit wachsender Professionalisierung einhergehenden medizinischen Perfektionierung sein: sowohl eine systematischere Eingangsselektion durch Einstellungsuntersuchungen als auch medizinisch präzisere Entlassungskriterien können zur Senkung der Anzahl derartiger Kündigungen beitragen (Experteninterview).

Zusammenfassung:

Die Entlassung mit gesundheitlichen Gründen, die aus arbeitsrechtlichen Gründen meist anders begründet wird, stellt in über 40% der von der Untersuchung erfaßten Betriebe ein Instrument der Personalpolitik dar, das bei aktuellen betrieblichen Problemen verschärft eingesetzt wird und schwerpunktmäßig gesundheitlich stärker belastete Arbeitnehmer trifft. Auch besonders aktive betriebliche Interessenvertretungen der Beschäftigten können das Management offenbar nicht am Gebrauch dieses Instruments hindern, ein zunehmend professionalisierter Arbeitsschutz scheint jedoch vor allem in Großbetrieben mit erhöhtem innerbetrieblichen Umsetzungspotential in beschränktem Umfang einen günstigen Einfluß auszuüben.

3.4.2 Träger der Entlassungsselektion

Vor diesem Hintergrund soll nunmehr untersucht werden, welche betrieblichen Instanzen de facto über die Selektion gesundheitlich leistungsgeminderter Arbeitnehmer entscheiden. Die dazu gestellte Frage, „Wie werden die „Kranken“ aussortiert?“ (134) wurde wegen des zu ihrer Beantwortung notwendigen Informationsniveaus nur an Betriebsräte gestellt und nur von Befragten aus solchen Betrieben beantwortet, in denen Entlassungen mit gesundheitlichen Gründen vorkommen.

Die möglichen Träger der Selektion können danach unterschieden werden,

- ob sich ihre Handlungen im Bereich der Legalität bewegen oder nicht. Dabei kann davon ausgegangen werden, daß offensichtlich illegale Vorgehensweisen selten sind,²⁸
- ob sie sich näher oder weiter vom unmittelbaren betrieblichen Konfliktpotential

befinden. Mit zunehmendem strategischem Potential des Management werden Lösungen den Vorzug finden, die möglichst weit weg vom direkten und interessenpolitischen Zugriffsbereich der Betroffenen angesiedelt sind,

- ob ihre Entscheidungen leichter oder schwerer argumentativ im Rahmen von Verhandlungen angreifbar sind, d.h. inwieweit die von ihnen verwendeten Kriterien als „objektiv“ angesehen werden. Dabei wird das Personalmanagement bei Wahlfreiheit tendenziell die „objektiven“ Entscheidungen bevorzugen.

Die *Personalabteilung* kann durch die Kontrolle der Fehlzeiten und AU-Tage gesundheitlich leistungsgeminderte Arbeitnehmer herausfiltern. Entsprechende Briefe an Arbeitnehmer mit wiederholten Fehlzeiten dringen seit einigen Jahren verstärkt an die Öffentlichkeit. Das Vorgehen der Personalabteilungen ist dabei zunächst legal, zudem ist diese Instanz relativ weit entfernt vom betrieblichen Konfliktpotential angesiedelt, ihr Kriterium (Fehlzeiten) ist auf den ersten Blick völlig objektiv. Allerdings ist es in Verhandlungen angreifbar, da aus der Anzahl vergangener Fehlzeiten und AU-Tage weder eine verlässliche Diagnose der AU-Gründe noch eine begründete Prognose ableitbar ist.

Die *betrieblichen Vorgesetzten* haben unmittelbare Kenntnis nicht nur von Fehlzeiten und AU-Tagen, sondern auch einen Überblick über die Arbeitsleistung der in ihrem Bereich Beschäftigten. Die Auswertung ihrer Kenntnisse und Beobachtungen ist zunächst auch nicht illegal, allerdings befinden sie sich im unmittelbaren betrieblichen Konfliktbereich und können ihre Urteile meist auch nicht auf „objektive“ Kriterien stützen.

In den Experteninterviews berichteten sowohl Betriebsärzte als auch Betriebsräte über die Auswertung der Unterlagen einzelner *Betriebskrankenkassen* (Krankschreibungen, einschließlich Diagnosen) zum Zwecke der Personal-Selektion. Die Betriebskrankenkasse befindet sich in der Regel abseits des betrieblichen Konfliktbereichs, die Krankenakten enthalten Angaben von hohem medizinisch „objektiven“ Ansehen, das Verfahren verstößt aber eindeutig gegen geltendes Recht.

Die *Betriebsärzte* sind — etwa im Verhältnis zu dem betrieblichen Vorgesetzten — relativ weit vom betrieblichen Konfliktpotential entfernt angesiedelt und ihre Entscheidungen bzw. Entscheidungshilfen haben den Charakter „objektiver Befunde“. Allerdings ist zu beachten, daß sie sich im Falle der Weitergabe von Diagnosen oder Teilen davon außerhalb der Legalität bewegen.

Die Verteilung der Träger der Selektion ist aus Tabelle 78 ersichtlich.

Die wichtigste Selektionsinstanz mit 53,6% der Nennungen ist nach diesen Ergebnissen die Personalabteilung, deren Bedeutung mit zunehmender Betriebsgröße noch zunimmt. Sowohl ihre Entfernung vom betrieblichen Konfliktbereich als auch ihr auf

²⁸ Da es sich um die Analyse der de-facto-Entscheidungen handelt, ist die arbeitsrechtliche Begründung der Kündigungen hierfür ohne Belang.

den ersten Blick „objektives“ Kriterium der Fehlzeiten dürften dafür den Ausschlag geben.

Tab. 78:
 „Wie werden die ‚Kranken‘ aussortiert?“
 (Mehrfachnennung möglich, in % der Antworten)

In Betrieben mit ... AN	- 100	- 1000	- 2000	> 2000	Gesamt
Durch Fehlzeitenkontrolle	48,3	53,2	53,8	56,7	53,6
Durch den Betriebsarzt	5,2	7,6	10,3	16,5	9,6
Durch die Betriebskrankenkassen	1,7	2,3	0,9	4,7	2,5
Durch den Vorgesetzten	31,0	31,0	34,2	21,3	29,7
Weiß nicht	13,8	5,8	0,9	0,8	4,7

(31/134) n = 649 Antworten von 452 Befragten

Das Urteil der betrieblichen Vorgesetzten wird am zweithäufigsten genannt. Mit zunehmender Betriebsgröße nimmt ihr Anteil jedoch zugunsten der schwieriger in Konflikte einzubeziehenden und mit „objektiveren“ Kriterien arbeitenden Personalabteilungen und Betriebsärzte deutlich ab.

Die eindeutig illegale Selektion mit Hilfe der Unterlagen der Betriebskrankenkasse spielt zahlenmäßig insgesamt eine geringe Rolle, in Großbetrieben entfallen auf sie jedoch immerhin 4,7% der Nennungen.

Mit zunehmender Betriebsgröße wird die Entscheidung über Entlassungen aus gesundheitlichen Gründen zunehmend „medizinisiert“, damit scheinbar objektiviert und dem betriebs-politischen Konflikt entzogen: In Grobetrieben mit über 2.000 Arbeitnehmern bezieht sich jede sechste Nennung auf den Betriebsarzt als diejenige Instanz, „die die ‚Kranken‘ aussortiert“. Insgesamt wird der Betriebsarzt mit 9,6% am dritthäufigsten genannt. Freigestellte Betriebsräte, bei denen das höchste Informationsniveau angenommen werden kann, sehen den Betriebsarzt sogar in 12,4% der Nennungen als Träger der Selektion (nicht-freigestellte Betriebsräte: 8,6%, 134/ 55).

Weiter oben wurde gezeigt, daß die Entlassungs-Selektion nicht nur mit wachsender Betriebsgröße, sondern auch bei höherem Niveau der Interessenvertretung der Belegschaft zunehmend „medizinisiert“ wird (134/INKON), da so bei gegebener Konfliktbereitschaft der Belegschaft die Entscheidung am ehesten „objektiviert“ werden kann.

Dies wirkt sich noch stärker aus, wenn sich Belegschaft und Betriebsrat speziell in Arbeitsschutz-Fragen stärker engagieren. (Tab. 79)

Je stärker Belegschaft und Betriebsrat auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes engagiert sind und damit überwiegend einen großen Teil der „objektiven“ und „medizinischen“ Sichtweise der Professionals übernehmen, desto mehr tritt der Betriebsarzt als faktischer

*Tab. 79:
„Wie werden die ‚Kranken‘ aussortiert?“ und das Niveau der
Belegschafts-Aktivitäten im Arbeitsschutz (Index ASBEL)*

ASBEL Quartile	Fehlzeitenkontrolle	Wer sortiert aus? Betriebsarzt	Vorgesetzte
1	53,1	6,3	30,0
2	56,8	8,2	30,6
3	52,1	10,0	32,8
4	50,4	17,6	24,4

(ASBEL/134) n = 649 Antworten von 452 Befragten

Entscheidungsträger bei Entlassungs-Selektionen in den Vordergrund. Vorrangig werden durch ihn die betrieblichen Vorgesetzten entlastet („aus der Schußlinie genommen“), jedoch „profitiert“ auch die Personalabteilung davon.

Ob diese Umschichtung der Entscheidungskompetenz auf die Professionals eher als Defensiv-Strategie des Management gegenüber den im Arbeitsschutz engagierten Betriebsräten zu interpretieren ist, oder ob diese die Entscheidungen des Betriebsarztes wegen ihrer „medizinischen Objektivität“ tatsächlich mittragen, kann anhand dieser Daten allein nicht entschieden werden. Auffällig ist vor allem der sprunghafte Anstieg bei höchst-entwickeltem Arbeitsschutz-Niveau der Belegschaft (viertes Quartil ASBEL).

Feststellen läßt sich aber, daß der zunehmende Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems nicht als wichtigste erklärende Variable für diesen Zuwachs herangezogen werden kann.

*Tab. 80:
„Wie werden die ‚Kranken‘ aussortiert?“ und Ausbau des
professionellen Arbeitsschutz-Systems (Index PAS)*

PAS Quartile	Fehlzeitenkontrolle	Wer sortiert aus? Bestriebsarzt	Vorgesetzte
1	56,5	4,7	31,9
2	50,6	11,0	32,3
3	53,6	12,6	27,2
4	52,4	11,9	26,6

(PAS/134) n = 649 Antworten von 452 Befragten

Zwar nimmt der Anteil der Betriebsärzte an den Entlassungs-Selektionen auch mit zunehmendem Ausbau des professionellen Arbeitsschutz-Systems zu, jedoch erreicht er nicht so hohe Werte, wie die Beteiligung der Betriebsärzte bei sehr hohem Aktivitätsniveau der Belegschaft im Arbeitsschutz.

Dabei unterscheiden sich die verschiedenen Typen der betriebsärztlichen Versorgung untereinander recht deutlich:

*Tab. 81:
„Wie werden die ‚Kranken‘ aussortiert?“ in Abhängigkeit vom Typ
der betriebsärztlichen Versorgung (in % der Antworten)*

Versorgungstyp	festangestellter Betriebsarzt	externer Vertragsarzt	betriebsärztliches Zentrum
Wer sortiert			
BA	10,7	12,6	5,9
Andere und weiß nicht	90,3	87,4	94,1
Gesamt	41,7	31,0	27,3

(160/134) n = 561 Antworten von 386 Befragten

Mit den festangestellten und den externen Vertragsärzten sind diejenigen Betriebsärzte am meisten an der Entlassungs-Selektion beteiligt, die in einem direkten Vertragsverhältnis zum Unternehmen stehen, nur halb so oft wie sie werden Betriebsärzte aus arbeitsmedizinischen Zentren genannt. Die beträchtliche Differenz zwischen diesen beiden Gruppen deutet darauf hin, daß Strategien der direkten Personal-Selektion unter Beteiligung der Betriebsärzte einen Grad der „Offenheit“ zwischen Management und Ärzten erfordern, der gegenüber organisatorisch konsolidierten Zentren, die zudem in ihrer Existenz meist nicht von einem Unternehmen abhängig sind, schwerer zu erreichen ist.

Zusammenfassung:

Mit zunehmender Betriebsgröße und wachsendem strategischem Handlungspotential des Management wird das personal-politische Instrument der Entlassung mit gesundheitlichen Gründen zunehmend dem direkten und interessen-politischen Zugriffsbereich der Beschäftigten und des Betriebsrats entzogen und werden Begründungszusammenhänge bevorzugt, die den Anschein höherer Objektivität genießen.

Ausdruck dieser Tendenz ist die „Entlastung“ der betrieblichen Vorgesetzten von der Selektion und die Verlagerung dieser Funktion auf die Personalabteilung und die Betriebsärzte, wobei die Letzteren bei besonders hohem Engagement von Belegschaft und Betriebsrat im Arbeitsschutz deutlich stärker einbezogen werden. Für die „Medizinisierung“ der Entlassungs-Selektion sind fest angestellte Betriebsärzte und freiberufliche Vertragsärzte offenbar leichter funktionalisierbar als arbeitsmedizinische Zentren.

4. Zusammenfassung und Fazit

Vorbemerkung: Das Fazit beschränkt sich zwar ausdrücklich auf die in diesem Band dargestellten Untersuchungsergebnisse. Zugleich geht es aber über den Rahmen eines in sich abgeschlossenen Projektteils hinaus: zumindest implizit gehen wesentliche Grundgedanken der von Friedrich Hauß und Hagen Kühn bearbeiteten Teile zur Belastungsthematisierung und zur Interessenvertretung der Beschäftigten im Arbeitsschutz mit ein. Vieles Wichtige wird dort ausgeführt und belegt, so daß die folgenden Schlußfolgerungen durchaus als Ergebnis kollektiver Diskussionsprozesse verstanden werden wollen.

Untersucht wurden die für Beschäftigte und Betriebsräte sichtbaren bzw. erfahrbaren Tätigkeiten von Betriebsärzten, Sicherheitsfachkräften und Sicherheitsbeauftragten. Maßstab für die Analyse und Beurteilung waren dabei zunächst die bestehenden gesetzlichen Regelungen (vor allem des ASiG), die zwar sowohl die Reichweite als auch die Problemadäquanz des professionellen Arbeitsschutzes begrenzen (vgl. 1.3.2., S. 27 ff.), für die Arbeitsschutz-Praxis in der Bundesrepublik aber als derzeit objektive Voraussetzungen anzusehen sind. Innerhalb dieses Rahmens wurden Präsenz, Tätigkeiten und Unterlassungen im Arbeitsschutz zu Handlungs- und Interaktionsmustern in Beziehung gesetzt, von denen mit hoher Plausibilität auf positive volksgesundheitliche Effekte geschlossen werden kann (vgl. 1.4., S. 44 ff.). Die Plausibilität ergibt sich sowohl aus Erfahrungen in anderen volksgesundheitlich wichtigen Problemfeldern (z. B. Aktivierungsstrategien in der Streßprävention oder der Rehabilitation, Arzt-Patient-Beziehung etc.), als auch aus anderen arbeitsweltbezogenen Politikbereichen (z. B. die Organisation betrieblichen Lernens in Projekten zur Humanisierung der Arbeitswelt), als auch aus Modellen des betrieblichen Gesundheitsschutzes in vergleichbaren Industrienationen (z. B. Italien und Kanada).

Der Vergleich mit Regelungen in anderen Ländern verweist zugleich auf die besondere Bedeutung der Professionals im Arbeitsschutz in der BRD: Betriebliche Gesundheitspolitik findet je nach nationalen Gegebenheiten ihren Schwerpunkt entweder in der Form staatlicher Regeln mit staatlichen Kontrollen oder Vereinbarungen zwischen den Tarifparteien oder Rechten der Beschäftigten und ihrer betrieblichen Vertretung oder der Tätigkeit von Experten. Das Arbeitsschutz-System in der BRD zeichnet sich dabei durch seine vergleichsweise sehr starke Orientierung auf die Tätigkeit von Professionals im Betrieb bei gleichzeitig schwacher Ausprägung der Rechte der Betroffenen und relativer Zurückhaltung bei direkt staatlichen Eingriffen aus. Eine qualitative Tarifpolitik, die sich dieser Probleme annehmen könnte, entwickelt sich nur langsam. Seinen eigenen Anspruch nach ist demnach das Arbeitsschutz-System in der BRD nach der Tätigkeit der Experten im Betrieb in bezug auf die dort (mit-)generierten volksgesundheitlichen Probleme zu evaluieren.

Dabei zeigt sich, daß die gesetzlich fixierten, formellen Voraussetzungen für den professionellen Arbeitsschutz in vielen — keineswegs nur kleinen oder mittleren —

Betrieben nicht gegeben sind. Die Nicht-Bestellung von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften in ca. 20 % der Betriebe kann dabei 5 Jahre nach Inkrafttreten des ASiG kaum noch als Anlaufschwierigkeiten bei der Umsetzung des Gesetzes interpretiert werden, sondern verweist auf hartnäckigere Strukturwiderstände seitens der Unternehmen.

Die gesetzlichen Regelungen schreiben nur wenige Arbeitsschutz-Tätigkeiten im Betrieb konkret vor. Es wurde festgestellt, daß auch diese normierten Aufgaben teilweise in der Mehrzahl der Betriebe nicht wahrgenommen werden: Eine gründliche Einweisung in den Arbeitsplatz findet nur in ca. der Hälfte der Betriebe statt, in weniger als der Hälfte der Betriebe nehmen Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft Betriebsbegehungen nach einem erkennbaren Programm vor, ein Arbeitsschutzausschuß mit der gesetzlichen Mindestanzahl von Sitzungen existiert ebenfalls nur in der Hälfte der Betriebe.

Sowohl die Bestellung von Professionals als auch die Durchführung zumindest der formell vorgeschriebenen Arbeitsschutz-Tätigkeiten ist dabei zu einem erheblichen Teil von entsprechenden Aktivitäten (Thematisierung des Problemdrucks, Forderungen etc.) seitens der Belegschaft und des Betriebsrates abhängig. Es scheint, daß für das betriebliche Management vielfach weder die Existenz rechtlicher Normen noch ein „wohlverstandenes Kapitalinteresse“ hinreichende Motive für Investitionen in den Arbeitsschutz darstellen.

Das Problemverständnis von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften reproduziert überwiegend Defizite ihrer akademischen Disziplinen und wird durch die betriebliche Praxis offenbar nicht grundlegend verändert.

Einer adäquaten Bearbeitung betrieblicher Gesundheitsprobleme stehen dabei vor allem zwei Aspekte professioneller Sichtweite entgegen:

- Betriebliche Belastungs- und Gefährdungssituationen werden auf isolierbare Einzeldimensionen reduziert. Erkenntnis- und handlungsleitendes Prinzip dieser Problemreduktion ist zumeist neben der Isolierbarkeit die naturwissenschaftliche Meßbarkeit der Belastung bzw. Gefährdung. In bezug auf die gesundheitliche Relevanz der Belastungen ist dieses Abstraktionsprinzip vielfach als willkürlich zu bezeichnen. Zudem geraten psychische und soziale Belastungen dabei ebenso leicht aus dem Blickfeld wie Probleme der gegenseitigen Abhängigkeit und Kumulation von physischen, mentalen, psychischen und sozialen Belastungen. Unterstützt wird diese *verkürzte Sichtweise* dadurch, daß Arbeitsschutz überwiegend als Normerfüllung betrieben wird, die überbetrieblich festgesetzten Normen sich aber durchweg auf technische Einzeldimensionen von Belastungen bzw. Gefährdungen beziehen.
- Der wichtigste Ansatzpunkt für betriebliche Prävention wird immer noch überwiegend im Verhalten des einzelnen Arbeitnehmers gesehen, das es durch Ermahnungen und Maßregeln zu beeinflussen gilt. Diese *einseitige Maßnahmegewichtung* hat mindestens vier Implikationen, die sämtlich der Entwicklung einer präventiven Gesundheitspolitik im Betrieb entgegenstehen:

- Das vorhandene Problembewußtsein und Motivationspotential der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen bleibt weitgehend ungenutzt, anstatt durch Strategien der Aktivierung und Mobilisierung auf die Lösung betrieblicher Gesundheitsprobleme gelenkt zu werden.
- Der Belastungswahrnehmung der Beschäftigten in Form von Befindlichkeitsstörungen wird durchweg nicht der Rang eines wichtigen und validen Indikators für das Vorliegen gesundheitsrelevanter Arbeitsprobleme zuerkannt. Damit fällt dieses im Hinblick auf die modernen Volkskrankheiten besonders wichtige diagnostische und präventiv nutzbare Instrument einer strukturell bedingten Passivierung der Beschäftigten zum Opfer.
- Die individualisierende Sichtweise führt immer noch zu einem relativen Übergewicht von Ermahnungen und Verhaltensanweisungen sowie persönlichen Körperschutzmitteln gegenüber technisch (und teilweise auch betriebswirtschaftlich) sinnvollen technischen und arbeitsorganisatorischen Arbeitsschutz-Lösungen.
- Strategien der versuchten Anpassung des Menschen an die Arbeit überwiegen nach wie vor solche der Herstellung gesundheitsgerechter und persönlichkeitsfördernder Arbeitsbedingungen.

Sowohl die verkürzte Sichtweise als auch die einseitige Maßnahmegewichtung im professionell getragenen Arbeitsschutz kommen den vorhandenen Mechanismen der Regelung betrieblicher Konflikte zwischen Kapital und Arbeit entgegen und werden durch diese bestärkt: Im Rahmen der Konfliktaustragung durch kooperative Verhandlungen haben vor allem solche gesundheitsrelevanten Arbeitsprobleme eine Chance, aufgegriffen und bearbeitet zu werden, die den Kriterien der Isolierbarkeit, eindeutigen Meßbarkeit und Zurordnungsfähigkeit sowie der Stabilität der Rollenverteilung zwischen Management, Experten und Betriebsrat genügen. Gesundheitsprobleme im Betrieb werden deshalb überwiegend auf ihre quantifizierbaren Aspekte reduziert oder fallen unter den Verhandlungstisch.

Statt dessen werden vor allem von den Betriebsärzten auf den Gebieten der Personal-selektion (sowohl bei der Einstellung als auch bei der Entlassung) und bei der medizinisch-technischen Auswahl bzw. Anpassung von Menschen für bzw. an Arbeitsbedingungen in erheblichem Ausmaß Aufgaben wahrgenommen, die dem durch das ASiG intendierten Arbeitsschutz zuwiderlaufen: Fast 80 % der Befragten sind der Ansicht, daß in dem Betrieb, in dem sie arbeiten, eine Personal-Auslese nach gesundheitlichen Gesichtspunkten getroffen wird; mehr als ein Viertel der befragten Arbeitnehmer faßt als mögliche Folge einer betriebsärztlichen Routineuntersuchung den Verlust des Arbeitsplatzes ins Auge; über 40 % der Betriebsräte sind der Überzeugung, daß auch bei Entlassungen gesundheitliche Gründe eine Rolle spielen; bei Kurzarbeit innerhalb der letzten 12 Monate steigt dieser Anteil auf über 50 %.

Diese und andere Befunde weisen darauf hin, daß in vielen Betrieben versucht wird, tatsächlich oder potentiell leistungsgeminderte Arbeitnehmer nicht einzustellen bzw. zu entlassen und auf dieser Grundlage das Belastungsniveau im Betrieb anzuheben. In diesen Fällen kann von einem systematischen Wirken der *Belastungsspirale* gesprochen werden. Aber auch unabhängig von der Beantwortung der Fragen, inwieweit die Urteile der Beschäftigten über die Personalselektion „objektiv“ zutreffen und ob durch betriebsärztliche Einstellungsuntersuchungen tatsächlich die Leistungsfähigkeit von Bewerbern auf längere Sicht ermittelt werden kann, ist festzuhalten, daß die Beteiligung von Betriebsärzten an Strategien der Personalselektion ein kaum zu überwindendes Hindernis für präventive betriebliche Gesundheitspolitik darstellt: Wenn und solange der Betriebsarzt als Teil des betrieblichen Herrschaftssystem identifiziert wird, dessen Urteil für die berufliche Existenz unter Umständen maßgeblich ist, kann sich kein Vertrauensverhältnis herausbilden, das die freie Erörterung von Belastungswahrnehmungen und arbeitsbedingten Gesundheitsstörungen zuläßt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Herausbildung einer solchen Vertrauensbeziehung ohnehin die rechtliche, wirtschaftliche und soziale Abhängigkeit der Professionals von der Unternehmenseite, ihre Stellung im Betrieb sowie schichtenspezifische Barrieren — hindernd, wenn auch nicht unüberwindlich — entgegenstehen.

Der Betriebsrat als Gegengewicht und Vertreter auch der Gesundheitsinteressen der Beschäftigten kann weder der verkürzten Sichtweise und einseitigen Maßnahmengewichtung noch den Strategien der Personalselektion ausreichend entgegenwirken: Seine formellen Mitbestimmungsrechte in bezug auf die Arbeitsschutzexperten und ihrer Tätigkeit sind relativ schwach, vielfach sind nicht einmal diese durchsetzbar (z. B. Teilnahme an Betriebsbegehungen, Einrichtung eines Arbeitsschutzausschusses). Zwar haben die sichtbaren Arbeitsschutz-Aktivitäten der Betriebsräte infolge des Schubs in der Arbeitsschutz-Gesetzgebung in den 70er Jahren beträchtlich zugenommen. Ein erheblicher Teil des betrieblichen professionellen Arbeitsschutzes ist erst auf Initiative bzw. Druck von Belegschaftsvertretungen etabliert worden, deren Engagement wiederum durch den Ausbau und die Aktivität des Arbeitsschutz-Systems stimuliert wird. Gleichzeitig aber nötigt diese Entwicklung die Betriebsräte weithin dazu, sich innerhalb der durch das ASiG gegebenen Strukturen mit ihrer Dominanz der Arbeitgeberrechte, der Definitionsautorität der Professionals und der Reduktion von betrieblichen Gesundheitsproblemen auf normierte technische und meßbare Werte zu bewegen. Im Rahmen dieser Struktur vertritt der Betriebsrat die Gesundheitsinteressen der Belegschaft dann optimal, wenn er ihre Probleme in die Kategorien und Sprache der Professionals „übersetzt“ und sie in der sozialpartnerschaftlich verhandelbaren Form quantifizierbarer Grenzwerte formuliert. Daß die Betriebsräte dabei oft ebenfalls Opfer der Problemverkürzung und einseitigen Maßnahmengewichtung werden, liegt auf der Hand. Teilweise tragen sie auf diese Weise Management-Strategien der scheinhaften Verwissenschaftlichung und „Medikalisierung“ von Arbeitsproblemen im Betrieb mit. Auf dem Wege von

der authentischen Belastungswahrnehmung durch die betroffenen Arbeitnehmer bis hin zur Entscheidung über tatsächliche Arbeitsschutzmaßnahmen durch das Management ist damit ein weiterer Filter eingebaut, für den der kapazitätsmäßig in der Regel ohnehin überlastete Betriebsrat nicht verantwortlich gemacht werden kann (vgl. Kühn, Interessenvertretung). Darüberhinaus entzieht sich die Tätigkeit von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften häufig zum überwiegenden Teil der Durchschaubarkeit und erst recht der Beeinflußbarkeit durch die Betriebsräte: Z. B. arbeiten die Professionals in weniger als 40 % der Betriebe auf der Basis eines dem Betriebsrat bekannten Arbeitsschutzprogramms.

Die schwache Position in der formellen Mitbestimmung, der Druck, sich bei Problemdefinitionen und -lösungen auf die Kategorien der Experten einzulassen sowie die geringe Transparenz der betrieblichen Tätigkeiten des professionellen Arbeitsschutzsystems legen es nahe, die strukturell vorgegebene Position des Betriebsrats im Arbeitsschutz als abhängige Partizipation zu bezeichnen. Nur interessenpolitisch starke Betriebsräte mit betrieblich abgesicherter Konfliktbereitschaft und hohem Engagement im Arbeitsschutz sind unter den gegenwärtigen Verhältnissen in der Lage, die dadurch gesetzten Schranken zu überwinden.

Nur der Vollständigkeit sei an dieser Stelle daran erinnert, daß die Beschäftigten als die eigentlichen Subjekte des Arbeitsschutzes im ASiG keine Erwähnung finden und als Objekte von Belehrungen und Verhaltensmaßregeln betrachtet werden, die es zu unterweisen und zu beaufsichtigen gilt. Ein Teil der Arbeitsschutz-Probleme wird dabei von ihnen wie seit eh und je auf der Basis von kollegialen Hinweisen und Tips zur Gefahrenvermeidung und Belastungsminderung durch eine Art „inoffizielles“ Arbeitsschutzsystem bearbeitet. Nur 1,1 % der befragten Arbeitnehmer würden sich mit auftretenden Arbeitsproblemen an Betriebsarzt oder Sicherheitsfachkraft wenden. Die gesundheitspolitische Chance des professionellen „offiziellen“ Arbeitsschutzes bestünde darin, die Erfahrungskompetenz der Beschäftigten mit der Fachkompetenz der Experten zu verbinden und die beiden Arbeitsschutz-Systeme, die derzeit fast unverbunden nebeneinander existieren, miteinander zu verschmelzen.

Die durch die Gesetzgebung (einschließlich der ASiG) normierten Strukturen im Arbeitsschutz erzeugen — eingebettet in die durch die politische und ökonomische Konjunktur gesetzten Bedingungen und ihre jeweiligen betrieblichen Ausprägungen — aus sich selbst heraus bestenfalls einen betrieblichen Gesundheitsschutz, der die technisch erfaßbaren Unfallgefährdungen sowie einzelne chemische und physikalische Gesundheitsrisiken mindert. Dies kann ein wichtiger Beitrag zur Arbeitssicherheit sein. Die international gesehen hohe Zahlen der Arbeitsunfälle in der BRD, deren Abnahme zudem seit Inkrafttreten des ASiG stagniert (Unfallverhütungsbericht 1981, S. 4 und 6), sowie die fortschreitende Chemisierung der industriellen Produktion machen deutlich, daß auf diesem Gebiet noch viel geleistet werden müßte und könnte.

Die in dieser Studie belegte Nicht-Erfüllung wichtiger Gesetzesvorschriften in teil-

weise der Mehrheit der Betriebe weist aber darauf hin, daß eine Verbesserung auch auf diesem eingeschränkten Gebiet des Arbeitsschutzes sich nicht im Selbstlauf vollzieht. In die gleiche — negative — Richtung deutet die seit Durchführung der Befragung im Jahr 1979 verschlechterte gesamtwirtschaftliche Lage.

Selbst wenn aber eine positive Tendenz zum Ausbau dieses eingeschränkten Arbeitsschutzes existieren würde und die Fortsetzung dieser Entwicklung in die Zukunft angenommen werden könnte, so würde die lineare Fortschreibung dieses Trends nicht zu einem Arbeitsschutz-System führen, das im Sinne einer präventiven Gesundheitspolitik auf die Ursachenkomplexe der modernen Volkskrankheiten im Betrieb zielen würde. Dazu bedarf es vielmehr einer inhaltlichen Weiterentwicklung und Überformung der bestehenden (und teilweise noch zu entwickelnden) Strukturen des Arbeitsschutzes.

Ein neues Arbeitsschutzgesetz (vgl. Volkholz/Fuchs/Müller 1980, Konstanty 1981) könnte dazu einen wichtigen Teilbeitrag leisten. Es bedarf jedoch zu seiner Wirksamkeit der Einbettung in Veränderungen auf allen mit Fragen des Arbeitsschutzes und der Arbeitspolitik allgemein befaßten Ebenen:

1. Ein durchgängiges Ergebnis der Gesamtstudie (vgl. Hauss, Belastungsthematisierung, Kühn, Interessenvertretung) ist die weitgehende Ausblendung der Belastungswahrnehmung und Erfahrungskompetenz der Beschäftigten aus dem Arbeitsschutz. Diesem volksgesundheitlich sehr bedeutsamen Defizit kann mit mehreren Instrumenten begegnet werden, deren Vor- und Nachteile sowie Einbettung in die Betriebsverfassungswirklichkeit im Rahmen integrierter Gesamtkonzeptionen zu diskutieren wäre:

- a) Die Etablierung verbindlicher Rechte der betroffenen Arbeitnehmer, deren Instrumentierung mit Sanktionspotential ihr Übergehen für das Management und die Arbeitsschutz-Experten unmöglich bzw. (sozial und/oder finanziell) zu kostspielig werden läßt. Dabei kann auf die in der US-amerikanischen Diskussion thematisierten Rechte zurückgegriffen werden:
 - das Recht auf vollständige Informationen hinsichtlich der chemischen und physikalischen Expositionen am Arbeitsplatz (right to know);
 - das Recht auf Abschaltung der Anlagen bzw. Arbeitsverweigerung bei vermutter oder tatsächlicher Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz (right to refuse);
 - das Recht auf Mitbestimmung über die Ausgestaltung des Arbeitsplatzes im Hinblick auf den Gesundheitsschutz (right to participate);
 - das Recht, jeder Zeit eine Arbeitsplatz-Inspektion durch GewA oder BG zu verlangen bzw. zu veranlassen (right to call in the work inspectorate).
- b) Erfahrungen aus anderen Ländern und Modellversuchen in der Bundesrepublik belegen, daß Belastungswahrnehmung und Erfahrungskompetenz dann am besten zur Geltung kommen, wenn sie von Arbeitnehmern mit vergleichbarer Arbeits- und Belastungserfahrung gemeinsam artikuliert werden. Diese kollektive Kompe-

tenz wird in Betrieben, in denen das System der Arbeitermedizin praktiziert wird (vgl. Wintersberger 1978), durch Bildung „homogener Gruppen“ gefördert und genutzt. Ob japanische Erfahrungen mit Qualitätszirkeln (auch: Werkstatt- und Informationszirkel, Lernstatt, Werkstatt-Forum, vgl. Hinz 1981) auf den Gesundheitsschutz und auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können, wäre zu prüfen.

- c) Eine wichtige Perspektive liegt auch in der Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Strukturen der Gesundheits-Interessenvertretung unterhalb der Betriebsratsebene in der Abteilung bzw. Arbeitsgruppe. Es wurde gezeigt, daß die gesundheitspolitische Wirksamkeit einer solchen Interessenvertretung davon abhängt, ob sie den Kriterien der Dezentralität bzw. Kontextnähe, der Sachkompetenz, der möglichst geringen sozialen Distanz und der betriebspolitischen Durchsetzungsfähigkeit genügt. Mit Hilfe einer solchen Vertretungsstruktur könnten auch die nach betrieblichen Teilgruppen unterschiedlichen Artikulations- und Thematisierungshemmnisse aktiv und gezielt angegangen werden (vgl. Hauss, Belastungsthematisierung; Hauss/Naschold/Rosenbrock 1981). Grundsätzlich kommen für diese Funktion sowohl besonders geschulte gewerkschaftliche Vertrauensleute als auch von den Vertretenen gewählte (also nicht von der Unternehmensleitung eingesetzt) Sicherheitsbeauftragte in Frage.
2. Wird durch eines oder mehrere der genannten Instrumente die authentische Belastungsartikulation der Beschäftigten gefördert, so verändert sich auch die Position der Betriebsräte im Arbeitsschutz. Sie können sich dann stärker auf systematische Informationen über die Belastungssituation sowie Vorschläge zu ihrer Veränderung stützen und diese in die vorgegebenen Strukturen und Aushandlungsprozesse mit dem Management und den Arbeitsschutz-Professionals eingeben. Ihre Position kann dabei durch die Aktivierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen gestärkt werden. Der derzeit vorherrschende Strategietyp der „Interessenvertretung durch Anwendung und Kontrolle konkreter Vorschriften auf der Basis gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse“ (vgl. Kühn, S. 172 ff.) könnte so bei Aufrechterhaltung seiner Substanz durch einen Strategietyp der Vertretung der artikulierten Gesundheitsinteressen der Beschäftigten überformt werden.
Jegliches Konzept der Aktivierung der Beschäftigten und der Veränderung der Rolle der Betriebsräte hätte weitreichende Konsequenzen für Ausmaß und Inhalt sowohl der berufsgenossenschaftlichen als auch der gewerkschaftlichen Schulung. Unabhängig von den institutionellen Einzelheiten führen solche Konzepte nur dann zu gesundheitspolitischen Erfolgen, wenn die untrennbare Einheit der Gesundheitsinteressen mit der Gesamtheit der Arbeitnehmerinteressen im Betrieb gewahrt bleibt, die sich auch in einer einheitlichen Struktur der Interessenvertretung ausdrückt.
3. Die Ergebnisse dieser Studie belegen die Problematik der weitgehenden Übertragung von Definitionsautorität und Handlungskompetenz im Arbeitsschutz auf Professio-

nals, die eher von der Unternehmenseite abhängen und deren reduktionistische Problemsicht den Bedürfnissen des Managements entgegenkommt. Auf der institutionellen Seite zeigen sich damit vor allem die negativen Konsequenzen aus dem Abgehen von der ursprünglich geplanten Übertragung des gesamten medizinischen Arbeitsschutzes an die Berufsgenossenschaften. Diese Konsequenzen können betriebspolitisch nur zu einem Teil durch einen veränderten Typ der Interessenvertretung im Arbeitsschutz aufgefangen werden. Die verstärkte Übertragung des medizinischen Arbeitsschutzes auf den berufsgenossenschaftlichen arbeitsmedizinischen Dienst durch Anwendung der Mitbestimmung bei der Wahl des Versorgungstyps könnte dann einen weiteren Beitrag leisten, wenn gleichzeitig durch Vorgaben aus der Selbstverwaltung der BG auf den Inhalt arbeitsmedizinischer Betreuung verstärkt Einfluß genommen wird. Ziel all dieser Bemühungen muß die Veränderung der Rolle der Professionals in Richtung auf eine beratende und dienende Funktion im Betrieb sein. Die Probleme der Einsatzzeiten der Professionals sind ohne eine solche Funktionsbestimmung nicht sinnvoll lösbar.

Konsequenzen hätte eine solche Umorientierung aber auch für Forschung und Lehre in den beteiligten Wissenschaftsdisziplinen. Eine entsprechende Entwicklung kann nur in dem Maße in Gang kommen, wie die Rückkoppelung zwischen Theorie und betrieblicher Praxis der beteiligten Akteure unter Einschluß von Arbeitnehmervertretern verstärkt wird (zu ersten Ansätzen vgl. Hauß (Hg.), 1982 a). Derzeit produziert das System des betrieblichen Arbeitsschutzes aus sich selbst heraus jedenfalls keine systematischen Informationen über Ausmaß und Richtung seines Funktionierens.

4. Der Einfluß vor allem kurzfristiger Interessen des Managements an Kostensenkung auf den Arbeitsschutz drückt sich sowohl in der Nicht-Umsetzung wichtiger Gesetzesbestimmungen als auch in der Funktionalisierung von Teilen des Arbeitsschutzes für z. B. Personalselektion aus. Auch hier können — vor allem unter den Bedingungen verschlechterter gesamtwirtschaftlicher Rahmenbedingungen und erleichterter Austauschbarkeit der Arbeitskraft — durch betriebspolitische Strategien nur beschränkt wirksame Gegenpositionen aufgebaut werden.

Eine wichtige Unterstützung für die Umsetzung konkreter Arbeitsschutz-Normen könnte die Ausschöpfung der Möglichkeiten überbetrieblicher Kontrolle durch GewA und BG darstellen. Dies hätte zumindest in Teilbereichen eine Umorientierung dieser Institutionen auf die aktive Wahrnehmung ihrer Kontrollrechte zur Voraussetzung. Zur Illustration der in dieser Beziehung aktivierbaren Potentiale sei auf kanadische Regelungen verwiesen, in denen die regionale Aufsichtsbehörde Kurzprotokolle von allen Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses erhält. Auf diese Weise ist nicht nur das Funktionieren dieser Institutionen sichergestellt, sondern zugleich auch ein Überblick der Arbeitsschutz-Aufsicht über die relevanten Probleme in den Betrieben.

5. Auf die Problematik der Anzahl, Überschneidungen und Lücken der Arbeitsschutz-Normen und ihrer verschiedenen Vorschriften-Geber konnte in dieser Studie nicht

eingegangen werden. Aus der Sicht des betrieblichen Arbeitsschutzes ist es allerdings entscheidend, daß sich der Stellenwert der Einhaltung der Normen in der gleichen Richtung verändert wie der der Tätigkeit von Arbeitsschutz-Professionals: Beide stellen für einen an den volksgesundheitlichen Problemen ausgerichteten Arbeitsschutz eine notwendige, keineswegs aber eine hinreichende Bedingung dar: weder eine vollständige Erfüllung der technischen Normen noch eine formell ausreichende Präsenz und Tätigkeit der Experten garantieren einen hinreichend problembezogenen oder gar präventiv wirksamen Gesundheitsschutz. Umgekehrt muß davon ausgegangen werden, daß die Nicht-Erfüllung dieser Voraussetzungen regelmäßig mit der Verletzung elementarer Schutznormen für die Gesundheit der Arbeitnehmer verbunden ist.

Nur in wenigen Betrieben, in denen Belegschaft und Betriebsrat auf interessenpolitisch hohem Niveau agieren, können heute sowohl die notwendigen als auch die hinreichenden Voraussetzungen präventiver betrieblicher Gesundheitspolitik als erfüllt angesehen werden. Auf die betriebsstrategisch wichtige Frage, ob die Aktivierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen einen wirksamen Ansatzpunkt zur Herstellung eines hohen interessenpolitischen Niveaus darstellt, oder ob sich gesundheitspolitische Handlungsfähigkeit erst auf der Grundlage eines solchen Niveaus entwickeln läßt, kann angesichts dieser wenigen Beispiele keine eindeutige Antwort gegeben werden. Im Effekt jedoch treten Elemente der Arbeitnehmersteuerung des betrieblichen Arbeitsschutzes und hohes interessenpolitisches Niveau offenbar immer nur zusammen auf. Zusammengenommen bezeichnen sie zugleich eine wichtige Voraussetzung für die Einbindung von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften in eine präventiv wirksame Gesundheitspolitik im Betrieb.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H. H. (1981): Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen, Vortragsreihe des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Nr. 2, Wien 1981.
- Abholz, H. H. (1981a): Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung, in: Hauß/Naschold/Rosenbrock (1981), S. 64 ff.
- Abholz, H. H. (1981b): Administrative Steuerung des Alkohol- und Tabakabusus — ein Ansatz der Primärprävention, in: Argumente für eine Soziale Medizin IX, Argument-Sonderband AS 64, Berlin 1981.
- Abholz et al. (1981): Abholz, H. H., E. Hildebrandt, P. Ochs, R. Rosenbrock, H. Spitzley, J. Stebani, W. Wotschack: Von den Grenzen der Ergonomie und den Möglichkeiten der Arbeitswissenschaft, in: Z.Arb.Wiss. Nr. 4/1981, S. 193 ff.
- Abholz et al. (1981a): Abholz, H. H., E. Hildebrandt, P. Ochs, R. Rosenbrock, H. Spitzley, J. Stebani, W. Wotschack: Arbeitswissenschaft ohne Sozialwissenschaft? WZB-IIVG discussion paper 81—222, Berlin 1981.
- Abholz, H. H. (1980): Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: Deppe (1980)
- Abholz, H. H. (1979): Erfordernisse an die ambulante Medizin — Ableitung aus klinisch-epidemiologischen Befunden, in: Soziale Medizin VIII, Argument-Sonderband AS 30, Berlin 1979, S. 100 ff.
- Abholz, H. H. (1977): Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen des Lungen-, Brustdrüsen- und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenter Screenings, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 2, Argument-Sonderband AS 17, Berlin 1977, S. 55 ff.
- AfA (1980): Stellungnahme des Arbeitsausschusses für Arbeitsstudien (AfA) zur Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie, in AfA-Informationen Nr. 5/1980, S. 3 ff.
- Altmann, N., G. Bechtle, B. Lutz (1978): Betrieb-Technik-Arbeit, Frankfurt/New York 1978.
- Altmann et al. (1977): Altmann, N., F. Böhle, M. Deiß, K. Düll, D. Sauer: Öffentliche Maßnahmen als Bedingung betrieblicher Aktivitäten zur menschengerechten Gestaltung des Arbeitslebens, hekt. Forschungsbericht des ISF, München 1977.
- Arbeitskammer des Saarlandes (Hrsg.) (1979): Das Arbeitssicherheitsgesetz, Saarbrücken 1979.
- Auer et al. (1981): Auer, P., B. Pentz, P. Tergeist (Hrsg.): Humanisierung der Arbeit zwischen Staat und Gewerkschaft, ein internationaler Vergleich, Frankfurt/New York 1981.
- BAD (1980): BAD-aktuell, hrsg. v. Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienst e.V., Nr. 1/1980.

- Bäcker et al. (1980): Bäcker, G., R. Bispinck, K. Hofemann, G. Naegle: Sozialpolitik — eine problemorientierte Einführung, Köln 1980.
- Bäcker, G. (1979): Entprofessionalisierung und Laisierung sozialer Dienste — Richtungsweisende Perspektive oder konservativer Rückzug?, in: WSI-Mitteilungen Nr. 10/1979.
- BAU (1980): Untersuchung des Arbeitsschutzsystems in der Bundesrepublik Deutschland, Zusammenfassung des Forschungsberichtes Nr. 232, Dortmund 1980.
- Becker, H., W. Ruhland (1980): Bürger und Sozialstaat, Forschungsbericht 22, Hrsg. v. BMAuS, Bonn 1980.
- Berger, E. et al. (1978): Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, Projektleitung: F. Naschold, W. Schönback, 2 Bände, 2. Auflage Wien 1978.
- Berlinguer, G. (1980): Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften — einige italienische Erfahrungen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 6, Argument-Sonderband AS 53, Berlin 1980, S. 162 ff.
- Birkwald, R., H. Pornschlegel (1976): Handlungsanleitung zur menschengerechten Arbeitsgestaltung nach den §§ 90 und 91 Betriebsverfassungsgesetz, Köln 1976.
- Bispinck, R. (1979): Arbeitsschutz als Teil praktischer Sozialpolitik, in: WSI-Mitteilungen Nr. 10/1979, S. 565 ff.
- Blomberg et al. (1980): Blomberg, A., D. König, S. Merz, E. Ostheimer: Betriebsärztliche Tätigkeiten und Zeitwerte für deren Durchführung, Forschungsbericht 24, hrsg. v. BMAuS, Bonn 1980.
- Bloß, H. (1979) Abgänge sozialversicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer nach Berufen bis 1985 und 1990, in: MittAB, Nr. 2/1979.
- Böhle, F., E. Standfest (Hrsg.) (1981): Sozialpolitik und Produktionsprozeß, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 40, Köln 1981.
- Böhle, F., H. Kaplonek (1980): Interessenvertretung am Arbeitsplatz und Reformen im Gesundheitsschutz, Frankfurt/New York 1980.
- Böhle, F. (1977): Humanisierung der Arbeit und Sozialpolitik, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 19/1977, S. 290 ff.
- Borgers, D., B. Nemitz (1978): Bedingungen werksärztlicher Tätigkeit und das Arbeitssicherheitsgesetz, in: Jahrbuch für kritische Medien Band 3, Argument-Sonderband AS 27, Berlin 1978, S. 116 ff.
- Brinkmann, Chr. (1976): Finanzielle und psychologische Belastungen während der Arbeitslosigkeit, in MittAB Nr. 4/1976.
- Brock et al. (1980): Brock, A., H. Funke, E. Einemann, H. H., Abholz, Th. Hoppensack: Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft — Ansätze einer Arbeitermedizin in der BRD, in: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 6, Argument-Sonderband AS 53, Berlin 1980, S. 49 ff.
- Büchtemann, C. F. (1982) Arbeitsbelastungen, Arbeitsverschleiß und Arbeitsplatzrisiko, in: Hauß (1982a).

- Büntgen et al. (1980): Büntgen, M., K. H. Diekershoff, P. Hoffer, G. Kliemt, R. Simons, R. Deppe, U. Kannengießer, U. Kickuth: Arbeitsschutzsystem, Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland, Forschungsbericht 232 der BAU, 5 Bände, Wilhelmshaven 1980.
- Byrne, P. S., B. E. L. Long (1976): Doctors talking to patients, London (HMSO) 1976.
- Comper, P. C. (1966): Gedanken zur Wirtschaftlichkeit der Unfallverhütung im Betrieb, in: Die Berufsgenossenschaft, Betriebssicherheit, Nr. 12/1966, S. 457 ff.
- Deppe, H. U. (Hrsg.) (1980): Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980.
- Deppe, H. U., K. Priester (1980): Arbeit und Krankheit, in: Deppe (1980).
- Deppe, H. U. (1973): Industriearbeit und Medizin, Frankfurt 1973.
- DGB (1980): DGB-Nachrichten-Dienst vom 24.4.1980: Gerd Muhr: Arbeitsmedizinische Betreuung für alle Arbeitnehmer.
- DGS (1981): Stellungnahme der Sektion Industrie- und Betriebssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie zur Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur „Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland“ (1980) v. K. H. Hörning, J. Bergmann, W. Thomssen, in: Soziale Welt Nr. 3/1981, S. 314 ff.
- Diekershoff, K. H. (1979): Sicherheitsbeauftragte im Betrieb, Forschungsbericht Nr. 202 der BAU, Bremerhaven 1979.
- Dörr, G., R. Klautke (1981): Gesundheitsinteresse und Industriearbeit — Aspekte der italienischen Arbeitermedizin, WZB — IIVG preprint 81—208, Berlin 1981.
- Dohse, K., U. Jürgens, H. Russig (Hrsg.) (1982): Ältere Arbeitnehmer zwischen Unternehmensinteressen und Sozialpolitik, Frankfurt/New York 1982.
- Dohse, K., U. Jürgens, H. Russig (1980): Die präventive Wendung der staatlichen Sozialpolitik — Formen des Unterlaufens und der Verkehrung auf Betriebsebene, in: Politische Vierteljahresschrift Nr. 11/1980, S. 68 ff.
- Drinkuth et al. 1979: Drinkuth, A., W. Göhring, Nico Hintlogou, H. Oberhofer: Erfahrungen und praktische Probleme von Einzelgewerkschaften bei der Ausbreitung der Informationstechnologien, in: WSI-Mitteilungen Nr. 9/1979, S. 512 ff.
- Eich, J. (1968): Ökonomische Aspekte des werksärztlichen Dienstes, in: der arbeitgeber, Nr. 3/1968, S. 56 ff.
- Eich, J. (1967): Studie zur Wirtschaftlichkeit eines werksärztlichen Dienstes, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, Nr. 11/1967, S. 389 ff.
- v. Eimeren et al. (1972): v. Eimeren, W., H. K. Selbmann, K. Überla: Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, Schlußbericht, Stuttgart 1972.
- Elsner et al. (1981): Elsner, G., F. Hauß, W. Karmaus, R. Müller: Stellungnahme zur Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur „Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland“, in: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 7, Argument-Sonderband AS 73, Berlin 1981, S. 167 ff.
- Fachausschuß (1970): Fachausschuß 6 der Arbeitsgemeinschaft „Engere Mitarbeiter der

- Arbeitsdirektoren Eisen und Stahl“ in der Hans-Böckler-Gesellschaft e.V.: Die Tätigkeit von Sicherheitsbeauftragten im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Bonn o. J. (1970).
- Falke et al. (1981): Falke, Höland, Rhode, Zimmermann: Kündigungspraxis und Kündigungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland, Forschungsbericht, hrsg. v. BMAuS, Bonn 1981.
- v. Ferber, L., W. Slesina (1981): Arbeitsbedingte Krankheiten — ihre sozialmedizinische Erfassung — Maßnahmen der betrieblichen Sozialpolitik, in: Böhle/Standfest (Hrsg.) (1981).
- Flöhl, R. (Hrsg.) (1979): Maßlose Medizin? Antworten auf Ivan Illich, Berlin/Heidelberg/New York 1979.
- Freidson, E. (1975): Dominanz der Experten, München/Berlin/Wien 1975.
- Friczewski et al. (1981): Friczewski, F., W. Maschewsky, F. Naschold, P. Wotschack, W. Wotschack (Hrsg.): Arbeitslastung und Krankheit bei Industriearbeitern, Frankfurt/New York 1982.
- Gottschalk, F., H. Gürtler (1979): Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Neuwied und Darmstadt 1979.
- Hauß, F. (1982): Belastungsthematisierung im Arbeitsschutz, Frankfurt/New York 1982 (i.E.).
- Hauß, F. (Hrsg.) (1982a): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, Frankfurt /New York 1982 (im Erscheinen).
- Hauß, F. (1981): Betriebliche Mitbestimmung und Arbeitsschutz in Schweden, WZB — IIVG preprint 81—218, Berlin 1981.
- Hauß, F., H. Kühn, R. Rosenbrock (1981): Betrieblicher Arbeitsschutz als gesundheitspolitische Strategie, in: Böhle/Standfest (Hrsg.) (1981).
- Hauß, F., H. Kühn, R. Rosenbrock (1980): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik, in: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 5, Argument-Sonderband AS 48, Berlin 1980, S. 112 ff.
- Hauß, F., H. Kühn, R. Rosenbrock (1980a): Gesundheitspolitik im Betrieb, in: WSI-Mitteilungen Nr. 10/1980, S. 570 ff.
- Hauß, F., H. Kühn, R. Rosenbrock (1978): Belegschaftshandeln und Arbeitsschutz, Empirische Vorstudie und Begriffsentwicklung, WZB-IIVG preprint, Berlin 1978.
- Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (1981a): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: Hauß /Naschold/Rosenbrock (Hrsg.) (1981).
- Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (wiss. Bearbeitung) (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55 (Gesundheitsforschung), hrsg. v. BMAuS, Bonn 1981.
- Hauß, F., F. Naschold (1978): Arbeitsschutz und Sozialpartnerschaft in Schweden, WZB-IIVG discussion paper, Berlin 1978.

- Heinle, C., D. Hüchel (1982): Erfahrung und Probleme bei der betriebsbezogenen Vermittlung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse, in: Hauß, F. (Hrsg.) (1982a).
- Hettinger, Th. (1977): Betriebsärztliche Arbeitskonzeption unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung nach § 3 ASiG, in: IG Metall (Hrsg.) (1977).
- Hildebrandt, E. (1981): Der VW-Tarifvertrag zur Lohndifferenzierung, WZB-IIVG preprint 81/216, Berlin 1981.
- Hinz, H. (1981): Der Bankrott des Taylorismus, in: Blick durch die Wirtschaft v. 30. 11. 181, S. 3.
- Hofemann, K., H. U. Huster (1979): Präventive Sozialpolitik: Ideologie und Realität, in: WSI-Mitteilungen Nr. 10/1979, S. 554 ff.
- IG Metall (1979): IG Metall, Bezirksleitung Stuttgart (Hrsg.): Werktage müssen menschlicher werden, Stuttgart 1979.
- IG Metall (Hrsg.) (1977): Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit, Schriftenreihe Arbeitssicherheit Nr. 20, Frankfurt 1977.
- IG Metall (Hrsg.) (1977a): 12. ordentlicher Gewerkschaftstag, Band II, Entschlüssen, Anträge, Materialien, Frankfurt 1977.
- IG Metall (Hrsg.) (1967): Weißbuch zur Unternehmermoral, Band 1 und 2, Frankfurt 1967.
- Illich, I. (1977): Die Nemesis der Medizin, Reinbek 1977.
- Illich, I. (1974): Die Enteignung der Gesundheit, Reinbek 1974.
- Janzen, K. H. (1977): Die Rolle des Betriebsarztes im Arbeitsgeschehen — aus der Sicht der Gewerkschaften, in: IG Metall (Hrsg.) (1977).
- Jenss, H. (1973): Werksärztliche Versorgung in der BRD, in: Das Argument 78, Berlin 1973.
- Kaiser, S. (1973): Betriebsärztliche Versorgung in der BRD und in anderen EG-Staaten, Gewerkschaften und Medizin 2, Berlin 1973.
- Karmaus, W. (1981): Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten, in: Prävention, Argument-Sonderband AS 64, Berlin 1981, S. 7 ff.
- Kelman, St. (1981): Regulating America, Regulating Sweden: A Comparative Study of Occupational Safety and Health Policy, MIT-Press, Cambridge/London 1981.
- Kliesch, G., M. Nöthlichs, R. Wagner, (1978): Arbeitssicherheitsgesetz, Kommentar, Berlin 1978.
- Kliesch, G. (1977): Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Gesundheitspolitik für die Arbeitswelt, in: IG Metall (1977), S. 29 ff.
- Konstanty, R. (1981): Thesen für ein Arbeitsschutzgesetz, in: WSI-Mitteilungen Nr. 2/1981, S. 105 ff.
- Kramer, P. (1980): Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, Nr. 9/1980, S. 200 ff.
- Kühn, H. (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Frankfurt/New York.

- Kühn, H. (1980): Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen im Gesundheitswesen, Königstein 1980.
- Kühn, H. (1979), Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung?, in: WSI-Mitteilungen, Nr. 10/1979, S. 537 ff.
- Kühn, H., F. Hauß (1978): Entwicklungstendenzen im medizinischen Arbeitsschutz, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 3, Argument-Sonderband AS 27, Berlin 1978, S. 96 ff.
- Landesverband der Betriebskrankenkassen in Hessen (1979): Vorsorgeuntersuchungen in Betrieben, Mitteilung v. 24.4.1979.
- Leibfried, St., F. Tennstedt: Berufsverbote und Sozialpolitik 1933, 2. Auflage Bremen 1980.
- Leminsky, G. (1978): Probleme einer Infrastruktur zur Veränderung der Arbeitsbedingungen aus gewerkschaftlicher Sicht, in: WSI-Mitteilungen Nr. 2/1978, S. 62 ff.
- Lichte, R. (1978): Betriebsalltag von Industriearbeitern, Frankfurt/New York 1978.
- Maschewsky, W. (1981): Zum Stand der Belastungs- und Beanspruchungsforschung, WZB-IIVG preprint 81—206, Berlin 1981.
- Maschewsky, W. (1981a): Allgemeine methodologische Probleme am Beispiel eines Herzinfarkt-Projekts, WZB-IIVG discussion paper 81—203, Berlin 1981.
- McKeown, Th. (1976): The Role of Medicine — Dream, Mirage or Nemesis? Oxford 1979.
- Mendner, H. J. (1975): Technologische Entwicklung und Arbeitsprozeß, Frankfurt 1975.
- Mertens, A. (1978): Der Arbeitsschutz und seine Entwicklung, Schriftenreihe der BAU Nr. 15, Bremerhaven 1978.
- Metzner, F., E. Nill (1980): Einflußnahme des Sicherheitsingenieurs und des Betriebsarztes auf die innerbetriebliche Planung, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, Nr. 11/1980, S. 253 ff.
- Mittler, H., P. Ochs, R. Peter (1977): Anwendung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse im Industriebetrieb, Bonn-Duisdorf (BMAuS) 1977.
- Mosse, M., G. Tugendreich (Hrsg.) (1913): Krankheit und Soziale Lage, München 1913 (neu herausgegeben von J. Cromm, Göttingen 1977).
- Müller, R., V. Volkholz (1980): Arbeitsbelastungen, Arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühinvalidität, in: Arbeitsbelastungen als Ursache für arbeitsbedingte Krankheiten, hrsg. von der Arbeitskammer des Saarlandes, Saarbrücken o.J. (1980).
- Muhr, G. (1980): Arbeitsmedizin — für Arbeitnehmer oder ärztliche Standesinteressen? in: Soziale Sicherheit Nr. 3/1980, S. 85 f.
- Muhr, G. (1976): Reform des Berufskrankheitenrechts, in: Soziale Sicherheit Nr. 2/1976, S. 37 ff.
- Naschold, F. (1981): Zu einigen Grundproblemen der gegenwärtigen Belastungsforschung, in: Friczewski, F. et al. (1982).

- Naschold, F. (1978): Arbeitsschutz in den USA und präventive Sozialpolitik, in: WSI-Mitteilungen Nr. 10/1978.
- Naschold, F., B. Tietze (1977): Arbeitsgestaltungspolitik durch rechtliche Normierung. Zum Entwurf der DIN 33 405: Psychische Belastung und Beanspruchung, in: Humanisierung der Lohnarbeit? Argument-Sonderband AS 14, Berlin 1977, S. 102 ff.
- Natzel, B. (1979): Menschengerechte Arbeitsgestaltung und Gewerkschaftspolitik, in: Leistung und Lohn Nr. 88/92, Bergisch-Gladbach 1979.
- Nill, E. (1976): Sicherheitstechnische Planung im Großprojekt, in: Sicherheitsingenieur Nr. 4/1976, S. 11 ff.
- Nitschki, J. (1978): Ein Gesetz mit großen Maschen, in: Der saarländische Arbeitnehmer, Nr. 2/1978, S. 83 ff.
- Osterland et al. (1973): Osterland, M., W. Deppe, F. Gerlach, U. Mergner, K. Pelte, M. Schlösser: Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation in der BRD, 5. Auflage Frankfurt 1973.
- Partikel, H. (1979): Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz aus der Sicht der IG Metall, in: Soziale Sicherheit Nr. 12/1979, S. 361 ff.
- Partikel, H. (1977): Mitbestimmungsrecht des Betriebsrates nach § 81.1.7. BetrVG, in: Arbeitsheft 025 der IG Metall, Frankfurt 1977.
- Rehhan, H. (1977): Arbeitssicherheit beginnt beim Einkauf, in: sicher ist sicher, Nr. 6/1977, S. 270 ff.
- Ricke, H., W. Karmaus, R. Höh (1977): Frühinvalidität — Arbeiterschicksal?, in: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 2, Argument-Sonderband AS 17, Berlin 1977, S. 148 ff.
- v. Rosenblatt, B., C. F. Büchtemann: Arbeitslosigkeit und berufliche Wiedereingliederung, in MittAB Nr. 4/1980, S. 552 ff.
- Rosenbrock, R. (1979): Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung in: Soziale Medizin VIII, Argument-Sonderband AS 30, Berlin 1979, S. 59 ff.
- Rüth, W.: Ursachen vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Göttingen o.J. (1976).
- Rutenfranz, J. et al. (1980): Rutenfranz, J., H. Luczak, G. Lehnert, W. Rohmert, D. Szadkowski: Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland, hrsg. v. der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Boppard 1980.
- Sackstetter, H. (Hrsg.) (1979): Rationeller Personaleinsatz. Nur ISA kennt alle, express-Arbeitsmaterial, Offenbach 1979.
- Schäfer, H. (1976): Lebenserwartung und Lebensführung, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Nr. 1/1976, S. 27 ff.
- Scharf, B. (1978): Lebenslage, Gesundheitsrisiko und Gesundheitspolitik — Medizinische Versorgungsdefizite sozialer Problemgruppen, Ms., Düsseldorf 1978.

- Schmitt, H. (1977): Mitarbeit des Sicherheitsingenieurs bei der betrieblichen Planung, in: sicher ist sicher, Nr. 9/1977, S. 406 ff.
- Schweres, M. (1980): Vom engen und vom weiten Begriff der Arbeitswissenschaft, in: AfA-Informationen Nr. 5/1980, S. 8 ff.
- Siegrist, J., K. Rittner (1980): Expertise zur Durchführung von „Motivationsstudien zum Gesundheitsverhalten“, Expertise für das BMJFG, Marburg 1980.
- Sohnius, R. (1980): Beratung des Arbeitsgebers durch den Betriebsarzt bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen, bei der Neueinrichtung von Arbeitsplätzen und bei der Planung neuer Arbeitsstätten, in: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Stuttgart 1980, Anhang S. 75 ff.
- Spinnarke, J., G. Schork (1975): Arbeitssicherheitsrecht (ASiR), Kommentar, Karlsruhe 1975 ff.
- Standfest, E. (1979): Sozialpolitik als Reformpolitik, Köln 1979.
- Standfest, E. et al. (1977): Standfest E., Chr. v. Ferber, A. Holler, G. Leminsky, F. Naschold, A. Schmidt, E. Standfest, F. Tennstedt: Sozialpolitik und Selbstverwaltung, WSI-Studie Nr. 35, Köln 1977.
- Stebani et al. (1981): Stebani, J., H. Spitzley, R. Rosenbrock, P. Ochs, E. Hildebrandt, H. H. Abholz: Ergonomie statt Arbeitswissenschaft? in: Soziale Welt Nr. 3/1981, S. 317 ff.
- Straßburg, P. (1976): Arbeitsschutz-Ausschuß — wichtiges Organ für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte, in: sicher ist sicher Nr. 2/1976, S. 66 ff.
- Strasser, J. (1979): Grenzen des Sozialstaats? Köln/Frankfurt 1979.
- Strauss, A. L. (1969): Medical Organization, Medical Care and Lower Income Groups, in: Soc. Science and Med. Heft 3/1969, S. 143 ff.
- Systemkonzept (1977) Arbeitsgemeinschaft für System- und Konzeptforschung: Entwicklung eines Modells zur Fachausbildung Arbeitsschutz für Betriebsräte, Ms., Köln 1977.
- Taylor, R. (1979): Medicine out of Control, Melbourne/London 1979.
- Thiele, W. (1981): Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Hauß/Naschold/Rosenbrock (1981), S. 133 ff.
- Thomann, K. D. (1978): Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, in: Wacker, A. (1978), S. 194 ff.
- Trojan, A., H. Waller (Hrsg.) (1980): Gemeindebezogene Gesundheitssicherung, München/Wien/Baltimore 1980.
- Unfallverhütungsbericht: Bericht der Bundesregierung über den Stand der Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland, 1976: Bonn 1976; 1977: BT-Drucksache 8/1128 v. 4.11.1977, 1979: BT-Drucksache 8/3650 v. 8.2.80, 1980: BT-Drucksache 9/43 v. 16.12.80, 1981: BT-Drucksache 9/901 v. 13.10.81.

- Valentin, H. (1981): Über den permanenten Dialog zwischen Politik und Wissenschaft in der Arbeitsmedizin, in *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin*, Nr. 9/1981, S. 239 f.
- Virchow, R. (1847): Die Not im Spessart — Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie, zit. nach: Darmstadt 1968.
- Volkholz et al. (1980): Volkholz, V., K.D. Fuchs, R. Müller: Humanisierung des Arbeitslebens — Grundsätze, in: *Bundesarbeitsblatt* Nr. 10/1980, S. 5 ff.
- Volkholz, V. (1977): *Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit*, Bonn (BMAuS) 1977.
- Wacker, A. (1981): Zur Verarbeitung der Erfahrung unfreiwilliger Arbeitslosigkeit unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungen, in: *Medizinische Soziologie, Jahrbuch 1*, Frankfurt/New York 1981, S. 175 ff.
- Wacker, A. (Hrsg.) (1978): *Vom Schock zum Fatalismus: Soziale und psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit*, Frankfurt/New York 1978.
- Wacker, A. (1978a): Ansätze, Probleme und Grenzen psychologischer Arbeitslosenforschung, in Wacker, A. (1978), S. 15 ff.
- Wintersberger, H. (1978): Zehn Jahre Arbeitermedizin in Italien, in: *WSI-Mitteilungen* Nr. 10/1978, S. 590 ff.
- Wintersberger, H. (1978a): Gesundheitskämpfe in Italien, Von der Arbeitsmedizin zur Arbeitermedizin, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin Band 3, Argument-Sonderband AS 27*, Berlin 1978, S. 151 ff.
- Wintersberger, H. (1976): Arbeitswissenschaften in Italien, eine Alternative zur traditionellen Arbeitswissenschaft, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, Nr. II/III /1976, S. 41 ff.
- Wotschack, W. (1980), Integrierte Belastungsanalyse industrieller Arbeitstätigkeiten — über das Verhältnis von medizinischer Streßforschung und Arbeitsbelastungsanalyse, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin Band 6, Argument-Sonderband AS 53*, Berlin 1980, S. 75 ff.
- o.V. (1980): DGB-Ziel: Der Betriebsarzt im Griff der Funktionäre, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr. 9/1979, S. 32.
- o.V. (1979): Mitbestimmung bei der betriebsärztlichen Versorgung, in: *Der Gewerkschafter*, Nr. 9/1979, S. 32.
- o.V.: Der Betriebsarzt, das unbekannte Wesen, in: *Holzarbeiter-Zeitung*, Nr. 4/1979, S. 10 f.

Abkürzungsverzeichnis

AT	Indexvariable: Artikulation und Thematisierung von Arbeitsproblemen
AN	Arbeitnehmer
ANBA	Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
ASBEL	Indexvariable: Arbeitsschutzaktivitäten der Belegschaft
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BELA	Indexvariable: Arbeitsbelastung
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BG	Berufsgenossenschaft
BMAuS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMJFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Gesundheit
BR	Betriebsrat
GewA	Gewerbeaufsicht, Gewerbeaufsichtsamt
GewO	Gewerbeordnung
GNGG	Gewerkschaft Nahrung-Genuß-Gaststätten
GTB	Gewerkschaft Textil-Bekleidung
IGCPK	Industriegewerkschaft Chemie-Papier-Keramik
IGDRUPA	Industriegewerkschaft Druck und Papier
IGM	Industriegewerkschaft Metall
MittAB	Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
INKON	Indexvariable: Niveau der Interessenvertretung und Konfliktfähigkeit
PAS	Indexvariable: Ausbau des professionellen Arbeitsschutzes
RVO	Reichsversicherungsordnung
SiBau	Sicherheitsbeauftragter nach § 719 RVO
SiFa	Sicherheitsfachkraft nach ASiG
TAB	Technischer Aufsichtsbeamter
TÜV	Technischer Überwachungsverein
UNAUT	Indexvariable: Autonomiegrad des Unternehmens
UVV	Unfallverhütungsvorschrift der Berufsgenossenschaften
VBG	Unfallverhütungsvorschrift der Berufsgenossenschaften