

Hauß, Friedrich

Book Part — Digitized Version

Vom Arbeitsschutz zur betrieblichen Gesundheitspolitik - eine denkbare Entwicklung?

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich (1991) : Vom Arbeitsschutz zur betrieblichen Gesundheitspolitik - eine denkbare Entwicklung?, In: Thomas Elkeles, Jens-Uwe Niehoff, Rolf Rosenbrock, Frank Schneider (Ed.): Prävention und Prophylaxe: Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990, ISBN 3-89404-105-6, Edition Sigma, Berlin, pp. 205-226

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112442>

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>.

Vom Arbeitsschutz zur betrieblichen Gesundheitspolitik - Eine denkbare Entwicklung?

Friedrich Hauß

In diesem Aufsatz möchte ich Argumente für ein verändertes Arbeitsschutzsystem entwickeln, die von folgenden Erfahrungen mit der Konzeption und Wirkungsweise des bestehenden bundesrepublikanischen Arbeitsschutzsystems ausgehen:

- Das Arbeitsschutzsystem in der Bundesrepublik hat einen zu engen professionellen Zuschnitt, um die im Betrieb auftauchenden Gesundheits- und Befindlichkeitsprobleme erfassen zu können. Arbeitsmedizinisches Wissen ist (jedenfalls für die Betriebsebene) ausreichend vorhanden. Aber die Krankheitsarten der Beschäftigten sind nicht ausschließlich durch medizinische Gründe hervorgerufen (auch nicht nur durch Gründe, die im Betrieb vorliegen) und schon gar nicht mit ausschließlich medizinisch-ärztlichen Maßnahmen zu verhüten, zu kompensieren oder gar zu beheben.
- Die »verkürzte Sichtweite und Maßnahmengewichtung« (Rosenbrock 1982, S. 175) ist nicht in erster Linie den Arbeitsmedizinern oder den Sicherheitsexperten selbst anzulasten. Sie sollen vielmehr Experten auf ihrem Gebiet sein. Aber die Orientierung des gesamten Arbeitsschutzsystems im Betrieb auf expertendominierte Medizin und Technik führt dazu, daß sich die Wirkungsweise des Systems, also sein »Erfolg«, kaum nachweisen läßt, weil eben medizinisches bzw. technisches Handeln einen so kleinen Anteil an den meisten Problemlösungen im Betrieb hat, daß tatsächlich eintretende Änderungen kaum auf den Beitrag einer Einzelinstanz zurückzuführen sind. Dies führt schließlich zur Isolation des Arbeitsschutzsystems im Betrieb. Diese oft beklagte Randständigkeit vor allem der Arbeitsmedizin ist auch der Tatsache geschuldet, daß sie es nicht verstanden hat, einlösbare und für den Betrieb nützliche Kriterien für den Erfolg ihres Wirkens zu benennen.
- Eine stärkere Integration des gesamten (allerdings modifizierten) Arbeitsschutzsystems in die betrieblichen Handlungsrouninen würde dem

System und seinen Handlungsträgern zwar die »splendid isolation« nehmen, die sie jetzt für sich beanspruchen können, aber es gleichzeitig betrieblich verfügbar und funktionalisierbar machen. Die Gefahr der Funktionalisierung für falsch verstandene ökonomische Kalküle der Betriebsleitung bzw. für gewerkschaftliche Konfliktschauplätze wird gesehen. Sie läßt sich jedoch unter bestimmten Bedingungen minimieren.

Vor dem Hintergrund dieser drei Thesen wird zunächst die Arbeitsweise des westdeutschen Arbeitsschutzsystems dargestellt, bevor auf konzeptionelle Elemente der Debatte über das Arbeitsschutzsystem eingegangen und die Praxis des Arbeitsschutzes kritisch reflektiert wird. Mit Blick in die Zukunft wird aufgrund dieser Analyse gefragt werden, wer sich eigentlich ein Teilsystem »Arbeitsmedizin« im Betrieb leisten kann, das sich systematisch allen Funktionalisierungsbemühungen entzieht und in Gefahr gerät, niemandem mehr zu nützen. Es gibt jedoch auch Hinweise auf eine veränderte und womöglich sehr sinnvolle Verortung der Arbeitsmedizin in einigen Betrieben.

Zunächst noch eine Klarstellung: Wer von Arbeitsschutz in der BRD spricht, meint in der Regel die Arbeitsmedizin, jedenfalls dann, wenn er zu den sozialwissenschaftlich ausgebildeten Diskutanden gehört. Dies hat seinen Grund im unterschiedlichen Problembezug von Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik, die zusammen das Arbeitsschutzsystem der Betriebe in der BRD bilden. Die angewandte Sicherheitstechnik im Betrieb versucht mit technischen Mitteln technische Probleme unter Berücksichtigung von Aspekten der Wirtschaftlichkeit und des sicheren Arbeitens zu lösen. Dies ist ein für die sozialwissenschaftliche Analyse einfacher Problemzuschnitt (nicht jedoch für die Sicherheitstechniker oder Sicherheitsingenieure, die sich immer neue Maßnahmen ausdenken müssen): Ein Problem wird mit einem adäquaten Instrumentarium gelöst.

Anders verhält es sich mit der Arbeitsmedizin. Mit deren Hilfe sollen gesundheitliche Probleme und Probleme der subjektiven Befindlichkeit gelöst werden, aber auch Probleme, deren Komplexität es verbietet, daß sie von einer einzigen Disziplin bzw. überhaupt gelöst werden. (Zum Beispiel ist die Analyse der Wirkungsweise von 100 000 unterschiedlichen Chemikalien bzw. chemischen Verbindungen, die zur Zeit in der Arbeitswelt verwendet werden, im Prinzip nicht lösbar. Eine Voraussetzung zur Annäherung an das Problem bestünde zunächst darin zu akzeptieren, daß es mit herkömmlichen Mitteln nicht lösbar ist, um von da ausgehend zu Strategien zu gelangen, die es wenigstens beherrschbar machen.) Gleich-

zeitig ist aber von einer Selbstbescheidung der Arbeitsmedizin selten zu hören, erst in jüngster Zeit melden sich Stimmen, die ihre Rolle als Disziplin unter anderen arbeitsgestaltenden Disziplinen im Betrieb beschreiben (Marschall et al. 1989). Der Erfolg der praktizierten Arbeitsmedizin als Einzeldisziplin ist oft nicht nachvollziehbar, was sicherlich auch an untauglichen Erfolgsparametern liegt. Kurz: Der widersprüchliche Zuschnitt der praktizierten Arbeitsmedizin führt zum Interesse der Sozialwissenschaften an dieser Disziplin. Die oft sehr wirksame und innovative Sicherheitstechnik ist sozialwissenschaftlich zu »einfach«.

1. Zuständigkeit statt Problembezug: Die Organisation des Arbeitsschutzes in der Bundesrepublik

Die These, die der folgenden Beschreibung zugrunde liegt, lautet: Die Arbeitsteilung, die zwischen gesetz- und normengebundenen Institutionen und handelnden Personen im Arbeitsschutz besteht, ist nicht in erster Linie aus einer Problemanalyse heraus entstanden, sondern aus historisch gewachsener »Zuständigkeit«. Volker Volkholz, der viel über das Arbeitsschutzsystem in der BRD geforscht und veröffentlicht hat (vgl. Volkholz 1986), hat aufgezeichnet, mit wieviel Behörden, Ämtern, Institutionen, Regelungen und Vorschriften jemand zu rechnen hat, der einen Betrieb vorschriftengerecht betreiben will. Es sind nicht weniger als 15 Institutionen und 77 verschiedene, aber alle nur ein Problem betreffende Regelungen (Volkholz, persönlicher Bericht). Es fehlt ein einheitliches Arbeitsschutzrecht in der Bundesrepublik; eine »partikulare und isolierte Sichtweise wird dadurch begünstigt« (Böhle/Deiß 1990).

Im wesentlichen ist der Arbeitsschutz folgendermaßen geregelt:

Gesetzliche Regelungsebene:

- zahlreiche Einzelgesetze aus unterschiedlichen Rechtsbereichen, wie zum Beispiel der Gewerbeordnung, Reichsversicherungsordnung etc.;
- zu eigenen Rechtskomplexen zusammengefaßte Regelungen, wie zum Beispiel das Mutterschutzgesetz, Jugendarbeitsschutzgesetz, die Arbeitszeitordnung etc.;
- das Arbeitssicherheitsgesetz, das hauptsächlich den Einsatz von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsexperten im Betrieb regelt und ihre Aufgaben beschreibt.

Zudem gibt es zahlreiche und verstreute Regelungen, Vorschriften und Normen (Arbeitsstättenverordnung, Gefahrstoffverordnung, Unfallverhütungsvorschriften und Verwaltungsvorschriften), die von so unterschiedlichen Institutionen wie den Gewerbeaufsichtsämtern, den Ämtern für Arbeitsschutz, den Berufsgenossenschaften (Unfallversicherern), von technischen Ausschüssen (deren bekanntester der Ausschuß für die Festsetzung der MAK-Werte ist; MAK = Maximale Arbeitsplatz-Konzentration), dem Deutschen Institut für Normung, dem Technischen Überwachungsverein herausgegeben werden.

Im folgenden werden lediglich die wichtigsten Regelungsebenen und ihre Institutionen beschrieben.

1.1 Staatliche Rahmengesetzgebung

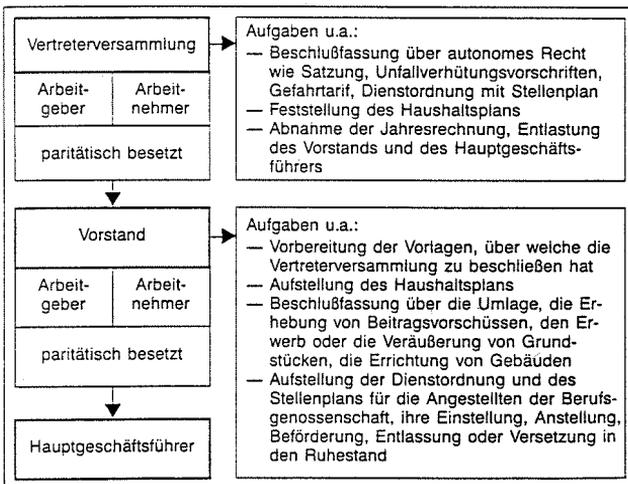
Die staatliche Rahmengesetzgebung für den Arbeitsschutz ist im »Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit - Arbeitssicherheitsgesetz« (ASiG) von 1973 niedergelegt. Im ASiG sind geregelt:

- die Verantwortlichkeit für den Arbeitsschutz auf Betriebsebene. Sie liegt beim Arbeitgeber. Er wird von den Arbeitsmedizinern und Experten für Arbeitssicherheit beraten;
- die Aufgaben für Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte. Die Aufgabenbeschreibung ist weit gefaßt, erstmalig in einem Gesetz ist der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen aufgenommen. Dieser Begriff ist aber nicht operationalisiert worden, weshalb seit 15 Jahren ein Interpretationskampf die Diskussion beherrscht;
- die Arbeitsweise für Arbeitssicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner. Im Gesetz sind die Einsatzzeit sowie die Kommunikation zwischen den Experten und dem Betrieb, dem Betriebsrat etc. geregelt;
- die Gültigkeit des Gesetzes. Es gilt im wesentlichen nicht für Kleinbetriebe, in denen immerhin 50 % der gewerblichen Arbeitnehmer beschäftigt sind. Da nichts darauf hinweist, daß es in Kleinbetrieben weniger Arbeitsschutzprobleme gibt als in großen, kann diese Entscheidung nicht als arbeitssicherheitsbezogen bezeichnet werden.

1.2 Berufsgenossenschaftliche Normierung

Jeder Unternehmer der gewerblichen Wirtschaft ist kraft Gesetz Mitglied einer der 35 Berufsgenossenschaften; Berufsgenossenschaften (BG) tragen die Gesetzliche Unfallversicherung (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten). Sie sind nach Regionen und Branchen gegliedert (zum Beispiel Württembergische Bau-BG, aber auch BG der Feinmechanik und Elektrotechnik). Die Berufsgenossenschaften sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Sie sind paritätisch verwaltet.

Abbildung 1: Struktur und Aufgaben der Berufsgenossenschaften



Mit der Einrichtung der Berufsgenossenschaften im Jahre 1884 richteten sich die Ansprüche der Arbeitnehmer im Falle von Unfällen oder Berufskrankheiten nicht mehr an den einzelnen Unternehmer, sondern an die Berufsgenossenschaften als dessen Versicherungsgesellschaft. Dies hat den Berufsgenossenschaften im System des Arbeitsschutzes folgende Stellung eingebracht: Um mögliche Ansprüche gar nicht erst entstehen zu lassen, haben die Berufsgenossenschaften im Rahmen ihrer Versicherungsbedingungen Verordnungen und Normen erlassen (die Gesetzescharakter tragen), denen unter anderem auch präventive Wirkung zugeschrieben wird. Hierzu zählen zum Beispiel die VBG 42 »Berufsgenossenschaftliche

Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen«, durch die geregelt wird, ob ein Arbeitnehmer an einem Arbeitsplatz mit einer bestimmten Risikoexposition überhaupt arbeiten darf, wenn er festgelegte medizinische Grenzwerte aufweist. Die dahinterstehende Präventionsphilosophie ist recht einfach: Je höher das Expositionsrisiko und je höher die mögliche Gefährdungsdiskposition beim einzelnen, desto höher ist das Versicherungsrisiko. Die Normen, bei denen eine (Weiter-)Beschäftigung untersagt wird, schützen natürlich den einzelnen Arbeitnehmer, belassen das Risiko aber prinzipiell bei ihm und führen dazu, daß dem Beschäftigungsverbot im widrigen Falle die Erwerbslosigkeit folgt. Andere, vor allem technische Bestimmungen erfüllen eher Ansprüche einer wirksamen Prävention. Zur Einhaltung der Auflagen und Normen unterhalten die Berufsgenossenschaften einen eigenen »technischen Aufsichtsdienst«. Er gilt personell als unterausgestattet. Das Mißverhältnis zwischen der Zahl der zu betreuenden Betriebe und der Zahl des technischen Aufsichtspersonals wird durch folgende Rechnung deutlich: In den 35 Berufsgenossenschaften der gewerblichen Wirtschaft sind ca. zwei Millionen Betriebe versichert, die von 1 400 Aufsichtsbeamten »betreut« werden. Ungefähr 20 % aller versicherten Betriebe können pro Jahr von diesen Beamten aufgesucht werden. Dies entspricht einem Rhythmus von fünf Jahren, in denen ein Betrieb die Chance hat, daß die Einhaltung der berufsgenossenschaftlichen Vorschriften (es sind ca. 2 700 Unfallverhütungsvorschriften, mehr als 900 Verwaltungsvorschriften und ca. 5 000 allgemein anerkannte technische Regelungen) kontrolliert wird (Rosenbrock 1982, S. 89). Aber auch diese Kontrolle bezieht sich nur auf einen Ausschnitt risikoreichen Arbeitshandelns.

Allerdings werden die technischen Aufsichtsdienste der Berufsgenossenschaften auch zunehmend beratend tätig, das heißt bei der Einrichtung neuer Anlagen etc. versuchen sie, zusammen mit den Betrieben, die Einhaltung der wesentlichen Vorschriften zu gewährleisten, so daß Regelverletzungen weitgehend vermieden werden.

Neben der unzureichenden Kontrollpraxis, die die Hauptkritik an der Arbeitsweise der Berufsgenossenschaften im Arbeitsschutz ausmacht, wird vor allem von gewerkschaftlicher Seite die Anerkennungspraxis der Berufsgenossenschaften bei Berufskrankheiten kritisiert (Konstanty 1985, Zwingmann 1990). Im Falle des Verdachts auf eine Berufskrankheit muß der geschädigte Arbeitnehmer beweisen, daß der eingetretene Schaden den engen und eindimensionalen Kriterien der Eindeutigkeit der Kausal-

beziehung genügt. Entsprechend gering ist der Anteil der anerkannten Berufskrankheiten an den gemeldeten Berufskrankheiten. Konstanty (1985) schätzt ihn auf einen Bruchteil, wenn die gemeldeten Fälle zum Bezugspunkt genommen werden, und auf noch weniger, wenn die tatsächlichen Fälle zum Ausgangspunkt der Berechnung genommen werden. Noch 1979 zum Beispiel behauptete eine BG, nur jeder tausendste Krebsfall sei arbeitsbedingt, während konservative Experten im gleichen Jahr bereits von 5 % ausgingen und die Gewerkschaften 30 % schätzten (Zwingmann 1990). Aber die Entschädigungspraxis hat nicht nur dazu geführt, daß Arbeitnehmern Geldleistungen nicht gewährt werden. Sie hat auch die Diskussion um den Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen und seine Operationalisierung erschwert, da jeder Erwägung einer Krankheit als »arbeitsbedingt« mit Entschädigungsargumenten entgegengetreten wurde. Dies führte lange Zeit dazu, daß aus jeder an sich arbeitsmedizinischen Diskussion in der Bundesrepublik eine versicherungsrechtliche Diskussion wurde (vgl. hierzu die Rolle der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene*).

1.3 Die Gewerbeaufsicht

Ähnlich wie die Berufsgenossenschaften auch, produziert die Gewerbeaufsicht wenig Information über ihr eigenes Handeln. Die Gewerbeaufsicht der Länder und Gemeinden wird hier deshalb nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Zwar überschneiden sich die Aufgaben der ebenfalls personell unterausgestatteten Gewerbeaufsichtsämter mit denen des berufsgenossenschaftlich-technischen Aufsichtsdienstes. In der Praxis hat sich aber wohl eine Arbeitsteilung herausgebildet, bei der sich die Berufsgenossenschaften auf die Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften beschränken, während die Gewerbeaufsicht die Einhaltung der »sonstigen« Regelungen (Arbeitsstättenverordnung, hygienische Vorschriften etc.) kontrolliert.

1.4 Die Umsetzungsebene des Arbeitsschutzes: Der Betrieb

Für die Erfüllung der Aufgaben des ASiG und aller Vorschriften, die den Arbeitsschutz betreffen, ist der Arbeitgeber verantwortlich. Zu dieser Aufgabenerfüllung hat er »nach Maßgabe des Gesetzes Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen. Diese sollen ihn beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen« (§ 1 ASiG).

Für Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten ist in Abhängigkeit von der Betriebsgröße und der unfallversicherungsrechtlichen Gefahrenklasse der Betriebe eine bestimmte Einsatzzeit vorgesehen. Die arbeitsmedizinische Versorgung kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Betriebe mit mehr als ca. 2 500 Beschäftigten benötigen in der Regel einen vollzeitbeschäftigten Werksarzt. Betriebe mit weniger als 2 500 Beschäftigten stellen entweder einen teilzeitbeschäftigten Arzt ein oder sie kaufen sich die benötigte Einsatzzeit in einem arbeitsmedizinischen Zentrum ein. Arbeitsmedizinische Zentren werden von Berufsgenossenschaften betrieben, aber auch von den Technischen Überwachungsvereinen, von Unternehmerverbänden oder juristischen Personen. Sie arbeiten auf kommerzieller Basis.

Eine weitere Versorgungsart besteht im Anmieten eines »Arztes um die Ecke«, das heißt eines Mediziners, der neben seiner Niederlassung auch noch einen oder mehrere Betriebe arbeitsmedizinisch betreut.

Personen für die arbeitssicherheitstechnische Betreuung muß fast jeder Betrieb nachweisen. Es handelt sich dabei meistens um im Betrieb bereits Beschäftigte in technischen Berufen, die für die notwendige Einsatzzeit von ihrer sonstigen Tätigkeit freigestellt werden.

Die betriebsrätliche Mitbestimmung im Arbeitsschutz leitet sich ganz allgemein aus den §§ 90, 91 des Betriebsverfassungsgesetzes her, die dem Betriebsrat das Recht geben, die Gestaltung der Arbeitsplätze nach dem jeweiligen »Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis« zu verlangen. Ein Mitbestimmungsrecht in bezug auf die Person des Betriebsarztes besteht nicht. Wohl aber in bezug auf die Organisationsform, in der die Einsatzzeit im Betrieb geleistet wird.

2. Diskussion über Konzepte und deren Umsetzung

Die Konzeptdiskussion findet auf drei Ebenen statt, und jede dieser Ebenen ist von einem Interessenkonflikt dominiert.

2.1 Methodische Ebene: Was ist eine gesundheitliche Gefährdung, und wie läßt sie sich messen - Die Reichweite des Arbeitsschutzes

Die berufsgenossenschaftliche Normierung folgt einem Paradigma, das fälschlicherweise oft als »naturwissenschaftlich« bezeichnet wird. Es bewegt sich tatsächlich in der Denktradition der Newtonschen Mechanik, allerdings kann diese Denkweise für sich heute nicht mehr beanspruchen, die alleingültige in der Naturwissenschaft zu sein. Kern aller Aussagen, die dieser Denkweise folgen, ist die Behauptung, daß eine meßbare Ursache jeweils ein meßbares Ergebnis nach sich ziehen muß und der Anteil der Ursache am Zustandekommen des Ergebnisses exakt bestimmbar ist; unter *ceteris paribus*-Regeln tritt beim Wirken einer Ursache stets das gleiche Ergebnis ein.

Nur wenn eine Berufskrankheit, zum Beispiel nach diesem Paradigma, begründet werden kann, hat ihr Träger Aussicht auf Entschädigung. Nur wenn ein Betriebsarzt eine solche Monokausalität zwischen Arbeitsrisiko und einem gesundheitlichen Risiko plausibel aufzeigen kann, hat er Aussicht gehört zu werden und Mittel zur Änderung bereitgestellt zu bekommen. Oft geschieht jedoch auch dies nicht.

Ganz im Gegensatz zur landläufigen Meinung, daß es sehr schwer sei, das Paradigma einzulösen und viel Forschungsaufwand dafür notwendig sei (vgl. Denkschrift zur Lage . . .), behaupte ich, daß es sich um ein für den Arbeitsschutz sehr bequemes Paradigma handelt. Es ist so bequem, weil es so sehr an der Wirkung realer Gesetzmäßigkeiten der Arbeitswelt vorbeizieht, daß es ohnehin (fast) nie eingelöst werden kann - und also - in Folge von herkömmlicher Logik kein Handeln notwendig ist: letzte Zusammenhänge bleiben meistens ungeklärt.

Dies ist auch kein Wunder, denn mit der angewandten mechanistischen Denkweise werden die zur Debatte stehenden Probleme sich auch nicht klären lassen. Ein Teil der Arbeitsmedizin zieht sich damit aus politischen Konfliktlinien zurück, in dem sie die sozialen, ökonomischen, individuellen und technischen Bedingungen, die Arbeit und Arbeitsrisiken gestalten, ausklammert (historisch dargestellt bei Müller 1982). Solche Vertreter, so faßt Müller seine Darstellung zusammen, folgen eher einem unangebrachten arbeitsmedizinischen Paradigma, nicht aber einem sozialhygienischen. Wirksam praktizierte Arbeitsmedizin kann aber nur einem sozialhygienischen Ansatz folgen.

In der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft »Zur Lage der Arbeitsmedizin und Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland« (1980) ist dieser Standpunkt sehr vehement vertreten worden. Der Rückzug der Arbeitsmedizin aus der Arbeitswelt wird dort sogar mit der Notwendigkeit der Laborforschung begründet. Zur Erlangung partikularer Erkenntnisse mag dies notwendig sein, es handelt sich dabei aber höchstens um arbeitsmedizinische Grundlagenforschung, nicht jedoch um Methoden der angewandten Arbeitsmedizin im Betrieb. Ob eine so sich verstehende Arbeitsmedizin den gesundheitsschützenden Anforderungen eines tayloristischen Produktionskonzeptes genügen konnte, in dem die Arbeit so zerteilt werden soll, daß in den kleinsten und voneinander isolierten Arbeitseinheiten vielleicht wirklich Ursache-/Wirkungs-Zusammenhänge dargestellt werden können, mag dahingestellt bleiben. Modernen Produktionskonzepten kann eine so verstandene Arbeitsmedizin nicht mehr genügen. Sie entfunktionalisiert sich in dem Maße, wie sie an ihrem eindimensionalen Ursachen-/Wirkungsschema festhält.

Der herkömmliche Ansatz der Arbeitsmedizin ist kritisiert worden, seitdem er besteht. Die Kritik kam und kommt hauptsächlich von Sozialwissenschaftlern sowie von einigen Arbeitsmedizinern; zunehmend auch aus Großbetrieben. Zusammengefaßt ist der Standpunkt in Elsner et al. (1981) »Arbeitsmedizin und Ergonomie: Stellungnahme zu einer Denkschrift . . .«. Dort wird, hier stellvertretend Bezug genommen, argumentiert, daß Gesundheitsgefährdungen in der Arbeitswelt das geronnene Ergebnis von sozialen, ökonomischen, technologischen, politischen und individuellen Faktoren seien.

Eine solche Sichtweise öffnet den Blick für pragmatische Lösungen. Erstens impliziert sie, daß Problemlösungen nicht nur mit medizinischen oder technischen Maßnahmen denkbar sind, sondern auch mit sozialen, tarifpolitischen, Arbeitszeit- und Qualifikationsmaßnahmen. Keine dieser Maßnahmen wird für sich allein beanspruchen können, das Problem alleine zu lösen. Aber die Berücksichtigung von Maßnahmen aus diesen Bereichen maximiert die Handlungsoptionen und weicht von der üblichen Praxis ab, eine Problemlösung zu verwerfen, wenn keine medizinisch-technische Maßnahme greifbar scheint. Zweitens erlaubt sie durch die dynamische und komplexe Herangehensweise eine Abkehr vom naturwissenschaftlichen Beweis, der oft ohnehin nicht erbracht werden kann und dessen Einforderung notwendiges Handeln meist verhindert. Eine erweiterte Sichtweise erkennt, daß ein so komplexes Gebilde wie »Gesundheitsrisi-

ken in der Arbeitswelt« weder monokausal noch linear zu erfassen ist. Im Sinne moderner mathematischer Chaostheorie hat man es eher mit nicht-linearen, dynamischen Systemen zu tun, deren Output (hier die Risiken) nicht exakt bestimmbar ist und der vor allem, auch unter *ceteris paribus*-Bedingungen nicht immer gleich ist. Trotzdem können für diesen Output Annahmen gemacht werden. Der Hinweis ersetzt in einer solchen Denkweise den Beweis, und dies ist das Prinzip, dem auch die betriebliche Epidemiologie folgt, die immer häufiger vor allem in Großbetrieben zum Einsatz kommt. Moderne betriebliche Informationssysteme, die etwa auf der Beobachtung der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen für große Kollektive über lange Zeiträume beruhen und Abweichungen vom Durchschnitt für bestimmte Beschäftigtengruppen signalisieren, folgen diesem Paradigma, indem sie »Auffälligkeiten« melden.

Das weitere Verfahren sieht vor, daß darüber ein betrieblicher Diskurs von den Betriebsärzten eingeleitet und moderiert wird, in den die Erfahrung und das professionelle Know-how aller im Betrieb vertretenen, arbeitsgestaltenden Disziplinen (und natürlich auch der »Betroffenen«) eingehen. So wird versucht, sich dem gesamten Begründungszusammenhang von Gesundheitsrisiken, die im Betrieb auftauchen, zu nähern, sogar unabhängig davon, ob sie im Betrieb entstanden sind oder nicht (Schräder et al. 1990, S. 9 ff.). Den zentralen methodischen Streit innerhalb der Arbeitsmedizin könnte man also beschreiben als die Auseinandersetzung von labororientierter Arbeitsmedizin mit der epidemiologisch orientierten Arbeitsmedizin, die sich bewußt als arbeitsweltgestaltender Teil betrieblicher Austausch- und Konfliktprozesse versteht.

2.2 Die Wirkungsrichtung des Arbeitsschutzes

Ein Ergebnis des oben genannten Methoden-Streites ist eine Auseinandersetzung über die Wirkungsrichtung des Arbeitsschutzes. Kein Zweifel besteht darin, daß Arbeitsmedizin präventiv wirken soll. »Arbeitsmedizin ist die institutionalisierte Präventivmedizin, ausgerichtet und orientiert am arbeitenden Menschen« (Marschall 1990, S. 91). In diesem Punkt sind sich wahrscheinlich viele Arbeitsmediziner einig. Strittig ist jedoch, wo der (wichtigste) Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen gesehen werden soll: im Verhalten des Individuums gegenüber Gesundheitsgefährdungen und einer Modifikation dieses Verhaltens oder in den Verhältnissen, denen

krankmachende Wirkung zugeschrieben wird. Zustimmung findet sicherlich eine Linie, die sagt: sowohl als auch.

Richtig ist aber auch, daß zahlreiche Vorschriften und Praktiken im Arbeitsschutz eher am Verhalten der Beschäftigten und seiner Veränderung als auf die gesundheitsverträgliche Veränderung der Verhältnisse selbst ausgerichtet sind. Klassisches Beispiel für diese »einseitige Maßnahmegewichtung der Arbeitsmedizin« (Rosenbrock 1982, S. 175) sind die zahlreich durchzuführenden Vorsorge- und Einstellungsuntersuchungen durch die Betriebsärzte, die Versorgung der Beschäftigten mit Ohrenschützern statt der lärmmindernden Kapselung von Maschinen oder die oft arbeiterschwerende Komplettierung der Beschäftigten zu luft-, staub- und geruchsdicht abgeschlossenen »Arbeitssystemen« mit Hilfe persönlicher Schutzmittel statt der Sanierung von Arbeitsplätzen. Das handlungsleitende Prinzip ist in solchen Fällen die Minderung der Risikoauswirkung, nicht die Minderung des Risikos selbst.

Begründet wird diese einseitige Maßnahmegewichtung meistens nicht als die optimale Lösung, sondern als die zweitbeste, die aber, vor allem aus ökonomischen Gründen, praktikabel sei. Der vorschnelle Rückgriff auf persönliche Schutzmaßnahmen oder Verhaltensmodifikationen kann aber auch dazu führen, daß hier Ressourcen gebunden werden, die für die Sanierung von Arbeitsplätzen dringend gebracht würden bzw. die in die präventive und menschengerechte Gestaltung neuer Anlagen, Fertigungssysteme etc. eingehen könnten. Als konzeptionelles Problem tritt die Frage: »Verhaltens- oder Verhältnisprävention« zum Beispiel dann auf, wenn Arbeitsmediziner (zu Recht) beklagen, keine Kenntnisse über technische Anlagen, Bauten etc. zu haben und deshalb keinerlei Einfluß auf die Berücksichtigung gesundheitlicher Gesichtspunkte bei deren Gestaltung nehmen könnten (Schulte/Bieneck 1988). Schon in der Ausbildung der Arbeitsmediziner dominiert die einseitige Orientierung auf das persönliche Verhalten.

Große Betriebe verlangen jedoch auch in diesem Punkt eine Abkehr von herkömmlichen Denkweisen von »ihren« Werksärzten, weil erstens die personenorientierte, manchmal sogar erzieherisch auftretende Arbeitsmedizin nicht in moderne Personalführungskonzepte paßt und weil zweitens die Beschaffung und Einrichtung von zum Beispiel Neuen Technologien so teuer und für den Betrieb so zukunftsgestaltend ist, daß nachträgliche Korrekturen, die aus gesundheitlichen Gründen erfolgen müßten, nicht mehr hingenommen werden können. Zudem werden beim Ein-

satz neuer Technologien so viele flankierende betriebliche Bereiche berührt, daß auch arbeitsmedizinische, ergonomische, qualifikatorische und andere Gründe für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit leichter Gehör finden können. Offenbar deutet sich im Zusammenhang mit Neuen Technologien auch eine Tendenz an, Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung als zwei völlig verschiedene Dinge zu betreiben. Die Arbeitsmedizin vermag danach offenbar so wenig zur menschengerechten Arbeitsgestaltung beizutragen, daß sie durch die spezielle Disziplin der Arbeitsgestaltung (unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte) marginalisiert wird (Thon 1988).

2.3 Funktionsdefizit/Funktionalisierungsbedarf

Vor allem ausgelöst durch den Einsatz »Neuer Technologien« in den Betrieben wird gefragt, ob die Arbeitsmedizin als Einzeldisziplin oder der Arbeitsschutz als System in der Lage sind, die aus den Neuen Technologien erwachsenen Aufgaben für die menschengerechte Gestaltung von Arbeit zu erfüllen, denn »der zunehmend dynamischere technische Wandel fordert Gestaltungskonzepte, die kaum über doch relativ schwerfällige Normierungsverfahren gewonnen werden können« (Peter 1988, S. 3). Nun ist aufgrund der bisher geschilderten Arbeitsweise des Arbeitsschutzes, seiner Reichweite und generellen Orientierung deutlich geworden, daß vom existierenden Arbeitsschutz eine arbeitsgestaltende Lösung der neuen Probleme nicht erwartet werden kann.

Gleichzeitig wird aber auch von fast allen Experten anerkannt, daß der Arbeitsschutz, jedenfalls auf seinem normierten Tätigkeitsgebiet, durchaus Erfolge zu verzeichnen hat, die durch die Einführung der Neuen Technologien auch nicht in Frage gestellt, sondern eher stabilisiert werden. Andere Arbeitsschutzprobleme, zum Beispiel innerbetrieblicher Transport (oder Probleme mit gefährlichen Arbeitsstoffen), die traditionell in den Bereich des Arbeitsschutzes fallen, bedürfen in Zukunft wahrscheinlich erweiterter Lösungskompetenz (Chemiker, Umwelttechniker etc.), die von Arbeitsmedizinern und Sicherheitstechnikern nicht verlangt werden können.

Droht dem ohnehin mit zahlreichen konzeptionellen und Umsetzungsdefiziten behafteten herkömmlichen Arbeitsschutz ein Funktionsverlust? Und falls ja, in welche Richtung sollte das System zukünftig entwic-

kelt werden? Hierzu sollen zwei konzeptionelle Möglichkeiten vorgestellt werden.

Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung:

Marschall (1990) vertritt unter anderem dieses Konzept. Er sieht die Aufgabenerweiterung des Arbeitsschutzes vor allem in folgender Richtung:

- Prävention allgemeiner, nicht unmittelbar betriebsbezogener Krankheitsrisiken;
- stärkere Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit.

Zusammenfassend erläutert er die zukünftigen Aufgaben der Arbeitsmedizin als Gesundheitsförderung, die sich als Angebot an den einzelnen Beschäftigten richten soll und ihn motiviert und unterstützt, ein gesundheitsgerechtes Leben zu führen. Die Kooperation der Betriebsärzte und ihre Integration in die betrieblichen Routinen sieht Marschall hierbei ebenso als erforderlich an wie die Einbeziehung der Beschäftigten in solche Aktivitäten.

Betriebsepidemiologisches Warnsystem:

Eine andere Schwerpunktsetzung erfolgt vor allem durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und einige Institute, vereinzelt auch durch Arbeitsmediziner in Großbetrieben: Sie vertreten eine Neuorientierung der herkömmlichen Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzes als Beobachtungs- und Warnsystem (Tiller 1990, Mergner 1990, Kuhn 1988, Marschall 1989). Weniger die Kontrolle von Verordnungen und Normierungen soll danach im Vordergrund der arbeitsmedizinischen Tätigkeit stehen, sondern ihre Verschiebung zu einer Aufgabenformulierung, wie sie schon § 3,3 des ASiG vorsieht: »Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankung vorzuschlagen«.

So einfach und selbstverständlich sich diese Konzeption anhört, so sehr wäre sie jedoch in der Lage, das gesamte Arbeitsschutzsystem von seiner bisherigen, eher auf Reaktion als auf Kontrolle orientierten Arbeitsweise abzubringen und zu einer strategischen, vorausschauenden und auf eine Beobachtungs- und Warnfunktion bezogenen Arbeitsweise zu orientieren. Modellversuche, die ein entsprechendes Vorgehen zum Beispiel mit der

Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Krankenkassen gewählt haben (Schröder/Sochert 1990, Hauß et al. 1990), haben nicht nur gezeigt, daß in Kooperation mit Krankenkassen diese Verfahren relativ kostengünstig und technisch unaufwendig durchzuführen sind. Viel wichtiger waren die oft überraschenden Ergebnisse, die in der Lage waren, jahrelange Vorurteile in bezug auf »kranke« Gruppen im Betrieb aufzubrechen und neue Orientierungen für den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung zu setzen. Der weitere Vorteil des Verfahrens wird darin gesehen, daß hier ein Instrument verwendet wird, das auf ähnlicher Stufe arbeitet, wie es auch in anderen betrieblichen Bereichen üblich ist (zum Beispiel Organisationsentwicklung), und daher eine Chance bietet, den Arbeitsschutz enger in die betrieblichen Handlungsroutrinen einzubeziehen, das heißt, ihn endlich zu funktionalisieren für eine betriebliche Gesundheitspolitik.

2.4 Elemente der Umsetzungsdiskussion

Es gibt keine bruchlose Linie von der Konzept- zur Umsetzungsdiskussion. Aber es entsprechen sich die Themenbereiche. Was auf konzeptioneller Ebene als Problem von Normierung, Verrechtlichung bzw. Nichtnormierbarkeit und Politisierung diskutiert wird, erscheint in der Umsetzungsdiskussion als Bürokratie- und Orientierungsproblem. Was als Problem der Wirkungsrichtung des Arbeitsschutzes auf der Konzeptionsebene diskutiert wird, erscheint in der Umsetzungsdiskussion als Problem der Einbeziehung der Beschäftigten in das System des Arbeitsschutzes und seiner als notwendig erachteten stärkeren Politisierung. Und was schließlich als Frage einer generellen Neuorientierung des Arbeitsschutzes zu einem gesundheitspolitischen Warnsystem im Betrieb diskutiert wird, erscheint auf der Umsetzungsebene als Organisations-, Kompetenz-, Hierarchie- und Kooperationsproblem - letztlich als ein Problem von Erfolgskriterien für den Arbeitsschutz.

2.4.1 Vorgeschriebene versus problembezogene Tätigkeit

Die Einengung der arbeitsmedizinischen Tätigkeit auf die Durchsetzung und Kontrolle von Vorschriften, Normen und Gesetzen und die Tatsache, daß, wird diese Tätigkeit ernstgenommen, kaum Zeit für die Lösung von

Problemen bleibt, die aus der besonderen betrieblichen Situation entstehen, gehört zu den Hauptklagen praktizierender Arbeitsmediziner, und der Engpaß wird in Tätigkeitsanalysen bestätigt (Rosenbrock 1982, Pröll/Peter 1990). Nimmt man diese Klagen ernst, so befinden sich jene Betriebsärzte in einer Zwickmühle, die ihre Tätigkeit über die vorgeschriebene Routinen hinaus ausdehnen wollen. Sie begeben sich ständig an den Rand der gesetzlichen Regelverletzung, indem sie vorgeschriebene Routinen gar nicht oder nur zum Teil durchführen. Gleichzeitig begeben sie sich in einen doppelten Legitimationszwang gegenüber dem Arbeitgeber, der schnelle Ergebnisse sehen will, wenn er schon die begrenzte Regelungsverletzung zuläßt, und der keine Kosten auf sich zukommen sehen will, wenn zum Beispiel Arbeitsplätze verändert oder die Arbeitsorganisation umgestellt werden müssen »Nur weil der Betriebsarzt sich nicht an die Regel halten will«. Ohne Unterstützung durch das Management, das haben vor allem US-Untersuchungen gezeigt (vgl. Hauß/Laußer 1987), kann der Spielraum für die Betriebsärzte kaum geändert werden. Freilich kann diese Unterstützung durch Überzeugung (auch durch politischen Druck) erreicht werden. Beispiele aus jüngster Zeit zeigen jedoch, daß Modernierungsstrategien für den betrieblichen Arbeitsschutz eher von der Unternehmens- als von betriebsrätlicher Seite oder von den Werksärzten selbst ausgehen (letzterer Fall ist sogar ausgesprochen selten; dort, wo er vorkommt, sind die Ergebnisse jedoch äußerst wirkungsvoll). Politisierungsbestrebungen, wie sie lange Zeit empfohlen wurden (zum Beispiel Hauß et al. 1981), sind zwar im Kern logisch, in der Praxis jedoch wenig erfolgversprechend, bzw. sie stellen nur einen Faktor dar, der eine betriebliche Entscheidung in Richtung auf eine moderne und erweiterte Arbeitsmedizin bewirken kann. Es wird letztlich auch hier von den jeweiligen Produktionskonzepten der Unternehmen abhängen, welche Art des Arbeitsschutzes betrieben wird. Das gilt sogar für die Realisierung des rechtlich Vorgeschriebenen (Rosenbrock 1982). Insofern werden durch diese Produktionskonzepte die materiellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Arbeitsschutzes bestimmt.

2.4.2 Dominanz der Experten-versus Beschäftigtenbeteiligung

Ein merkwürdiger Widerspruch hat lange Zeit die Umsetzungsdiskussion bestimmt, in der es um die Rolle von Experten und »Betroffenen« im Arbeitsschutz ging. Tatsache ist, daß die Beschäftigten selbst im Arbeits-

schutzsystem so gut wie keine andere Rolle spielen als die von Adressaten für Unfallverhütungsregeln, als Träger persönlicher Körperschutzmittel oder als Unfall- bzw. Berufskrankheitenopfer. Lediglich über ihre Interessenvertretung ist eine Beteiligung an den Arbeitssicherheitsausschüssen vorgesehen. Arbeitsschutz in der BRD ist eine Angelegenheit von Experten.

Dabei ist es offensichtlich, daß eine solche einseitige Expertendominanz unter mindestens drei Gesichtspunkten in Frage zu stellen ist:

Es gibt zumindest im Bereich der subjektiven Befindlichkeit, der sicherheitstechnischen Findigkeit und der oft handlungssteuernden Vorurteile und Urteile ein erhebliches Erfahrungs- und technisches Veränderungswissen bei den Beschäftigten (vgl. Hauß 1983, Slesina 1990, Mergner 1990). Zur Erfassung von Arbeitsbelastungen und subjektiven Befindlichkeiten, zur Analyse von abweichenden Krankenständen und zu deren Begründung ist die Einbeziehung der Beschäftigten in ein Informationssystem notwendig und die Nichtbeachtung dieses Faktors eine professionelle Fehlleistung.

Darüber hinaus gehört es inzwischen auch zum common sense des Arbeitsschutzes, daß er um so effektiver durchzusetzen ist, je motivierter alle betrieblichen Gesundheitsakteure (und das schließt die Beschäftigten ein) sind. Ein Arbeitsschutz, der auf Anordnung und Erfüllung aufbaut, wird nicht besonders beliebt sein und seine Träger werden ihr eigenes Geschäft nicht als sonderlich befriedigend empfinden können. Der Ansatz der Gesundheitsförderung greift dies auf, indem er versucht, Bedingungen zu schaffen, unter denen der Einzelne in die Lage versetzt wird, sich gesundheitsgerecht zu verhalten, Gesundheitsrisiken zu erkennen und zu wissen, wie man ihnen begegnen kann.

Schließlich führt eine strategisch gewollte Einbeziehung der Beschäftigten in die betriebliche Gesundheitspolitik auch zu deren Verstetigung und Stabilität. Wenn es zutrifft, daß ein Arbeitsschutz, der an den gesundheitlichen Bedürfnissen der Beschäftigten orientiert ist, immer wieder neu auf betriebspolitischer Ebene durchgesetzt werden muß, dann bedarf es dazu nicht nur vorzeigbarer Erfolge für das Arbeitsschutzsystem, sondern auch der ständigen Unterstützung dieser Bemühungen durch die Beschäftigten. Dies läßt sich aber kaum durch kurzlebige Kampagnen erreichen, sondern nur durch langfristige Strategien, die von den Beschäftigten selbst mitgetragen werden können.

2.4.3 Erfolgskriterien

Ein Umsetzungsproblem des Arbeitsschutzes besteht in seiner Bewertung bzw. Bewertbarkeit. Gefragt wird hier: Wann ist ein Arbeitsschutzsystem erfolgreich? Von dieser Frage ist abhängig, in welchem Maße der Arbeitsschutz umgesetzt wird und welche Entwicklungschancen ihm in Zukunft eingeräumt werden. Dazu einige Thesen: Je näher das Erfolgskriterium des Arbeitsschutzsystems (als handlungsleitendes Prinzip) an die üblichen Kriterien gebunden wird, die betriebliches Handeln bestimmen (also an eine gewinnbringende Nutzung der Ressourcen), desto mehr kann er auf Unterstützung durch das Management rechnen und desto mehr Entwicklungschancen werden ihm eingeräumt. Was aber sind Erfolgskriterien im Arbeitsschutz, von denen das Management spürbar und nicht nur ideell profitiert? Und falls es welche gibt: Mit welcher Zielsetzung des Arbeitsschutzes lassen sie sich erreichen?

Es müssen Erfolgskriterien sein, in denen sich ein Gesundheitsargument und ein ökonomisches Argument treffen. So führen zum Beispiel zunehmend Firmen »Betriebliche Gesundheitsförderung« durch, die in Nichtraucherseminaren und Gewichtsreduktionskursen bestehen, aber von diesen wird nicht erwartet, daß sie »Erfolg« haben. Auch Firmen neigen ab und an zur symbolischen Politik. Nur: Firmen, die ihr Arbeitsschutzsystem langfristig und strategisch planen, verfallen bezeichnenderweise kaum auf solche Ausweichstrategien, weil sie wissen, daß der Erfolg dieser Maßnahmen sich kaum wird messen lassen und deshalb jede Evaluation (sei es als Ergebnisevaluation oder als Steuerung des Prozesses) unmöglich wird. Ein Erfolgskriterium könnte jedoch der Krankenstand sein. Er ist in seiner Veränderung meßbar, er enthält nachgewiesenermaßen (vgl. Borgers/Schräder 1985) ein gesundheitliches Element und er ist eine wirtschaftliche Größe im Betrieb. Wenn sich Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin darauf beschränken würden, die Entwicklung des Krankenstandes zu beobachten und zu dokumentieren, Gründe für seine Entwicklung aufzuzeigen und gesundheitsbezogene Lösungen zu entwickeln, könnte auch einem zusätzlichen Umsetzungsproblem für Ziele des Arbeitsschutzes, nämlich betrieblich marginalisiert und isoliert zu sein, abgeholfen werden (Hauß 1990).

3. Die Zukunft des Arbeitsschutzes als Teil der betrieblichen Gesundheitspolitik

Aus dem bisher Gesagten sind folgende Defizite und Entwicklungslinien für den betrieblichen Arbeitsschutz sichtbar geworden:

Arbeitsmedizin ist nur eine unter mehreren arbeitsgestaltenden Disziplinen; sie tendiert jedoch dazu, eine medizinische Definitionsdominanz zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit zu entfalten. Mit zunehmender Komplexität aller die Arbeit, die Arbeitsrisiken und das individuelle Wohlbefinden beeinflussenden Faktoren ist eine rein medizinisch/ärztliche Lösung von Gesundheitsproblemen (ganz geschweige von Problemen menschengerechten Arbeitens) immer unwahrscheinlicher. Die Arbeitsmedizin wird sich bewußt als Beitrag zu interdisziplinären Problemlösungen verstehen müssen.

Wenn der Anteil der Arbeitsmedizin an zukünftigen Problemlösungen neu bestimmt werden muß, ist eine Umschichtung ihrer Tätigkeiten zu erwarten und auch sinnvoll: Die reale Gestaltung von Arbeitsplätzen nach gesundheitsgerechten Kriterien fällt aus dem Kompetenzbereich der Arbeitsmedizin heraus. Kompetent wäre diese Disziplin aber in ihrer Beobachtungs- und Warnfunktion. Die gesundheitlichen Auswirkungen von Tarifabschlüssen, technischen Umgestaltungen, Arbeitszeitregelungen, Schichtplänen, Umweltbedingungen etc. können nach und nach, einer systematischen Strategie folgend, vom Arbeitsschutzsystem erfaßt werden. Seine Hauptaufgabe wäre es dann, davor zu warnen, wenn sich gesundheitsgefährliche Entwicklungen anbahnen oder schon abgezeichnet haben. Für viele Arbeitsmediziner würde das einen Rollenwechsel und einen Wechsel des Professionsverständnisses bedeuten. Und auch die Erfolgskriterien für ihre Arbeit würden sich umdrehen: Galt als Erfolg bisher die »Nichtmeldung«, d.h. der Bericht über möglichst wenige Gesundheitsstörungen und Arbeitsrisiken, so würde das neue Konzept es erfordern, möglichst sorgfältig und detailliert alle denkbaren Risiken zu dokumentieren, Schwerpunkte zu setzen und einen Diskussionsprozeß in Gang zu bringen, in dem »Gesundheit« betrieblich thematisiert und Maßnahmen konsensual verabschiedet werden. Der Betriebsarzt würde zunehmend in die Rolle eines betrieblichen Gesundheitsrevisors geraten.

Natürlich wäre es voluntaristisch anzunehmen, die betriebsärztlichen Attitüden gegenüber der eigenen Arbeit müßten sich nur verändern und schon könnte das neue Konzept wirksam werden. Zur Realisierung des

Konzeptes bedarf es einer betrieblichen Gesundheitspolitik. Die Formulierung einer solchen Gesundheitspolitik ist an mehrere Voraussetzungen gebunden:

- Es muß ein betriebliches Interesse an der Gesundheit der Mitarbeiter bestehen. Dabei ist zunächst nicht entscheidend, woraus sich dieses Interesse speist. Es muß vom Management nur deutlich formuliert werden.
- Eine betriebliche Gesundheitspolitik darf weder in ihrer Entwicklungs- noch in ihrer Realisierungsphase eine Angelegenheit von wenigen professionellen Experten sein. Diese müssen interdisziplinär zusammenwirken, aber auch die nichtprofessionellen Informations- und Umsetzungsressourcen, die zum Beispiel bei den Beschäftigten vorhanden sind, systematisch nutzen.
- Eine betriebliche Gesundheitspolitik muß operativ abgesichert werden. Sie bedarf eines zentralen Bezugspunktes für das Handeln (hier eignet sich der Krankenstand) und klar definierte Erfolgskriterien. Die Definition von Erfolgskriterien erfolgt dabei durch die professionellen Experten selbst. Sie nehmen sich sozusagen nachvollziehbare »Planziele« vor und entwickeln systematische Strategien, mit denen der Grad der Zielerreichung nachgeprüft werden kann.
- Diese Punkte würden es eher ermöglichen, den Arbeitsschutz aus seiner »splendid isolation« zu bringen und ihn betrieblich verfügbar zu machen, so wie das mit anderen Leistungen im Betrieb auch geschieht. Eine wichtige Voraussetzung für eine betriebliche Gesundheitspolitik der Zukunft ist deshalb ihre Integration in die betrieblichen Handlungs-routinen. Dieser müssen sich die Arbeitsweisen des Arbeitsschutzes anpassen.

Literatur

- Böhle, F./Deiß, M. (1990): *Merkmale und Probleme des Arbeitsschutzes in der Bundesrepublik Deutschland*. München (unveröffentlichtes Manuskript).
- Brandenburg, U. et al. (1990): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, Tagungsbericht 51. Dortmund.
- Deppe, H.U. (1973): *Industriearbeit und Medizin*. Frankfurt a.M.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1980): *Zur Lage der Arbeitsmedizin und Ergonomie*. Bonn.

- Elsner, G. et al. (1981): »Stellungnahme zur Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur 'Lage der Arbeitsmedizin und Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland'«, in: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Band 7, *Argumente*, Sonderband 73, S. 167 ff.
- Hauß, F./Kühn, H./Rosenbrock, R. (1981): »Betrieblicher Arbeitsschutz als gesundheitspolitische Strategie?«, in: WSI (Hrsg.): *Sozialpolitik und Produktionsprozess*. Köln.
- Hauß, F. (1983): *Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb*. Frankfurt a.M., New York.
- Hauß, F./Laußer, A. (1987): *Überlegungen zur Konzeption und Realisierungsbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung*, IGES-Papier Nr. 87-21. Berlin.
- Hauß, F. (1990): »Krankenstand, Gesundheitsförderung und betriebliche Gesundheitspolitik«, in: U. Pröll/G. Peter (Hrsg.): *Prävention als betriebliches Alltagshandeln*. BAU-Tagungsbericht, i.E.
- Hauß, F./Schräder, W.F./Witt, K. (1990): *Der Krankenstand als Teil eines betrieblichen Gesundheitsberichtes*, IGES-Papier Nr. 90-20. Berlin.
- Kliesch/Nöthlichs/Wagner (1978): *Arbeitssicherheitsgesetz - Kommentar*. Berlin.
- Konstanty, R. (1985): »Berufsgenossenschaften und präventive Gesundheitspolitik - Bestandsaufnahme und Perspektiven«, in: *WSI-Mitteilungen*, 4, S. 193-200.
- Kuhn, K. (1990): »Betriebliche Gesundheitsförderung - Stand und Perspektiven«, in: U. Brandenburg et al. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, Tagungsbericht 51. Dortmund.
- Kuhn, K. (1988): »Erschließung ungenutzter Gesundheitsdaten für die Prävention«, in: BMA (Hrsg.): *Gesundheit am Arbeitsplatz*. Bonn.
- Marschall, B. (1990): »Intensivierung und Erweiterung des betrieblichen Aufgabenspektrums«, in: U. Brandenburg et al. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, Tagungsbericht 51. Dortmund.
- Mergner, U. (1990): »Erfassung artikulierter Beanspruchungen und betrieblicher Belastungsstrukturen«, in: U. Brandenburg et al. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, Tagungsbericht 51. Dortmund.
- Müller, R. (1982): »Zur Kritik der herkömmlichen Arbeitsmedizin«, in: M. Schmidt et al. (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheitsgefährdung*. Frankfurt a.M.
- Peter, G. (1988): »Der Zusammenhang von Arbeitsschutz und neuen Technologien«, in: G. Peter (Hrsg.): *Arbeitsschutz, Gesundheit und neue Technologien*. Opladen.
- Pröll, U./Peter, G. (1990): *Prävention als betriebliches Alltagshandeln*. Tagungsbericht 54 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Dortmund. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rosenbrock, R. (1982): *Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb*. Frankfurt a.M., New York.
- Schräder, W.F. et al. (1990): *Betriebsepidemiologisches Informationssystem der VW-Betriebskrankenkasse. Ein Berichtssystem für den werksärztlichen Dienst*. IGES-Papier Nr. 90-30. Berlin.

- Schräder, W.F./Borgers, D. (Hrsg.) (1985): *Arbeitsunfähigkeit und ärztliche Behandlung*. Berlin.
- Schröer, A./Sochert, R. (1990): »Die betriebsärztliche Dokumentation als Instrument der Gesundheitsförderung - ein Gesundheitsförderungsmodell der betrieblichen Krankenversicherung«, in: U. Brandenburg et al. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, Tagungsbericht 51. Dortmund.
- Schulte, A./Bieneck, H.-J. (1988): »Gesundheitsvorsorge bleibt Zukunftsaufgabe«, in: BMA (Hrsg.): *Gesundheit am Arbeitsplatz*. Bonn.
- Slesina, W. (1990): »Gesundheitszirkel - ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen«, in: U. Brandenburg et al. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, Tagungsbericht 51. Dortmund.
- Thon, W. (1988): »Technischer Wandel und industrieller Wandel im Großbetrieb«, in: G. Peter (Hrsg.): *Arbeitsschutz, Gesundheit und neue Technologien*. Opladen.
- Tiller, E.A. (1990): Betriebsärztliche Informationsquellen zur innerbetrieblichen Prävention«, in: U. Brandenburg et al. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, Tagungsbericht 51. Dortmund.
- Volkholz, V. (1986): »Folgen innovativer Betriebe«, in: *Jahrbuch Arbeit und Technik*. Bonn, S. 303-310.
- Zwingmann, B. (1990): »Vom Arbeitsschutz zur Gesundheitsförderung im Betrieb. Gewerkschaftliche Standpunkte und Strategien«, in: B. Badura et al. (Hrsg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung*. Stuttgart.