

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Chancen und Risiken betrieblicher Gesundheitspolitik: zur Rolle der Betriebsärzte

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1982) : Chancen und Risiken betrieblicher Gesundheitspolitik: zur Rolle der Betriebsärzte, In: Friedrich Hauß (Ed.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, ISBN 3-593-33162-4, Campus, Frankfurt/M. ; New York, NY, pp. 46-64

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122345>

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>.

II. Der Beitrag von Arbeitsmedizin und Sozialwissenschaften für die betriebliche Praxis

Rolf Rosenbrock

Chancen und Risiken betrieblicher Gesundheitspolitik - Zur Rolle der Betriebsärzte

Durch das "Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (Arbeitssicherheitsgesetz, ASiG) wurden die Arbeitgeber in der Bundesrepublik ab 1974 u.a. dazu verpflichtet, Betriebsärzte zu bestellen und sich durch diese "beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen" zu lassen (§1 ASiG).

Die Folge war eine sprunghafte Zunahme von Betriebsärzten: Wies die Statistik von 1973 lediglich 1500 Betriebsärzte für die mehr als 25 Millionen Erwerbstätigen aus, so war 1980 mit ca. 12000 bestellten Arbeitsmedizinern schon fast jeder Zehnte in seinem Beruf tätige Arzt auf diesem Feld tätig, 9500 von ihnen allerdings nur im Nebenberuf.

Die Einschätzungen über ihre Rolle im Betrieb divergieren stark: Da wird z.B. bündig konstatiert: "Wird die Gesundheit mit der Arbeit in Beziehung gesetzt, so ist der Arbeitsmediziner, der Betriebsarzt zuständig" (Sohnius 1981, S. 908). Manch einer sieht "in der Praxis der Betriebsärzte ... viel Bemühen um die Bewahrung der zeitlosen Werte des Arztseins" (Valentin 1981, S. 239), so daß es auch einleuchtend ist, daß "der Arbeitsmediziner ohne die Arztpersönlichkeit in sich nicht aus(kommt)" (Kirschenheuter 1974, S. 6). Angesichts aufkeimender Mißtrauen gegen dieses Wirken, heißt es infolgedessen, "sollte man dem Arzt so viel Vertrauen entgegenbringen, daß er verantwortungsvoll und objektiv untersucht und lediglich seinem Gewissen verantwortlich beurteilt" (Hettinger 1979, S. 138). Zweifel auch an der Qualifikation der Betriebsärzte für ihre Aufgabenstellung werden zwar anerkannt: "Es ist nun gar keine Frage, daß der Arzt aufgrund seines Ausbildungsganges gar nicht in der Lage ist, diesen neuen Aufgaben gerecht zu werden" (Sohnius 1980, S. 75). Indes: "Trotzdem bringt der Betriebsarzt eine spezifische ärztliche Fähigkeit mit, nämlich seine Beobachtungsgabe" (Sohnius 1980, ebenda).

Die (in der Literatur stark minoritäre) Gegenposition wird - ebenfalls von ärztlicher Seite - ungleich klarer formuliert: "Der Betriebsarzt als Teil des Betriebsmanagements wird voll kontrolliert ... es ist nach meiner Erfahrung nicht möglich, da in irgendeiner Weise einen Status quo zu finden, wo Du Dich (als Betriebsarzt, d.Verf.) korrekt gegenüber den Arbeitern verhalten kannst" (Roth 1981, S. 29). Sollte demnach Arbeitsmedizin doch etwas ande-

res sein als "ein dauerndes Abhören des Herzschlages der Arbeit und ein Hineinwirken in den betrieblichen Alltag bei ständiger Sorge um das Wohl des einzelnen Individuums" (Kirschenheuter 1974, S. 3)? Sollte sich nachträglich die Befürchtung des Hartmann-Bundes sowie des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschland (NAV, beide zit. nach Andresen 1976, S. 113) aus den Vordiskussionen um das ASiG bewahrheiten, Ärzte - besonders aus berufsgenossenschaftlichen Zentren - würden "den Arbeitgeber auf dem Vertragswege wie eine Ware" angeboten, als "Mietobjekte", als "männliche Hostessen" gar? Steht vielleicht - anders herum - das "DGB-Ziel: Der Betriebsarzt im Griff der Funktionäre" (Deutsches Ärzteblatt 1980) vor seiner Verwirklichung? Oder lassen sich solche Schreckensvisionen abwenden, weil oder wenn Betriebsärzte als "Gewissen im Betrieb" wirken (Zielhuis, zit. nach Rutenfranz 1980, S. 73), wenn sie infolgedessen "meist zumindest lästige Mitarbeiter" sind (Hettinger 1977, S. 46)? Ist dies vielleicht dann erreichbar, wenn der Betriebsarzt "nach allen Seiten offen" ist (Janzen 1977, S. 11)?

Oder beruht das "bläßliche Image der Betriebsmediziner" (Jennrich 1979, S. 82) einfach auf ihrer mangelnden Präsenz in den Betrieben: "Der Betriebsarzt, das unbekante Wesen" (Holzarbeiterzeitung 1979, S. 10)?

Es ist einsichtig, daß die vorwiegend von interessierter Seite geäußerten Eigencharakterisierungen wenig zur Erhellung der realen Rolle von Arbeitsmedizinern im Betrieb beitragen. Allenfalls kennzeichnen sie ein Problem: Mit der Präsenz der ärztlichen Profession im Betrieb finden auch die ideologischen Versatzstücke ärztlicher Standespolitik Eingang in die Diskussion, die sich unter den gesundheitspolitischen Bedingungen der Bundesrepublik überwiegend in der Dominanz (und damit gesellschaftlichen Überschätzung) von Statusproblemen (Naschold 1967) und - daraus abgeleitet - der Behauptung einer "ärztlichen Allkompetenz" für so ziemlich alle gesellschaftlichen Probleme (Rosenbrock 1981) äußern und häufig genug in wirksame Politik umgesetzt werden (Rauskolb 1976).

Demgegenüber wird hier die These vertreten, daß die Betriebsärzte keine autonome gesundheitspolitische Instanz im Betrieb darstellen, sondern als Teil des betrieblichen Arbeitsschutz-Systems analysiert werden müssen, dessen Ausprägung und Dynamik ihr Handeln und Unterlassen im Regelfall ungleich stärker bestimmt als ihr subjektives Wollen. Das betriebliche Arbeitsschutz-System seinerseits ist Bestandteil der allgemeinen Arbeitsbedingungen im Betrieb und unterliegt zusammen mit ihnen den Einflüssen auf die und der Entwicklung der gesamtgesellschaftlich und einzelbetrieblich ausgetragenen Austausch- und Konfliktbeziehungen zwischen Kapital und Arbeit.

Relativiert werden sollen mit diesen Aussagen nicht nur Thesen über die Autonomie bzw. die eindeutige Management-Funktionalisierung der Betriebsärzte im Arbeitsschutz, sondern ebenso Überschätzungen der Rolle des Arbeitsschutz-Systems für die aus der Arbeit resultierenden gesundheitlichen Probleme: Auf das Ausmaß der Gesundheitsgefährdung im Betrieb nehmen so gut wie alle betrieblichen Faktoren (Arbeitszeitregelungen, Arbeitsorganisationen, Arbeitstempo etc.) Einfluß, unabhängig davon, ob diese Faktoren zum - von Betrieb zu Betrieb variierenden - Arbeitsbereich des Arbeitsschutzes gezählt werden und von diesem bearbeitet werden. Auch die Möglichkeiten der Bewältigung von arbeitsbedingten Gesundheitsstörungen hängen viel mehr

von anderen Faktoren (informelle Regelungen, Prinzipien der Personalpolitik, Umsetzungsmöglichkeiten etc.) ab als von der Ausprägung des Arbeitsschutz-Systems bzw. der Tätigkeit der Betriebsärzte. Umgekehrt beziehen sich die Handlungen bzw. Unterlassungen des Arbeitsschutz-Systems keineswegs nur auf die Gesundheit: Im Falle der Funktionalisierung von Betriebsärzten für Personalselektion z.B. sind die Bezugsprobleme, an deren Lösung die Betriebsärzte mit oder gegen ihren Willen mitwirken, sowohl die Personalpolitik mit den Möglichkeiten der Verschärfung der Arbeitsbedingungen als auch die Investitionspolitik: Die Einstellung nur ausgesucht gesunder und kräftiger Arbeitnehmer erlaubt es dem Management, Arbeitsplätze unsaniert zu belassen und damit Ausgaben zu vermindern. Die ersten Studien in der Bundesrepublik über den ökonomischen Nutzen betriebsärztlicher "Versorgung" gingen mit diesem Faktum wesentlich offener um, als dies heute in der Diskussion die Regel ist: Die "Aufwandsersparnis" resultierte im wesentlichen aus der "Abweisung 'unbrauchbarer' Bewerber" (RKW 1970, zit. nach Andresen 1976, S. 107).

Außer zur Lösung von Problemen der Personal- und Investitionspolitik kann das betriebliche Arbeitsschutz-System (und in ihm die Betriebsärzte) vom Management auch zur Konflikt-Prävention funktionalisiert werden. Ein Beispiel aus unserer Untersuchung¹: Je höher das Niveau der betrieblichen Interessenvertretung im Betrieb ausgeprägt ist, desto häufiger werden verdeckte oder krankheitsbedingte Kündigungen durch betriebsärztliches Urteil abgesichert und damit scheinbar objektiviert, die gesundheitlichen Arbeitsprobleme werden auf diese Weise "medikalisiert" (vgl. dazu auch Gottschalk/Gürtler 1979, S. 119).

Auf der anderen Seite steht das objektive und subjektive Interesse der Beschäftigten an Arbeitsbedingungen, die ihre Gesundheit im weitesten Sinne nicht gefährden. Dieses Gesundheitsinteresse verpufft angesichts der gegebenen Strukturen des Arbeitsschutz-Systems normalerweise wirkungslos oder schlägt in Resignation, individuelle Ausweichstrategien und Entpolitisierung um. Es beinhaltet aber gleichzeitig ein Interesse daran, auch das professionelle Arbeitsschutz-System für den Schutz und die Erhaltung der eigenen Gesundheit nutzbar zu machen.

Betrachtet man das Arbeitsschutz-System unter dem Gesichtswinkel seiner Eingebundenheit in die betrieblichen Interessen, so wird sein Charakter als ein im Rahmen der Auseinandersetzungen um humane Arbeitsbedingungen zwischen Management und Beschäftigten umkämpftes Subsystem deutlich. Daß dieser Kampf bis heute überwiegend latent geführt wird, liegt - wie zu zeigen sein wird - zu einem wesentlichen Teil daran, daß die Zugriffsmöglichkeiten der einen Seite, des Managements, aufgrund der gesetzlichen und professionellen Rahmenbedingungen wesentlich einfacher und direkter ausgeprägt sind als die der Beschäftigten.

Mit dieser These wird zugleich drei verbreiteten Ansichten über das Funktionieren bzw. Nicht-Funktionieren des professionell getragenen Arbeitsschutzes entgegengetreten: 1. Von Betriebsärzten, aber auch von Funktionsträgern z.B. der Berufsgenossenschaften, ist häufig zu hören, der Arbeitsschutz könne deshalb nicht besser funktionieren, weil es den Beschäftigten an Interesse für ihre Gesundheit ermangele. Dagegen steht neben den empirischen Ergebnissen unserer Studie die - negative - Antwort auf die analytische Frage, wie sich

denn unter den gegebenen Bedingungen das Gesundheitsinteresse der Beschäftigten konkret umsetzen könnte, d.h., welche gesundheitsrelevanten Gestaltungsmöglichkeiten sie in ihrer Arbeitsumwelt haben. Vor allem von staatlicher Seite wird dagegen darauf hingewiesen, das ASiG als "Jahrhundertgesetz" habe sich im Kern bewährt, mit zunehmendem Implementationsgrad werde es einen wesentlichen Beitrag zur Lösung der in der Arbeitswelt generierten volksgesundheitlichen Probleme leisten. In dieser Sichtweise geht es um die "Verbesserung einer noch nicht vollbefriedigenden Situation" (Wagner 1980, S. 49). Übersehen werden dabei die wichtigen Struktureffekte der gesetzlichen Regelungen, die in diesem Beitrag skizziert werden. Letztlich soll der Auffassung entgegengetreten werden, derzufolge die betriebsärztliche Praxis nichts weiter als die "Effektivierung der Sozialkontrolle des Arbeiters" ist (Roth 1981, S. 29). Für diese Position ist es "völlig offensichtlich, das Betriebsärztegesetz von 1974 knüpft da wieder an, wo die Nazi-Medizin 1943/44 aufgehört hat." (ebenda, S. 28). Abgesehen davon, daß diese Ansicht Unterschiede in den politischen Systembedingungen von Gesundheitspolitik und in den gesellschaftlichen Kräfteverhältnissen in definitiv unzulässiger Weise außer acht läßt, geraten aus diesem Winkel die strategischen Chancen einer arbeitsbezogenen Gesundheitspolitik im Betrieb gänzlich aus dem Gesichtsfeld.

Bevor Aussagen über (gesundheits-)politische Chancen und Risiken dieser Auseinandersetzung getroffen werden können, soll kurz das Ausmaß des gesundheitspolitischen Problembereichs umrissen werden, auf den sich betriebliche Gesundheitspolitik zu beziehen hat:

1. Nach einer Hochrechnung der Bundesanstalt für Arbeit werden von den Mitte 1978 sozialversicherungspflichtig beschäftigten männlichen Arbeitern und Angestellten im Jahre 1990 ca. 2,7 Millionen nicht mehr erwerbstätig sein: 33% werden vor Erreichung des Rentenalters sterben, 37% werden wegen chronisch schwerer Erkrankungen (Frühinvalidität) vorzeitig und nur 30% wegen Erreichens der Altersgrenze ausscheiden (Bloß 1978).
2. Das Krankheitsgeschehen wird zu über 70% von den modernen Volkskrankheiten (Herz-Kreislauf-Krankheiten, bösartige Neubildungen, Diabetes mellitus, chronische Bronchitis, Rheuma, Krankheiten der Verdauungsorgane) dominiert. Lediglich die Reihenfolge untereinander verschiebt sich, je nachdem, ob man die Sterblichkeit (Schäfer 1976), die Frühinvalidität (Ricke/Karmaus/Höh 1977) oder die Krankheitshäufigkeit (Mikrozensus, in: WiSta 9/1976) als Maßstab für ihre Bedeutung heranzieht (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981).
3. Es wird heute durchweg nicht mehr ernsthaft bestritten, daß die Arbeitswelt zumindest einen zentralen Verursachungskomplex dafür darstellt, daß deutlich weniger als die Hälfte der abhängig Beschäftigten halbwegs gesund das Rentenalter erreicht. Sämtliche Untersuchungen über die physiologischen, psychologischen und sozialen Belastungen aus dem Produktionsprozeß weisen in die gleiche Richtung (z.B. Volkholz 1977, Priester 1980, Seibel/Lühring 1981, v. Henniges 1981).

Mehr oder minder gemeinsam ist allen Volkskrankheiten, daß sie medizinisch-
kurativ nicht beherrscht werden können und in hohem Ausmaß chronisch zu
werden pflegen (Taylor 1979, McKeown 1979, Abholz 1980).

Verstärkt hat deshalb in den letzten Jahren die Erkenntnis Raum gegriffen,
daß dem veränderten Krankheitsspektrum mit seinen - bei ungebrochen
zunehmendem Trend - volksgesundheitlich bedrohlichen Dimensionen und
Perspektiven durch Strategien der Primärprävention zu begegnen ist (System-
analyse 1978).

Das durch das ASiG geschaffene System des betrieblichen Arbeitsschutzes ist
daher nach seinem Beitrag zu einer ursachenorientierten Gesundheitspolitik im
Betrieb zu beurteilen.

Es steht nach neueren praktischen und theoretischen Arbeiten auf diesem
Feld außer Frage, daß die aktive Einbeziehung der betroffenen Beschäftigten
im Sinne einer direkten (im Gegensatz zu Formen paternalistischer oder
abhängiger) Partizipation eine funktionale notwendige Bedingungen präventiv
wirksamer Gesundheitspolitik im Betrieb ist (Wintersberger 1978, System-
analyse 1978, Brock et al. 1980, Grootings/Wintersberger 1981). Ebenso steht
aber außer Frage, daß neben die aus der Kontinuität und Kontextnähe zum
Arbeitsprozeß resultierende Erfahrungskompetenz der Betroffenen die Fach-
kompetenz der Experten treten muß. Dies gilt nicht nur für weite Bereiche
der Schadstoffbelastungen, die von den Betroffenen erst zum Zeitpunkt irre-
versibler Gesundheitsschädigungen wahrgenommen werden können, sondern
auch für die volksgesundheitlich ebenso wichtigen Probleme der Gesundheits-
störungen/Befindlichkeitsstörungen aufgrund komplexer Mehrfachbelastungen im
chemischen, physikalischen, psychischen und mentalen Bereich. Die Fachkom-
petenz der Experten ist dabei für die Ermittlung von (meist naturwissen-
schaftlich nicht eindeutig faßbaren) Ursache-Wirkungs-Beziehungen ebenso
erforderlich wie für die Beratung beim Entwurf und der Durchführung von
Entlastungsstrategien. Es erscheint notwendig, darauf hinzuweisen, daß die
Überlegungen für ein primär beschäftigtengesteuertes Arbeitsschutz-System
nicht normativ ein Ideal postulieren, sondern sich stringent aus gesundheits-
politischen Funktionalitätsüberlegungen herleiten.

Zweifellos entspricht das professionell getragene Arbeitsschutz-System in der
Bundesrepublik derzeit durchweg nicht den daraus resultierenden Anforderun-
gen. Die Hindernisse und Hemmnisse liegen im wesentlichen auf vier Ebenen.

1. Die Experten sind ökonomisch, juristisch und sozial vom Arbeitgeber ab-
hängig. Ihre Aufgaben werden vom Arbeitgeber im Rahmen des Gesetzes
definiert und ihnen übertragen (§§ 3 und 6 ASiG). Dieser klaren Domi-
nanz des Arbeitgebers stehen keine ausgleichenden Rechte der Beleg-
schaftsvertretung gegenüber: Der Arbeitgeber bestimmt, welcher Arzt
bzw. welche Sicherheitsfachkraft bestellt wird, die Mitbestimmung des
Betriebsrates endet bei der Festlegung des Versorgungstyps (z.B. arbeits-
medizinisches Zentrum oder niedergelassener Arzt). Selbst dieses Recht
mußte höchstrichterlich erstritten werden (BAG I ABR 5 Ta 31/76 vom
10.4.1979). Lediglich in § 6 ASiG ist eine allgemeine Verpflichtung der
Professionals festgelegt, "bei der Erfüllung ihrer Aufgaben mit dem
Betriebsrat zusammenzuarbeiten" und "ihn auf sein Verlangen ... zu
beraten." Die rechtliche und wirtschaftliche Abhängigkeit der Profession-
als führt insgesamt dazu, daß Handlungen oder die Unterlassung von

Handlungen, die mit dem erklärten oder vermuteten Interesse der Unternehmensseite in Einklang stehen, weniger begründungspflichtig sind und geringerer Durchsetzungsanstrengungen bedürfen als Handlungen und Unterlassungen, bei denen dies nicht der Fall ist. Dieser permanente, durchaus nicht immer spürbare oder gar offen artikuliert Druck führt dazu, daß das Management einen erheblich leichteren und direkteren Zugriff auf die Leistungen und die Fachkunde der Professionals hat als die Beschäftigten und der Betriebsrat.

2. Dabei wird den insofern keineswegs unabhängigen Professionals fast die gesamte Definitionsautorität für Gesundheitsprobleme im Betrieb und Möglichkeiten ihrer Lösung zugeschrieben. Einer der führenden Kommentare sieht sogar den Hauptgrund für die Etablierung von Arbeitsschutz-Professionals im Betrieb darin, daß zuvor "die Anwendung (von gesicherten arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Erkenntnissen) in der betrieblichen Praxis scheiterte, weil in den meisten Betrieben die Sachverständigen fehlten, die über diese Erkenntnisse unterrichtet waren." (Kliesch/Nöthlich/Wagner 1978, S. 66). Damit wird nicht nur die gesamte Belastungserfahrung der Betroffenen ausgeblendet, sondern auch die Leistungsfähigkeit der beteiligten Disziplinen (Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Ergonomie, Sicherheitstechnik etc.) beträchtlich überschätzt. Zwar kann durchaus nicht davon ausgegangen werden, daß die Arbeitsbedingungen in der BRD durchweg auch nur einem Kernbestand "gesicherter Erkenntnisse" dieser Disziplinen genügen. Jedoch geht es an den Bedingungen der betrieblichen Wirklichkeit vorbei, ihre Anwendung und Umsetzung von der Präsenz der Arbeitsschutz-Professionals zu erwarten. Gänzlich verfehlt aber wäre die Annahme, daß durch die Anwendung und Umsetzung dieser Erkenntnisse die wesentlichen gesundheitlichen Probleme der Arbeitswelt gelöst werden könnten: Die überwiegend fachbournierte Herangehensweise der beteiligten Disziplinen sowie ihre starke Tendenz, Einzelbelastungen und darunter vorzugsweise solche, die sich mit mehr oder weniger naturwissenschaftlicher Exaktheit messen lassen, zu isolieren, führen dazu, daß die die Arbeitswelt beherrschenden Probleme der Mehrfachbelastungen in ihren Verschränkungen und kumulativen Wirkungen, die schwer oder nicht medizinisch definierbaren Befindlichkeitsstörungen sowie die Zusammenhänge zwischen physischen, psychischen und sozialen Belastungen weitgehend ausgeklammert bleiben (vgl. Abholz et al. 1981). Von Professionals, die auf der Basis des heutigen Fachwissens operieren, wäre demnach eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt selbst dann nicht zu erwarten, wenn diese von ihrer Motivation und ihrem Auftrag her ausschließlich der Arbeitnehmerseite verpflichtet wären. Zur schieren Illusion wird eine solche Erwartung, wenn die rechtliche und wirtschaftliche Abhängigkeit von der Arbeitgeberseite in Rechnung gestellt wird. Zudem spricht dagegen die Tatsache, daß zumindest viele der als Betriebsärzte tätigen Mediziner nicht auf einem dem Stand des Wissens entsprechenden Ausbildungsniveau agieren.
3. Wenn die Autorität der Problemdefinition und Bearbeitung weitgehend in den Händen der Professionals liegt, diese aber aus strukturellen Gründen auch ohne eigenes Zutun eher die Sichtweise des Managements als die der Beschäftigten einnehmen, so könnten staatliche oder sonstwie überbetrieblich verbindliche Vorschriften zum Gesundheitsschutz im Betrieb

ein Gegengewicht bilden. Dies könnte um so mehr angenommen werden, als die verschiedenen Regelwerke zum Arbeitsschutz einige tausend Vorschriften umfassen, von denen zudem ein erheblicher und besonders wichtiger Teil (die Unfallverhütungsvorschriften, die trotz dieses Namens nicht nur den Unfallschutz, sondern den gesamten Arbeitsschutz betreffen), von den Berufsgenossenschaften erlassen werden, in deren Gremien Kapital und Arbeit jeweils die Hälfte der Sitze innehaben. Diese Annahme geht indes weitgehend fehl: Selbst wenn die Vorschriften übersichtlich und eindeutig wären (sie sind es nicht: vgl. BAU 1980), könnte mit ihnen gerade hinsichtlich der hier vordringlich interessierenden Belastungsdimensionen kein wirksamer Arbeitsschutz durchgeführt werden: Die Vorschriften beziehen sich so gut wie ausschließlich auf technische, eindeutig isolierbare und quantifizierbare Sachverhalte und Standards. Die darin zum Ausdruck kommende Problemverkürzung ist nicht zuletzt Ausdruck der "paritätischen Selbstlähmung" (Standfest et al. 1977) in der Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften, die Arbeitsschutzprobleme auf eindeutig Meßbares, Zuordnungsfähiges und damit sozialpartnerschaftlich Verhandelbares reduziert. Die Untauglichkeit solcher Regelungen für eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung wird besonders deutlich, wenn, wie im DIN-Entwurf 33405: Psychische Belastung und Beanspruchung, versucht wird, auch komplexere Belastungsdimensionen einzubeziehen (Naschold/Tietze 1977).

Auch wenn zudem die naturwissenschaftliche Exaktheit naturwissenschaftlicher Grenzwerte zu Recht angezweifelt werden kann (vgl. z.B. die Asbest-Diskussion), wäre die Einhaltung der physikalischen, chemischen und ergonomischen Normen bereits ein Fortschritt. Die personelle und sachliche Unterausstattung der staatlichen und der berufsgenossenschaftlichen Aufsichtsbehörden, die in einem Verhältnis unklarer Doppelzuständigkeit arbeiten, ermöglicht aber derzeit keine auch nur annähernd hinreichende Kontrollfähigkeit.

4. So bleiben letztlich die Beschäftigten und die Belegschaftsvertretung die einzige Instanz, von der aufgrund ihres Eigeninteresses die Durchsetzung eines volksgesundheitlich wirksamen Arbeitsschutzes im Betrieb erwartet werden könnte. Die formelle Unterrepräsentanz der Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmerseite bei der Bestellung, Aufgabendefinition und Abberufung der Professionals wurde bereits oben (1.) angedeutet. Andererseits haben die sichtbaren und sozialwissenschaftlich meßbaren Arbeitsschutz-Aktivitäten der Belegschaftsvertretung infolge des Schubs in der Arbeitsschutz-Gesetzgebung in den siebziger Jahren beträchtlich zugenommen. Zu einem großen Teil können sie sogar als durch die Gesetzgebung induziert angesehen werden. Gerade darin liegt aber auch die wichtigste Begrenzung ihrer Wirksamkeit: Die Betriebsräte sind gezwungen, 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. Selbst wenn sie die Gesundheitsprobleme der Beschäftigten genau und sensibel vertreten wollen, sind sie genötigt, sie in die Kategorien und Sprache der Professionals zu "übersetzen". Daß sie dabei und dadurch ebenfalls Opfer der Problemverkürzung und Reduktion werden, liegt auf der Hand. Auf dem Wege von der authentischen Belastungswahrnehmung durch die betroffenen Arbeitnehmer

über die Mitteilung an den Betriebsrat, die Verhandlung im Arbeitsschutz-Ausschuß (in dem Betriebsrat, Arbeitgebervertreter und Professionals "Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung beraten" (§ 11 ASiG)) bis hin zur Entscheidung über tatsächliche Arbeitsschutz-Maßnahmen durch das Management ist damit ein weiterer Filter eingebaut, für den der kapazitätsmäßig in der Regel ohnehin überlastete Betriebsrat nicht verantwortlich gemacht werden kann: Im Rahmen der gegebenen Strukturen vertritt er die Belegschaftsinteressen dann optimal, wenn er ihre Probleme in den sozialpartnerschaftlich verhandelbaren Kategorien naturwissenschaftlich quantifizierbarer Grenzwerte formuliert. Daß dabei neben gesundheitlich wesentlichen Aspekten der ursprünglichen Probleme auch noch die notwendige Aktivierung der Betroffenen unter den Verhandlungstisch fällt, ist ihm nicht anzulasten. Die Betroffenen nämlich kommen im ASiG als Subjekte des Arbeitsschutzes überhaupt nicht vor. Sie werden wie eh und je als Objekte von Belehrungen und Verhaltensmaßregeln betrachtet, die es zu unterweisen und zu beaufsichtigen gilt. Dies hat nicht nur zur Konsequenz, daß die Strukturen des Arbeitsschutzes keinerlei Unterstützung oder Anreiz zur aktiven Vertretung der eigenen Gesundheitsinteressen enthalten, es führt darüber hinaus dazu, daß die Maßnahmen des Arbeitsschutzes sich einseitig auf die Verhaltensbeeinflussung der Beschäftigten konzentrieren. In der Praxis heißt dies häufig: Bevorzugung von persönlichen Körperschutzmitteln vor technischen und organisatorischen Änderungen des Arbeitsprozesses, Schuldzuweisung bei Unfällen und Erkrankungen (blaming the victim), Anweisungen und Kontrolle ohne Diskussion über Sinnhaftigkeit und Alternativen. Für den hier interessierenden Zusammenhang ist eine weitere Konsequenz von Bedeutung: seit eh und je gibt es unter Arbeitskollegen an benachbarten Arbeitsplätzen ein informelles und inoffizielles System des Arbeitsschutzes (vgl. Lichte 1978). Dieses besteht aus der Einweisung von Neulingen, Tips zur Belastungsvermeidung oder -umgehung, gegenseitiger Hilfestellung und Warnsystemen. Die skizzierte Struktur des offiziellen Arbeitsschutzes führt dazu, daß beide Arbeitsschutz-Systeme, das offizielle und inoffizielle, nebeneinanderher existieren und kaum Berührungspunkte aufweisen. Während das offizielle Arbeitsschutz-System dadurch an den eigentlichen Arbeitsproblemen weitgehend vorbei läuft, muß das inoffizielle auf jene Vorteile verzichten, die aus einer Nutzbarmachung der Fachkenntnisse der Professionals zur Problemlösung resultieren könnten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die normierten Strukturen des "offiziellen" Arbeitsschutz-Systems weder auf die Aktivierung der Arbeitnehmer für ihre Gesundheitsinteressen noch auf den Abbau komplexerer und vor allem psychomentaler und sozialer Belastungen abzielen.

Diese Tendenz, die im Normensystem selbst angelegt ist, wird durch die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes noch verstärkt.

1. Betriebsärzte wenden einen erheblichen Teil, die Schätzungen liegen zwischen 30% und 75% ihrer Einsatzzeit, auf Untersuchungstätigkeiten am Menschen auf. Neben den vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen spielen die Einstellungsuntersuchungen die wichtigste Rolle. Entgegen den gesetzlichen Vorschriften werden

sie fast ausschließlich innerhalb der vorgeschriebenen Einsatzzeiten durchgeführt. Einstellungsuntersuchungen werden in mehr als zwei Drittel der betriebsärztlich versorgten Betriebe vorgenommen. Besonders in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit haben Einstellungsuntersuchungen objektiv und noch stärker subjektiv für die Arbeitsplatzanwärter den Charakter von Personalselektion. Die körperliche Untersuchung durch den Betriebsarzt ist die erste Begegnung mit dem Arbeitsschutz-System, dabei dringt dieser tief in die Intimsphäre des Arbeitssuchenden, und von seinem Urteil hängt die Entscheidung über die Einstellung in erheblichem Ausmaß ab. Es ist schwer vorstellbar, daß ein solcher Beginn für die Herstellung einer stabilen Vertrauensbeziehung förderlich ist. Vielmehr ist anzunehmen, daß der einzelne Arbeitnehmer den Betriebsarzt und damit das Arbeitsschutz-System als Teil des betrieblichen Herrschaftssystems identifiziert, demgegenüber er sich vorzusehen hat. Immerhin sind fast 80% der Befragten der Ansicht, daß bei ihnen im Betrieb eine Auslese von Arbeitnehmern nach gesundheitlichen Gesichtspunkten getroffen wird. Angst und Mißtrauen werden aber nicht nur durch die Einstellungsuntersuchung als Personaleingangsselektion, sondern auch durch die Einstellungsselektion gestiftet. Mehr als ein Viertel der befragten Arbeitnehmer faßt als mögliche Folge einer betriebsärztlichen Routineuntersuchung den Verlust ihres Arbeitsplatzes ins Auge; über 40% der befragten Betriebsräte, die nach dem BetrVG von jeder Kündigung schriftlich unterrichtet werden, sind der Überzeugung, daß auch bei Entlassungen gesundheitliche Gründe eine Rolle spielen; bei Kurzarbeit innerhalb der letzten 12 Monate steigt dieser Anteil auf 50%. Nach der Fehlzeitenkontrolle durch die Personalabteilung und dem Urteil der Vorgesetzten spielt der Betriebsarzt als Selektionsinstanz die wichtigste Rolle, in Großbetrieben mit über 2 000 Arbeitnehmern vermutet jeder sechste Betriebsrat im Betriebsarzt einen "Aussortierer".

2. Umfang, Inhalt und Zielsetzung der Tätigkeit der Professionals sind für die betroffenen Arbeitnehmer in hohem Maße undurchsichtig: Ein betriebliches Arbeitsschutz-Programm existiert in weniger als 40% der erfaßten Betriebe; in knapp der Hälfte der Betriebe führen Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte Betriebsbegehungen nach einem erkennbaren Programm durch; der gesetzlich fixierte Arbeitsschutz-Ausschuß als Minimalstandard für Erfahrungsaustausch und Arbeitsplanung mit den Professionals existiert in 51% der Betriebe nicht bzw. tagt nicht mit der vorgeschriebenen Mindestfrequenz von vier Sitzungen pro Jahr. Es ist evident, daß ein professioneller Arbeitsschutz, der einerseits mit Existenzbedrohung durch Arbeitsplatzverweigerung bzw. -verlust in Zusammenhang gebracht wird und dessen Tätigkeit andererseits nicht transparent ist, denkbar schlechte Voraussetzungen für die Initiierung von oder die Teilnahme an einem betrieblichen Gesundheitsschutz mitbringt, in welchem die Arbeitnehmer ihre Belastungserfahrungen frei artikulieren und gemeinsam über Lösungsmöglichkeiten und Alternativen beraten können.
3. Infolgedessen kann es nicht verwundern, daß die Professionals als Ansprechpartner für Arbeitsprobleme im Betrieb praktisch keine Rolle spielen: die Hälfte der Befragten wendet sich mit Problemen ihrer

Arbeitsbedingungen an den Betriebsrat, mehr als 40% an einen Vorgesetzten, an den Betriebsarzt denken dabei 0,6% und an die Sicherheitsfachkraft 0,5%. 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 Zeitablauf zurückgehende Implementationsdefizite angesehen werden, obwohl auch solche Defizite nach wie vor beträchtlich sind.

Aus dem bisher Gesagten könnte der Eindruck entstehen, als sei das professionelle Arbeitsschutz-System nicht nur durchgängig untauglich zur Aktivierung der Betroffenen und zum Abbau sozialer und psychischer Belastungen, sondern hindere die Arbeitnehmer geradezu daran, ihre Gesundheitsinteressen wahrzunehmen. Ein solches Urteil übersieht freilich die Chancen, die in einer konsequenten Nutzung dieses Systems liegen, und berücksichtigt außerdem nicht die Tatsache, daß durch die erstmalige Etablierung einer gesundheitspolitischen Instanz im Betrieb Bewußtseins- und Sensibilisierungsprozesse vielfach erstmals überhaupt in Gang gekommen sind.

1. Empirisch konnte nachgewiesen werden, daß eine nicht deformierte Vertretung der Gesundheitsinteressen der Arbeitnehmer desto eher funktioniert, je höher das allgemeine interessenpolitische Bewußtseins- und Durchsetzungsniveau einer Belegschaft und des Betriebsrates ausgeprägt ist. Dies schließt ein, daß "Gesundheit am Arbeitsplatz" nicht umstandslos als Feld gemeinsamen Interesses zwischen Kapital und Arbeit gesehen, sondern in den Zusammenhang der Austausch- und Konfliktprozesse zwischen Management und Beschäftigten gestellt wird. Konkret heißt dies z.B., daß in Betrieben mit hohem gewerkschaftlichen Organisationsgrad und starkem Betriebsrat Forderungen nach Belastungsabbau auch dann durchgesetzt werden können, wenn sie nicht den Kriterien der Meßbarkeit und Zuordnungsfähigkeit entsprechen und durch konkrete Vorschriften abgedeckt sind. In der Regel kann dann die Forderung nach "menschengerechter Gestaltung der Arbeitsbedingungen" aus § 90, 91 BetrVG als normative Grundlage herangezogen werden. In diesen Fällen finden sich auch die Professionals eher bereit, über die verengenden Grenzen ihrer naturwissenschaftlichen Ausbildung hinauszugehen, oder aber ihre negative Definitionsautorität (mit der Forderungen abgewehrt werden können) wird betriebspolitisch neutralisiert bzw. durch externe Gutachten kompensiert. In solchen Betrieben sind auch am häufigsten Betriebsvereinbarungen durchgesetzt, nach denen Lohnzulagen nicht nach Fortfall der Belastung bzw. Erschwernis fortfallen. Damit werden die Arbeitnehmer von dem Kalkulationszwang zwischen Gesundheits- und Lohninteresse entlastet. Betriebspolitischen Maßnahmen gegen gesundheitsbedingte Personalselektion steht allerdings auch in hoch entwickelten Betrieben häufig entgegen, daß der Betriebsrat rechtlich und de facto kaum Einfluß auf die Einstellungsuntersuchungen der (noch-nicht-)Arbeitnehmer nehmen kann. Zudem fehlt es an innerbetrieblichen Umsetzungsmöglichkeiten für Leistungsgeminderte. Jede nur betriebliche Gesundheitsstrategie stößt hier -zumal bei Arbeitslosigkeit und ökonomischer Krise - auf objektive Grenzen.

2. In Betrieben mit hohem interessenpolitischen Niveau zeigt sich auch, wie wenig haltbar das häufig vorgetragene Argument gegen eine Aktivierung der Beschäftigten ist, demzufolge die Arbeitnehmer an ihrer Gesundheit nicht hinreichend interessiert sind bzw. ein unterentwickeltes Gesundheitsbewußtsein haben. Immerhin reden über 50% der Beschäftigten häufig mit ihren Arbeitskollegen über das Thema "Arbeit und Gesundheit", mehr als 30% würden sogar "weniger Lohn in Kauf nehmen, wenn dadurch die Arbeit erleichtert würde". Ohne einer in jeder Hinsicht zweifelhaften Strategie des freiwilligen Lohnverzichts für Belastungsabbau das Wort reden zu wollen, kann festgestellt werden, daß hier ein großes und bislang weitgehend ungenutztes Potential an Problembewußtsein und -artikulation existiert. Während dieses "überschießende Gesundheitsbewußtsein" normalerweise ohne Wirkung verpufft oder gar in Resignation, Individualismus und Entpolitisierung umschlägt, zeigen Beispiele aus entwickelten Betrieben die Möglichkeiten der Aktivierung. In einem süddeutschen Großbetrieb des Druckgewerbes ist z.B. auf den vierteljährlichen Abteilungsversammlungen der Tagesordnungspunkt "Arbeit und Gesundheit" obligatorisch. Dort werden nicht nur gesundheitliche Probleme, sondern auch alternative Handlungsmöglichkeiten ausgetauscht und beraten: Die Folge sind weitgehende Umstrukturierungen des Arbeitsprozesses zum Belastungsabbau sowie eine weitgehende Neutralisierung der (in diesem Betrieb besonders arbeitgeberorientierten) Professionals. Die Möglichkeiten der Aktivierung werden auch durch die weiter unten skizzierten Beispiele aus der Werft- und Automobil-Industrie belegt. Auf die betriebsstrategisch wichtige Frage, ob die Mobilisierung über Gesundheitsinteressen einen brauchbaren Hebel zur Herstellung eines hohen interessenpolitischen Niveaus darstellt, oder ob sich gesundheitspolitische Handlungsfähigkeit erst auf der Grundlage eines solchen Niveaus entwickelt, kann derzeit keine eindeutige Antwort gegeben werden: Beispiele gibt es für beide Thesen, im Effekt jedoch treten Arbeitnehmerorientierung des Arbeitsschutzes und hohes interessenpolitisches Niveau offenbar immer nur zusammen auf.

Die Entwicklung einer präventiv wirksamen Gesundheitspolitik im Betrieb kann unter bestimmten Umständen auch von Betriebsärzten eingeleitet bzw. gefördert werden, die den Sinn ihrer Tätigkeit nicht in der Erfüllung von formalen und technischen Vorschriften oder gar der personalpolitischen Dienstleistung für den Arbeitgeber erschöpft sehen, sondern sich an dem gesundheitspolitischen Auftrag ihres Berufes orientieren. Allerdings sind solche Strategien zum Scheitern verurteilt, wenn die Professionals nicht die objektiven Schranken einer vertrauensvollen Interaktion mit Beschäftigten und Betriebsrat berücksichtigen, die zumeist aus der Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Schichten, der Stellung im Betrieb und den existentiellen Ängsten der Beschäftigten resultieren. Die Notwendigkeit der Schaffung einer stabilen Vertrauensbasis erweist sich häufig auch betriebspolitisch als unabdingbar: Es sind Fälle bekannt, in denen z.B. das Management Betriebsärzte entlassen wollte, die zu eng mit der Belegschaft zusammenarbeiteten und sich den teilweise unethischen Zumutungen an ihre Tätigkeit entzogen. In solchen Fällen kann die Unterstützung durch den Betriebsrat entscheidend sein. Andererseits weisen gerade die Beispiele geglückter Kooperation zwischen professio-

neller Fachkompetenz und der Erfahrungskompetenz des "inoffiziellen" Arbeitsschutz-Systems auf das gesundheitspolitische Entwicklungspotential eines arbeitnehmergesteuerten Arbeitsschutz-Systems.

Zusammenfassend muß festgestellt werden, daß die durch die Gesetzgebung (einschl. des ASiG) normierten Strukturen im Arbeitsschutz - eingebettet in die durch die politische und ökonomische Konjunktur gesetzten Bedingungen und ihre jeweiligen betrieblichen Ausprägungen - aus sich selbst heraus bestenfalls einen betrieblichen Gesundheitsschutz erzeugen, der die technisch erfaßbaren Unfallgefährdungen sowie einzelne chemische und physikalische Gesundheitsrisiken mindert. Dies kann ein wichtiger Beitrag zu Arbeitssicherheit sein. Die international gesehen hohe Zahl der Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik Deutschland, 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 teilweise 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 1982, Kühn 1982, Rosenbrock 1982) 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 Betriebs-Verfassungs-Wirklichkeit 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 nordamerikanischen Diskussion thematisierten Rechte zurückgegriffen werden:

- das Recht auf vollständige Information hinsichtlich der chemischen und physikalischen Expositionen am Arbeitsplatz (right to know);
- das Recht auf Abschaltung der Anlagen bzw. Arbeitsverweigerung bei vermuteter 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 Kompetenz 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 1982, 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 eingesetzte) 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 1982, S. 172

ff) könnte so bei Aufrechterhaltung seiner Substanz durch einen Strategietyp der Vertretung der artikulierten Gesundheitsinteressen der Beschäftigten überformt werden.

Jedliches 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 Professionals, die eher von der Unternehmerseite 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 Rückkopplung zwischen Theorie und betrieblicher Praxis der beteiligten Akteure unter Einfluß von Arbeitnehmervertretern verstärkt wird. 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 Wahr-

nehmung 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 diesem Beitrag 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. Zusammengekommen bezeichnen sie zugleich eine wichtige Voraussetzung für die Einbindung von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften in eine präventiv wirksame Gesundheitspolitik im Betrieb.

Anmerkungen

¹Die in diesem Aufsatz verwendeten Ergebnisse zur Funktionsweise des Arbeitsschutz-Systems in der BRD entstammen überwiegend dem Projekt "Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik" am Schwerpunkt "Arbeitspolitik" des Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin (Projektmitarbeiter Friedrich Hauß, Hagen Kühn, Rolf Rosenbrock). Der empirische Teil dieser Untersuchung stützt sich auf eine schriftliche Befragung von ca. 1500 Teilnehmern an gewerkschaftlichen Schulungsmaßnahmen aus fünf Gewerkschaften im DGB. Die Ergebnisse dieses Projekts sind in drei Monographien niedergelegt:

Rolf Rosenbrock: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb;
Hagen Kühn: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung;

Friedrich Hauß: Die Thematisierung von Arbeitsbelastungen im Betrieb
(alle: Frankfurt und New York 1982)

Literaturverzeichnis

ABHOLZ, H.H. (1980), Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?, in: H.U. Deppe (Hrsg.): Vernachlässigte Gesundheit, Köln

ABHOLZ et al. (1981): Abholz, H.H., E. Hildebrandt, P. Ochs, R. Rosenbrock, H. Spitzlex, J. Stebani, W. Wotschack: Von den Grenzen und den Möglichkeiten der Arbeitswissenschaft, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Nr. 4/1981, S. 191 ff.

ANDRESEN, K. (1978): Die arbeitsmedizinische Versorgung und das Arbeitssicherheitsgesetz, in: Kasiske, R. (Hrsg.), Gesundheit am Arbeitsplatz, Reinbek, S. 106 ff.

BAU (1980): Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung: Arbeitsschutzsystem-Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland, 5 Bände Bremerhaven, Kurzfassung: Dortmund

BLOSS, H. (1979): Abgänge sozialversicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer nach Berufen bis 1985 und 1990, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nr. 2/1979

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT (1980): o.V.: Betriebsärztliche Dienste - Vehikel für das "integrierte Gesundheitswesen", Nr. 1/1980, S. 1 ff.

GOTTSCHALK, F., H. Gürtler (1979): Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Neuwied und Darmstadt

GROOTINGS, P., H. WINTERSBERGER: Direct Workers Participation in the Question of Work Safety and Health, Ms., International Social Science Council, Wien 1981

HAUSS, F. (1982): Die Thematisierung von Arbeitsbelastungen im Betrieb, Frankfurt/New York

HAUSS, F., H. KÜHN, R. ROSENBRÖCK (1980): Betrieblicher Arbeitsschutz als gesundheitspolitische Strategie, in: Böhle, Standfest (Hrsg.): Sozialpolitik und Produktionsprozeß, WSI-Studie Nr. 40, Köln

HAUSS, F., F. NASCHOLD, R. ROSENBRÖCK (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies., Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht des BMAuS, Bonn

HENNINGES, H. v. (1981): Arbeitsplätze mit belastenden Arbeitsanforderungen, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Stuttgart, Heft 4/1981

HETTINGER, Th. (1979): Arbeitsmedizin - integrierter Bestandteil moderner Arbeitswissenschaft, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft Nr. 3/1979, S. 137 ff.

HETTINGER, Th. (1977): Betriebsärztliche Arbeitskonzeption unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung nach § 3 ASiG, in: IG Metall (Hrsg.) (1977)

HINZ, H. (1981): Der Bankrott des Taylorismus, in: Blick durch die Wirtschaft v. 30.11.1981, S. 3

Holzarbeiterzeitung (1979): O. V. Der Betriebsarzt, das unbekanntes Wesen, Nr. 4/1979, s. 10 ff.

IG Metall (Hrsg.) (1977): Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit, Schriftenreihe Arbeitssicherheit Nr. 20, Frankfurt

JANZEN, K.H. (1977): Die Rolle des Betriebsarztes im Arbeitsgeschehen - aus der Sicht der Gewerkschaften, in: IG Metall (Hrsg.)

JENNRICH, P. (1979): Arbeitsmedizin - Debakel im Betrieb, in: Die Zeit Nr. 48/1979, S. 82

KIRSCHENHEUTER, F. (1974): Was erwartet die Industriegesellschaft vom Werksarzt bzw. von der Arbeitsmedizin, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, Nr. 1/1974, S. 3 ff.

KLIESCH, G., M. Nöthlich, R. Wagner (1978): Arbeitssicherheitsgesetz, Kommentar, Berlin

KONSTANTY, R. (1981): Thesen für ein Arbeitsschutzgesetz, in: WSI-Mitteilungen Nr. 2/1981, S. 105 ff.

KÜHN, H. (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung, Frankfurt/New York

LICHTE, R. (1978): Betriebsalltag von Industriearbeitern, Frankfurt und New York

McKEOWN, Th. (1979): The Role of Medicine-Dream, Mirage or Nemesis? Oxford

NASCHOLD, F. (1967): Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg

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, S. 102 ff.

PRIESTER, K. (1980): Arbeitsbedingungen - Belastungsstruktur - Gesundheitsverschleiß, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 5, Argument-Sonderband AS 48, Berlin, s. 95 ff.

RAUSKOLB, Chr. (1976): Lobby in Weiß, Frankfurt

RICKE, J.W. KARMAUS, R. HÖH (1977): Frühinvalidität - Arbeiterschicksal, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 2, Argument-Sonderband AS 17, Berlin, S. 148 ff.

ROSENBROCK, R. (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York

ROSENBROCK, R. (1981): Zur Weiterentwicklung der gesundheitspolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft, in: Bankrott der Gesundheitsindustrie, Berlin S. 82 ff.

ROTH, K.H. (1981): Gegenwart der Vergangenheit, Mabuse-Interview mit K.H. Roth, in: Dr. med. Mabuse, Nr. 1/1981, S. 28 ff.

RUTENFRANZ, J. (1980): Berufsethische Richtlinien für Arbeitsmediziner? in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, Nr. 4/1980, s. 73 f.

SCHÄFER, H. (1976): Lebenserwartung und Lebensführung, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Nr. 1/1976, S. 27 ff.

SEIBEL, H.D.-, H. LÜHRING (1981): Arbeit und psychische Gesundheit, Ms. Köln

SOHNIUS, R. (1981): Arbeitsmedizin im Betrieb als Gesundheitsvorsorge, in: der arbeitgeber, Nr. 19/1981, S. 908 ff.

SOHNIUS, R. (1980): Beratung des Arbeitgebers durch den Betriebsarzt bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen, bei der Neuentwicklung von Arbeitsplätzen und bei der Planung neuer Arbeitsstätten, in: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Stuttgart, Anhang S. 75 ff.

STANDFEST et al. (197): Standfest, E., Chr. v. Feber, A. Holler, G. Leminsky, F. Naschold, A. Schmidt, E. Standfest, F. Tennstedt: Sozialpolitik und Selbstverwaltung, WSI-Studie Nr. 35, Köln

Systemanalyse (1978): Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, Projektleitung: F. Naschold, W. Schönback, 2 Bde., 2. Auflage, Wien

TAYLOR, R. (1979): Medicine out of control, Melbourne, London

Unfallverhütungsbericht 1981, BT-Drucksache 9/901 v. 13.10.1981

VALENTIN, H. (1981): Über den permanenten Dialog zwischen Politik und Wissenschaft in der Arbeitsmedizin, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, Nr. 9/1981, S. 239 f.

VOLKHOLZ, V. (1977): Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Hrsg. v. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

VOLKHOLZ, V., K.D. FUCHS, R. MÜLLER: Humanisierung des Arbeitslebens - Grundsätze, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 10/1980, S. 5 ff.

WAGNER, R. (1980) Arbeitsmedizin im Rampenlicht, in: Bundesarbeitsblatt Nr. 4/1980, S. 49 ff.

WINTERSBERGER, H. (1978): Gesundheitskämpfe in Italien. Jahrbuch f. Kritische Medizin, Bd. 3, Argument-Sonderband AS 27, Berlin