

Hauß, Friedrich; Rosenbrock, Rolf

Book Part

Die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes in der Bundesrepublik Deutschland

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich; Rosenbrock, Rolf (1982) : Die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes in der Bundesrepublik Deutschland, In: Matthias Schmidt, Rainer Müller, Fritz-Rüdiger Volz, Rüdiger Weiser (Ed.): Arbeit und Gesundheitsgefährdung: Materialien zu Entstehung und Bewältigung arbeitsbedingter Erkrankungen, ISBN 3-88129-584-4, Haag & Herchen, Frankfurt/M., pp. 253-270

This Version is available at:
<http://hdl.handle.net/10419/122775>

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>.

Friedrich Hauß, Rolf Rosenbrock

Die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes in der Bundesrepublik
Deutschland

Gliederung:

0. Einleitung: Beurteilungskriterien für die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes
1. Die formelle Erfüllung des Arbeitssicherheitsgesetzes weist zahlreiche Lücken und Mängel auf
2. Wichtige Handlungsfelder des Arbeitsschutzes bleiben ungenutzt, Teile des Arbeitsschutzes werden zweckentfremdet
3. Die Beschäftigten werden belehrt und ermahnt, - ihre Fähigkeiten zur aktiven Gestaltung des Arbeitsschutzes bleiben ungenutzt
4. Schlußfolgerungen

0. Einleitung: Beurteilungskriterien für die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes

Im vorliegenden Beitrag soll die Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes ausschließlich unter gesundheitsrelevanten Kriterien dargestellt und beurteilt werden. Das ist keinesfalls selbstverständlich. Je nach unterschiedlicher Interessenlage desjenigen, der über den betrieblichen Arbeitsschutz spricht oder schreibt, werden teilweise ganz andere Maßstäbe herangezogen.

Bei ihren Stellungnahmen zu den verschiedenen Entwürfen des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) machten z. B. die Unternehmerverbände deutlich, daß sie den betrieblichen Arbeitsschutz danach beurteilen, ob er eine "lohnende Investition in den Produktionsfaktor Mensch" sei (vgl. DEPPE, 1973, S. 71). Deshalb müsse er eine "freiwillige Aufgabe unternehmerischer Politik" (a.a.O., S. 70) bleiben.

Auch die Bundesärztekammer zog andere als gesundheitspolitische Kriterien heran. Ihr Hauptanliegen war es, den Einfluß der Betriebsräte auf die Bestellung von Betriebsärzten zu minimieren und den Betriebsarzt aus Gründen der "Unabhängigkeit seiner freiberuflichen Tätigkeit" direkt dem Unternehmer zu unterstellen. Dieser Sichtweise, die von zahlreichen Betriebsärzten geteilt wird, ist es dann auch zuzuschreiben, daß ein leitender Betriebsarzt der Siemens AG kurz und bündig feststellen kann: "Der Betriebsarzt: Partner der Industrie" (SOHNIUS, 1980).

Aus gewerkschaftlicher Sicht könnte z. B. auch die Frage aufgeworfen werden, inwieweit Investitionen in Arbeitsschutzmaßnahmen Arbeitsplätze gefährden können. Der betriebliche Arbeitsschutz würde unter einer solchen Sichtweise daran gemessen werden, ob er Arbeitsplätze gefährdet oder nicht. Auch dies ist keine Fragestellung, die sich auf gesundheitliche Kriterien bezieht.

Der Gesetzgeber schließlich verfolgte mit der Verabschiedung des Gesetzes zunächst explizit ausschließlich gesundheitspolitische Ziele. Durch das Gesetz sollten "die sachverständige Anwendung der Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften, die sachverständige Anwendung neuer (gesicherter) arbeitsmedizinischer Erkenntnisse und schließlich im Interesse des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung ein optimaler Einsatz der vorhandenen Mittel erreicht werden" (SPINNARKE/SCHORK, 1979, Teil III, S. 3).

Zu fragen ist allerdings, ob die Orientierung auf Unfallverhütung und Arbeitsschutz, womit im allgemeinen die Verhütung von Berufskrankheiten gemeint ist, ausreicht, um den betrieblichen Arbeitsschutz zum Bestandteil eines präventiv ausgerichteten Gesundheitswesens werden zu lassen.

Die Dringlichkeit, krankmachende Ursachen in der Arbeitswelt abzubauen, ergibt sich durch einen Blick auf die Entwicklung der modernen chronischen Volkskrankheiten und der Frühverrentungsraten:

- Im Jahre 1952 hatten fünf Krankheiten einen Anteil von 14,4 % an der Gesamtsterblichkeit der Bevölkerung: Koronare Herzkrankheiten, Leberzirrhose, Bronchitis, Folgen aus Unfällen, Diabetes. 1971 betrug ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit bereits 34,9 % (VOGT, 1980, S. 95).

- Nur 30 % der Arbeiter erreichen als Berufstätige das Rentenalter. 70 % werden früher verrentet oder sterben.

Eine Umkehr des ansteigenden Trends für die chronischen Volkskrankheiten konnte trotz allen Fortschritts in der medizinischen Diagnostik und Therapie noch nicht erreicht werden. Da die medizinischen Möglichkeiten der Therapie dieser Erkrankungen auch für die absehbare Zukunft eher pessimistisch einzuschätzen sind und zudem in jedem Fall mit menschlichem Leid und hohen Kosten verbunden sein werden, wird eine wirksame Strategie zur Umkehr dieser Entwicklung vor allem im Abbau von Krankheitsursachen, z. B. auch in der Arbeitswelt, gesehen. Dazu müßte und könnte der betriebliche Arbeitsschutz einen wirksamen Beitrag leisten. Allerdings geht dieses Beurteilungskriterium nicht unmittelbar aus dem Gesetz hervor. Es ergibt sich allerdings aus der gesundheitspolitischen Problemlage. Zudem enthält das Arbeitssicherheitsgesetz auch erstmals den Terminus "arbeitsbedingte Erkrankungen", der die Aufgabenstellung des Arbeitsschutzes weit über die Unfälle und Berufskrankheiten hinausgehend festlegt.

Unter den genannten Aspekten sollen folgende Fragen an die Praxis betrieblichen Arbeitsschutzes gestellt und durch empirisch gesichertes Material beantwortet werden (1).

1. Wie hoch ist der formelle Erfüllungsgrad des Arbeitssicherheitsgesetzes in der betrieblichen Praxis?
2. Welche Wirkung kann der betriebliche Arbeitsschutz auf die Entwicklung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten haben?
3. Welche Möglichkeiten bestehen, den betrieblichen Arbeitsschutz als Teil einer präventiven Gesundheitspolitik zu nutzen, welche Voraussetzungen müssen dafür geschaffen sein?

Einschränkend muß bemerkt werden: Eine direkte Messung der Auswirkungen des betrieblichen Arbeitsschutzes auf das Unfall- bzw. Berufskrankheitengeschehen oder gar in bezug auf den Beitrag des Arbeitsschutzes für übergeordnete gesundheitspolitische Aufgaben kann (noch) nicht geleistet werden. Zu viele Ursachen spielen für die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen Kombinationen eine Rolle, als daß der Anteil einzelner Faktoren am Gesamtgeschehen isoliert werden könnte.

Es werden im folgenden empirische Daten über die Strukturen und Prozesse des betrieblichen Arbeitsschutzes vorgestellt. Aus diesen kann die Wirksamkeit des Arbeitsschutzes nicht unmittelbar abgeleitet werden, es können aber Schlüsse auf seine Wirkungsweise gezogen werden. Alle Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Untersuchung im Sommer 1979.

1. Die formelle Erfüllung des Arbeitssicherheitsgesetzes weist zahlreiche Lücken und Mängel auf

Zum Zeitpunkt der Befragung waren ca. 20 % aller Betriebe, die laut ASiG betriebsärztlich versorgt werden müßten, ohne jede betriebsärztliche Versorgung (2). Auch die Wahrnehmung der vorgeschriebenen Aufgaben bleibt oft mangelhaft: In nur der Hälfte aller Betriebe werden Beschäftigte gründlich in ihren Arbeitsplatz eingewiesen, ein Arbeitsschutzprogramm existiert in nur 40 % der Betriebe, in weniger als der Hälfte der Betriebe fanden Betriebsbegehungen nach einem festgesetzten Programm statt. Dabei hat sich herausgestellt, daß gerade die Betriebsbegehung nicht nur zahlreiche Mängel in der Sicherheitsausstattung von Maschinen und Anlagen zutage bringt, sondern auch ermunternd auf die Beschäftigten wirkt, von sich aus Mängel anzumelden oder gar Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssicherheit und des betrieblichen Unfallschutzes zu äußern. Von dieser Möglichkeit machen immerhin 59 % der Beschäftigten Gebrauch. Ob unter diesen Bedingungen noch von einem weitgehenden Desinteresse der Beschäftigten am Arbeitsschutz gesprochen werden kann, ist zu bezweifeln (s. unten in Abschnitt 3.). Auch wenn es um die Beratung, Planung und Steuerung der Arbeitsschutzaktivitäten im Betrieb geht, werden die gesetzlichen Auflagen nur etwa von der Hälfte aller Betriebe erfüllt: Der Arbeitsschutzausschuß, in dem sich mindestens alle drei Monate ein Vertreter der Arbeitgeber, zwei Betriebsräte, Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und die Sicherheitsbeauftragten nach § 719 RVO zur Beratung "der Anliegen des Arbeitsschutzes der Unfallverhütung" treffen, ist zwar durchschnittlich in fast 70 % aller Betriebe (zumindest auf dem Papier) vorhanden, aber oft werden die Mindesttagungsfrequenzen weit unterschritten, so daß Arbeitsschutzausschüsse, die in den vorgeschriebenen Intervallen tagen, in nur ca. 50 % aller Betriebe vorhanden sind. Dieser Anteil

beträgt auch in Großbetrieben noch weniger als 80 %. Zwar wird von Experten berichtet, daß der Erfüllungsgrad dieser Vorschrift im Vergleich zu anderen (z. B. der Vorschrift, vier Betriebsversammlungen pro Jahr abzuhalten) relativ hoch ist. Allerdings erfordern weder die Einrichtung noch die Durchführung der Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses besondere Vorbereitungen. Für seine Nicht-einrichtung können Zeit-, Geld- oder Organisationsprobleme vernünftigerweise nicht als ausschlaggebend angesehen werden.

Die formelle Nichterfüllung des Arbeitssicherheitsgesetzes durch immerhin die Hälfte aller Betriebe ist in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Arbeitssicherheitsgesetzes oft mit dem Mangel an Betriebsärzten bzw. Fachkräften für Arbeitssicherheit begründet worden. Zum Zeitpunkt unserer Untersuchung trafen diese Gründe durchweg nicht mehr zu. Inzwischen gibt es 11.000 - 12.000 Ärzte, die berechtigt sind, Einsatzzeiten als Betriebsärzte nach dem ASiG abzuleisten und ca. 60.000 Fachkräfte für Arbeitssicherheit - genug, um jeden Betrieb, auf den das ASiG Anwendung findet (zumindest quantitativ) ausreichend zu versorgen (3).

Vielmehr müssen hartnäckigere Strukturwiderstände auf seiten der Unternehmen angenommen werden, die unter bestimmten Bedingungen sogar Ordnungsstrafen in Kauf nehmen anstatt das Arbeitssicherheitsgesetz wenigstens formell zu erfüllen. (Die Ordnungsstrafe für wiederholte Verstöße gegen das ASiG beträgt 10.000,- DM. Die Durchführung des ASiG kann schon dann ein Mehrfaches dieser Summe kosten, wenn der Betrieb auch nur zwischen 200 - 400 Beschäftigte hat.) Zwar ist oft argumentiert worden, Arbeitsschutz sei auch im wohlverstandenen Eigeninteresse der Unternehmen und "jeder Dollar, der für Arbeitsschutz ausgegeben wird, bringe zwei Dollar Gewinn". Die Praxis zeigt jedoch, daß diese Kalkulationen, falls sie überhaupt zutreffen, nur für Großbetriebe Anwendung finden können. Deren Planungshorizont ist weit genug, um solche Rechnungen zumindest langfristig auch bilanzieren zu können. Für die meisten anderen Betriebe ist eine solche Rechnungsweise schlicht praxisfremd. Nach dazu werden in dieser Argumentation keine gesundheitlichen, sondern strikt betriebswirtschaftliche Gründe herangezogen, um die Erfüllung des ASiG durch die Unternehmen zu beschleunigen. Dies kann dazu führen, daß einzelne Elemente und Tätigkeitsfelder des Arbeitssicherheitsgesetzes tatsächlich unter gesundheitsfremden Aspekten für die betriebliche Personalpolitik mißbraucht werden. Auf jeden Fall weisen

die Zahlen aus, daß selbst ein unterstelltes "wohlverstandenes Eigeninteresse der Unternehmen" noch keine hinreichende Bedingung für die Erfüllung der aus dem Gesetz hervorgehenden Normen und Vorschriften ist. Der Erfüllungsgrad hängt vielmehr entscheidend auch von anderen Faktoren ab: Der betriebsärztliche Versorgungsgrad steigt von 63 % bei schwachen Aktivitäten der Belegschaft im Arbeitsschutz auf 92 % bei stark ausgeprägtem Engagement der Beschäftigten in Fragen des betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes.

Bedingt durch den relativ geringen Grad der formellen Erfüllung des Arbeitssicherheitsgesetzes bestehen für viele Beschäftigte keine Chancen auch nur für ein Minimum problemangemessener Sicherheits- und Gesundheitsversorgung am Arbeitsplatz. Darüber hinaus leidet auch die Qualität und Sachgerechtigkeit der Arbeitsschutzaktivitäten der Experten (4). Tagt z. B. der Arbeitsschutzausschuß nicht regelmäßig, ist eine Kontrolle der erledigten bzw. unerledigt verbliebenen Aufgaben nur schwer möglich. Ähnliches gilt für die Erstellung von betrieblichen Arbeitsschutzprogrammen oder/und für Betriebsbegehungen. Arbeitsschutzprogramm und Betriebsbegehungen schaffen die notwendige Transparenz der Probleme des Arbeitsschutzes und zugleich die Transparenz des Handelns der Experten. Die Transparenz des Planens und Handelns der Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb ist zugleich ein bedeutender Faktor für die Aktivitäten der Beschäftigten im Arbeitsschutz. Je mehr Transparenz hergestellt wird, desto aktiver beteiligen sich die Beschäftigten ebenfalls an den Aufgaben des betrieblichen Arbeitsschutzes.

Die formale Erfüllung/Nichterfüllung des Arbeitssicherheitsgesetzes ist so, allein unter gesundheitsrelevanten Kriterien beurteilt, eine notwendige Voraussetzung dafür, daß überhaupt ein präventiv wirkendes betriebliches Arbeitsschutzsystem eingerichtet werden kann. Ob allein diese Voraussetzung jedoch ausreicht, soll im folgenden Abschnitt geprüft werden.

2. Wichtige Handlungsfelder des Arbeitsschutzes bleiben ungenutzt, Teile des Arbeitsschutzes werden zweckentfremdet

Es wäre ein gewichtiger Beitrag des betrieblichen Arbeitsschutzsystems zur Gesunderhaltung oder zur Krankheitsverhütung der Bevöl-

kerung, wenn es gelänge, die Zahl der Unfälle durch Vermeidung der Unfallrisiken und die Zahl der Berufskrankheiten durch entsprechende Maßnahmen spürbar zu senken. Gemäß der gesundheitspolitischen Fragestellung der hier vorliegenden Analyse wäre dies jedoch nur ein Teil des Beitrages, den der Arbeitsschutz im Rahmen einer präventiv orientierten Gesundheitspolitik leisten könnte: Die Konzentration auf Unfall- und Berufskrankheitsverhütung läßt alle jene Faktoren weitgehend unberücksichtigt, die zu arbeitsbedingten Erkrankungen führen. Von diesen sind jedoch (ausgenommen die Unfallfolgen) nur 54 als Berufskrankheit anerkannt. Aus diesem Grunde vermitteln auch die amtlichen Statistiken über den Verlauf des Berufskrankheitengeschehens einen nur sehr unvollständigen Eindruck vom Anteil der Arbeit am Krankheitsgeschehen überhaupt. Zahlreiche Fakten deuten zwar darauf hin, einen Rückgang der Berufskrankheiten anzunehmen, woran sicherlich auch der betriebliche Arbeitsschutz seinen Anteil hat. Gleichzeitig nehmen aber solche Erkrankungen zu, deren Ursachen zum großen Teil in der Arbeitswelt zu finden sind, die aber (noch) nicht als "Berufskrankheiten" oder "arbeitsbedingte Erkrankungen" anerkannt sind.

Ein wirksamer Arbeitsschutz hätte in bezug auf diese Aufgabenstellung folgendes zu leisten: Er sollte einen Beitrag zur Verhütung von Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen leisten, indem mögliche Krankheitsursachen oder Risikostrukturen verändert und/oder abgebaut werden. Dabei ist nicht nur an den technischen Gegebenheiten des Produktionsprozesses anzusetzen (z. B. Maschinenschutz), auch nicht nur an den Arbeitspersonen selbst (z. B. persönliche Körperschutzmittel). Vielmehr weisen sowohl das Krankheitsspektrum in der Bevölkerung als auch zahlreiche empirische Untersuchungen darauf hin, daß gerade in der Arbeitsorganisation (Stichworte: Horizontale und vertikale Integration des Produktionsprozesses, Entstofflichung der Arbeitsvollzüge etc.) viele der Ursachen moderner chronischer Volkskrankheiten liegen. Unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten ist aber die Arbeitsorganisation das schwächste Glied im Betrieb. Hierfür gelten die wenigsten Rechte und Regeln. Die Arbeitsorganisation wird zunehmend das Feld, auf dem die Unternehmen ihren Konkurrenzvorsprung stabilisieren oder ausbauen, da sich hier die größten Rationalisierungsreserven ergeben (NASCHOLD, 1982). Diese Problematik hat keinesfalls den ihr gebührenden Einfluß auf die Tätigkeiten und Handlungsfelder der Arbeitsschutzexperten im Betrieb.

Die Beschäftigten haben ein denkbar geringes Vertrauen in die Tätigkeit von Betriebsärzten und/oder Sicherheitsfachkräften. Auf die Frage "Wer hat sich das letzte Mal um Ihren Arbeitsplatz gekümmert?" geben zwar 35 % den Betriebsrat an, aber nur 14 % die Sicherheitsfachkräfte und sogar nur 9 % den Betriebsarzt. Selbst in den vom Unternehmen eingesetzten "Sicherheitsbeauftragten", der jedoch auch keinerlei soziale Distanz zu den übrigen Beschäftigten aufweist, werden noch mehr Erwartungen als in die Experten gesetzt: Immerhin geben 19 % an, dieser habe sich zuletzt um ihren Arbeitsplatz gekümmert. Noch drastischer fällt das Ergebnis auf die Frage: "An wen würden Sie sich wegen Ihrer Arbeitsbedingungen zuerst wenden?" aus: Nur 1,1 % der Beschäftigten nannte hier den Betriebsarzt und/oder die Sicherheitsfachkraft. Es muß demnach davon ausgegangen werden, daß weder die Sicherheitsfachkräfte noch die Betriebsärzte über einen ausreichenden Vertrauensvorschuß verfügen, der eine funktional sinnvolle Zusammenarbeit zwischen den Beschäftigten und den "Experten" im Arbeitsschutz erst ermöglicht.

Diese Ergebnisse verwundern nicht, wenn sie mit der tatsächlichen Praxis der Betriebsärzte in Verbindung gebracht werden.

Einstellungsuntersuchungen werden in 60 % aller Fälle bei allen Neueinstellungen durchgeführt. Ist ein Betriebsarzt fest angestellt, so müssen 79 % der Beschäftigten eine gesundheitliche Einstellungs-
hürde überwinden, bevor sie (möglicherweise) einen Arbeitsplatz erhalten. 41,4 % der befragten Betriebsräte geben an, bei ihnen werde auch nach gesundheitlichen Gesichtspunkten gekündigt, immerhin 13 % bringen dies in einen unmittelbaren Zusammenhang mit der betriebsärztlichen Untersuchungstätigkeit. Aufgrund dieser Zahlen erscheint die These gerechtfertigt, daß der betriebliche Arbeitsschutz nicht nur dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten dient, sondern für personalpolitische Selektionsprozesse mißbraucht wird. Oft wird die Art der Selektion als Gesundheitsschutz für solche Beschäftigten ausgegeben, die den Anforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes gesundheitlich nicht gewachsen seien. Dies widerspricht sowohl den betrieblichen Fakten als auch, unter mehreren Aspekten, gerade gesundheitspolitischen Überlegungen:

- Zum einen wird das Risiko unsanierter Arbeitsbedingungen auf den einzelnen Beschäftigten abgewälzt, indem er, bei Nichteinstellung zwar nicht die gesundheitlichen Kosten der Arbeit, aber eventuell

die Arbeitslosigkeit tragen muß. 30 % der Arbeitslosen sind bereits "schwer gesundheitlich eingeschränkt", der Anteil steigt. Es existieren darüber hinaus Untersuchungen, die die gesundheits-schädlichen Folgen der Arbeitslosigkeit nachweisen (BÜCHTEMANN, 1982).

- Zum anderen besteht für die Unternehmen kein Grund, die Arbeitsbelastungen zu reduzieren, wenn nur noch "olympiareife" Beschäftigte eingestellt werden. Tendenziell kann damit sogar die Belastung insgesamt höher geschraubt werden, da die Belastungstoleranz des einzelnen Beschäftigten aufgrund der gesundheitlichen Selektion steigt.

Auch die Wirkungsrichtung der Arbeitsschutzmaßnahmen spricht nicht dafür, daß die derzeitige Praxis des Arbeitsschutzes einen funktionalen Beitrag im Sinne präventiver Gesundheitspolitik leisten kann. 26 % (häufigste Nennung) aller Beschäftigten berichten, der Arbeitsschutz konzentrierte sich ausschließlich auf Arbeitsunfälle. Von anderen Belastungen sei nicht die Rede. 27 % der Beschäftigten berichten, bei ihnen würde ausschließlich an das Sicherheitsbewußtsein appelliert oder es würden nur persönliche Körperschutzmittel ausgeteilt. Technische Änderungen werden in nur 19 % aller Fälle vorgenommen, und oft auch dann nur, wenn "schon etwas passiert ist" (17 %).

Diese Zahlen lassen die Aussage zu, daß der betriebliche Arbeitsschutz überwiegend einseitig auf Maßnahmen an Personen orientiert (einseitige Maßnahmegewichtung) und zum anderen einseitig in seiner Wirkung auf die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten gerichtet ist (einseitige Wirkungsrichtung). Unter diesen Bedingungen kann weder davon gesprochen werden, daß der betriebliche Arbeitsschutz wirksam Unfälle oder Berufskrankheiten verhindert, noch daß er einen Beitrag für eine präventiv ausgerichtete Gesundheitspolitik leistet.

In der unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten unzureichenden Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes äußert sich nicht die Unfähigkeit oder der mangelnde Wille von Unternehmen oder/und Betriebsärzten bzw. Fachkräften für Arbeitssicherheit. Vielmehr sorgen tiefgreifende strukturelle Mängel und seit langem bestehende Bedingungen dafür, daß sich ein gesundheitspolitisch sachgerechter Arbeitsschutz

nur zögernd und nicht ohne betriebspolitischen Druck durch die Beschäftigten und ihre Vertretungsorgane durchsetzt.

Das Zusammenwirken folgender Einzelfaktoren hat sich dabei als besonderes Hindernis erwiesen:

- Vor allem die medizinische Profession ist zu sehr einem Denken verhaftet, das aus einer Ursache immer nur eine Wirkung ableitet (das ganze Konzept der Berufskrankheiten beruht darauf). In der Arbeitswelt können jedoch verschiedene einzelne oder eine Kombination von einzelnen Faktoren zu unterschiedlichen Folgen für die Gesundheit führen. Entsprechende Methoden setzen sich jedoch in der Arbeitsmedizin nur langsam durch.
- Die zumindest von den Ärzteverbänden gewollte und lange Zeit betriebene rechtliche und soziale Anbindung der Betriebsärzte an die Unternehmensleitungen führt nicht zu mehr "Unabhängigkeit" der Ärzte, sondern im Zweifelsfalle eher zu deren Einseitigkeit. Dies wird auch nicht dadurch gemildert, daß Betriebsärzte nicht müde werden, sowohl den "Gesundheits"- als auch den "Rentabilitäts"-Effekt ihrer Arbeit zu betonen (ROSENBRÖCK, 1982). Da die Erzielung von möglichst hoher Rentabilität ohnehin das Ziel des Wirtschaftens ist, orientiert sich betriebliches Handeln vorwiegend daran. Unter Gesundheitsaspekten kommt es jedoch vielmehr darauf an, zu erkennen, daß die Erzielung hoher Rentabilität und die Erhaltung von Gesundheit zunächst zwei sich widersprechende Ziele sind. Der Gesundheit nützt man dabei jedoch nur, wenn dieser Widerspruch erkannt und ausgetragen, nicht aber von vornherein unter das Übergewicht der Rentabilitätsorientierung gestellt wird.
- Eine Form der "Lösung" dieses Widerspruches unter prinzipieller Anerkennung der privatwirtschaftlichen Rentabilität ist die sozialpartnerschaftliche Konfliktaustragung zwischen den betrieblichen Interessenparteien. Diese ist in der Bundesrepublik mehr als "Ideologie". Sie ist zur materiellen Handlungsbedingung geworden und durchzieht praktisch alle Bereiche des öffentlichen gesellschaftlichen Lebens. Bezogen auf den Arbeitsschutz heißt dies: Da Arbeitsschutzforderungen z. B. der Belegschaftsvertretungen unter sozialpartnerschaftlichen Konfliktregulierungsformen verhandelbar sein müssen, werden die Kriterien der Meßbarkeit und Kalkulierbarkeit an sie gelegt. Nur dann können sie scheinbar "objektiv" und nicht interessengebunden erscheinen und sind unter den

gegebenen Verhältnissen verhandelbar. D. h. aber auch: Es werden nur solche Forderungen verhandelt, die diesen Kriterien entsprechen, oder weitergehende Forderungen werden auf diese Kriterien umgestutzt. Somit reproduziert sich in der Form der sozialpartnerschaftlichen Konfliktregulierung die eingeschränkte Methodik der Arbeitsmedizin: Nur was unmittelbar meßbar und kalkulierbar ist und eindeutig bestimmten Ursachen zugerechnet werden kann, wird als gesundheitsrelevant angesehen. Damit werden jedoch zahlreiche arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme, die eben nicht unmittelbar meßbar und voraussehbar (kalkulierbar) sind, aus dem Problemfeld der Arbeitsmedizin und der betriebsärztlichen Verhandlungbarkeit herausgeschnitten.

- Sowohl durch die Methode der Arbeitsmedizin (und auch der Arbeitswissenschaften im allgemeinen) als auch durch die Form der sozialpartnerschaftlichen Konfliktregulierung wird das Problemfeld des betrieblichen Arbeitsschutzes verkürzt. Diese Verkürzung findet ihre Entsprechung in den Gesetzen und Normen, mit denen der betriebliche Arbeitsschutz geregelt wird. Arbeitssituationen, die als besonders risikoreich für die Entstehung moderner Volkskrankheiten eingeschätzt werden müssen, bleiben weitgehend unverregelt und dem alleinigen Entscheidungsspielraum des Unternehmens überlassen. Freilich wird dieser Entscheidungsspielraum begrenzt durch die Tätigkeit der betrieblichen Interessenvertretung der Arbeitnehmer, durch Tarifverträge, Betriebsvereinbarungen etc. Gerade der gesundheitspolitisch relevante Bereich der Entstehungsbedingungen chronischer Volkskrankheiten fällt jedoch aus dem Regelungsfeld des betrieblichen Arbeitsschutzes heraus.

3. Die Beschäftigten werden belehrt und ermahnt, - ihre Fähigkeiten zur aktiven Gestaltung des Arbeitsschutzes bleiben ungenutzt

Gedruckt findet man es selten, aber die Argumentation ist jedem vertraut, der sich mit Belangen des Arbeitsschutzes befaßt: Die Beschäftigten selbst werden oft als das größte Hindernis bei der Realisierung von Arbeitsschutzmaßnahmen angesehen. Sie seien uninteressiert, und die Lohnhöhe rangiere in der Werteskala weit vor dem Schutz der eigenen Gesundheit. Selbst Betriebsräte erliegen oft genug diesem Trugschluß: 63 % von ihnen sind der Meinung, daß ihre

"Kollegen lieber mehr Geld haben wollen" und dafür Belastungen in Kauf nehmen, 31,3 % nennen als Hauptschwierigkeiten bei der Durchsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen die "mangelnde Unterstützung durch die Kollegen".

Diese Wahrnehmung widerspricht in erheblichem Umfang den Realitäten. Es ist bezeichnend für die Strukturen und Prozesse des betrieblichen Arbeitsschutzes, daß die tatsächlich vorhandenen gesundheitsbezogenen Aktivitäten der einzelnen Beschäftigten weder von den Betriebsräten noch den Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften als solche wahrgenommen werden.

Es wurde bereits erwähnt, daß 60 % der Beschäftigten schon einmal einen Vorschlag zur Verbesserung der Arbeitssituation geäußert haben, 70 % dieser Vorschläge wurden realisiert. Dies spricht jedoch nicht unbedingt für die Effizienz des betrieblichen Arbeitsschutzsystems. Oft handelt es sich um Maßnahmen, die ohnehin hätten durchgeführt werden müssen und die durch das betriebliche Arbeitsschutzsystem erst dann aufgegriffen wurden, als die Beschäftigten darauf gedrängt haben. Bereits hier zeigt sich, daß Aktivitäten auch einzelner Beschäftigter im Arbeitsschutz dazu führen können, daß das Arbeitsschutzsystem seine vorgeschriebenen Aufgaben besser wahrnimmt.

Der Problembereich "Mehrarbeit, Arbeitsschutz, Arbeitsbedingungen" ist ohnehin konfliktrichtig. 26,5 % aller Konflikte in den letzten 12 Monaten betrafen diese Probleme.

Auch in Gesprächen unter Kollegen ist das Thema Arbeit und Gesundheit zu 46 % "häufig" Gegenstand der Diskussion; die Höhe der individuellen Betroffenheit durch die Arbeitsbelastungen zeigt sich auch daran, daß immerhin 36,6 % der Beschäftigten bereit sind, weniger Lohn in Kauf zu nehmen, wenn dadurch die Arbeit erleichtert würde.

In bezug auf den einzelnen Beschäftigten im betrieblichen Arbeitsschutz kann eher von einem relativen Überschuß an individueller Belastungserfahrung, Gesundheitsbewußtsein und Problemthematisierung gegenüber der realisierten Bewältigungskapazität des Arbeitsschutzsystems gesprochen werden.

Auch das Arbeitsschutzhandeln der Beschäftigten ist weiter entwickelt als es den Anschein hat: 54 % der Vertrauensleute greifen

Probleme von "Arbeit und Gesundheit" auf, 49 % von ihnen beraten und unterstützen "häufig" ihre Kollegen in Fragen des Arbeitsschutzes. In fast 80 % aller Betriebsräte ist mindestens ein Mitglied in Fragen des Arbeitsschutzes geschult worden. Immerhin 58 % der Betriebsräte rufen "häufig" oder "manchmal" die Gewerbeaufsicht an, wenn bestimmte gesetzliche Vorschriften im Betrieb trotz langen Drängens nicht durchgeführt wurden. Offensichtlich führen diese Aktivitäten dazu, daß die Beschäftigten in allen Fragen des Arbeitsschutzes mehr Vertrauen in die Tätigkeit ihrer Vertreter legen als in die der Arbeitsschutzexperten. Mehr als 50 % würden sich mit Problemen an ihrem Arbeitsplatz an den Betriebsrat wenden; in 57 % der Fälle war es der Betriebsrat, der sich zuletzt um den Arbeitsplatz der Befragten gekümmert hat.

Die Aktivitäten, Erfahrungen, Kompetenzen der Beschäftigten, die sich aus der Nähe und aus der Kontinuität ergeben, mit denen sie diesen Problemen ausgesetzt sind, werden oft weder von der Belegschaftsvertretung noch von den Arbeitsschutzexperten aufgenommen. Anders als z. B. in den skandinavischen Ländern (vgl. HAUSS, 1981) und in Kanada existiert in der Bundesrepublik kein Arbeitsschutzdelegierter der Beschäftigten, der nur an das gesundheitspolitische Votum seiner Wähler gebunden wäre und so die Gesundheitsinteressen der Beschäftigten vorrangig vor allen anderen Gesichtspunkten vertreten kann. Freilich wäre es notwendig, solche Arbeitsschutzdelegierte mit entsprechenden Rechten auszustatten, so daß sie ihre Funktion effektiv ausfüllen können. Daß dies sowohl der Aktivierung der Beschäftigten als auch der besseren Berücksichtigung der Gesundheitsinteressen im Betrieb dient, hat das skandinavische Beispiel gezeigt.

Das Handeln der Belegschaftsvertreter orientiert sich häufig an den vorgeschriebenen Maßnahmen des herkömmlichen Arbeitsschutzes, ohne über diese hinauszugehen. Damit verbleiben Betriebsräte oft im traditionellen Handlungsmuster des Arbeitsschutzes und reproduzieren teilweise durch die eigene Arbeitsschutzpraxis die Verkürzung des Problemhorizonts und die einseitige Maßnahmegewichtung der Arbeitsschutzexperten.

Allerdings muß auch erwähnt werden, daß mit steigenden Belegschaftsaktivitäten im Arbeitsschutz jene Maßnahmen durch das professionelle

Arbeitsschutz-System eher erfüllt werden, die ohnehin in das Aufgabengebiet der Arbeitsschutz-Experten fallen: Überall dort, wo Betriebsräte in Fragen des Arbeitsschutzes engagiert sind, wird das ASiG vollständiger erfüllt und damit ein gewisser Mindeststandard des Arbeitsschutzes in den Betrieben erreicht.

4. Schlußfolgerungen

Die Analyse des Arbeitsschutz-Systems hat gezeigt, daß die einzelnen Beschäftigten sicherlich nicht als wesentliches Hindernis bei der Durchsetzung des Arbeitsschutzes angesehen werden können, sondern daß gerade in ihrer individuellen und kollektiven Erfahrung und Belastungsbetroffenheit eine bisher ungenutzte Handlungsressource im betrieblichen Arbeitsschutz liegt. Hier findet sich auch Grund dafür, daß an Personen gerichtete Appelle und Maßnahmen zu sicherheitsgerechtem Verhalten sich als relativ wirkungslos erweisen (vgl. LANDESVERBAND, 1976): Da die einzelnen Beschäftigten bereits über relativ umfassende Problemkenntnisse verfügen, mangelt es nicht an der Vermittlung von Kenntnissen und moralischen Aufforderungen, sondern am Bereitstellen von Handlungswissen und vor allem an Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Solche Möglichkeiten werden aber besonders unter den folgenden Gesichtspunkten zum funktionalen Erfordernis einer effizienten, d. h. präventiv orientierten Gesundheitspolitik im Betrieb:

Die Kompetenz der Beschäftigten für die Erfassung und Bewältigung von Arbeitsbelastungen kann unter bestimmten Voraussetzungen eine notwendige Ergänzung des arbeitsmedizinischen Handelns sein. Es wurde bereits dargestellt, daß die herkömmliche Arbeitsmedizin heute nicht in der Lage ist, alle gesundheitsrelevanten Arbeitsbelastungen zu erfassen, geschweige denn, Möglichkeiten zu ihrer Bewältigung bereitzustellen.

Eine systematisch betriebene Erfassung und Auswertung der Belastungserfahrung der Beschäftigten könnte jedoch dazu führen, daß die dringendsten betrieblichen Belastungsprobleme bekannt und erkannt werden. Beispiele aus der italienischen Arbeitermedizin, aber auch Modellversuche z. B. in einer Bremer Werft (BROCK u. a., 1980; vgl. auch den Beitrag von BROCK und EINEMANN in diesem Band) zeigen, daß durch die Einbeziehung der Beschäftigten in den betrieblichen Arbeitsschutz ein Melde- und Warnsystem aufgebaut werden kann, mit dessen

Hilfe das Handlungsfeld der Betriebsärzte auch auf solche Belastungen ausgedehnt werden kann, die der herkömmlichen arbeitsmedizinischen Erfassung bislang entgangen sind.

Die Einrichtung eines betrieblichen Belastungsmelde- und -warnsystems bedeutet jedoch noch nicht, daß daraus unmittelbar eine größere Bereitschaft und Fähigkeit der Betriebsärzte folgen würde, die eigene Tätigkeit auf die von den Beschäftigten genannten Belastungsarten auszudehnen und tatsächlich einen präventiven Arbeitsschutz zu praktizieren. Dem stehen, wie bereits erwähnt, zahlreiche, durch einzelwirtschaftliche Interessen bedingte, strukturelle Widerstände entgegen.

Werden jedoch Bedingungen für ein belegschaftsgetragenes Melde- und Warnsystem geschaffen, so ergeben sich dadurch nicht nur ein zusätzliches Erkenntnispotential für Arbeitsbelastungen, sondern auch ein Durchsetzungspotential zur Realisierung entsprechender Maßnahmen. Denn die betrieblichen Widerstände, die einer gesundheitspolitisch effektiven Arbeitsschutz-Praxis entgegenstehen, sind vielfältig und bedürfen deswegen auch der politischen Überwindung und eines entsprechenden Druckes. Sie bestehen - langfristig gesehen - nicht nur in der Rentabilitätsorientierung des Unternehmens oder in der Inkompetenz der Arbeitsmedizin zur Lösung der vielfältigen betrieblichen Gesundheitsprobleme. Zusätzlich können nur durch konkretes Handeln solche Sichtweisen verändert werden, die z. B. in Krankheiten oder Befindlichkeitsstörungen "individuelles Versagen" sehen, das allenfalls durch die Medizin oder durch persönliche Verhaltensänderungen ausgeglichen werden kann. Die Analyse der Belastungswahrnehmung im Betrieb hat z. B. gezeigt, daß vor allem solche Befindlichkeitsstörungen von den Beschäftigten wahrgenommen werden, die plausibel auf ihre Ursachen in der Arbeitswelt zurückgeführt werden können (z. B. Kopfschmerzen durch unzureichende Klimatisierung). Sobald jedoch dieser Zusammenhang nicht mehr unmittelbar plausibel war, wurden die Gründe für die Befindlichkeitsstörungen personalisiert und eine Lösung allein in der Medizin gesehen. Ein ähnlicher Zusammenhang ergibt sich für die Betroffenheit von Arbeitsbelastungen. Je mehr Beschäftigte sichtbar von Arbeitsbelastungen betroffen waren, desto eher wurden diese Arbeitsbelastungen als mögliche Arbeitsschutzprobleme thematisiert; d. h. konkret: je intensiver sich z. B. Betriebsräte darum bemühen, daß im Betrieb Möglichkeiten

geschaffen werden, damit über die (gemeinsamen) Arbeitsbelastungen gesprochen wird, desto höher wird der Problemdruck für das Unternehmen sein, Lösungen für diese Probleme bereitzustellen.

Die Schaffung struktureller, prozessualer und organisatorischer Möglichkeiten dafür, daß die Beschäftigten stärker am betrieblichen Arbeitsschutz beteiligt werden können, ist zunächst die dringendste Voraussetzung für eine Arbeitsschutzpolitik, die zur Prävention der modernen Volkskrankheiten beitragen kann.

Als gesundheitspolitische Ansatzpunkte für solche Entwicklungen bieten sich an:

- Schaffung eines von den Beschäftigten gewählten betrieblichen Gesundheitsbeauftragten anstelle der derzeit vom Unternehmer eingesetzten Sicherheitsbeauftragten (nach § 719 RVO), wie es z. B. seit 1977 von der IG Metall gefordert wird.
- Verankerung direkter Betroffenenrechte wie z. B. in skandinavischen und kanadischen Arbeitsschutzsystemen (Recht auf vollständige Information über gesundheitsrelevante Arbeitsbelastungen, Recht auf Arbeitsverweigerung bei vermuteter Gesundheitsschädlichkeit, Recht auf Mitgestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen, Recht auf jederzeitige Anrufung der staatlichen Aufsichtsorgane).
- Aktualisierung und Modernisierung der gewerkschaftlichen und berufsgenossenschaftlichen Schulung über den Problembereich Arbeit und Gesundheit unter verstärkter Berücksichtigung des Umstandes, daß betriebliche Gesundheitspolitik ein integraler Bestandteil betrieblicher Austausch- und Konfliktprozesse ist.

Über solche auf die Rolle der Beschäftigten zielenden Ansatzpunkte darf indes die staatliche Aufgabe der normativen Setzung von Rahmenbedingungen nicht vernachlässigt werden. Hierzu zählt u. a. die Effektivierung der staatlichen Aufsicht zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten aus dem Arbeitssicherheitsgesetz (z. B. bei der Bestellung von Betriebsärzten, Einrichtung von Arbeitsschutzausschüssen, Durchführung regelmäßiger Betriebsbegehungen, Beachtung der Schweigepflicht etc.). Langfristig wird sich die Herausnahme der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte aus der juristischen, ökonomischen und sozialen Abhängigkeit von der Unternehmerseite als unabdingbar erweisen.

Anmerkungen

- (1) Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf eine Untersuchung, die im Sommer 1979 vom Projekt "Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitspolitik" am Internationalen Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung/Arbeitspolitik von den Mitarbeitern F. HAUSS, H. KÜHN, R. ROSENBROCK durchgeführt wurde. Die empirischen Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung, die an elf Gewerkschaftsschulen durchgeführt wurde. Dabei kamen 1.402 Fragebogen zur Auswertung. Die Ergebnisse sind im einzelnen in folgenden Monographien dargestellt: F. HAUSS: "Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb" (erschient 1982), H. KÜHN: "Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten" (1982), R. ROSENBROCK: "Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb" (1982), alle: Campus Verlag, Frankfurt/New York.
- (2) Diese Angaben vermitteln sogar noch ein zu positives Bild, da der Versorgungsgrad durch Betriebsärzte mit wachsender Betriebsgröße steigt und in dieser Untersuchung Großbetriebe überproportional vertreten waren.
- (3) Von den ca. 12.000 Betriebsärzten arbeiten nur ca. 2.500 vollamtlich, für die anderen ist dies ein Nebenerwerb. Weniger als 600 Ärzte verfügen bislang über die Gebietsbezeichnung (Facharzt), ca. 2.000 über die Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin". Die übrigen knapp 80 % haben lediglich Kurzlehrgänge in Betriebsmedizin durchlaufen. Von den 60.000 Sicherheitsfachkräften übt weniger als ein Siebtel diese Funktion vollamtlich aus. Für über 50.000 Sicherheitsfachkräfte ist Arbeitssicherheit nur ein Arbeitsgebiet neben anderen (z. B. als Produktionsmeister, Vorarbeiter etc.).
- (4) Es gibt zahlreiche Fälle, in denen Unternehmen nur "auf dem Papier" arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch versorgt sind. Zahlreiche freiberufliche Betriebsärzte, aber auch auf privatwirtschaftlicher Rentabilitätsbasis getragene arbeitsmedizinische Zentren bieten einen sogenannten "Nichterscheidungs-Service" an. D. h., die zwischen Unternehmen und Arzt vereinbarte Leistung besteht darin, daß gerade keine oder nur einige wenige Leistungen entsprechend dem Aufgabenkatalog des § 3 ASiG durchgeführt werden. Beispiele dazu siehe: Der Gewerkschaftler, Heft 6, 1982.

Literatur

BROCK, A. u. a.: Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft - Ansätze einer Arbeitermedizin in der BRD, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Argument-Sonderband AS 58, Berlin 1980, S. 49 ff.

BÜCHTEMANN, Chr.: Arbeitsbelastungen - Arbeitsverschleiß - Arbeitsrisiko, in: HAUSS, F. (Hg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, Frankfurt/New York 1982

DEPPE, H. U.: Industriearbeit und Medizin, Frankfurt 1973

HAUSS, F.: Betriebliche Mitbestimmung und Arbeitsschutz in Schweden, Veröffentlichungreihe des IIVG/Arbeitspolitik, Berlin 1981

LANDESVERBAND RHEINLAND-WESTFALEN DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN: Unfallverhütung im Plakat, Essen 1976

NASCHOLD, F.: Zu einigen Grundproblemen der gegenwärtigen Belastungsforschung, in: FRICZWEWSKI u. a. (Hg.): Arbeitsbelastungen und Krankheit bei Industriearbeitern, Frankfurt/New York 1982

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

SPINNARKE/SCHORK: Arbeitssicherheitsrecht, Kommentar zum Arbeitssicherheitsgesetz, Karlsruhe 1979

SOHNIUS, R.: Der Betriebsarzt: Partner der Industrie, in: Der Arbeitgeber Nr. 7/32, 1980

VOGT, W.: Die Wirksamkeit der Arbeitswelt bei der Entstehung von Volkskrankheiten - eine unterdrückte Fragestellung, in: SCHÖNBÄCK, W. (Hg.): Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt, München 1980