

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Medizinischer Arbeitsschutz - eine offene Forderung

Arbeitsmarkt Ruhrgebiet: regionaler Informationsdienst

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1983) : Medizinischer Arbeitsschutz - eine offene Forderung, Arbeitsmarkt Ruhrgebiet: regionaler Informationsdienst, Innovationsförderungs- und Technologietransfer-Zentrum der Hochschulen des Ruhrgebietes, Bochum, Vol. 2, Iss. 5, pp. 36-38

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122995>

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>.

Rolf Rosenbrock

Medizinischer Arbeitsschutz - eine offene Forderung

*Seit nunmehr fast einem Jahrzehnt ist das "Arbeitssicherheitsgesetz" in Kraft. Sein Grundgedanke war und ist, daß Primärprävention im Betrieb einen Beitrag leisten muß bei der Bekämpfung jener arbeitsbedingten Volkskrankheiten, deren Zunahme das herkömmliche Gesundheitssystem nicht verhindern konnte. In Sonntagsreden wird es gern als "Jahrhundertgesetz" oder als "im Kern bewährt" gefeiert. Will man indes zu begründeteren Aussagen über Entwicklungstendenzen des Arbeitsschutzes gelangen, so muß seine Stellung zwischen zwei zentralen Einflußgrößen beleuchtet werden: den innerbetrieblichen Abhängigkeitsstrukturen einerseits und der Entwicklung der ökonomischen Gesamtsituation andererseits. Dies war Gegenstand eines größeren Forschungsprojekts am Internationalen Institut für vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin (IIVG/AP).**

Unter der schon zu Beginn der siebziger Jahre wichtiger werdenden Nebenbedingung der Kostenneutralität für den Staat und der Kostenminimierung für die Unternehmen wurde eine Reihe von Vorschriftenwerken geschaffen, die dem Abbau gesundheitsbeeinträchtigender Verhältnisse in der Arbeitswelt dienen sollten. Unter diesen nimmt seit 1974 das "Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (Arbeitssicherheitsgesetz, ASiG) eine besondere Stellung ein,

- weil den Unternehmen damit erstmals die Einrichtung einer professionellen, gesundheitsbezogenen Instanz im Betrieb zur Pflicht gemacht wird,
- weil die Aufgabenstellung für diese Instanz die schon klassische Problemreduktion des Arbeitsschutzes auf Unfälle und anerkannte Berufskrankheiten überwindet. Erstmals findet sich die Formel "Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen" in einem Gesetz (§ 3,3,c ASiG).

Den beachtlichen Fortschritten bei der gesetzlichen Programmformulierung stehen breite Lücken auf den Ebenen der Reichweite und der Instrumente gegenüber:

- Das Gesetz ist nicht flächendeckend, die zum Teil besonders gravierenden Arbeitsschutzprobleme der Klein- und kleinen

Mittelbetriebe, in denen fast 50 % der abhängig Beschäftigten arbeiten, bleiben unbearbeitet.

- Das Arbeitsschutz-System produziert keine Informationen über sich selber, eine Berichtspflicht wurde auf Druck der Arbeitgeber aus dem Gesetz entfernt, die Mehrzahl der Arbeitsmediziner und Sicherheitsingenieure sucht zumindest nicht die Kommunikation mit der wissenschaftlichen und politischen Öffentlichkeit.
- Aus dem gleichen Grunde gibt es auch kaum nennenswerte Ansätze zur systematischen Erfassung der gesundheitlichen Belastungen und Beanspruchungen der Arbeitswelt für die so dringend benötigte Arbeitsepidemiologie.
- Die für die Kontrolle der Einhaltung des Gesetzes zuständigen Gewerbeaufsichtsämter sind aus Gründen der Kapazität und der Motivation hierfür durchweg nicht zureichend in der Lage.

Die Ausgestaltung des Arbeitsschutzes ist deshalb - staatlich gewollt - Gegenstand des Austausch- und Konfliktprozesses im Betrieb. Die insgesamt wichtigste Einflußgröße ist unter den gegebenen Bedingungen die wirtschaftliche Konjunkturlage mit ihren differenzierten und vielfach vermittelten Auswirkungen auf die einzelnen Branchen, Regionen, Unternehmen und Betriebe. Die Auswirkungen der Wirtschaftskrise betreffen dabei sowohl Handlungstyp und Handlungsspielraum des betrieblichen Management als auch die Existenz, das Ausmaß und die Wirkungsrichtung des professionellen Arbeitsschutzes wie letztlich die Möglichkeit der Beschäftigten, Gesundheitsinteressen zu artikulieren und durchzusetzen.

Primat des Kostendenkens

Dieser Einfluß wird durch das Gesetz keineswegs durchgängig gebrochen. Betriebswirtschaftlich auf kurze Frist orientiertes Kostendenken kann z.B. dazu führen, daß gesetzlich vorgeschriebene Strukturen z.T. gar nicht erst geschaffen werden: In fast 20 % der dazu verpflichteten Betriebe war nicht einmal formell ein Mediziner als Betriebsarzt bestellt. In Mittelbetrieben zwischen 100 und 500 Arbeitnehmern beträgt diese Quote 30%. Wo Betriebsärzte bestellt sind, ist davon auszugehen, daß sie unabhängig von der jeweiligen Vertragsform rechtlich und wirtschaftlich von der Unternehmerseite abhängig sind. Dies führt insgesamt dazu, daß Handlungen oder Unterlassungen, die mit dem erklärten oder vermuteten Interesse der Unternehmerseite in Einklang stehen, weniger begründungspflichtig sind und geringerer Durchsetzungsanstrengungen bedürfen als

Handlungen bzw. Unterlassungen, bei denen dies nicht der Fall ist. Dieser permanente, durchaus nicht immer spürbare oder gar offen artikuliert Druck bzw. Sog führt tendenziell dazu, daß der Zugriff des Management auf die Leistungen und die Fachkunde der Professionals erheblich leichter und direkter ist, als der der Belegschaft und des Betriebsrates. Die gesetzlich postulierte "Unabhängigkeit der Anwendung der Fachkunde" (§ 8 ASiG) erweist sich so innerhalb gewisser Grenzen als Fiktion.

Betriebsarzt als "Aussortierer"?

Verstärkt wird diese Tendenz dadurch, daß die Mehrzahl der Betriebsärzte aufgrund ihrer Herkunft, ihrer Ausbildung und ihres sozialen Status im Betrieb (angestellter Akademiker bzw. als Vertragspartner unmittelbar der Unternehmensleitung zugeordnet) dazu tendiert, sich stärker mit den Interessen des Management zu identifizieren als mit denen der Beschäftigten. Aus dieser Konstellation resultiert die durchaus nicht nur abstrakte Gefahr, den betriebsärztlichen Dienst für personalwirtschaftliche Managementziele (und zwar auf allen Gebieten der Personalwirtschaft: Personalbedarfsermittlung, Personalbeschaffung, Personalentwicklung und -weiterbildung, Personaleinsatz, Leistungsstimulation, Personal-"Freistellung") zu funktionalisieren. Dies soll am Beispiel der Personalselektion illustriert werden.

Betriebsärzte verwenden einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit auf Untersuchungen am Menschen. Die Schätzungen liegen zwischen 30 und 75 %, teilweise bei über 90 %. Neben den vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen spielen die Einstellungsuntersuchungen die wichtigste Rolle. Entgegen den gesetzlichen Vorschriften werden sie durchweg innerhalb der vorgeschriebenen Einsatzzeiten durchgeführt. Einstellungsuntersuchungen werden in mehr als zwei Dritteln der betriebsärztlich versorgten Betriebe vorgenommen. Besonders in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit haben Einstellungsuntersuchungen objektiv und noch stärker subjektiv für die Arbeitsplatzanwärter den Charakter von Personalselektion. Über den quantitativen Selektionseffekt gibt es keine verlässlichen Daten, Bekanntgewordene Beispiele zeigen Quoten von ca. 30 %. Befragte Betriebsräte schätzten in Experteninterviews den Anteil der "aussortierten" Arbeitsplatzbewerber zwischen 20 und 50 %, Betriebsärzte lagen in ihren Angaben zwischen "nicht der Rede wert" und 30 %.

Die körperliche Untersuchung durch den Betriebsarzt ist für den Noch-nicht-Arbeitnehmer 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, dem gegenüber 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 Personaleingangselektion gestiftet. Mehr als ein Viertel der befragten Arbeitnehmer faßt als mögliche Folge einer betriebsärztlichen Routineuntersuchung den Verlust des Arbeitsplatzes ins Auge; über 40 % der befragten Betriebsärzte, die nach dem BetrVG von jeder Kündigung schriftlich unterrichtet werden, sind der Überzeugung, daß auch bei Entlassungen gesundheitliche Gründe eine Rolle spielen; bei Vorkarbeit innerhalb der letzten 12 Monate beträgt 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".

Leistungshemmende Faktoren

Die Bereitschaft von Betriebsärzten, auf direkte oder indirekte Wünsche des Management nach vor allem personalpolitischer Funktionalisierung ihrer Tätigkeit einzugehen, hängt neben subjektiven vor allem von materiellen Faktoren ab. Unter diesen spielt die Herausbildung eines eigenen Marktes für

arbeitsmedizinische Leistungen nach Inkrafttreten des ASiG eine wichtige Rolle. Besonders in industriellen Ballungsgebieten sind die Konkurrenzparameter auf diesem Markt nicht nur der Preis pro Einsatzstunde, sondern auch die Kompatibilität der angebotenen Leistungen mit den Wünschen des Management.

Hier lassen sich immense Unterschiede in Umfang, Richtung und Qualität arbeitsmedizinischer Leistungen ausmachen. Da gibt es die vertraglich vereinbarte "Nicht-Leistung" durch niedergelassene Ärzte; die Verpflichtung von (meist arbeitgebergetragenen) arbeitsmedizinischen Zentren, in denen kein Arzt tätig ist; berichtet wird auch von formellen oder informellen Verpflichtungen des Betriebsarztes, Betriebsbegehungen und/oder Sprechstunden und Untersuchungen innerhalb des Betriebes zu unterlassen bzw. die Tätigkeit auf Untersuchungen und Erste Hilfe zu beschränken. Manchen Betriebsärzten wird auch nahegelegt, grundsätzlich auf Vorschläge zu verzichten, deren Realisierung Investitionen zur Folge hätten. Besonders aus arbeitgebergetragenen Zentren wird berichtet, daß dort angestellte Ärzte, die sich intensiv für primärpräventive Arbeitsschutzmaßnahmen einsetzen bzw. sich um engen Kontakt mit Betriebsräten in den betreuten Betrieben bemühen, häufig in raschem Wechsel jeweils anderen Betrieben zugewiesen werden, wodurch die notwendige Kontinuität der Kooperation nicht zustande kommen kann. Gegen solche Strategien sind sowohl die angestellten Ärzte als auch die betroffenen Betriebsräte formell machtlos.

Am anderen Ende der Skala finden sich technisch hoch ausgerüstete arbeitsmedizinische Zentren mit festangestelltem Personal und eigenem Weiterbildungsprogramm. Die für die gesundheitspolitische Wirksamkeit wichtige Kontinuität der Betreuung ist bei dieser Lösung allerdings dadurch stark eingeschränkt, daß die Arbeitsmediziner meist nur zu Betriebsbegehungen, Sitzungen und ggf.

Sprechstunden im Betrieb anwesend sind, während die körperlichen Untersuchungen im Zentrum stattfinden. Diesen Nachteil weist der (wegen der Einsatzzeiten meist erst in Betrieben ab 2.500 Arbeitnehmern vorkommende) festangestellte Betriebsarzt nicht auf. Dafür ist er als Angestellter des betreuten Betriebes öfter und stärker Managementwünschen nach personalpolitischer Funktionalisierung seiner Tätigkeit ausgesetzt.

Ärzte in allen Typen der Versorgung stehen auch häufig unter dem Druck der Verletzung ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Personalabteilung (§ 203 StGB), in Einzelfällen wird über den Betriebsarzt der Zugang zu den Patientenunterlagen behandelnder Ärzte eröffnet. Die Zuordnung der Arbeitsmediziner zur Unternehmensleitung enthält keine wirksamen Schranken gegen derartigen Mißbrauch der ärztlichen Tätigkeit. Sowohl die Tendenz des Managements zu Strategien der Personalselektion als auch die tendenzielle Bereitschaft von Betriebsärzten, auf solche Zumutungen einzugehen, nehmen in Phasen der ökonomischen Krise und hoher Arbeitslosigkeit sicherlich nicht ab.

Die konjunkturelle Lage übt nicht nur auf das Management und die Betriebsräte ihren Einfluß aus: In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und bei schlechter Geschäftslage sind Arbeitnehmer und Betriebsrat in erheblich höherem Umfang gezwungen, gesundheitliche Zumutungen im Produktionsprozeß hinzunehmen bzw. sogar auf die Durchsetzung rechtlich abgesicherter Schutznormen des Arbeitsschutzes zu verzichten. Der Kalkulationszwang "Arbeitsplatzsicherheit bzw. Lohnbestandteile gegen Gesundheitsinteressen" schwächt so auch das Widerstandspotential der betroffenen Arbeitnehmer und beeinflusst die Betriebsverfassungs-Wirklichkeit zu ihren Ungunsten.

Dabei wäre die authentische, von Angst und Mißtrauen befreite Artikulation der Gesundheitsbeschwerden durch die Beschäftigten der gesundheitspolitisch aussichtsreichste Weg zur Erforschung und Prävention der arbeitsbedingten Massenerkrankungen. Auf diese Weise könnten durch frühzeitige Symptomwahrnehmung sowohl bislang naturwissenschaftlich nicht meßbare, aber eminent wichtige Beanspruchungen sowie körperliche und psychische Reaktionen auf Mehrfachbelastungen erfaßt werden. Nutznießer wäre sowohl die arbeitsmedizinische Forschung als auch die betriebliche Primärprävention. Die Beschäftigten verfügen durch die Kontinuität und Kontextnähe ihrer Belastungserfahrungen über sowohl diagnostische als auch für präventive Maßnahmen des Gesundheitsschutzes nutzbar zu machende Gestaltungs-Kompetenz. Diese kann durch die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte keinesfalls ersetzt, sie könnte aber unter entsprechenden Rahmenbedingungen sinnvoll aufgenommen und ergänzt werden. Gestützt wird diese These sowohl durch Erfahrungen aus der italienischen Arbeitsmedizin, Regelungserfahrungen aus Schweden und Kanada, aber auch durch Modellinterventionen in deutschen Betrieben. Auch die Erfolge mit "Qualitäts-Zirkeln" könnten auf Probleme



Betriebsärzte: Hilfstuppe der Personalwirtschaft?

der betrieblichen Gesundheitspolitik übertragen werden.

Zwischenbilanz negativ

Im Arbeitsschutz der Bundesrepublik sind Ansätze zur Umsetzung solcher gesundheitspolitisch vielversprechender Konzepte bislang kaum zu erkennen. Stattdessen ist die "Dominanz der Experten" ungebrochen: Nur eine Minderheit der Betriebsärzte nimmt die frühen Symptomwahrnehmungen der Beschäftigten überhaupt zur Kenntnis, noch weniger stellen einen Bezug zu einer zugrundeliegenden Belastungskonstellation her, nur in Ausnahmefällen werden daraus Konsequenzen im Sinne einer Verhältnisprävention gezogen.

In weniger als der Hälfte der Betriebe finden die vorgeschriebenen gemeinsamen Betriebsbegehungen von Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft (§ 10 ASiG) überhaupt nach einem erkennbaren Programm statt. Damit fehlt in der Mehrzahl der Betriebe de facto die elementare Voraussetzung dafür, daß sich die Betriebsärzte über die Belastungskonstellation an den Arbeitsplätzen sachkundig machen. Dies hat in der betrieblichen Praxis zwei Konsequenzen:

- Nur einer Minderheit von Betriebsärzten wird die Diskrepanz zwischen den real existierenden Gesundheitsproblemen im Betrieb und der weitgehenden Verkürzung des Arbeitsschutzes auf körperliche Untersuchungen und technisch definierte Einzel-Normen zum sinnlich wahrnehmbaren Problem.
- Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte spielen als Ansprechpartner für Arbeitsprobleme praktisch keine Rolle: über 50 % der Befragten wenden sich mit solchen Problemen an den Betriebsrat, mehr als 40 % an den betrieblichen Vorgesetzten; an den Betriebsarzt denken dabei 0,6 % und an die Sicherheitsfachkräfte 0,5 %.

Angesichts dieser eher negativen Zwischenbilanz und dem vorläufigen Scheitern eines neuen Arbeitsschutzgesetzes im Jahre 1982 kommt gesundheitspolitischen Initiativen unterhalb der Ebene der gesetzlichen Regelungen besondere Bedeutung zu. Vieles spricht dafür, daß das Thema "Gesundheit im Betrieb" von den Beschäftigten als so dringlich empfunden wird, daß auch die eher einschüchternde Wirkung der Wirtschaftskrise ihm nicht die Kraft nehmen kann. Besonders aussichtsreich erscheint dies dort, wo die gesundheitlichen Probleme mit anderen Themen der Arbeitspolitik, z.B. der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit durch Strategien der Arbeitszeitverkürzung, in Beziehung gesetzt werden. ■

*Die empirischen Befunde beruhen auf einer Befragung von 1.500 Arbeitnehmern aus 5 Branchen und ca. 380 Betrieben im Sommer 1979. Eine ausführliche Darstellung findet sich in: Rolf Rosenbrock, Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York 1982. Hagen Kühn, Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Ffm./N.Y. 1982. Friedrich Hauss, Arbeitsbelastung und ihre Thematisierung im Betrieb. Ffm./N.Y. 1983.