

Rosenbrock, Rolf

**Book Part**

## Betriebsärzte im Arbeitsschutz - ein Beitrag zur Primärprävention?

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1982) : Betriebsärzte im Arbeitsschutz - ein Beitrag zur Primärprävention?, In: Hans-Ulrich Deppe, Uta Gerhardt, Peter Novak (Ed.): Medizinische Soziologie: Jahrbuch 1982, ISBN 3-593-33104-7, Dietz, Bonn, pp. 164-187

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122571>

**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](mailto: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](mailto: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>.

# Betriebsärzte im Arbeitsschutz – ein Beitrag zur Primärprävention?

*Rolf Rosenbrock*

1. Die gesundheitspolitische Ausgangslage
2. Die Reichweite des Arbeitssicherheitsgesetzes
3. Strukturelle Bestimmungsgründe des betrieblichen Arbeitsschutzes
  - 3.1. Dominanz kurzfristiger einzelwirtschaftlicher Interessen über Gesundheitsinteressen der Beschäftigten
  - 3.2. Dominanz professioneller Sichtweise über die Belastungserfahrung der Betroffenen
  - 3.3. Einbindung der Belegschaftsvertretung in die professionell dominierte Struktur des Arbeitsschutzes
  - 3.4. Passivierung, Individualisierung und Entpolitisierung der Beschäftigten
4. Voraussetzungen einer präventiven Gesundheitspolitik im Betrieb

Anmerkungen

Literatur

## 1. Die gesundheitspolitische Ausgangslage

Mit dem „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (Arbeitssicherheitsgesetz, ASiG) trat am 1.12.1974 eine Regelung in Kraft, die die Unternehmen in der BRD erstmals dazu verpflichtete, eine eigenständige gesundheitspolitische Instanz im Betrieb zu etablieren: Oberhalb bestimmter Mindestgrößen, durchschnittlich ab etwa 100 Beschäftigten, haben sie Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte (Professionals) zu bestellen, die den Arbeitgeber „beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen“ sollen (§ 1 ASiG). Damit wurde – so scheint es auf den ersten Blick – eine über Jahrzehnte immer wieder erhobene gesundheitspolitische Forderung des DGB und auch der ILO erfüllt (vgl. Deppe 1973, Kaiser 1973).

Die gesundheitspolitische Problemlage, auf die sich diese Forderung bezog, kann mit drei Indikatoren umrissen werden:

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 Erreichen 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. Hennings 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 (Systemanalyse 1978).

Das durch das ASiG geschaffene System des betrieblichen Arbeitsschutzes ist daher nach seinem Beitrag zu einer ursachenorientierten Gesundheitspolitik im Betrieb zu beurteilen. Im vorliegenden Aufsatz soll dies im Hinblick auf die Tätigkeit von Betriebsärzten geschehen.<sup>1</sup>

Die weite Problemdefinition des Gesetzes scheint der präventiven Aufgabenstellung auf den ersten Blick zu entsprechen: Die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte haben ihre Fachkunde einzusetzen für

„Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen, Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln, Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen, Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln, arbeitsphysiologische, arbeitspsychologische und sonstige ergonomische sowie arbeitshygienische Fragen, insbesondere solche des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung, die Organisation der Ersten Hilfe im Betrieb sowie Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Einglie-

derung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß“ (§§ 3 und 6 ASiG).

Darüber hinaus wurde auch erstmals der Terminus „arbeitsbedingte Erkrankungen“ (§ 3,3,c ASiG) in die Gesetzgebung aufgenommen, die definiert werden als „Gesundheitsstörungen, die ganz oder teilweise durch die Arbeitsumstände verursacht sind. (Ein Teil der arbeitsbedingten Erkrankungen sind die Berufskrankheiten der RVO.)“ (Kliesch/Nöthlich/Wagner 1978 : 83.)

Auch die zahlenmäßige Entwicklung spricht zunächst für den Erfolg des Gesetzes: Der Anteil der betriebsärztlich betreuten Arbeitnehmer wuchs von ca. 5 % im Jahre 1973 auf ca. 50 % in 1980, die Anzahl der betriebsärztlich tätigen Mediziner erhöhte sich im gleichen Zeitraum von ca. 1 500 auf über 12 000. Im gleichen Zeitraum wurden über 60 000 Sicherheitsfachkräfte bestellt.

Jedoch müssen diese Ziffern sogleich relativiert werden: Weniger als 600 der betriebsärztlich tätigen Mediziner führen die Gebietsbezeichnung (Facharzt) und etwas über 2 000 die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“. Die übrigen, knapp 80 %, verfügen lediglich über eine durch Kurzlehrgänge erworbene Fachkunde (Deppe/Priester 1980, Priester 1981). Nur ca. 2 500 aller Arbeitsmediziner sind vollamtlich tätig, die übrigen sind überwiegend niedergelassene Ärzte im nebenberuflichen Dienst- oder Werkvertragsverhältnis mit den betreuten Unternehmen.<sup>2</sup> Bevor im folgenden die wichtigsten strukturbedingten Bestimmungsgründe der Möglichkeiten und Grenzen gesundheitspolitisch präventiven Handelns von Betriebsärzten im Rahmen der gesetzlich normierten Strukturen dargelegt werden, sollen zuvor die verschiedenen Dimensionen der „Reichweite“ des Gesetzes kurz angesprochen werden.

## 2. Die Reichweite des Arbeitssicherheitsgesetzes

a) Das Gesetz ist nicht flächendeckend. Durch die von den Berufsgenossenschaften festgelegten Mindestbetriebsgrößen bleiben Kleinbetriebe, in denen immerhin ca. 50 % der gewerblichen Arbeitnehmer arbeiten, bislang vom Geltungsbereich ausgeschlossen. Der Auflage an die vom Gesetz ausgenommenen öffentlichen Verwaltungen, einen „gleichwertigen Arbeitsschutz“ (§ 16 ASiG) zu schaffen, sind diese bislang nur teilweise nachgekommen.

b) Das ASiG bewirkt keine systematische und öffentliche Information über sein Funktionieren. Die ursprünglich in § 13 ASiG verankerte minimale Berichtspflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden über Anzahl und Einsatzzeiten von Arbeitsschutz-Professionals, wurde 1976 mit der No-

vellierung des Jugendarbeitsschutzgesetzes relativ unauffällig wieder beseitigt; und zwar nicht etwa deshalb, weil diese Vorschrift „nicht mehr gebraucht“ wurde (Unfallverhütungsbericht 1976 : 126), sondern weil sie von den Unternehmen massiv boykottiert und deshalb als nicht durchsetzbar angesehen wurde.

c) Zur nunmehr noch möglichen Einzelüberprüfung der Gesetzeseinhaltung durch die Gewerbeaufsichtsämter sind diese personell und sachlich durchweg nicht zureichend in der Lage. Diese Feststellung gilt für die gesamte Aufsichtstätigkeit durch Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften. Zudem verstehen sich diese Institutionen nicht als Sanktionsinstanz, sondern eher als Beratungspartner der Unternehmen (BAU 1980). Selbst wenn aufgrund einer solchen Einzelüberprüfung Sanktionen z. B. in Form von Bußgeldern verhängt werden sollten, so liegen diese häufig unterhalb der Kosten für die Etablierung der gesetzlich normierten Arbeitsschutz-Struktur, so daß die Inkaufnahme der Bestrafung betriebswirtschaftlich sinnvoll sein kann.

d) Die Rechtssetzung des betrieblichen Arbeitsschutzes ist in über 40 Gesetzen, mehr als 120 Rechtsverordnungen, über 2 700 Unfallverhütungsvorschriften, ca. 900 Verwaltungsvorschriften und einer Fülle weiterer Regelungen von insgesamt über 100 verschiedenen Normgebern niedergelegt. Kompetenzüberschneidungen, Doppelregelungen, aber auch Regelungslücken sind die Folge dieser historisch gewachsenen Regelungsstruktur (Mertens 1978, BAU 1980). Über die Richtung der allseits als notwendig empfundenen Vereinfachungen bestehen allerdings eher gegenläufige Vorstellungen: „Während die Unternehmer das Vorschriften- und Regelwerk für zu umfangreich halten, teilen die Betriebsräte diese Meinung nicht. Offensichtlich ist nach ihrer Ansicht ein wirksamer Schutz der Beschäftigten ohne konkrete und detaillierte Normierung . . . nicht garantiert“ (BAU 1980 : 54). Für die betriebliche Tätigkeit der Professionals jedenfalls bedeutet die Unübersichtlichkeit der Normen eine erhebliche Erschwernis.

e) Angesichts des wenig entwickelten Standes der Forschung zur Entstehung arbeitsbedingter Erkrankungen wäre eine breite und langfristig angelegte Epidemiologie erforderlich. Durch die Verpflichtung der Betriebsärzte, „Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, (sowie) die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten“ (§ 3,3,c ASiG) wird dem auf den ersten Blick Rechnung getragen. Allerdings enthält diese Vorschrift keinerlei Hinweis auf die Operationalisierung und Kontrolle der Einhaltung dieser Verpflichtung oder die notwendige und von gewerkschaftlicher Seite geforderte überbetriebliche Erfassung und Auswertung dieser Daten (Konstanty, in: IG Metall 1977 : 41).

Insgesamt bietet sich das Bild einer beträchtlichen Diskrepanz zwischen dem weiten Programmrahmen des Gesetzes und seiner praktischen Instrumentierung. Ob und wie dieser Rahmen ausgefüllt wird, entscheidet sich damit primär auf betrieblicher Ebene (Kliesch, in: IG Metall 1977 : 30).

Damit sind die Funktion und die Möglichkeiten der Funktionalisierung des Arbeitsschutz-Systems im Betrieb angesprochen.

Der Arbeitsschutz ist kein isolierter Teilbereich, sondern – sowohl auf betrieblicher als auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene – primär Bestandteil der gesamten Austausch- und Konfliktbeziehungen zwischen Kapital und Arbeit. Seine Entwicklung kann deshalb nicht vorrangig als technisch determiniert angesehen werden, sondern ist das Ergebnis ökonomischer und politischer Prozesse und Kräftekonstellationen sowohl auf gesamtgesellschaftlicher als auch auf betrieblicher Ebene. Andererseits kann dem institutionell definierten Arbeitsschutz-System nicht a priori die Verfolgung und Erreichung von Gesundheitszielen unterstellt werden. Er steht prinzipiell als Ressource zur Lösung aller „betrieblichen Probleme“ (Altmann/Bechtle/Lutz 1978) zur Disposition. Erst im „betrieblichen Konfliktalltag“ (Lichte 1978) entscheidet sich seine gesundheitspolitische Funktion.

Arbeitsschutz ist insofern als Teil der *Arbeitsbedingungen* anzusehen, die (1) Gesundheit erhalten, (2) Krankheit und vorzeitigen Tod monokausal verursachen (Unfälle, Berufskrankheiten), (3) Krankheit mitverursachen und Krankheitsverläufe beeinflussen sowie (4) Krankheitsbewältigung (Therapie, Rehabilitation) fördern, hemmen oder verhindern können.

Aus diesen Gründen kann z. B. weder aus der Anzahl der eingesetzten Professionals auf den volksgesundheitlichen Effekt des Arbeitsschutz-Systems geschlossen werden, noch kann sinnvoll die gesundheitliche Wirkung des Arbeitsschutz-Systems aus Daten der Unfallhäufigkeit oder Morbidität/Mortalität herausgefiltert werden.<sup>3</sup>

Eine gesundheitspolitische Bewertung ist deshalb auf die Analyse betrieblicher Arbeitsschutz-Prozesse angewiesen, von denen mit möglichst hoher Plausibilität auf positive, neutrale oder negative volksgesundheitliche Wirkungen geschlossen werden kann. Auf alle diese Prozesse aber wirken – direkt und indirekt – vier strukturbedingte Faktorenbündel ein, die sämtlich in die gleiche Richtung wirken und sich teilweise gegenseitig verstärken.

### 3. Strukturelle Bestimmungsgründe des betrieblichen Arbeitsschutzes

#### 3.1. Dominanz kurzfristiger einzelwirtschaftlicher Interessen über Gesundheitsinteressen der Beschäftigten

Die insgesamt wichtigste Einflußgröße auf die betriebliche Ausgestaltung des Arbeitsschutzes 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 Konjunkturlage betreffen dabei sowohl Handlungstyp und Handlungsspielraum des betrieblichen Management als auch die Existenz, das Ausmaß und die Wirkungs-Richtung des professionellen Arbeitsschutzes als auch die Möglichkeiten der Beschäftigten, Gesundheitsinteressen zu artikulieren und durchzusetzen. Dieser Einfluß wird durch das Gesetz keineswegs 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 Unternehmenseite abhängig sind. Dies führt insgesamt dazu, daß Handlungen oder Unterlassungen, die mit dem erklärten oder vermuteten Interesse der Unternehmenseite 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 artikulierte 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 bei der Anwendung der Fachkunde“ (§ 8 ASiG) erweist sich so innerhalb gewisser Grenzen als Fiktion. 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.<sup>4</sup>



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 über 90 % (Borgers/Nemitz 1978). 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 Drittel der betriebsärztlichen 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 % (z. B. Donay, in: IG Metall 1977 : 57). Befragte Betriebsärzte schätzten in Experteninterviews den Anteil der „aussortierten“ Arbeitsplatzbewerber zwischen 20 % und 50 %, Betriebsärzte lagen in ihren Angaben zwischen „nicht der Rede wert“ und 30 %. Daß „Betriebsärzte nur in ein bis drei Prozent der Fälle ‚gesundheitliche Bedenken‘ (äußern)“ (Wagner 1980 : 50), dürfte auf jeden Fall untertrieben sein.

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 wurde. Angst und Mißtrauen werden aber nicht nur durch die Einstellungsuntersuchung als Personaleingangss Selektion, sondern auch durch die Entlassungsselektion 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 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“.

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 die wichtigste 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. Sie reichen von vertraglich vereinbarter „Nicht-Leistung“ durch niedergelassene Ärzte sowie Ärzte aus Gesundheitsämtern mit dann „unheimlicher Ämterhäufung“ (Spinnarke 1981 : 913), der Verpflichtung von (meist arbeitgebergetragenen) arbeitsmedizinischen Zentren, in denen kein Arzt tätig ist (Tuchmann und Konrad, in: IGM Metall 1977 : 39 und 40). Zwischenformen stellen – formelle oder informelle – Verpflichtungen dar, Betriebsbegehungen und/oder Sprechstunden und Untersuchungen innerhalb des Betriebes zu unterlassen, die Tätigkeit auf Untersuchungen und Erste Hilfe zu beschränken, oder 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 Arbeitsschutz-Maßnahmen eingesetzt haben 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 im Ansatz zerstört wird. Gegen solche Strategien sind sowohl die angestellten Ärzte als auch die betroffenen Betriebsräte formell machtlos. Am anderen Ende der Skala finden sich technisch hoch ausgestattete 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. Bis zu welchem Ausmaß die Identifikation von Betriebsärzten mit den perso-

nalpolitischen Bedürfnissen des Managements gehen kann, soll durch einige Zitate aus einer internen Diskussion von Betriebsärzten in der Schweiz (1976) illustriert werden:<sup>5</sup>

„Schoch, Sandoz AG: Wir haben jetzt wieder mit dem Einstellen angefangen. Da ist also jeder zweite praktisch untauglich. Ich glaube, daß dieses Angebot, das jetzt zu uns kommt, eine negative Auslese ist. Wenn man es ganz häßlich sagen will: Der Abschaum oder Überlauf aus der chemischen oder von Baufirmen. . . Jetzt endlich bekommen wir Leute. Also hinein mit ihnen, mit allen zusammen. Und da haben wir eine Hundware angestellt. . . Das heißt, der Überlauf oder Bodenschlamm, der bei Euch herausgefaut ist, aber von uns mit Handkuß angestellt wurde, erwies sich als solcher. . .

Erban, Fa. Georg Fischer: Ich wollte nur bestätigen, daß gerade jetzt bei den temporär Eingestellten die miserabelste Qualität zu uns kommt und daß ich ungefähr ein Drittel zurückgewiesen habe, gleich, ob einer aus dem Grenzgebiet, aus Deutschland oder aus der Schweiz kommt. . .

Schoch, Sandoz AG: Wir müssen gegen die Überversicherung, gegen diese Aushöhlung und Plünderung der Institutionen, vor allem . . . es ist eine menschliche Pflicht, das asoziale Verhalten gewisser Mitarbeiter so gut als möglich zu verhindern. Denn die leben ja als Parasiten auf Kosten dieser anderen, die trotz Magenweh und Rückenschmerzen ihre Arbeit weiterführen und arbeiten, damit man den anderen ihre Krankengelder und Renten zahlen kann. . .“

Sicherlich ist die in diesen Äußerungen zum Ausdruck kommende Einstellung nicht als repräsentativ anzusehen, es muß aber festgestellt werden, daß die strukturgestützte Zuordnung der Arbeitsmediziner zur Unternehmensleitung auch im Arbeitsschutz-System der BRD keine wirksamen Schranken gegen einen derartigen Mißbrauch der ärztlichen Tätigkeit enthält und daß sowohl die Tendenz des Management zu Strategien der Personalselektion als auch die tendenzielle Bereitschaft von Betriebsärzten, auf solche Zumutungen einzugehen, in Phasen der ökonomischen Krise und hoher Arbeitslosigkeit zunimmt.

Die konjunkturelle Lage übt nicht nur auf das Management und die Betriebsärzte, sondern auch auf die Beschäftigten 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.

### 3.2. Dominanz professioneller Sichtweise über die Belastungserfahrung der Betroffenen

Das ASiG regelt nicht das System des betrieblichen Arbeitsschutzes, sondern lediglich den Rahmen der Tätigkeit der Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner. 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/Nöthlichs/Wagner 1978 : 66). Damit wird nicht nur die gesamte Belastungserfahrung der Betroffenen aus dem Arbeitsbereich 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 Betriebsärzten, 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 diese Erwartung in solchen Betrieben, in denen die rechtliche und wirtschaftliche Abhängigkeit von der Arbeitgeberseite nicht durch betriebspolitische Strategien der Arbeitnehmerseite zumindest neutralisiert wird. Dabei muß berücksichtigt werden, daß die große Mehrheit der als Betriebsarzt tätigen Mediziner nicht auf einem dem Stand des Wissens entsprechenden Ausbildungsniveau agiert.

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 Management als die der Beschäftigten einnehmen, so könnten doch die zahlreichen staatlichen bzw. sonstigen überbetrieblichen verbindlichen Vorschriften zum Gesundheitsschutz im Betrieb ein Gegengewicht bilden. Diese Annahme geht aber gerade hinsichtlich der volksgesundheitlich wichtigsten Belastungsdimensionen fehl. 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, in der Arbeitsschutz-Probleme in Form von Unfallverhütungsvorschriften auf eindeutig Meßbares, Zuordnungsfähiges und damit sozialpartnerschaftlich Verhandelbares reduziert werden. In anderen normgebenden Gremien ist die Arbeitnehmerseite noch unzureichender oder gar nicht vertreten (Bispinck 1979). Die Untauglichkeit solcher Regelungen für eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung wird besonders deutlich, wenn, wie im DIN-Entwurf 33 405: Psychische Belastung und Beanspruchung, versucht wird, auch komplexere Belastungsdimensionen einzubeziehen (Naschold/Tietze 1977). Das Nebeneinander von weiten, aber kaum instrumentierten Programmzielen und isolierten, meist technisch oder naturwissenschaftlich definierten Grenzwerten in den Arbeitsschutz-Vorschriften trägt systematisch zur Problemverkürzung im betrieblichen Arbeitsschutz bei, entspricht aber teilweise durchaus dem Selbst- und Problemverständnis der professionellen Anwender dieser Vorschriften.

Von seiten einflußreicher Arbeitsmediziner und Ergonomen wird diese Tendenz zur letztlich willkürlichen Reduktion gesundheitlicher Arbeitsprobleme auf technische und medizinisch meßbare Einzelparameter auch in der Forschung und Lehre nach wie vor gefördert und gegen epidemiologische sowie betriebsbezogene Ansätze der Erforschung und Bewältigung integriert verstandener Belastungskonstellationen massiv verteidigt (Lehnert et al. 1980). Doch regt sich dagegen von arbeitsmedizinischer (Elsner et al. 1981), arbeitswissenschaftlicher (Stebani et al. 1981), sozialwissenschaftlicher (Hörning et al. 1981) und gewerkschaftlicher Seite (AFA 1980) zunehmend Kritik.

### *3.3. Einbindung der Belegschaftsvertretung in die professionell dominierte Struktur des Arbeitsschutzes*

Ein denkbares Gegengewicht sowohl gegen die Zuordnung der Professionals zur Arbeitgeberseite als auch ihre Tendenz zu einem reduktionistischen Problemverständnis könnte in einer starken Mitbestimmungsposi-

tion des Betriebsrates bestehen. Die Mitbestimmung in Fragen des Arbeitsschutzes ist indes bis heute relativ schwach: Zwar sollen Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft mit dem Betriebsrat allgemein zusammenarbeiten (§ 9,1 ASiG), jedoch beschränkt sich die formell durchsetzbare Beteiligung der Belegschaftsvertretung auf den Informationsfluß und die Entgegennahme von Beratung (§ 9 und 8,3 ASiG). Die personellen Mitbestimmungsrechte bei Bestellung und Abberufung beschränken sich auf festangestellte Professionals, bei der mehrheitlich vorkommenden betriebsärztlichen Betreuung durch nebenamtliche Mediziner oder arbeitsmedizinische Zentren konnte 1979 lediglich die Mitbestimmung über den Versorgungstyp gerichtlich durchgesetzt werden (BAG I ABR 34/77 – 5 Ta 31/76).

Auf der anderen Seite haben die sichtbaren und sozialwissenschaftlich meßbaren Arbeitsschutz-Aktivitäten der Betriebsräte infolge des Schubs in der Arbeitsschutz-Gesetzgebung in den siebziger Jahren beträchtlich zugenommen. Ein erheblicher Teil des professionellen Arbeitsschutzes ist erst auf Initiative bzw. Druck von Belegschaftsvertretungen in den Betrieben etabliert worden. Einrichtung und Ausbau des professionellen Systems wiederum haben die Arbeitsschutz-Aktivitäten von Betriebsräten und Vertrauensleuten teilweise erheblich stimuliert. Zu einem großen Teil können deshalb die offiziellen Arbeitsschutz-Aktivitäten der Betriebsräte 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. Auch 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 bis hin zur Entscheidung über tatsächliche Arbeitsschutzmaßnahmen durch das Management ist damit ein weiterer Filter eingebaut, für den der kapazitätsmäßig in der Regel ohnehin überlastete Betriebsarzt kaum verantwortlich gemacht werden kann: Im Rahmen der gegebenen Strukturen vertritt er die Gesundheitsinteressen der Belegschaft 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 für betriebliche Prävention notwendige Aktivierung der Betroffenen unter den Verhandlungstisch fällt, ist ihm nicht anzulasten. Teilweise tragen Betriebsräte auf diese Weise Management-Strategien der

scheinhaften Verwissenschaftlichung und „Medikalisierung von Arbeitsproblemen“ im Betrieb mit.

Darüber hinaus entzieht sich die Tätigkeit der Betriebsärzte häufig zum überwiegenden Teil der Durchschaubarkeit und erst recht der Beeinflussbarkeit durch die Betriebsräte. Dies gilt nicht nur für die Einstellungsuntersuchungen sowie weite Bereiche betrieblicher Planung, an der Betriebsärzte mit mehr oder weniger Kompetenz teilnehmen, sondern auch für die unmittelbar betrieblichen Tätigkeiten: In weniger als 40 % der Betriebe arbeiten die Betriebsärzte auf der Basis eines dem Betriebsrat bekannten Arbeitsschutzprogrammes. Derartige Programme – wie vage sie auch zunächst sein mögen – bilden aber für Belegschaft und Betriebsrat einen Einstieg für die Herstellung von Transparenz, sie können außerdem einen Ansatzpunkt für die Steuerung der Professionals mit dem Ziel ihrer Integration in das betriebliche Geschehen und der Erweiterung der von ihnen wahrgenommenen Problemdimensionen bilden. Auch hinsichtlich der formell festgelegten Koordination der Arbeitsschutz-Tätigkeit im Arbeitsschutz-Ausschuß, in dem Arbeitgeber, Betriebsrat, Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und Sicherheitsbeauftragte mindestens vierteljährlich „Anliegen des Arbeitsschutzes beraten“ sollen (§ 11 AsiG), bietet sich kein wesentlich anderes Bild. In über 30 % der Betriebe existiert ein solcher Ausschuß überhaupt nicht, in weiteren 20 % tagt er noch seltener, als das Gesetz es als Minimum vorschreibt.

Die schwache Position in der formellen Mitbestimmung, der Druck, sich in der Problemdefinition und -lösung auf die Kategorien der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte einzulassen, sowie die geringe Transparenz der betrieblichen Tätigkeiten der Professionals legen es nahe, die strukturell vorgegebene Position des Betriebsrates im Arbeitsschutz als abhängige Partizipation zu bezeichnen. Nur starke Betriebsräte, die auf der Basis eines hohen gewerkschaftlichen Organisationsgrades und beträchtlicher Konfliktbereitschaft agieren, überwinden in der Praxis die dadurch gesetzten Schranken.

### *3.4. Passivierung, Individualisierung und Entpolitisierung der Beschäftigten*

Die Arbeitnehmer finden als eigentliche Subjekte des Arbeitsschutzes im ASiG keine Erwähnung. Sie werden wie eh und je als Objekte von Belehren und Verhaltensmaßregeln betrachtet, die es zu unterweisen und zu beaufsichtigen gilt. Dies hat nicht nur zur Konsequenz, daß die gesetzlich normierten Strukturen des betrieblichen 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 Beeinflussung des Verhal-

tens der (einzelnen) Beschäftigten konzentrieren. In der Praxis heißt dies häufig Bevorzugung von persönlichen Körperschuttmitteln vor technischen oder organisatorischen Änderungen des Produktionsprozesses, Schuldzuweisung bei Unfällen und Erkrankungen (blaming the victim), Anweisungen und Kontrollen ohne Diskussion über Sinnhaftigkeit und Alternativen. Immer noch wird Betriebsärzten der Ratschlag erteilt und von ihnen weithin befolgt: „Da selbst Krankheitsbefundsträger (sic!) sich häufig nicht nach den ärztlichen Ratschlägen richten und das Verhalten des Menschen auch gegenüber den bekannten Gefahren für seine Gesundheit oft sehr zu wünschen übrig läßt, sollte zukünftig verstärkt auf Aufklärung und Beeinflussung zum richtigen Verhalten Wert gelegt werden“ (Wagner 1980 : 51), wobei der Betriebsarzt „... personen-bezogenes und damit individualisierendes Handeln entsprechend der wissenschaftlichen Entwicklung der Arbeitsmedizin in den Vordergrund stellen (muß)“ (Rutenfranz 1980 : 73). Mit der vorherrschenden betriebsärztlichen Praxis bleiben die präventiven Möglichkeiten der Aktivierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen am Arbeitsplatz ungenutzt:

- Gerade die unspezifischen bzw. multifaktoriell arbeitsbedingten Erkrankungen bedürfen zu ihrer frühzeitigen Diagnose (und ätiologischen Erforschung) der aktiven Einbeziehung der Arbeitnehmer und ihrer Symptomwahrnehmung.
- Die als Folge der technologischen und organisatorischen Veränderungen im Produktionsprozeß zunehmenden mentalen und psychischen Belastungen sind (bislang) kaum objektiv meßbar. Auch hierbei gewinnt die Symptomwahrnehmung der Betroffenen (Befindlichkeitsstörungen etc.) als wissenschaftliches Instrument und als Voraussetzung zu präventivem Handeln immer mehr an Bedeutung.
- Gegenüber der in Arbeitswissenschaft und Arbeitsmedizin traditionellen Vernachlässigung von Mehrfach-Belastungen sowie kumulativen und synergetischen Belastungswirkungen eröffnet die direkte Beteiligung der Arbeitnehmer und die Berücksichtigung ihrer Wahrnehmung die Chance zur Analyse und Beeinflussung komplexer und dynamischer Belastungsverläufe.
- Die genauen Kenntnisse der Arbeitnehmer über die Feinstruktur ihrer Arbeitsbelastungen stellt nicht nur ein diagnostisches Potential dar, sondern verleiht ihnen auch eine hohe Kompetenz für den Entwurf und die Durchführung gezielter präventiver Maßnahmen.
- Als Ausweg aus belastenden Arbeitssituationen sind häufig sowohl Strategien des individuellen Ausweichens (Arbeitsplatzwechsel, Frühverrentung, aber häufig auch Lösungen zu Lasten der Arbeitskollegen) als auch der gemeinsamen Durchsetzung von Belastungsminde-rungen denkbar. Die aktive Einbeziehung aller von vergleichbaren Arbeitsbedingungen Betroffenen vermindert den Sogeffekt entsolidarisierender Einzelstrategien.



- Zeitstabile Erfolge bei verhältnis- und verhaltensbezogenen Arbeitsschutz-Maßnahmen sind um so wahrscheinlicher, je mehr solche Regelungen von den Betroffenen selbst entworfen, durchgesetzt und kontrolliert werden (Kronlund 1976).
- Die Veränderung der Attitüde gegenüber Arbeitsbelastungen im Sinne einer auf Veränderung orientierten Aktivierung der Arbeitnehmer kann selbst als streßpräventiv angesehen werden (Rosenbrock/Abholz 1982).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die größtmögliche Kontinuität und Kontextnähe der Belastungserfahrung eine sowohl diagnostische als auch für präventive Maßnahmen des Gesundheitsschutzes nutzbare Erfahrungs-Kompetenz der betroffenen Arbeitnehmer begründet, die durch die Kompetenz der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte keinesfalls ersetzt, unter entsprechenden Rahmenbedingungen aber sinnvoll ergänzt werden kann. Gestützt wird diese These sowohl durch Erfahrungen aus der italienischen Arbeitermedizin (Wintersberger 1978, Berlinguer 1980) als auch durch Modellinterventionen in deutschen Betrieben (Brock et al. 1980, Heinle et al. 1982).

Im Arbeitsschutz der Bundesrepublik sind Ansätze zur Umsetzung dieser gesundheitspolitisch vielversprechenden Konzeption bislang kaum zu erkennen. Statt dessen ist die „Dominanz der Experten“ (Freidson 1975) ungebrochen. Nur eine Minderheit der Betriebsärzte nimmt die frühen Symptomwahrnehmungen der Beschäftigten überhaupt zur Kenntnis, noch weniger stellen einen Bezug zu der 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 Belastungskonstellationen 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 Sicherheitsfachkraft 0,5 %.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß nur eine nicht genau zu quantifizierende Minderzahl der gesundheitsrelevanten Arbeitsprobleme überhaupt von den betroffenen Beschäftigten artikuliert wird.<sup>6</sup> Das Ausmaß der Artikulation hängt dabei zu einem erheblichen Teil von persönlichen und betrieblichen Faktoren ab (Geschlecht, Alter, Ausbildung, Stellung im Arbeitsprozeß, Einkommenshöhe, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Niveau und Profil der Arbeitsbelastungen). Dieser Zusammenhang läßt sich – grob gesprochen – dahingehend zusammenfassen, daß besonders hoch belastete angelernte und/oder leicht ersetzbare Arbeiter/innen ihre arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme am wenigsten artikulieren. Im Zusammenhang mit Untersuchungen zur Schichtenspezifität von Gesundheits-/Krankheitsverhalten wird derartige Verhalten mit den Begriffen geringerer „Zukunftsorientierung“, „antipräventiver Einstellung“ und „höherer Symptomtoleranz“ beschrieben (vgl. z. B. Siegrist/Bertram 1970/71). Bezogen auf die objektiven und subjektiven Möglichkeiten präventiven Verhaltens im Betrieb können seine Ursachen relativ eindeutig unter den die materiellen Verhältnisse determinierenden Faktoren aufgefunden werden (Hauß 1982, vgl. Abholz 1981 : 79). Eine präventive Gesundheitspolitik im Betrieb hätte derartige Artikulations-Schwellen durch zielgruppenspezifische Programme der Mobilisierung anzugehen (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981).

Jedoch ist auch trotz dieser Hemmnisse das Ausmaß der Artikulation und des Problembewußtseins hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme noch überraschend groß: Über 50 % der Befragten sprechen häufig mit Arbeitskollegen über das Thema „Arbeit und Gesundheit“, fast 40 % würden sogar auf Lohnbestandteile verzichten, wenn durch sie Arbeitsbelastungen tatsächlich gemindert würden<sup>7</sup>, und 60 % haben bereits Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssicherheit und/oder des Gesundheitsschutzes gemacht. Gemessen an dem geringen Umfang, in dem das professionelle Arbeitsschutz-System diese Thematisierungen aufgreift, kann von einem *überschießenden Gesundheitsbewußtsein im Betrieb* gesprochen werden. Freilich droht dieses präventive Potential immer in Resignation, individuelle Ausweichstrategien und Entpolitisierung umzuschlagen, wenn und solange die als ursächlich erkannte Belastungskonstellation als unbeeinflussbar und außerhalb der (kollektiven) Gestaltungsmöglichkeiten erlebt wird (Kronlund 1976, Rosenbrock/Abholz 1982). Ein Teil der Arbeitsschutz-Probleme wird dabei allerdings seit eh und je auf der Basis von kollegialen Hinweisen und Tips zur Gefahrenvermeidung und Belastungsminderung (vgl. Lichte 1978 : 154 ff.), durch eine Art „inoffizielles“ Arbeitsschutz-System bearbeitet. Die gesundheitspolitische Chance des professionellen, „offiziellen“ Arbeitsschutzes bestünde darin, die Erfahrungskompetenz der Beschäftigten mit der Fachkompetenz der Experten zu verbinden und so die beiden Arbeitsschutz-Systeme, die derzeit fast unverbunden nebeneinander existieren,

miteinander zu verschmelzen. Dies aber ist primär keine Frage des guten Willens der Beteiligten, sondern bedarf der Erfüllung objektiver Voraussetzungen, von denen im letzten Abschnitt einige skizziert werden sollen.

#### 4. Voraussetzungen einer präventiven Gesundheitspolitik im Betrieb

Die durch das ASiG normierten Strukturen erzeugen aus sich selbst heraus kaum die Tendenz zu einer auf die Ursachenkomplexe der modernen Volkskrankheiten zielenden Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt.

- Die weitgehende Übertragung der Definitionsautorität und Handlungskompetenz auf Professionals, die eher von der Unternehmenseite abhängen und deren reduktionistische und individualisierende Problem- sichten den Bedürfnissen des Managements entgegenkommt;
- die unzureichenden Gestaltungsrechte des Betriebsrates, die ihn gegenüber dem Management und den Professionals strukturell in einer unterlegenen Position der abhängigen Partizipation halten;
- die weitgehende Ausblendung der Erfahrungskompetenz der Beschäftigten, die zusätzlich noch berechnete Sorge haben müssen, daß von ihnen an den Betriebsarzt gegebene Informationen über ihren Gesundheitszustand die Verkaufschancen ihrer Arbeitskraft gefährden,

konnten als wichtigste Gründe hierfür identifiziert werden.

Auf der anderen Seite schließt das ASiG gesundheitspolitisch funktionale Ausprägungen des betrieblichen Arbeitsschutzes nicht aus: Die geringe Regelungstiefe und Instrumentierung bei gleichzeitig weitem Programmrahmen des Gesetzes läßt die Etablierung betrieblicher Strukturen zu, die die genannten Faktoren zumindest teilweise kompensieren können.

Empirisch kann 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 gewerkschaftlichem 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 Arbeit“ aus §§ 90, 91 BetrVG als

normative Grundlage herangezogen werden. In diesen Fällen finden sich auch Arbeitsmediziner 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 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 Folgen sind weitgehende Umstrukturierungen des Arbeitsprozesses zum Belastungsabbau sowie eine weitgehende Neutralisierung des (in diesem Betrieb besonders arbeitgeberorientierten) Betriebsarztes. In Betrieben mit hohem interessenpolitischen Niveau sind auch am häufigsten Betriebsvereinbarungen durchgesetzt, durch die Lohnzulagen trotz Fortfalls der Belastung bzw. Erschwernis erhalten bleiben. Damit werden die Arbeitnehmer von dem Kalkulationszwang zwischen Gesundheits- und Lohninteresse entlastet. Betriebspolitischen Maßnahmen gegen gesundheitsbedingte Personal-(Eingangs-)Selektion steht allerdings auch in politisch hochentwickelten Betrieben häufig entgegen, daß der Betriebsrat rechtlich und de facto kaum Einfluß auf die Einstellungsuntersuchungen der (Noch-Nicht-)Arbeitnehmer nehmen kann und der in Zeiten ökonomischer Krise vom Arbeitsmarkt ausgehende Druck betriebs-egoistische Tendenzen fördert. Jede nur betriebliche Gesundheitsstrategie stößt bei diesem Problem auf objektive Grenzen.

Anstöße zu einer präventiven betrieblichen Gesundheitspolitik können unter bestimmten Umständen auch von Betriebsärzten ausgehen, 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 der Betriebsarzt nicht die objektiven Schranken einer vertrauensvollen Interaktion mit Beschäftigten und Betriebsrat berücksichtigt, 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 heroisch den teilweise unethischen Zumutungen in ihrer Tätigkeit entzogen. In solchen Fällen kann die Unterstützung durch den Betriebsrat entscheidend für den Verbleib im Betrieb sein. Andererseits verweisen gerade die Beispiele geglückter Kooperation zwischen professioneller Fachkompetenz und der Erfahrungskompetenz des „inoffiziellen“

Arbeitsschutz-Systems auf das gesundheitsspolitische Entwicklungspotential eines arbeitnehmergesteuerten Arbeitsschutz-Systems.

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.

Für Betriebsärzte, die mit ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur Primärprävention leisten wollen, folgt daraus jedoch sicher, daß die Möglichkeiten und Grenzen betrieblicher Gesundheitspolitik stets im Zusammenhang mit der betrieblichen Kräftekonstellation und dem interessenpolitischen Niveau der Belegschaft gesehen werden müssen. Daraus und aus den spezifischen Defiziten des professionell getragenen Arbeitsschutzes lassen sich sieben Kriterien für betriebsärztliches Handeln ableiten, die zugleich als Ansätze für die konkrete Operationalisierung eines Konzepts der Aktivierung und Mobilisierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsinteressen dienen können:

- Wird bei der Bearbeitung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme der *Zusammenhang mit der Gesamtheit der Austausch- und Konfliktprozesse* im Betrieb gewahrt?
- Werden *alle Belastungsarten* (physikalische, chemische, ergonomische, psychische, soziale) einbezogen?
- Haben die sich oft bereits in Befindlichkeitsstörungen ausdrückenden *konkreten Belastungserfahrungen* der Beschäftigten eine hinreichende Chance zur Artikulation, die auch tatsächlich von der Belegschaftsvertretung und dem Betriebsarzt aufgegriffen wird?
- Wird ein Beitrag zur *gegenseitigen Transparenz* der Tätigkeit von Betriebsarzt und Beschäftigten geleistet?
- Wird die *Kontextnähe des Betriebsarztes* zu den realen Problemen der Arbeitswelt vergrößert?
- Werden zuerst alle durchsetzbaren Möglichkeiten zur *Verbesserung der Arbeitsbedingungen* genutzt, bevor personenbezogene Maßnahmen (wie z. B. persönliche Körperschutzmittel, Umsetzungen) eingeleitet werden?
- Werden die *Gestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten* in bezug auf ihre Arbeitsbedingungen erweitert?
- Werden Gesundheitsprobleme im Betrieb bekämpft oder werden sie in Form von Personalselektion zum Schaden der Gesundheit aller Arbeitnehmer *externalisiert*?

## Anmerkungen

- 1 Die in diesem Aufsatz verwendeten Ergebnisse zur Funktionsweise des Arbeitsschutz-Systems in der BRD entstammen überwiegend dem Projekt „Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik“ aus dem Bereich Arbeitspolitik des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin (Projektmitarbeiter: Friedrich Hauß, Hagen Kühn, Rolf Rosenbrock). Der empirische Teil dieser Untersuchung stützt sich auf Experteninterviews, Gruppendiskussionen und eine schriftliche Befragung von ca. 1 500 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; Friedrich Hauß: Belastungsthematisierung im Arbeitsschutz; Hagen Kühn: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten; (alle: Frankfurt/New York 1982).
- 2 Bei den Sicherheitsfachkräften sieht es zwar anders, aber nicht besser aus: Weniger als ein Siebtel übt diese Funktion vollamtlich aus. Die übrigen haben außerdem normale betriebliche Funktionen als Vorarbeiter, Meister, Betriebsleiter etc. zu erfüllen; es kann nicht verwundern, daß bei dieser Konstellation kurzfristiges Kosten- und Produktivitätsdenken oftmals die Logik des Arbeitsschutzes in den Hintergrund drängt. Verstärkt wird dies durch die betrieblichen Auswahlmechanismen für Sicherheitsfachkräfte (Gottschalk/Gürtler 1979). Die von den Aufsichtsbehörden wiederholt konsequenzlos monierte Praxis des „Splitting“ wird auch in zahlreichen Großbetrieben geübt, deren vorgeschriebene Einsatzzeiten durchaus die vollamtliche Beschäftigung einer oder mehrerer Sicherheitsfachkräfte nahelegen würden.
- 3 Zu welchen kurzschlüssigen Ergebnissen eine derartige Analyse führen könnte, zeigt ein Blick auf die Tatsache, daß die Anzahl der angezeigten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, die seit Beginn der sechziger Jahre insgesamt stark zurückgegangen war, seit Inkrafttreten des ASiG (1.12.1974) wieder kontinuierlich ansteigt (vgl. Unfallbericht 1980 : 4).
- 4 Als Ergebnis unterschiedlicher Management-Strategien lassen sich vier Typen der Implementation des ASiG unterscheiden:
  - Nicht-Durchführung des gesetzlich normierten Arbeitsschutzes,
  - formelle Umsetzung bzw. Unterlaufen der Normen mit dem Effekt der Wirkungsneutralisierung,
  - Transformation des professionellen Arbeitsschutzes in ein mit dem Rentabilitätsziel des Unternehmens kompatibles Subsystem,
  - gesundheitspolitisch zieladäquate Funktionalisierung des Arbeitsschutz-Systems.

Während der vierte Typus nur in wenigen fortgeschrittenen Betrieben aufgefunden werden kann, liegt die große Mehrheit der Betriebe im Bereich der Typen 2 und 3. Da fast nie sämtliche Mindestvorschriften eingehalten werden, sind meist auch Elemente von Typ 1 vorhanden.

- 5 Die Zitate entstammen dem mit Wissen der Teilnehmer aufgezeichneten Tonbandprotokoll einer internen Tagung schweizerischer Fabrikärzte im November 1976 in Bad Ramsach. Erst nach Lektüre der Tonband-Abschrift wandten sie sich gegen eine Veröffentlichung. Auszüge, darunter die hier wiedergegebenen Zitate, sind zuerst veröffentlicht in: „Fabrikärzte unter sich“, das Konzept (Zürich), 8. Jg., Nr. 11/1979 : 1 und 8. Zum Kontext ist zu bemerken, daß es in der Schweiz keinen obligatorischen arbeitsmedizinischen Dienst wie in der BRD gibt, so daß die Einstellung von Arbeitsmedizinern dem jeweiligen Arbeitgeber überlassen ist.
- 6 Auf die Gesundheitsgefährdungen vor allem durch Chemikalien, die von den Beschäftigten nicht wahrgenommen werden können und bei denen deshalb die technisch-naturwissenschaftliche Feststellung der Exposition durch Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte an die Stelle der Wahrnehmung der Betroffenen treten muß, wird hier nicht weiter eingegangen.
- 7 Damit soll keineswegs einer Strategie das Wort geredet werden, derzufolge ein „Anteil des Produktivitätszuwachses, der bisher in jährliche Lohnsteigerungen geflossen ist, für Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin und menschengerechte Arbeitsgestaltung“ eingesetzt werden soll (Spinnmarke 1981 : 914). Derartige Vorstellungen übersehen nicht nur die Verantwortung des Arbeitgebers für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen als Bestandteil der privaten Verfügung über Produktionsmittel, sie verkennen auch grundsätzlich den Charakter der Austausch- und Konfliktbeziehungen zwischen Kapital und Arbeit sowie die gesamtwirtschaftlich schädlichen Folgen von Strategien des Lohnverzichts. Die Bereitschaft, bei Belastungsminde- rung auf Lohnbestandteile zu verzichten, kann lediglich als (allerdings valider) Indikator für die Relevanz und das Bewußtsein von Gesundheitsproblemen im Betrieb gewertet werden.

## Literatur

- Abholz, H. H. (1981): *Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung*, in: Hauß/Naschold/Rosenbrock (Hrsg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Bonn.
- Abholz et al (1981): Abholz, H. H., E. Hildebrandt, P. Ochs, R. Rosenbrock, H. Spitzley, J. Stebani, W. Wotschack: *Von den Grenzen der Ergonomie und den Möglichkeiten der Arbeitswissenschaft*, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Nr. 4, 191 ff.
- Abholz, H. H. (1980): *Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?* In: Deppe (1980).
- AfA (1980): *Stellungnahme des Arbeitsausschusses für Arbeitsstudien (AfA) zur Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie*, in: AfA-Informationen Nr. 5, 3 ff.

- Altmann, N., G. Bechtle, B. Lutz (1978): *Betrieb – Technik – Arbeit*, Frankfurt/New York.
- BAU (1980): Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung: *Arbeitsschutzsystem, Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*, 5 Bände, Bremerhaven, Kurzfassung: Dortmund.
- Berlinguer, G. (1980): *Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften – Einige italienische Erfahrungen*. Jahrb. f. kritische Medizin, Bd. 6, Argument Sonderband AS 53, Berlin.
- Bispinck, R. (1979): *Arbeitsschutz als Teil praktischer Sozialpolitik*, in: WSI-Mitteilungen Nr. 10, 565 ff.
- Borgers, D., B. Nemitz (1978): *Bedingungen werkärztlicher Tätigkeit und das Arbeitssicherheitsgesetz*, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 3, Argument Sonderband AS 27, Berlin.
- Brock, et al. (1980): *Betriebliche Gesundheit und gewerkschaftliche Arbeit in einer norddeutschen Werft – Ansätze einer Arbeitermedizin in der BRD*. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 6, Argument Sonderband AS 53, Berlin.
- Deppe, H. U. (Hrsg.) (1980): *Vernachlässigte Gesundheit*, Köln.
- Deppe, H. U., K. Priester (1980): *Arbeit und Krankheit*, in: Deppe (1980).
- Deppe, H. U. (1973): *Industriearbeit und Medizin*, Frankfurt.
- Elsner et al. (1981): Elsner, G., F. Hauß, W. Karmaus, R. Müller: *Stellungnahme zur Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur „Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland“*. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 7, Argument Sonderband AS 73, Berlin, 167 ff.
- Freidson, E. (1975): *Dominanz der Experten*, München/Berlin/Wien.
- Gottschalk, F., H. Gürtler (1979): *Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit*, Neuwied und Darmstadt.
- Hauß, F., H. Kühn, R. Rosenbrock (1981): *Betrieblicher Arbeitsschutz als gesundheitliche Strategie*, in: Böhle, Standfest (Hrsg.): *Sozialpolitik und Produktionsprozeß*, WSI-Studie Nr. 40, Köln.
- Hauß, F., H. Kühn, R. Rosenbrock (1978): *Belegschaftshandeln und Arbeitsschutz, Empirische Vorstudie und Begriffsentwicklung*, WZB-IIVG preprint, Berlin 1978.
- Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (1981): *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen*. In: dies., *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen*, Forschungsbericht des BMAuS, Bonn.
- Heinle, C., D. Hüchel (1982): *Erfahrungen und Probleme bei der betriebsbezogenen Vermittlung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse*, in: Hauß, F. (Hrsg.): *Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik*, Frankfurt/New York.
- v. Henniges, H. (1981): *Arbeitsplätze mit belastenden Arbeitsanforderungen*. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Stuttgart, Heft 4.
- Hörning et al. (1981): Hörning, K. H., J. Bergmann, W. Thomssen: *Stellungnahme der Sektion Industrie- und Betriebssoziologie der Deut-*



- schen Gesellschaft für Soziologie zur Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur „Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie“. In: Soziale Welt, Heft 3, 314 ff.
- IG Metall (Hrsg.) (1977): *Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit*, Schriftenreihe Arbeitssicherheit Nr. 20, Frankfurt.
- Kaiser, S. (1973): *Betriebsärztliche Versorgung in der BRD und in anderen EG-Staaten*, Gewerkschaften und Medizin 2, Berlin.
- Kliesch, G., M. Nöthlichs, R. Wagner (1978): *Arbeitssicherheitsgesetz, Kommentar*, Berlin.
- Kronlund, J. (1976): *Power Relations, Behavior Control Systems and Safety in Industry*, Stockholm.
- Lehnert et al (1980): Lehnert, G., H. Lutzcak, W. Rohmert, H. Rutenfranz, H. Szadowski: *Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland*, Boppard.
- Lichte, R. (1978): *Betriebsalltag von Industriearbeitern*, Frankfurt/New York.
- McKeown, Th. (1979): *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford.
- Naschold, F., B. Tietze (1977): *Arbeitsgestaltungspolitik durch rechtliche Normierung. Zum Entwurf der DIN 33405: Psychische Belastung und Beanspruchung*. In: Humanisierung der Lohnarbeit? Argument-Sonderband AS 14, Berlin, 102 ff.
- Priester, K. (1981): *Vernachlässigte Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik*. In: Demokratisches Gesundheitswesen, Heft 3, 14 ff.
- Priester, K. (1980): *Arbeitsbedingungen – Belastungsstruktur – Gesundheitsverschleiß*. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 5, Argument-Sonderband AS 48, Berlin, 95 ff.
- Ricke, J., W. Karmaus, R. Höh (1977): *Frühinvalidität – Arbeiterschicksal*. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 2, Argument Sonderband AS 17, Berlin, 148 ff.
- Rosenbrock, R., H. H. Abholz (1982): *Streßprävention durch Arbeitsschutz*. In: Höfert/Frese (Hrsg.), Streßprävention, Heidelberg (i.E.).
- Rutenfranz, J. (1980): *Berufsethische Richtlinien für Arbeitsmediziner?* In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, Heft 4, 73 ff.
- Schäfer, H. (1976): *Lebenserwartung und Lebensführung*. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Nr. 1, 27 ff.
- Seibel, H. D., H. Lühring (1981): *Arbeit und psychische Gesundheit*, Ms., Köln.
- Siegrist, J., H. Bertram (1970/71): *Schichtenspezifische Variationen des Krankheitsverhaltens*. In: Soziale Welt, 206 ff.
- Spinnarke, J. (1981): *Arbeitshumanisierung in Theorie und Praxis – Defizite bei der Arbeitsmedizin*. In: Die Neue Gesellschaft, Heft 10, 911 ff.
- Standfest et al. (1977): Standfest, E., Chr. v. Ferber, A. Holler, G. Leminsky, F. Naschold, A. Schmidt, F. Tennstedt: *Sozialpolitik und Selbstverwaltung*, WSI-Studie Nr. 35, Köln.
- Stebani et al. (1981): Stebani, J., H. Spitzley, R. Rosenbrock, P. Ochs, E. Hildebrandt, H. H. Abholz: *Ergonomie statt Arbeitswissenschaft?* In: Soziale Welt, Nr. 3, 317 ff.

- Systemanalyse (1978): *Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich*, Projektleitung: F. Naschold, W. Schönböck, 2 Bde., 2. Auflage, Wien.
- Taylor, R. (1979): *Medicine out of Control*, Melbourne, London.
- Unfallverhütungsbericht 1980: BT-Drucksache 9/901 v. 13.10.1981, Bonn.
- Unfallverhütungsbericht 1976, Bonn.
- Wagner, R. (1980): *Arbeitsmedizin im Rampenlicht*. In: Bundesarbeitsblatt, Nr. 4, 49 ff.
- Volkholz, V. (1977): *Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit*, Forschungsbericht des BMAuS, Bonn.
- Wintersberger, H. (1978): *Gesundheitskämpfe in Italien*. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3, Argument Sonderband AS 27, Berlin.