

## Entwicklungstendenzen im medizinischen Arbeitsschutz\* – Thesen –

### 1. Medizinischer Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik

Die gesundheits- und sozialpolitische Krise ist durch die wirtschaftliche Depression nicht entstanden, sondern sichtbar geworden. Der sozialliberalen Bundesregierung war es unter den politischen und wirtschaftlichen Voraussetzungen ihrer ersten Amtsjahre zwar gelungen, eine Reihe nicht unerheblicher Versorgungslücken zu schließen<sup>1</sup>, jedoch erreichte sie das vor allem auf dem Wege der expansiven Finanzierung eines, in seiner Struktur unveränderten, seinem Wesen nach kompensatorischen und in sich desintegrierten Sozialleistungssystems. Diese expandierende, aber die Leistungsstrukturen nicht verändernde Sozial- und Gesundheitspolitik verlor mit rückläufigem Wirtschaftswachstum und der verteilungspolitischen Machtverschiebung zugunsten der Gewinneinkommen ihre Grundlage.

Unter den derzeitigen ökonomisch-politischen Bedingungen verbleiben zwei gesundheitspolitische Grundrichtungen:

Die eine Richtung ist die praktizierte, konservativ-restriktive, sich an den kurzfristigen Erfordernissen des wirtschaftspolitischen Krisenmanagements orientierende „Sparpolitik“. Diese gefährdet das erreichte Niveau selbst der bestehenden kurativen Gesundheitsversorgung sowie die Einkommens- und Arbeitssituation der Lohnabhängigen im Sozialleistungssystem<sup>2</sup>. Die andere Grundrichtung geht dahin, Krankheit, Verschleiß und vorzeitigen Tod stärker dadurch zu bekämpfen, daß pathogene Bedingungen in der Arbeits- und Lebenswelt der Menschen präventiv angegangen werden. Den dabei auftretenden Finanzierungsproblemen käme insofern sekundäre Bedeutung zu, als Ausgaben in dieser Richtung – gesamtwirtschaftlich gesehen – investiven Charakter haben. Im Vordergrund steht hier das *Durchsetzungsproblem*. Denn gesundheitsbezogene Eingriffe in die Arbeits- und Konsumbedingungen sind zugleich auch Eingriffe in privatwirtschaftlich dominierte Gestaltungsbereiche.

Ein wesentliches Instrument für eine, an den Gesundheitsinteressen der Bevölkerung ausgerichtete, präventive Umorientierung der Sozial- und Gesundheitspolitik könnte das in den letzten Jahren erheblich ausgeweitete *Arbeitsschutzrecht* sein, in dessen Zentrum das 1974 in Kraft getretene (Rahmen-), „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (Arbeitssicherheitsgesetz – ASiG) und die präzisierenden Folgeverordnungen stehen.

Der hier zur Diskussion stehende *Teilaspekt*, die erstmals gesetzlich festge-

\* Die folgenden Thesen entstanden im Projektbereich: „Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik“ im Internationalen Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung am Wissenschaftszentrum Berlin (weitere Mitarbeiter: F. Naschold, B. M. Köhler, R. Rosenbrock).

legte Verpflichtung der Unternehmen zur Bestellung von Betriebsärzten, wäre demzufolge nach dem Kriterium zu beurteilen, ob und welchen Beitrag die sich ausdehnende *betriebsärztliche Tätigkeit* zu diesem gesundheitspolitischen Oberziel leistet.

Dazu sind zwei einschränkende Anmerkungen erforderlich:

1. Die Tatsache, daß das eingeführte Arbeitsschutzinstrumentarium – auch in seinem medizinischen Teilbereich – so wenige Informationen über sich selbst produziert und bis heute noch keine zuverlässige quantitative Ist-Bestandsaufnahme über die tatsächlich eingesetzten Personen und eingeführten Institutionen (z. B. Arbeitsschutzausschüsse) vorliegt, macht hier nicht nur eine empirisch fundierte qualitative Bewertung unmöglich, sondern muß ihrerseits als ein negativer Qualitätsindikator für das Erreichte angesehen werden. In der herrschenden Auffassung wird – zumindest implizit – von einer unreflektierten Verbesserungsthese ausgegangen<sup>3</sup>.

2. Diese beruht auf einem a priori als positiv angenommenen Zusammenhang zwischen dem geschätzten Zuwachs an neuen „Betriebsärzten“ (im Sinne des Gesetzes) und einem höheren gesundheitspolitischen Zielerreichungsgrad.

Lediglich auf dem Sektor der qualifikatorischen Defizite bei den Ärzten werden die Abstriche gemacht. Der These von der laufenden Verbesserung soll hier auch keine, ebensowenig begründbare, Verschlechterungsthese gegenübergestellt werden. Vielmehr werden im folgenden Thesen formuliert, die zwar insgesamt davon ausgehen, daß die neuen gesetzlichen Regelungen – vor allem im Zusammenhang mit dem Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) von 1972 – eine *Chance für Verbesserungen* bieten, letztlich aber erst die *konkrete Umsetzung* über die Wirkungen des medizinischen Arbeitsschutzes entscheidet. Diese wiederum können in ihren Elementen nicht nur positiv, sondern auch negativ oder irrelevant im Hinblick auf die Gesundheit der lohnabhängigen Bevölkerung im gesamtgesellschaftlichen Maßstab sein. Unter diesem Aspekt werden die empirischen Anhaltspunkte im folgenden interpretiert<sup>4</sup>.

## 2. Medizinischer Arbeitsschutz: Teil der Arbeitsbedingungen

*Medizinischer Arbeitsschutz* (medAS) ist der Teilbereich des Arbeitsschutzes, der von medizinischen Professionals geleistet oder angeleitet wird.

So notwendig die Einbeziehung von Betriebsärzten in den betrieblichen Arbeitsprozeß ist, so wichtig ist es auch, deren Grenzen und Abhängigkeiten zu erkennen. Nur dann kann verhindert werden, daß die praktische Arbeitsmedizin überfordert wird, indem die Probleme menschengerechter Gestaltung der Arbeit in medizinische Probleme umdefiniert und somit notwendigen politischen Lösungen entzogen werden.

Um die Dimensionen des *Arbeitsschutzes* zu erfassen, darf der Arbeitsprozeß nicht lediglich als zweckgerichtete Tätigkeit innerhalb einer stofflichen Arbeitsplatzumwelt verstanden werden. Die stoffliche, wirtschaftliche und soziale Seite des Arbeitsprozesses unter den Bedingungen der Kapitalverwertung bilden eine Einheit und sind von unmittelbarem oder mittelbarem Einfluß auf Gesundheit und Krankheit. Entsprechend hat sich Arbeitsschutz auf alle diese Dimensionen zu beziehen und reicht von der Sicherheitstechnik und ersten Hilfe über die Ge-

staltung des Lohn-Leistungs-(Belastungs-)Systems, Probleme der Hierarchie- und Sanktionssysteme, bis hin zu demokratischen Gestaltungsrechten der Arbeiter und Angestellten im Betrieb. Die vordergründig medizinische und technische Seite des Arbeitsschutzes ist eingelagert in die gesamten Austausch- und Konfliktprozesse zwischen Kapital und Arbeit. Entsprechend können de facto alle an diesem Gesamtprozeß beteiligten Personen – also nicht nur die Spezialisten – als Arbeitsschutzakteure aufgefaßt werden.

Im Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen einerseits und Gesundheit/Krankheit andererseits ist der Arbeitsschutz zwar als ein wichtigerer, nicht aber als der Hauptfaktor anzusehen. Das bedeutet umgekehrt, daß auch vom Gesundheitszustand einer Belegschaft nicht unvermittelt auf die Qualität des Arbeitsschutzes – oder gar seines medizinischen Teiles – geschlossen werden kann. So wird z. B. von BASF-Ludwigshafen berichtet<sup>5</sup>, daß dieser Großbetrieb über ein großzügig ausgebautes arbeitsmedizinisches Zentrum verfügt, zugleich aber Spitzenwerte bei Unfällen und Krankenstand aufweist. Positive Wirkungen des medAS können also durch die *Gesamtheit* der Arbeitsbedingungen kompensiert werden.

### 3. Problemumfassender Rahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzbegriffes

Der Einsatz der Medizin in der Arbeitswelt ist durch das 1974 in Kraft getretene ASiG geregelt<sup>6</sup>. Angesichts der beobachtbaren Umsetzung des Gesetzes soll zunächst der *grundsätzlich weite Rahmen* hervorgehoben werden, der dem arbeitsmedizinischen Handeln rechtlich vorgegeben ist:

Der gesetzliche Begriff von „Arbeitsschutz“ umfaßt erheblich mehr als die Beseitigung und Minderung von Unfallrisiken und den Faktoren, die zu „Berufskrankheiten“ i. S. der Berufskrankheitenverordnung führen<sup>7</sup>. Spinnarke/Schork fassen in ihrem Kommentar unter dem Ziel „Arbeitsschutz“, bei dessen Verwirklichung der Betriebsarzt (BA) den Arbeitgeber gem. § 1 ASiG zu „unterstützen“ hat, insbesondere folgende Aufgaben: „Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten; die Verhütung von allgemeinen Erkrankungen in der Arbeitsumwelt durch Gesundheitsschutz und Hygienemaßnahmen sowie *Vermeidung* von Verschleißschäden; eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit (gem. §§ 90 u. 91 BetrVG., d. Verf.), also u. a.: Vermeidung von Überbeanspruchung bei der Arbeit, menschenwürdige Arbeitsorganisation, Betriebshygiene (. . .). Eine Arbeit wird dann als ‚*menschengerecht*‘ angesehen werden können, wenn sie so beschaffen ist, daß die Leistungsfähigkeit eines Arbeitnehmers nicht überfordert wird, Gefahren für Leben oder Gesundheit ausgeschlossen werden und die Arbeitsleistung unter höchstmöglicher Wahrung des körperlichen Wohlbefindens erbracht werden kann<sup>8</sup>.“

Der im ASiG (§ 3 Abs. 3) erstmals gesetzlich formulierte Begriff der „*arbeitsbedingten Erkrankungen*“ unterstreicht die Verpflichtung des medAS, Krankheiten und pathogene Faktoren einzubeziehen, die von dem restriktiven Berufskrankheitenrecht bislang unberücksichtigt bleiben. Wie weit das Aufgabengebiet der betriebsärztlichen Tätigkeit nach den in § 1 ASiG formulierten Grundsätzen gehen kann, zeigen auch großzügige Auslegungen des Begriffs der „*gesicherten arbeitsmedizinischen Erkenntnisse*“.

Der weite gesetzlich legitimierte Handlungsspielraum erhöht zugleich auch

die Bedeutung des jeweiligen Betriebsarztes und seiner strukturellen Abhängigkeiten. Denn seiner *professionellen Autorität* kann in der konkreten betrieblichen Arbeitsschutz-Auseinandersetzung zwischen den unterschiedlichen Interessen ein erhebliches Eigengewicht zukommen. Die reale Wirkungsrichtung und -qualität von Arbeitsschutzmaßnahmen ist nämlich abhängig von der *Thematisierung* der Arbeitsschutzprobleme im Betrieb. Der BA kann verdeckte Probleme – vor allem im präventiven Bereich – aufzeigen und betrieblich thematisieren, er kann auch Arbeitsschutzprobleme gegen die Interessen der Betroffenen als „Sachzwänge“ oder „Nichtprobleme“ legitimieren; ebenso wie er dazu beitragen kann, aufgetretene Schädigungen ursächlich dem Individualverhalten des Geschädigten zuzuordnen, kann er auch helfen, die *Verhaltensbedingungen* ins Blickfeld der Arbeitsschutzakteure zu rücken.

Fazit: Die Arbeitsbedingungen stehen mit Krankheit über ihre stoffliche, ökonomische und soziale Dimension und den über sie vermittelten sonstigen Lebensbedingungen in mehrfachem Zusammenhang: Sie können Gesundheit erhalten; Krankheiten und Tod monokausal verursachen (gesetzlich definierte Berufskrankheiten und Unfälle); Krankheitsentstehung und/oder Verlauf mitverursachen und beeinträchtigen; Krankheitsbewältigung fördern, hemmen oder verhindern.

Sowohl durch die formulierte Zielsetzung des Arbeitsschutzes, als auch durch den Katalog betriebsärztlicher Mindestaufgaben (§ 3 ASiG), werden für den BA grundsätzlich ein Aktionsradius und entsprechende betriebliche Eingriffsebenen abgesteckt, die es ermöglichen müßten – freilich in Kooperation mit den primär interessierten und betroffenen Beschäftigten, den anderen Arbeitsschutzakteuren im Betrieb und dem außerbetrieblichen Gesundheitswesen – auf all diese Wirkungszusammenhänge Einfluß zu nehmen.

#### 4. Verengungstendenzen im praktizierten medizinischen Arbeitsschutz

Die real sich entwickelnden Handlungsmuster sind qualitativ – also nicht nur graduell – differenziert, da sie von einer Vielzahl politischer, ökonomischer und qualifikatorischer Faktoren im einzelnen Praxisbereich abhängen. Zumindest zwei *allgemeine* Trends lassen sich jedoch benennen: Obwohl die grundlegenden gesetzlichen Bestimmungen (bes. BetrVG und ASiG) einen weiten Problemhorizont ansprechen und einen großen Praxisbereich legitimieren, ist die bislang beobachtbare Praxis des medizinischen AS – selbst in den Betrieben, in denen alle erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen bereitstehen – gekennzeichnet durch

1. eine Verkürzung des wahrgenommenen Problemhorizonts und
2. durch einseitige Gewichtung des medizinischen Arbeitsschutzhandelns.

ad 1: Die realisierte Problemwahrnehmung findet allzu häufig noch ihre Grenze bei der Unfallverhütung (zu der Arbeitsmediziner ohnehin weniger beitragen können als Sicherheitstechniker) und jenen pathogenen Faktoren, die zu den entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten führen können, welche aber „nur einen geringen Teil aller arbeitsbedingten Erkrankungen ausmachen“<sup>9</sup>. Selbst in den Betrieben mit ausgebautem medAS-System liegt – sowohl von der Thematisierung als auch der Bearbeitung her gesehen – der Problemschwerpunkt auf den chemisch-physikalischen Belastungsfaktoren der Arbeitsumgebung, die

mit naturwissenschaftlichen Methoden meßbar sind, wie Lärm, Klima, Gifte, Dämpfe, Stäube usw.

Dabei ist allerdings hervorzuheben, daß es – gemessen am gegenwärtig realisierten Stand – ein erheblicher Fortschritt wäre, wenn auch nur dieser Ausschnitt von Belastungsarten über das gesamte Spektrum der Betriebsgrößen und Branchen erfolgreicher bekämpft würde.

Es scheint sich immer noch zu bewahrheiten, daß „die versicherungsrechtliche Begrenzung auf einen relativ kleinen Kreis anerkannter Berufskrankheiten, die durch eine einengende Rechtsprechung und die Verwaltungspraxis der Unfallversicherungsträger noch verstärkt wurde, (. . .) die Durchführung umfassender präventiver Maßnahmen in entscheidender Weise (hemmt)“<sup>10</sup>.

Das hat zur Folge, daß die bedeutenden Volkskrankheiten aus dem Problembewußtsein und der Praxis des BA ausgespart werden. Beispielsweise die Bereiche der zunehmenden psychischen Belastungen und der Beeinträchtigungen des vegetativen Nervensystems, die sich lange Zeit lediglich als Befindlichkeitsstörung äußern, dann jedoch ursächlich oder förderlich für die Entstehung volksgesundheitlich höchst relevanter Krankheiten sind, befindet sich, obwohl arbeitsbedingt, weitgehend außerhalb des betriebsärztlichen präventiven Interventionspektrums.

Die Tatsache, daß fast die Hälfte der neu bewilligten Renten Invaliditätsrenten sind, läßt erahnen, welche medizinische und wirtschaftliche Chance vertan wird, wenn die arbeitsbedingten Ursachen der häufigsten Volkskrankheiten unberücksichtigt bleiben.

Dennoch darf auch dann nicht geringgeschätzt werden, daß selbst eine in diesem Sinne eingeschränkte Realisierung des ASiG einen unbedingt erforderlichen Beitrag zur Arbeitssicherheit leisten könnte.

ad 2: Neben der Kappung des wahrgenommenen Problemhorizonts wird eine weitere übergreifende Tendenz sichtbar. Der medAS wird – wenn auch meist nicht ausschließlich, so doch in seiner Schwerpunktsetzung – mehr auf die Anpassung der Menschen an die Arbeitsbedingungen, als auf deren „menschengerechte Gestaltung“ (§ 90 BetrVG) gerichtet. Darauf weisen die Tätigkeitsschwerpunkte hin, die bei allen unterschiedlichen Betriebs- und Versorgungstypen im Bereich der Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen und bei der Ausstattung der Beschäftigten mit persönlichen Schutzausrüstungen liegen<sup>11</sup>.

Die Gründe für diese allgemeine Restriktivität des medAS liegen zum einen in den historisch gewachsenen sozialpolitischen und medizinischen Bewältigungsformen unserer Gesellschaft und zum anderen in der wirtschaftlichen und politischen „Konjunktur“, deren Umschwung zum Nachteil der abhängig Arbeitenden zudem noch in den gleichen Zeitraum fiel, in dem das ASiG in Kraft getreten ist.

#### 4.1. Arbeitsschutz und „Sozialpartnerschaft“

Geht man von der Annahme aus, daß ein Zusammenhang besteht zwischen den vorherrschenden Formen der betrieblichen und gesamtgesellschaftlichen Regulierung bzw. Austragung der Kapital-Arbeit-Konflikte einerseits, sowie

Art und Umfang der thematisierten und bewältigten Arbeitsschutzprobleme andererseits<sup>12</sup>, dann liegt hier ein Grund für die spezifische Restriktivität des praktizierten medAS in der Bundesrepublik.

Hier dominiert die „sozialpartnerschaftlich“-kooperative Form der Austragung der Konflikte, die sich aus dem Interessenantagonismus zwischen Kapital und Arbeit ergeben. Das prägt nicht nur – allerdings innerhalb einer politisch sehr bedeutsamen Bandbreite – das gewerkschaftliche Denken der Lohnabhängigen, sondern ist in seinen arbeits- und sozialrechtlichen Formen sowie in den Partizipationsinstitutionen in den Betrieben, Unternehmen, Sozialversicherungen, Kuratorien, Stiftungen u. v. a. m. zur *objektiven Handlungsbedingung* auch für den Arbeitsschutz geworden. Das hat bemerkenswerte Folgen: Je mehr der medizinische Arbeitsschutz ebenso wie die arbeitsmedizinische Forschungsvergabe in das „sozialpartnerschaftliche“ Aushandlungsmodell einbezogen werden, um so mehr werden Konzeptionen und Aktivitäten auf solche Problembereiche konzentriert, die geeignet sind, sich am einzelwirtschaftlichen Rentabilitätskalkül relativieren zu lassen. Positiv ausgedrückt: Die Chance des kooperativen Aushandelns von Arbeitsschutzinteressen zwischen Arbeit und Kapital liegt darin, Verbesserungen für die Beschäftigten dort erreichen zu können, wo nachweisbar, meßbar und kalkulierbar, das betriebliche Rentabilitätsoptimum, also das „wohlverstandene Kapitalinteresse“<sup>13</sup> im Arbeitsschutzbereich noch nicht erreicht ist. Dies dürfte in einem Großteil der Betriebe noch der Fall sein. Eine Schwäche dieser Form der Interessenaushandlung zeigt sich in der Ausklammerung jener gesundheitspolitisch wichtigen Problembereiche, deren Lösungen entweder nicht kalkulierbar sind oder den begrenzten Horizont einzelwirtschaftlicher Rentabilität überschreiten.

Eine auf der Basis einzelwirtschaftlicher Kostenrechnung stehende Arbeitsschutzpolitik birgt u. a. folgende Gefahren in sich:

1. Es gibt Problemlösungen, die sowohl einzelwirtschaftlich rentabel, als auch – bezogen auf die Betriebsbelegschaft – einen Verbesserungseffekt im Arbeitsschutz haben, die aber dennoch volksgesundheitlich fraglich oder negativ sind. Das ist dann der Fall, wenn betriebliche Arbeitsschutzprobleme *externalisiert werden*, indem z. B. das zu erwartende Krankheitsrisiko zum Selektionskriterium für die Beschäftigten wird und somit leistungsgeminderte Arbeitnehmer in Randbetriebe oder das Sozialleistungssystem abgedrängt werden (dazu s. u.). Die sozialpolitische Bilanz solcher unsolidarischen Externalisierungsstrategien, die nicht selten von Beschäftigten mitgetragen werden, ist medizinisch und gesamtwirtschaftlich negativ.

2. Die materielle Grundlage kooperativer Lösungen besteht im jeweils angenommenen politisch-ökonomischen Kosten-Nutzen-Kalkül der Kapitaleseite. In die politischen Kostenerwägungen gehen dabei die antizipierten Konflikte von unterlassenen Verbesserungen ein. Alle Größen, aus denen ein solches Kalkül besteht, sind Faktoren, die einer ständigen und teilweise rapiden Veränderung unterliegen. So die Knappheit der Arbeitskraft, die Substitutionsprozesse von lebendiger durch vergegenständlichte Arbeit und die politischen Bedingungen der Interessenvertretung. Weil aber diese Kosten-Nutzen-Relationen ständigen Veränderungen unterliegen, sind auch die auf ihrer Grundlage ausgehandelten Resultate – vor allem im Gefolge der Krisenentwicklung – stets latent bedroht und bedürfen ihrer Verteidigung.

3. Selbst die Verteidigung einmal erreichter Standards, und ohnehin die Bewältigung der über das privatwirtschaftliche Rentabilitätsoptimum hinausweisenden Gesundheitsprobleme, erfordert einen neuen *Wertmaßstab* im Bewußtsein der Beschäftigten über den Wert ihrer Gesundheit für ihre Lebenssicherung als Grundlage einer aktiven Interessenvertretung im Arbeitsschutzbereich. Dazu ist es grundsätzlich notwendig, gesundheitliche Erfordernisse nicht an der betriebswirtschaftlichen Rentabilität zu orientieren, sondern sie als bedeutendes, eigenständiges Interesse der Lohnabhängigen anzusehen. In diesem Zusammenhang sind auch gewerkschaftliche Strategien zu sehen, die auf eine Loslösung des Lohn-Belastungs-Zusammenhangs hinarbeiten, der die Arbeiter dazu zwingt und verleitet, individuelle Einkommensverbesserung oder -sicherung durch Übernahme eines höheren Gesundheitsrisikos zu betreiben.

Bietet das kooperative Modell der Aushandlung durch die Vertretungen der Lohnabhängigen – bei Beratung durch die betriebsmedizinischen Dienste – also einerseits reelle Verbesserungschancen, so muß dieses praktizierte Modell volksgesundheitlich um so mehr versagen, je mehr die sich aus der Produktivkraftentwicklung und der Arbeitsorganisation ergebenden neuen Belastungs- und Beanspruchungsarten Probleme aufwerfen, die jenseits des einzelwirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Optimums liegen, bzw. mit diesem, mangels naturwissenschaftlicher und aushandlungsfähiger Objektivierbarkeit (z. B. Befindlichkeitsstörungen) nicht in Bezug zu bringen sind. Die entsprechenden Eigenarten der modernen Volkskrankheiten (multikausal, lange Genese usw.)<sup>14</sup> machen es nicht nur für gewerkschaftliche Strategien erforderlich, Gesundheitsbewußtsein der Betroffenen zu entwickeln, sondern verlangen auch von der wissenschaftlichen und praktischen Arbeitsmedizin die Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Erfahrungen als Subjekte präventiver gesundheitsbezogener Veränderungen der Arbeitswelt<sup>15</sup>.

Als weitere Ursache des praktisch verengten und verbogenen medAS wird zu Recht auf die bestehende *inhaltlich-restriktive Tradition der Arbeitsmedizin*<sup>16</sup> und das geringe Qualifikationspotential vorhandener Arbeitsmediziner hingewiesen. Der Entwicklungsstand und die inhaltliche Ausrichtung der Arbeitsmedizin ist jedoch nichts anderes als das Ergebnis einer jahrzehntelangen Entwicklung der politisch-ökonomischen und sozialen Kapital-Arbeit-Beziehung in der Bundesrepublik. Auch in Zukunft wird die qualitative Entwicklung der Arbeitsmedizin als Wissenschaft eng an die Entwicklung ihres Gegenstands geknüpft bleiben.

#### 4.2. Verengung durch administrative „Präzisierung“

Auch die Art der administrativen Umsetzung hat sich prägend auf die – gemessen am gesetzlichen Grundsatz und der gesundheitspolitischen Notwendigkeit – restriktive Praxis des medAS ausgewirkt. Die Ausfüllung der Rahmenbedingungen des ASiG wurde den *gesetzlichen Unfallversicherungen* übertragen, die zu diesem Zweck – man beachte die Begrifflichkeit – „Unfallverhütungsvorschriften“ (UVVn) zu erlassen hatten und haben. Diese Übertragung auf die Berufsgenossenschaften (BG), Körperschaften des öffentlichen Rechts mit paritätischer Selbstverwaltung, mußte die im Gesetz angelegte Intention eines umfassenden

Arbeitsschutzes zusätzlich mit derselben Wirkung filtern, die den „sozialpartnerschaftlichen“ Regelungsmechanismen insgesamt zugeschrieben wird. Eine Untersuchung über „Sozialpolitik und Selbstverwaltung“ führt das Wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Institut (WSI) des DGB zu dem Ergebnis, daß die gegenwärtig in den Sozialversicherungen praktizierte „formale Parität“ (es) in Wirklichkeit ermöglicht, daß die Gruppe mit den jeweils restriktiveren Vorstellungen in den Gremien sich durchsetzen kann<sup>17</sup>. Auch die Erfahrung bei der Erstellung der UVVen „haben immer wieder gezeigt“, – so das IG-Metall-Bundesvorstandsmitglied Janzen, „daß in den paritätisch besetzten Organen der Berufsgenossenschaften (. . .) nur das geht, was die Arbeitgeber mittragen“<sup>18</sup>.

Entsprechend besteht die Wirkung der UVVen nicht nur in der von ihnen geforderten branchenspezifischen *Konkretisierung*, sondern führt auch zu einer *Reduzierung* auf vorwiegend jene Problemfaktoren, die mit entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen in Verbindung stehen, oder in sonstiger Weise die angeführten Voraussetzungen kooperativer Regelbarkeit erfüllen. Zudem wurden die *Einsatzzeiten* der Betriebsärzte nicht aufgrund zunehmender Gesundheitsrisiken, sondern zumeist nach den Kriterien der berufsgenossenschaftlichen Gefahrenklassen bemessen.

Die de facto restriktive Wirkung der erlassenen Vorschriften<sup>19</sup> besteht prinzipiell darin, daß wesentliche Teilbereiche des Arbeitsschutzes nicht ausgefüllt wurden. Selbst in den „allgemeinen Vorschriften“ (VBG 1) werden als konkrete Belastungsfaktoren hauptsächlich Unfallrisiken (§§ 18 f.) und chemisch-physikalische Umwelteinflüsse (§ 45) angesprochen. Dennoch ist die Bedeutung dieser Vorschriften groß, da sie gerade in der Krise zunehmend verletzt werden.

Die Gewerkschaftsvertreter konnten in den § 2 der VBG 1 immerhin eine Art Öffnungsklausel einfügen, nach der der Arbeitsschutz auch den „allgemein anerkannten (. . .) arbeitsmedizinischen Regeln (zu) entsprechen“ habe. Dem steht die praktische Erfahrung gegenüber, daß Normen eine um so geringere Chance haben, in den Betrieben durchgesetzt zu werden, je weniger konkret, d. h. auf einen unmittelbaren Problemfall bezogen, sie anwendbar sind<sup>20</sup>.

Wichtig für die Praxis ist der Hinweis von Partikel, daß eine UVV oder Rechtsverordnung „den betriebsverfassungsrechtlichen Gestaltungsraum nur insoweit einschränkt, als sie den gesetzlichen Rahmen tatsächlich ausfüllt“<sup>21</sup>. „Daraus folgt: die Vorschriften lassen zwar keinerlei zukunftsorientierende Schritte in Richtung auf einen umfassenderen Gesundheitsschutz sichtbar werden, sie können aber auch nicht als Legitimation dazu mißbraucht werden, diesbezügliche betriebliche Initiativen rechtlich zu unterbinden.“

#### 4.3. Folgen der ökonomisch-politischen Krisenentwicklung

Die gesetzlich formulierte „Unabhängigkeit (des Betriebsarztes) bei der Anwendung der Fachkunde“ (§ 8 ASiG) ist – analytisch gesehen – eine Fiktion. Ihre Bedeutung kann allenfalls in einem gewissen juristischen Schutz gesehen werden, dessen Gebrauch durch den Betriebsarzt jedoch ambivalent ist, weil er auch zur Forderungsabwehr gegenüber der an der Gesundheitssicherung interessierten Belegschaft genutzt werden kann.

Die realen *Handlungsbedingungen* des Betriebsarztes sind primär abhängig von der ökonomischen Situation des Betriebes bzw. Unternehmens und dem



Kräfteverhältnis zwischen Kapital und Arbeit. Hier hat sich zwischen der Entstehungsphase des ASiG seit Ende der 60er Jahre und dem Beginn seiner Realisierung seit 1974 ein tiefgreifender Wandel vollzogen, in dem ein weiterer Grund liegt, für die Divergenz zwischen realer Entwicklung des Arbeitsschutzes und der gesetzlich intendierten ursachenorientierten, primärpräventiven Gesundheitsintervention im Arbeitsprozeß. Die Periode der Gesetzesentstehung war eine Phase wirtschaftlicher Prosperität, in welcher Quantität und Qualität des Arbeitskräfteangebotes als Hauptengpaß angesehen wurde, sowie eines deutlichen Aufschwungs der an den Interessen der Lohnabhängigen orientierten Reformbewegung. Die seit 1973/74 andauernde Wirtschaftskrise wirkt sich dagegen in gesamtgesellschaftlicher Sicht auf die Handlungsbedingungen der Arbeitsschutzakteure unter anderem in folgenden Punkten aus:

- Arbeitskraft steht – mit qualitativen und regionalen Unterschieden – reichlich und austauschbar zur Verfügung. Das bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die einzelwirtschaftliche Kosten-Nutzen-Relation von Arbeitsschutz-Ausgaben und somit auf das Kapitalinteresse;
- die Arbeitsbelastung und -beanspruchung verschärft sich;
- zugleich führt die, durch die „industrielle Reservearmee“ geschaffene, erhöhte soziale Unsicherheit der Beschäftigten zu einer Schwächung der Potentiale gegen gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen. Arbeitsplatz- und Einkommenssicherung stehen im Vordergrund.
- Die Veränderung des Kräfteverhältnisses zwischen Kapital und Arbeit findet im politischen Bereich ihren Ausdruck in den vielfältigen Entdemokratisierungstendenzen, bei denen es sich direkt oder indirekt um die Einschränkung der Durchsetzungsmöglichkeiten von Interessen der Lohnabhängigen handelt.
- Mit der Abhängigkeit des Staates von der privaten Wirtschaftstätigkeit erhöht sich in der Krise auch das privatwirtschaftliche „Desorganisationspotential“ gegenüber staatlichen Reformversuchen.

## 5. Unterschiedlichkeit der Entwicklungsrichtungen des medizinischen Arbeitsschutzes

Der medizinische Arbeitsschutz, wie er vom ASiG *intendiert* ist, unterscheidet sich von den herkömmlichen Gesundheitsinterventionen vor allem dadurch, daß er nicht am kranken Individuum ansetzt, sondern eindeutig primärpräventiven Charakter hat. Die ursachenorientierte Beseitigung und Minderung pathogener Faktoren im Arbeitsprozeß greift aber zwangsläufig in die Entscheidungsautonomie und Kostenstruktur des Unternehmens ein, dessen Zielsystem auf die Verwertung des „Produktionsfaktors Arbeit“ und nicht auf seinen Schutz gerichtet ist. Angetrieben und begünstigt durch die gesamtwirtschaftliche Situation, wird das Einzelkapital entsprechend versuchen, die Regelungen des medAS entweder zu umgehen und/oder sie im Hinblick auf das Unternehmensziel in ihrer Wirkung zu neutralisieren (durch selektive oder formelle Durchführung) und oder sie in den Dienst von Verwertungsinteressen zu stellen.

Ebenso wie sich gesamtwirtschaftliche Konstellationen auf die einzelnen Unternehmen höchst unterschiedlich auswirken, variieren die verschiedenen For-

men des betriebsärztlichen Einsatzes mit den Möglichkeiten der einzelnen Kapitale, die Bestimmungen des ASiG ihrem Zielsystem anzupassen. Darum erzeugen die allgemein verbindlichen Normen des ASiG und der UVVen durchaus unterschiedliche, ja gegenläufige reale Wirkungsrichtungen betriebsärztlicher Tätigkeit.

Die politisch-ökonomische *Gestaltungsautonomie* eines Unternehmens, also seine Möglichkeiten, externe Zwänge zielkonform zu verarbeiten, ist zunächst abhängig von all jenen Faktoren, die seine Konkurrenzsituation auf den Geld-, Beschaffungs-, Absatz-, Arbeitsmärkten und dem Staatssektor determinieren (Kapitalgröße, Profitrate und -masse etc.). Für den medAS sind zudem noch folgende Faktoren von Bedeutung:

- der jeweils konkret realisierte Grad an inner- und überbetrieblicher *Mitbestimmung* und in diesem Zusammenhang das Niveau des Bewußtseins über Arbeitsschutz und Gesundheitsprobleme und deren Thematisierung in der Belegschaft;
- die Wirksamkeit der staatlichen und berufsgenossenschaftlichen *Kontroll- und Sanktionssysteme* in bezug auf die Durchsetzung der primärpräventiven Orientierung des medAS gegenüber dem jeweiligen Unternehmen;
- Qualifikation, Zielorientierung und Anzahl der zur Verfügung stehenden arbeitsmedizinischen Professionals.

Vor allem in Abhängigkeit von diesen Bedingungen läßt der in der Bundesrepublik praktizierte medAS vier Entwicklungsstränge erkennen. Diese unterscheiden sich durch die *Dominanz* jeweils einer Strategie in bezug auf die entsprechenden Regelungen des ASiG (§§ 1, 2, 3, 8 ff.) bei meist gleichzeitigem Auftreten anderer Formen:

1. *Die Nicht-Durchführung*;
2. Strategien der formellen und/oder selektiven Durchführung einzelner Elemente des medAS mit dem Effekt seiner *Wirkungsneutralisierung*;
3. Strategien der Durchführung des medAS mit dem Effekt seiner *Transformation* in ein Instrument zur Steigerung der Kapitalrentabilität (dieses schließt Verbesserungen etwa im Bereich der Arbeitssicherheit nicht aus, will jedoch besagen, daß die einzelwirtschaftliche Rendite der Maßstab ist);
4. Strategien der an den Gesundheitsinteressen der lohnabhängigen Bevölkerung orientierten *Funktionalisierung* des medAS mit dem Effekt der Hebung des gesellschaftlichen Gesundheitsstandards.

Sicherlich nicht ursächlich, jedoch fördernd auf die differenzierte Entwicklung des medAS wirkt sich die Herausbildung verschiedener arbeitsmedizinischer *Anbietersysteme* aus. Es lassen sich unterscheiden:

- festangestellte Betriebsärzte bei Unternehmen<sup>22</sup>;
- freiberufliche Ärzte, die gegen Entgelt (Dienstleistungsvertrag) eine vertraglich vereinbarte „Einsatzzeit“ ableisten;
- überbetriebliche arbeitsmedizinische Zentren, die sich nach Trägern unterscheiden. Dies können sein:
  - Berufsgenossenschaften
  - Technische Überwachungsvereine

- Arbeitgebergetragene Vereine
- Privatwirtschaftliche Anbieter.

In den überbetrieblichen Zentren sind vorwiegend hauptberufliche Betriebsärzte, jedoch auch eine Vielzahl Vertragsärzte tätig.

Angestellte Betriebsärzte sind vorwiegend in Groß-, bzw. großen Mittelbetrieben anzutreffen, deren Einsatzzeiten einen oder mehrere BÄ auslasten. Mittel- und Kleinbetriebe – soweit sie nach VBG 123 einen BA „bestellen“ müssen<sup>23</sup> – schließen sich entweder einem überbetrieblichen Zentrum an oder verpflichten freiberufliche Ärzte, die „fachkundig“ im Sinne der Verordnung (§ 3 VBG 123) sind.

Zwar zeigen sich immense Unterschiede in Umfang, Richtung und Qualität der betriebsärztlichen Leistungen, die von der Null-Leistung bis zum ausgebauten, integrierten sicherheitstechnisch-arbeitsmedizinischen Dienst (wenn auch mit den o. a. Einschränkungen) reichen. Aber die Unterschiede gehen – wenn auch mit sichtbaren Gewichtungen – quer durch die einzelnen Anbieterarten. Deshalb kann auch bislang keine Bewertung dahin gehend erfolgen, in welcher Organisationsform ein engagierter und qualifizierter Arbeitsmediziner größere Durchsetzungschancen hat.

Die Tatsache jedoch, daß sich ein spezifischer „Markt“ herausgebildet hat, auf dem die verschiedenen Anbieter miteinander *konkurrieren*, erweist sich als begünstigend für die Unternehmensinteressen: die Aktionsparameter der Anbieter-Konkurrenten sind nicht nur der Preis pro Einsatzstunden, sondern auch die Kompatibilität der angebotenen Leistungen bzw. Nicht-Leistungen mit den Wünschen der Nachfrager, d. h. der Unternehmer. Gängig scheint z. B. die unzulässige Anrechnung des nicht durch die UVVen gedeckten Einstellungsuntersuchungen auf die Einsatzzeiten zu sein. Auch die Unterlassung einzelner Aufgaben nach § 3 des ASiG (z. B. Betriebsbegehungen) wird verschiedentlich vereinbart.

Die Möglichkeit dafür wurde durch § 9 Abs. 3 ASiG geschaffen. Hier wird dem Betriebsrat nur bei der Bestellung und Abberufung des *angestellten* BA ein erzwingbares *Mitbestimmungsrecht* (gem. § 87.1.7 BetrVG) eingeräumt, während er bei der Ver- und Entpflichtung von Freiberuflern und Zentren lediglich ein Anhörungsrecht haben soll. Nach Auffassung des Bundesarbeitsministeriums und der Gewerkschaften<sup>24</sup> besteht dennoch nach § 87.1.7 BetrVG ein Mitbestimmungsrecht dann, wenn es sich um die „abstrakte“ Entscheidung handelt, welcher betriebsärztliche Dienst gewählt werden soll. Obwohl diese Auffassung von führenden Kommentatoren ebenfalls vertreten wird<sup>25</sup>, sprechen LAG-Urteile dem „Arbeitgeber“ das alleinige Entscheidungsrecht bezüglich der nicht-angestellten Betriebsärzte zu. Die juristische Entscheidung wird möglicherweise erst dann getroffen, wenn die Entscheidungen in den einzelnen Betrieben bereits gefallen sind. Deshalb fordern die DGB-Gewerkschaften, diese Umgehung der Mitbestimmung dadurch auszuräumen, daß bei den überbetrieblichen Zentren paritätisch besetzte Beiräte eingerichtet werden.

## 6. Nicht-Durchführung des medizinischen Arbeitsschutzes

Vorab ist anzumerken, daß bislang erst 11,2% aller Betriebe und 51,2% der Versicherten von der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte“ (VBG 123) der gewerblichen BG'en erfaßt werden (BT-DS 7/4668, S. 210). Ein Unternehmen kann dann von der Bestellung eines BA absehen, wenn die nach dem Kriterium der jeweiligen BG errechnete Einsatzzeit in einem Betrieb weniger als 60 Stunden pro Jahr beträgt (§ 2 VBG 123). Das gilt im Durchschnitt für Betriebe unter 50 Beschäftigte. Die Nicht-Durchführung des ASiG muß aber auch bei einer relevanten Anzahl „bestellungspflichtiger“ Betriebe angenommen werden. Die Gründe dafür sind vielfältig:

- a) *die externe Kontrolle* durch die Gewerbeaufsichtsämter (GAÄ) und die Berufsgenossenschaften ist unzureichend. Erschwert wird sie durch den Wegfall der Mitteilungspflicht (1976) über die Zahl der bestellten BÄ und Sicherheitsfachkräfte (SIFA) die der § 13 ASiG den Unternehmern auferlegt hatte. Diese Vorschriften entfielen nicht deshalb, weil sie – so der „Unfallverhütungsbericht 1976“ der Bundesregierung (S. 126) – „nicht mehr gebraucht werden“, sondern weil sie boykottiert<sup>26</sup> und darum als nicht durchsetzbar angesehen wurden. Bei den fraglichen Betrieben handelt es sich meist um Klein- und Mittelbetriebe, die sich zugleich dadurch kennzeichnen, daß die *betriebliche Mitbestimmung* nach dem BetrVG schwach oder gar nicht realisiert ist. Damit entfällt auch die für den gesamten Bereich des Arbeitsschutzes sehr wesentliche Funktion der *internen Kontrolle* durch die Betroffenen. Von einem Ausbau der staatlichen Aufsichtsorgane wird man sich vor allem hinsichtlich inhaltlicher Aspekte wenig versprechen können, solange diese Kontrolle durch die Arbeiter und Angestellten sich nicht wirksam verbessert.
- b) Die knappe *Angebotsituation* bei arbeitsmedizinischen Diensten ermöglicht zudem den Unternehmen – vor allem in ländlichen Bereichen – damit die Nicht-Einführung des medAS zu legitimieren.
- c) Auch ist die *Sanktionsmöglichkeit* der Aufsichtsbehörden gering. „Grobe und fahrlässige“ Verstöße gegen die UVVen können Ordnungsstrafen von DM 10 000,- nach sich ziehen<sup>27</sup>. Dem stehen z. B. in einem Betrieb von 350 Beschäftigten bei einer Einsatzzeit von 0,5 Stunden je Jahr und Arbeitnehmer und einer BA-Stunde von DM 120,- Kosten von 21 000,- DM gegenüber. Obwohl die Nicht-Erfüllungsstrategien in Mittel- und Kleinbetrieben oft auf mangelnde Einsicht in das „wohlverstandene Eigeninteresse“ zurückgeführt werden und auch auf politische Borniertheiten der Eigentümer, ist es plausibel anzunehmen, daß es bei nicht wenigen Betrieben durchaus *betriebswirtschaftlich-rationale* Gründe dafür gibt, die ein Desinteresse an der Durchführung des medAS nahelegen. Oft steht nämlich zusätzlichen Arbeitsschutzausgaben für Ärzte im Rahmen des notwendigerweise kurzen Planungshorizontes von Mittel- und Kleinbetrieben, sowie bei Einsatz von externen Fachkräften mit insgesamt geringer Arbeitszeit, Anwesenheit und Betriebskenntnis, kein entsprechender Nutzen in der Betriebskalkulation gegenüber.

Dagegen werden *sicherheits technische* Einrichtungen und Maßnahmen auf der

Nutzen-Seite eher zu Buche schlagen, weswegen u. a. auch die „Einsatzschwelle“ für Sicherheitsfachkräfte niedriger ist als bei Ärzten<sup>28</sup>.

## 7. Wirkungsneutralisierung im medizinischen Arbeitsschutz

Die Strategie der Nicht-Durchführung wird, vor allem aufgrund der Kontrolle und des erweiterten Angebots an betriebsärztlichen Diensten, zunehmend an Bedeutung verlieren. Jedoch ist folgenreich, daß sich diese externen Kontrollen auf die formelle Bereitstellung der personellen und sachlichen Einsatzfaktoren des medAS beschränken. Als „vollversorgt“ im Sinne der Gewerbeaufsicht gilt gegenwärtig ein Betrieb, der nach eigenen Angaben „fachkundige“ Betriebsärzte bestellt hat, welche die Mindesteinsatzzeiten einhalten und dem Betriebsleiter unterstellt sind. Zudem müssen ein Arbeitsausschuß als existent angegeben werden sowie erforderliches Hilfspersonal und räumlich-sachliche Ausstattung bereitstehen<sup>29</sup>.

Die Bundesregierung hat im Zusammenhang mit dem Wegfall der Meldepflicht nach § 13 ASiG 1976 festgestellt, daß die „eingegangenen Meldungen der Betriebe keine zuverlässigen Daten gebracht“ haben<sup>30</sup>. Dies legt nahe, das Ergebnis einer Befragungsaktion der Länder vom Oktober 1977 mit vielen Fragezeichen zu versehen, nach der in den bestellungspflichtigen Betrieben mit über 100 Beschäftigten „etwa 68% der erforderlichen Betriebsärzte bestellt sind“<sup>31</sup>.

Da es weiterhin eine Vielzahl von Betrieben gibt, die sich berechtigterweise von betriebsärztlicher Tätigkeit keinen Nutzen versprechen, liegt es nahe, daß nicht nur aus „mangelnder Einsicht“, sondern auch aus ökonomischem Interesse hier ein Strategiewechsel stattfindet von der offenen zur *verdeckten Nicht-Durchführung* der Normen für den medizinischen Arbeitsschutz:

So wird von überbetrieblichen Zentren berichtet, denen sich jeweils eine größere Zahl von Betrieben angeschlossen haben, die aber entweder gar keinen Arbeitsmediziner beschäftigen, oder – was in Zukunft die häufigere Variante sein wird – bei denen die personelle Besetzung in einem so offensichtlichen Mißverhältnis zur Zahl der zu betreuenden Beschäftigten steht, daß die Nichtversorgung eines Großteils davon auf der Hand liegt<sup>32</sup>. Auch bestehen Vertragsverhältnisse zwischen Betrieben und solchen Ärzten, die aufgrund ihres Nichttätigwerdens von ihren Kollegen als „Schweigegegeldempfänger“ definiert werden<sup>33</sup>.

Für die Mehrheit der bestellungspflichtigen Betriebe kann heute jedoch angenommen werden, daß sie tatsächlich agierende Betriebsärzte bestellt haben. Das Problem, das sich hier stellt, ist das ihrer konkreten *Wirkung*. Das bislang veröffentlichte und nicht veröffentlichte spärliche empirische Erfahrungsmaterial gibt hinreichenden Grund zu der Annahme, daß die Richtung und Intensität der Umsetzung des medizinischen Arbeitsschutzrechts in der Praxis ganz entscheidend geprägt wird durch die unterschiedliche, interne wie externe, *Gestaltungsautonomie der einzelnen Unternehmen* (s. o. 5.).

Soweit sich Grundrichtungen bereits voneinander abheben, dürften quantitativ solche Betriebe häufig zu finden sein, in denen zwar Ärzte tätig sind, diese Tätigkeit aber – vom Arbeitsschutzaspekt her gesehen – überwiegend *wirkungsneu-*

tral bleibt, von denen also gesagt werden muß, daß sich „nicht viel geändert hat“.

Der Aufgabenkatalog des § 3 ASiG für Betriebsärzte ist in seiner Struktur nicht präzisiert. Entsprechend sind es auch nicht die Einsatzzeiten. Bei deren Ausfüllung in jenen Betrieben, in denen die Neutralisierungstendenzen dominieren, stehen dann die personengebundenen Untersuchungstätigkeiten, das Abhalten von Sprechstunden und kurativen Tätigkeiten im Vordergrund, die ebenso in einer Arztpraxis durchgeführt werden könnten (z. B. Physiotherapie)<sup>34</sup>. Das allgemeine Resümee von Volkholz: „Aufgaben im Zusammenhang mit Arbeitsplätzen, Arbeitsumgebung, Arbeitsstoffen, Arbeitsbelastung und Ergonomie werden nur unterdurchschnittlich wahrgenommen. Die Zusammenarbeit der Betriebsärzte mit den anderen Funktionsgruppen ist gering<sup>35</sup>,“ trifft hier besonders deutlich zu. Der These von der arbeitsmedizinischen Wirkungsneutralität der ärztlichen Tätigkeit in vielen Betrieben wird u. a. entgegengehalten werden können, daß es zunehmend irrelevanter wird, je mehr die vorhandenen Qualifikations- und Erfahrungsdefizite ausgefüllt sind, zumal die Wirkungsneutralität auch im Widerspruch zur betriebswirtschaftlichen Effizienz und damit dem Kapitalinteresse stehe. Dieser Einwand ist zwar für viele Betriebe zutreffend, muß aber, besonders für solche Klein- und Mittelbetriebe mit geringem ökonomischem Potential, schwacher Konkurrenzsituation auf der einen Seite und lediglich formeller oder nicht vorhandener betrieblicher Mitbestimmung und externen, nebenberuflichen Betriebsärzten andererseits, weitgehend in den Bereich des Wunschenkens verwiesen werden. Das *Rentabilitätsinteresse an betriebsärztlicher Tätigkeit* kann erst ab einer – je nach Betriebsart unterschiedlichen – *Mindestgröße* und mit der Erfüllung bestimmter *Mindestbedingungen* angenommen werden. Es wird um so geringer sein:

- je geringer der berufsgenossenschaftliche Gefahrentarif und der betriebliche Krankenstand;
- je kürzer der zeitliche Planungshorizont des Unternehmens
- je unterentwickelter das betriebliche Rechnungswesen und
- je geringer das zu erwartende innerbetriebliche Konfliktpotential im Fall der Nicht-Durchführung des medAS ist.

Gegen diese Annahme sprechen auch nicht die *Kosten-Nutzen-Analysen*, die Ende der 60er Jahre von Eich, Compes, Diehr u. a. vorgelegt wurden<sup>36</sup>. Zwar wurde stets eine hohe Rentabilität für zusätzliche Investitionen in den medizinischen Arbeitsschutz errechnet, jedoch jeweils auf der Basis solcher Nutzengrößen, deren Erreichung weitgehend an die Bedingungen für betriebsärztliche Tätigkeit geknüpft sind, die man mit den Begriffen *Kontinuität* (u. a. ständige Anwesenheit) und *Integration* (Betriebsorganisation) zusammenfassen kann. Die günstigen Kosten-Nutzen-Relationen müssen sich also verschlechtern durch:

- geringere Einsatzzeiten und
- fehlende Integration zwischen Betriebsarzt und den anderen Arbeitsschutzakteuren, besonders den Sicherheitsbeauftragten und der Sicherheitsfachkraft.

Auch auf dem Gebiet der personalwirtschaftlich orientierten *Arbeitskräfte-selektion* durch Ge- und Mißbrauch ärztlicher Untersuchungen, die seitens der Gewerkschaften scharf kritisiert wird<sup>37</sup>, ist die Möglichkeit und Rentabilität in solchen Betrieben mit schwacher Konkurrenzsituation und geringer Größe ver-

gleichsweise geringer als bei Betrieben ökonomisch starker Mittel- und Großunternehmen. Gründe dafür sind u. a.:

- a) geringe interne Umsetzungsmöglichkeiten (kleine Belegschaftszahl, hoher Spezialisierungsgrad usw.)
- b) schwächere Konkurrenzsituation auf den Arbeitsmärkten und damit geringere Möglichkeit des Auswechslens von Arbeitskräften nach Fitnesskriterien.

Also auch personenbezogene Untersuchungen sind dem Kapitalinteresse nur dienlich, insoweit diese Schranken überwunden werden können und – vor allem – insoweit dem untersuchenden Betriebsarzt die physischen und psychischen Arbeitsanforderungen vertraut sind. Letzteres aber hängt wiederum ab von den Kriterien der Kontinuität und Integration seiner Tätigkeit.

Als ein weiteres Indiz für eine relativ hohe Schwelle, ab der unter derzeitigen Bedingungen Arbeitsmedizin betriebswirtschaftlich nutzbar gemacht werden kann, kann die Tatsache gewertet werden, daß 1971 (also auf freiwilliger Basis) nur 0,1% aller Betriebe haupt- oder nebenberufliche Ärzte unter Vertrag hatten<sup>38</sup>, wobei die Schwerpunkte bei den Großbetrieben lagen, dort insbesondere in der Montanindustrie und den Wachstumsbranchen<sup>39</sup>. Fazit: Eine Verbesserung des Arbeitsschutzes in solchen Betrieben, in denen aus den genannten Gründen der Einsatz von Arbeitsmedizinern als nicht rentabel angesehen wird, wird nur auf dem Wege konfliktorischer Interessenausdrückung zu erreichen sein. Hemmend wirkt sich dann allerdings aus, daß gerade hier das gewerkschaftliche Bewußtsein in der Regel unterdurchschnittlich entwickelt ist.

Die Neutralisierung des medAS kann auch *konfliktbedingt* sein in solchen Fällen, in denen es der Belegschaft zwar nicht gelingt, den Betriebsarzt im Sinne der Arbeitsschutzziele zu funktionalisieren, es aber (z. B. durch kollektive Verweigerung) verhindern kann, daß dieser in den Dienst personalwirtschaftlicher Rationalisierung gestellt wird.

## 8. Strategien der rentabilitätsorientierten Durchführung des medizinischen Arbeitsschutzes

Für die Mehrzahl der bestellungspflichtigen Betriebe bleibt jedoch der eingeführte medAS nicht ohne Wirkung. Es wurde bereits auf die Besonderheit der dominierenden „sozialpartnerschaftlich-kooperativen“ Austragungsformen der Kapital-Arbeit-Konflikte verwiesen, auf die darin liegenden Verbesserungschancen, aber auch auf die Grenzen und Gefahren der daraus resultierenden Arbeitsschutzstrategien.

In Abhängigkeit von der in der Krise gewachsenen politisch-ökonomischen Gestaltungsautonomie des Kapitals, sowohl gegenüber der Arbeitskraft, als auch gegenüber den staatlichen Arbeitsschutznormen, ist der medAS – mit unterschiedlicher Intensität und meist ohne Zutun der Betriebsärzte – auch zu einem Instrument *betrieblicher Personalwirtschaft* geworden. Janzen führt das am Beispiel der Einstellungsuntersuchungen an: „Der Betriebsarzt liefert durch die Einstellungsuntersuchungen in guter Absicht die Daten für Entscheidungen der Personalabteilung, bei denen – das wird häufig sogar ohne Umschweife zugegeben – wirtschaftliche Gesichtspunkte den Vorrang erhalten. Aus dieser Praxis

entwickelt sich ein beängstigender Kreislauf. Zunächst werden die Arbeitnehmer im Betrieb durch die herrschenden Arbeitsbedingungen verschlissen. Dann wird dafür gesorgt, daß bei den Einstellungsuntersuchungen nur noch gesunde Arbeitnehmer durch das Sieb der Einstellungsuntersuchungen gelangen, um dann erneut den Prozeß des Gesundheitsverschleißes in Gang zu setzen<sup>40</sup>.

Allerdings ist festzustellen, daß die personalwirtschaftliche Indienstnahme des medAS zu zwei völlig unterschiedlichen Wirkungsrichtungen führt. Diese hängen – das kann hier nur sehr verkürzt skizziert werden – primär davon ab, ob sie sich auf die sog. *Randbelegschaft* (mit hoher Austauschbarkeit und niedrigen Fluktuationskosten) oder auf die sog. *Kernbelegschaft* beziehen. Dabei ist die Differenz im Handeln des medAS um so größer, je höher der Grad seiner Integration in die personalwirtschaftliche Rationalisierungspolitik ist.

#### a) *Randbelegschaft* und rentabilitätsbezogene Strategien

Im Vordergrund stehen hier solche Maßnahmen, die geeignet sind, durch *Personalselektion* nach den Kriterien gesundheitlicher Leistungsfähigkeit, betriebliche Arbeitsschutzprobleme zu *externalisieren*, d. h. leistungsgeminderte Beschäftigte entweder nicht einzustellen oder zu entlassen. Soweit damit eine Verschiebung in Randbetriebe und/oder das Sozialleistungssystem erfolgt, kann die Bewertung dieser Externalisierung unter gesundheits- und sozialpolitischen Gesichtspunkten (s. o. 1.) nur negativ ausfallen, da zudem noch der Effekt besteht, daß durch die Verminderung des betrieblichen Krankheitsrisikos über Personalselektion die Arbeitsbedingungen *noch belastbarer* gestaltet werden können, was zu noch früheren Verschleißerscheinungen in der Zukunft führt. Die sozialen Folgen notwendiger arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen, die zu Beschäftigungsverboten oder -einschränkung führen, dürfen nicht den Betroffenen, sondern müssen den Verursacher belasten<sup>42</sup>.

Obschon auch die Eignungs- und Überwachungsuntersuchungen in den Sog personalwirtschaftlicher Kalküle geraten sind<sup>43</sup>, sind insgesamt die Selektionsmöglichkeiten beim „Heuern“ größer als beim „Feuern“<sup>44</sup>. Dies ergibt sich auch aus den folgenden Faktoren, welche die *Ersetzbarkeit* von Arbeitskräften durch die Personalpolitik mitbestimmen<sup>45</sup>:

1. Berufsfachliche Qualifikation: Danach sind vor allem Arbeitskräfte mit „Jedermann-Qualifikation“ voll austauschbar. Dieses wird für die Hälfte der Industriearbeiter angenommen<sup>46</sup>.

2. Extrafunktionale Qualifikationen: Erfahrung, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit usw.

3. Kriterien des Betriebsfriedens: Vor allem bei krankheits- und verschleißbedingten Entlassungen und Umsetzungen müssen mögliche Konfliktkosten in das Kalkül eingehen.

4. Tarifrecht und Betriebsvereinbarungen: Hier wird einerseits der Schutz von *Problemgruppen* (ältere Arbeitnehmer, Behinderte, Frauen, Jugendliche) angestrebt. Andererseits kann das zu entsprechenden Diskriminierungen bei der Einstellung führen.

5. Staatliches Arbeitsrecht

6. Sozialrecht: Hier besteht ein erheblicher Zielkonflikt zwischen der sozial-



politisch motivierten Erleichterung von Frühverrentungen und gesundheitspolitischen Folgewirkungen im Bereich der arbeitsbedingten Erkrankungen. Je legitimer im Rahmen des bestehenden Sozialrechts verschlissene Arbeitskräfte in das Sozialleistungssystem abgedrängt werden können, desto mehr wird das dazu führen, „daß nicht primär von der Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers, sondern von dem Austausch der nicht mehr hinreichend produktiv einsetzbaren Arbeitnehmer ausgegangen wird“<sup>47</sup>.

#### b) Kernbelegschaften und rentabilitätsbezogener medAS

Mit Ausnahme des letzten, engen alle diese Faktoren die nach medizinischen Kriterien zu erfolgenden Selektionsmöglichkeiten erheblich ein.

Für einen Teil der Belegschaften werden bei personalwirtschaftlichen Entscheidungen die drei ersten Kriterien dominieren. Diese Kerngruppe rekrutiert sich vorwiegend aus Männern im Alter von 35 und 55 (insbesondere Angestellten-Männer)<sup>48</sup>, die sich durch lange Betriebszugehörigkeit, hohen „Erfahrungswert“ und/oder knappe Qualifikation auszeichnen. Entsprechend hoch sind die Ausfall- und Fluktuationskosten. Obgleich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit die Kernbelegschaft sich relativ – womöglich ebenfalls unter Zuhilfenahme medizinischer Instrumente – verkleinert, ist für diese selbst ein Arbeitsplatzrisiko praktisch nur im Falle von Betriebsstillegungen vorhanden.

Für die Unternehmensleitungen werden gegenüber den Kerngruppen sogenannte „Investitionen in Humankapital“ lohnend, die auch im medizinischen Bereich ihren Niederschlag finden. Z. B. gelten Betriebsvereinbarungen, durch die die Kerngruppen (Kriterium: Dauer der Betriebszugehörigkeit) von dem Zwang befreit werden, bereits am ersten Tag der Krankheit ein ärztliches Attest vorzulegen. Insgesamt haben in Betrieben und Betriebsteilen, in denen vorwiegend Kernbelegschaften arbeiten, die wahrgenommenen betriebsärztlichen Aufgaben ein *breiteres Spektrum*. Die Möglichkeit dazu ist vor allem in Großbetrieben vorhanden, die über eigene Arbeitsmedizinische Zentren verfügen<sup>49</sup>, in denen Betriebsärzte eng mit Sicherheitsingenieuren, medizinischem „Hilfspersonal“, Ergonomen und Psychologen zusammenarbeiten. Hier werden auch arbeitsmedizinische Aufgaben wahrgenommen, die arbeitsplatz- und weniger personenorientiert sind, z. B. die Untersuchung und Überwachung von Arbeitsplätzen.

Diese unternehmenseigenen Zentren sind nicht nur arbeitsmedizinisch tätig, sondern in umfangreichem Maße auch kurativ. Darauf weist nicht zuletzt auch die Beschäftigung von Zahnärzten hin. Die *Kurativmedizin im Betrieb* erspart den „Gang zum Arzt“, dient sowohl der Fehlzeitenminderung als auch der Erhaltung der Leistungsfähigkeit. Zudem ist sie als „freiwillige Sozialleistung“ imagefördernd.

Bei den positiven Seiten der Kurativmedizin im Betrieb sollen auch die Gefahren nicht übersehen werden: Sowohl die Hineinverlagerung einer falsch verstandenen Kurativmedizin in den Betrieb, als auch deren Verschlechterung im Rahmen der „Sparpolitik“ im Gesundheitswesen wird z. T. von denselben politischen Kräften forciert. Aus der Sicht der Großunternehmen könnte dies komplementär sein und auf die Dauer zu einer neuen Form von „Zwei-Klassen-Me-

dizin“ führen: nämlich zwischen gutversorgten Arbeitern und Angestellten, die zu den „wertvollen“ Arbeitskräften gehören, und jenen Sozialversicherten, die auf das krisengebeutelte Sozialleistungssystem angewiesen sind. Daß die Personalabteilungen damit zunehmende Transparenz über die medizinischen Daten des einzelnen erhalten, wäre eine weitere Folge.

## 9. Ansätze arbeitnehmerorientierter Strategien im medizinischen Arbeitsschutz

Durch Krise und soziale Unsicherheit ist zwar einerseits die Situation der Gewerkschaftsbewegung und damit der Kampf um die Erhaltung der Arbeitskraft „schwieriger geworden“<sup>50</sup>; indem aber die *Arbeitsbedingungen* in einem bislang unbekanntem Maß verschärft worden sind, werden sie zunehmend als bedeutendes *politisches* Problem erkannt. Erste, wenngleich auch zunächst „nur“ konzeptionelle Schritte auf dem Weg zur Entkoppelung von Gesundheitsbelastung und Lohn werden gewagt<sup>51</sup>.

Bei vielen Abstrichen, die zu machen sind, zeigen sich solche Fortschritte auch in der betrieblichen Wahrnehmung der Arbeitsschutzinteressen durch die Belegschaft, bzw. deren gewählte Vertreter:

1. Innerhalb der *Betriebsräte* erfährt die, traditionell randständig wahrgenommene Vertretung von Arbeitsschutzinteressen eine allmähliche Aufwertung<sup>52</sup>. Das zeigt sich u. a. an den steigenden Teilnehmerzahlen bei gewerkschaftlichen Schulungen, in denen auch *Betriebsratsvorsitzende* immer häufiger anzutreffen sind<sup>53</sup>.

2. Zunehmende Aktivitäten, z. B. der Abschluß von *Betriebsvereinbarungen* zwecks Ausfüllung des vom Gesetz und Vorschriften offen gelassenen Rahmens, vor allem, was die konkrete Aufgabenwahrnehmung der Betriebsärzte angeht, dienen dazu, daß das geltende Recht eingehalten wird. Angesichts der Realitäten ist das bereits ein Fortschritt.

3. In einzelnen, wenn auch wahrscheinlich noch wenigen Betrieben entwickeln Betriebsräte *eigene Konzeptionen* auf der Grundlage selbsterfragter Belastungsschwerpunkte, mit denen sie gegenüber den Betriebsärzten initiativ werden<sup>54</sup>.

4. Ein Hauptengpaß für den medAS ist die Informationsgewinnung in all jenen Problembereichen, in denen sich „objektiv“ nichts messen läßt. Der Artikulierung von Befindlichkeitsstörungen durch die Betroffenen steht aber die Angst gegenüber, Einkommen einzubüßen oder den Arbeitsplatz zu verlieren. Woran es fehlt, sind nicht so sehr EDV-Anlagen und maschinenlesbare Fragebögen, sondern *Vertrauenspersonen* im Arbeitsbereich, welche Belastungsprobleme frühzeitig erfahren und aufgreifen können. Eine ernsthafte Chance in dieser Richtung würde die Durchsetzung der in der „Entschließung Nr. 218“ des 12. IG Metall-Gewerkschaftstage 1977 aufgestellte Forderung sein, für jeden Arbeitsbereich den *Sicherheitsbeauftragten* durch die Arbeitnehmer dieses Bereiches *wählen* zu lassen, statt ihn – wie bisher – vom Unternehmer zu bestellen.

5. Schließlich sei erwähnt, daß eine „neue Generation“ von Arbeitsmedizinern sich ankündigt, die – zwar noch in der Minderheit – erkennt, daß ihre realen Durchsetzungschancen in der Prävention weniger von ihrem juristischen Status

abhängig sind (obwohl dieser wichtig ist), als von einer kontinuierlichen, gleichberechtigten und sich gegenseitig ergänzenden Zusammenarbeit mit der Belegschaft, um deren Gesundheit es schließlich geht.

### Anmerkungen

- 1 Vgl. Standfest, E.: Sozialpolitik zwischen Anpassungsproblemen und Strukturkrisen, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 3/78, S. 159 ff.
- 2 Vgl. Kühn, H.: Gewerkschaftliche Gesundheitspolitik im volkswirtschaftlichen Zusammenhang, Reprint des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung am Wissenschaftszentrum Berlin, 1977 (auch in: ÖTV-Gesundheitsreport 5/77, S. 3 ff.); ders.: Gesellschaftliche Bedingungen der Finanzierung professioneller Gesundheitsleistungen, in: Keupp, H.; Zaumseil, M. (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1978.
- 3 Exemplarisch: Mertens, A.: Zum Arbeitssicherheitsgesetz, in: Arbeitsschutz, Nr. 1-2/78, S. 3 ff.; Florian, H. J.: Das Arbeitssicherheitsgesetz – aus der Sicht der Arbeitsmedizin, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 1/78, S. 9 ff.
- 4 Die folgenden Thesen stellen keinesfalls den Anspruch, hinreichend empirisch abgesichert zu sein. Sie beruhen auf der Auswertung veröffentlichten und nichtveröffentlichten Materials sowie eigener Interviews mit Experten aus dem gesamten Arbeitsschutzbereich.
- 5 Vgl. Räuschel, J.: Die BASF, Köln 1975, S. 65 ff.
- 6 Zur Entstehungsgeschichte vgl.: Deppe, H. U.: Industriearbeit und Medizin, Frankfurt/M., S. 21 ff.; Jens, H.: Werksärztliche Versorgung in der BRD, in: Argument 78, S. 9 ff.
- 7 Konstanty, R.: Forderungen des DGB zur Fortentwicklung des Entschädigungsrechts der gesetzlichen Unfallversicherung, in: Soziale Sicherheit, 6/76, S. 167 ff.
- 8 Spinnarke/Schork: Arbeitssicherheitsrecht. Kommentar zum Arbeitssicherheitsgesetz mit allen wichtigen sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Bestimmungen. Loseblattsammlung.
- 9 Konstanty, R.: Unfallverhütungsbericht 1976 der Bundesregierung, in: Soziale Sicherheit, 4/78, S. 104.
- 10 ders.: Forderungen . . ., a.a.O., S. 167.
- 11 Vgl.: Mittler, H.; Ochs, P.; Peter, R.: Anwendung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse im Industriebetrieb, herausg. v. Bundesmin. f. Arbeit u. Sozialordnung, Bonn 1977, S. 105 ff.; Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Zusammenfassender Bericht, herausgg. v. Bundesmin. f. Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1977, S. 270; Janzen, K. H.: Die Rolle des Betriebsarztes im Arbeitsgeschehen – aus der Sicht der Gewerkschaften, in: Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit hersg. v. IG Metall, Frankfurt 1977, S. 9 ff. Interessant sind auch die abgedr. Diskussionsbeiträge.
- 12 Vgl.: Wintersberger, H.: Arbeitswissenschaften in Italien, in: Österreichische Zeitschrift f. Soziologie, II/III 1976, S. 41 ff.
- 13 Mittler, H. u. a., a.a.O., S. 96.
- 14 Vgl.: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich. Eine Studie über Entstehung und Bewältigung von Krankheiten unter der wiss. Leitung von Prof. Dr. F. Naschold, Wien 1975, Bd. 1.
- 15 Vgl.: Abholz, H.; Funke, H.; Hildebrandt, E.; Naschold, F.; Watkinson, Ch.: Die Entwicklung der Arbeitermedizin als Beitrag zur Humanisierung der Arbeit, in: WSI-Mitteilungen, 2/78, S. 105 ff.
- 16 ebenda.
- 17 Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats, Projektleitung: D. Standfest, WSI-Studie 35, Köln 1977, S. 127.
- 18 Janzen, K. H. (geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall f. d. Bundesrepublik Deutschland): „Grundsätzliche Aussagen der IG Metall zum Arbeitsschutz als Teil

einer konstruktiven Sozialpolitik“, anlässlich der zentralen Tagung der Mitglieder der Selbstverwaltung der Metall-Berufsgenossenschaften am 25./26. 4. 1978 in Frankfurt/M., hekt. Man.

- 19 Überblick s. Unfallverhütungsbericht 1977, BT-DS 8/1128, S. 33 ff.
- 20 Vgl. Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte . . ., a.a.O., S. 261.
- 21 Partikel, H.: Mitbestimmungsrecht des Betriebsrates nach § 87.1.7. BetrVG. am Beispiel – Arbeitssicherheitsgesetz Arbeitsstättenverordnung – Unfallverhütungsvorschrift – 1.0., Arbeitsheft 025 d. IG Metall, Frankfurt 1977, S. 12.
- 22 Nach einer Erhebung des GAA in Bayern sind 56% der BÄ hauptamtlich in Betrieben angestellt, vgl. Mertens, A.: Zum Arbeitssicherheitsgesetz, a.a.O., S. 10.
- 23 Vgl. Unfallverhütungsbericht 1976, BT-DS 7/4668 v. 29. 1. 76, S. 115.
- 24 Vgl. Partikel, H.: Mitbestimmungsrecht . . ., a.a.O., S. 20 ff.
- 25 Spinnarke/Schork: Arbeitssicherheitsrecht a.a.O.
- 26 Vgl.: Andresen, K.: Die arbeitsmedizinische Versorgung und das Arbeitssicherheitsgesetz, in: Kasiske, R.: Gesundheit am Arbeitsplatz, Reinbek 1976, S. 114.
- 27 ebenda.
- 28 Ein Indikator dafür könnte die höhere Versorgungsquote mit Sicherheitsfachkräften gerade in Mittelbetrieben sein. S. Mertens, A., a.a.O., S. 10.
- 29 Mertens, A., a.a.O., S. 10.
- 30 BT-DS 7/4668, S. 118.
- 31 Florian, H. J., a.a.O., S. 9; vgl. Mertens, A., a.a.O., S. 9 ff.
- 32 Vgl. u. a.: Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit, a.a.O., bes. S. 39 ff.; eig.

#### Interviews.

- 33 Eigene Interviews
- 34 Eigene Interviews
- 35 Volkholz, V.: a.a.O., S. 270.
- 36 Referiert bei: Deppe, H. U.: a.a.O., S. 146–167.
- 37 Janzen, K. H.: Die Rolle . . ., a.a.O., S. 9 ff.
- 38 BT-DS 7/189 v. 16. 2. 73, S. 93.
- 39 Vgl. Diehr, D.; Flake, R. u. a.: Untersuchung der wirtschaftlichen Auswirkung werksärztlicher Tätigkeit – Möglichkeiten der Produktionssteigerung, Bad Godesberg 1970, S. 128 ff.; Deppe, H. U.: Industriearbeit . . ., a.a.O., S. 86 ff.
- 40 Janzen, K.-H.: Die Rolle . . ., a.a.O., S. 13.
- 41 In Ergänzung der hier zu verkürzten Darstellung s.: Freiburghaus, D.; Schmid, G.: Theorie der Segmentierung von Arbeitsmärkten, in: Leviathan, 3/75, S. 417 ff.
- 42 Dazu: Borgers, D. u. B. Nemitz im gleichen Band.
- 43 Vgl.: Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit, a.a.O., bes. den Diskussionsbeitrag von Donay, S. 56 ff.
- 44 Dazu: Schmid, G.: Strukturelle Arbeitslosigkeit in der BRD, IIM am Wissenschaftszentrum Berlin, 1977, S. 57.
- 45 Vgl. zum folgenden: Dohse, K.: Zum Zusammenhang von Krankheit, Arbeitsplatzsicherheit und arbeitsrechtlicher Regulierung, IIVG am Wissenschaftszentrum Berlin, unveröff. Man. 1978.
- 46 Vgl. Sengenberger, W.: Arbeitsmarktstruktur, Frankfurt/M. 1975.
- 47 Rüth, W.: Ursachen vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Göttingen 1976, S. 100.
- 48 Vgl. Schmid, G.: Strukturelle . . ., a.a.O., S. 107 ff.; eigene Interv.
- 49 Vgl. Mittler, H.; u. a.: Anwendung . . ., a.a.O. S. 107 ff.; eigene Interv.
- 50 Vetter, H. O.: Mit dem Rücken zur Wand?, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 4/78, S. 193 ff.
- 51 Vgl. Abholz, H. u. a.: Die Entwicklung . . ., a.a.O., S. 113.
- 52 Vgl. Volkholz, V.: Belastungsschwerpunkte . . ., a.a.O., S. 225.
- 53 Eig. Interview.
- 54 Ebenfalls.