

## **Profession und Kooperation im Arbeitsschutz: Empirische Befunde zu Klein- und Mittelbetrieben**

in: Rainer Müller (Hg.): Gesundheit im Spannungsfeld zwischen individuellem Handeln und institutioneller Steuerung. Bremerhaven: NW-Verlag, 2002, S. 355-388.

### ***I. Einleitung***

Der moderne Arbeitsschutz<sup>1</sup>, verortet im Interessengeflecht zwischen sozialstaatlichen Normen und betriebswirtschaftlichem Kalkül, wird heute im Sinne einer Pflege von Humanressourcen als integraler Bestandteil einer modernen Unternehmensführung verstanden. Für die betrieblichen Arbeitsschutzaufgaben steht zwar der Unternehmer<sup>2</sup> in der Verantwortung, doch benötigt er fachliche Unterstützung. Bereits im Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 wurde die professionelle Beratung des Betriebs in Belangen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes geregelt: Unternehmer, Betriebs- und Personalräte sowie jeder einzelne Beschäftigte sollen von Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzten beraten und kontinuierlich betreut werden. Über den klassischen Unfallschutz und die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen hinaus gehörte auch schon bisher eine Reihe von weitergehenden Aufgaben zur professionellen Beratungsarbeit, so z.B. Arbeitshygiene, präventive Arbeitsplatzgestaltung sowie die Arbeitsablauf- und Betriebsgestaltung. Aufgrund der EU-Rechtsetzung und in deren Folge der Neufassung des deutschen Arbeitsschutzrechtes 1996/97 erfuhr der normative Arbeitsschutz eine Ausweitung, welche im Ergebnis die Konturen eines qualitativ neuen Arbeitsschutzes erkennen lässt. Im Katalog der für das Unternehmen verbindlichen Ziele ist nunmehr auch von der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und einer menschengerechten Gestaltung der Arbeit - einschließlich der sozialen Beziehungen im Betrieb - die Rede. Zur Realisierung sind nunmehr nicht nur große und mittlere Unternehmen, sondern auch Kleinbetriebe auf die Inanspruchnahme sicherheitstechnischer und arbeitsmedizinischer Kompetenz verwiesen.

Doch entgegen den neuen Ansprüchen verharrt die gegenwärtige betriebliche Praxis weitgehend noch in tradierten Routinen der professionellen Akeure. Auch wenn in einigen Großunternehmen, die weniger als 20 % aller Beschäftigten abdecken<sup>3</sup>, Ansätze einer neuen Qualität der Beratungs-

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird der Begriff des Arbeitsschutzes, analog zum Arbeitsschutzgesetz, als alle Gebiete des Arbeits- und Gesundheitsschutzes umfassender Terminus benutzt, obzwar wir „Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz“ als übergreifenden Begriff für geeigneter hielten. Denn nicht die Arbeit gilt es zu schützen, sondern die Gesundheit.

<sup>2</sup> Wir benutzen aus Gründen der besseren Lesbarkeit des Textes vorwiegend die männliche Form, obgleich es auch Unternehmerinnen, Arbeitnehmerinnen und Betriebsärztinnen gibt. Wir sind uns der damit verbundenen Problematik bewusst, bitten aber unsere Leserinnen um Verständnis.

<sup>3</sup> Als Großunternehmen verstehen wir hier Betriebe mit mehr als 1000 Beschäftigten, in denen in der Regel von einer hauptberuflichen Sicherheitsfachkraft auszugehen ist. Angestellte Arbeitsmediziner finden sich erst ab etwa 2000 Beschäftigten. Die angegebenen 80 % sind eine grobe Schätzung auf der Basis der im Statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland veröffentlichten Daten. Genauere Daten sind nur für das produzierende Gewerbe und das Handwerk zugänglich; der Dienstleistungssektor ist nicht gut erfasst, trotz der eindeutigen Tendenz zur Tertiärisierung der Gesellschaft. In den kommenden Jahren werden immer weniger Menschen in Großunternehmen

praxis zu erkennen sind (Engelhardt-Schagen/Nemitz 2000), entspricht diese Praxis in weiten Teilen der mittel- und kleinbetrieblich strukturierten Wirtschaftssektoren - so die im Folgenden ausgeführten Ergebnisse einer bundesweiten qualitativ-empirischen Studie - noch lange nicht den Kriterien eines modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Dies bedeutet, dass mehr als 80 % der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nicht in dem Maße geschützt und einbezogen sind, wie es die normativen Postulate versprechen. Auch wenn in Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten mit Konzepten der Unternehmer-Motivation - als Schlagwort hat sich der Begriff des „Unternehmer-Modells“ durchgesetzt - neue Wege beschritten werden (Strothotte 1999; Ehnes u.a. 2000; Larisch/Lang 2000), ändert dies nichts an der grundsätzlichen Problematik der Betreuung, welche auch für Klein- und Kleinstbetriebe weiterhin durchgeführt werden muss (Bardt u.a. 2001).

Als Hauptprobleme in der expertlichen Beratungspraxis zu beobachten sind vor allem disziplinäre Begrenztheiten, mangelnde Kooperationen und ein fast vollständiges Fehlen einer gedanklich-konzeptionellen Vorstellung einer aktiven Beteiligung der betroffenen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen selbst. Dies hängt mit einer Reihe von Faktoren zusammen, insbesondere mit denen der jeweiligen spezifischen Berufs-Sozialisation der technischen und medizinischen Berater. Ansätze zur Überwindung der Problemlagen würden sich in einer multidisziplinären arbeitswissenschaftlichen Teamkonzeption finden lassen, für die Sozialversicherungsträger und Staat förderliche Rahmenbedingungen zu schaffen hätten. Als Leitidee solcher Ansätze kann vor dem Hintergrund des sich dynamisierenden gesamtgesellschaftlichen Wandels die reflexive Modernisierung (z.B. Beck 1986) dienen. Die traditionelle Moderne war erfüllt vom Vertrauen auf disziplinäres Expertenwissen, ohne die daraus resultierenden vielfältigen Abhängigkeiten und thematischen Ausblendungen zu bedenken. Unter reflexiver Modernisierung des Arbeitsschutzes wird im Zusammenhang der folgenden Ausführungen ein reflexiver Umgang mit expertlichen Wissensbeständen unter Bezug auf die Bedürfnisse der Beschäftigten im Betrieb verstanden.

## ***II. Arbeitsschutz: Public Health in Private Companies***

Der moderne Arbeitsschutz bewegt sich in seiner inhaltlichen und institutionellen Ausrichtung zwischen der sozialstaatlichen Sicherung von Leben und Gesundheit und wirtschafts- und betriebspolitischen Zielen einer stetig verbesserten Nutzung von Humankapital. Das bedeutet: Es besteht ein Interessenkonflikt zwischen der normativen Aufgabe im Sinne von „public health“ und der Profitorientierung in „private companies“ (Müller/Rosenbrock 1998). Denn die im gesellschaftlichen wie im betrieblichen Interessenkontext enthaltenen Komponenten der Pflege von Humanressourcen einerseits und der Produktivitäts- und Leistungspolitik andererseits sind nicht immer konvergent. Gespalten in Strategien länger- und kürzerfristiger Reichweite konfliktieren sie in der betrieblichen Alltagspraxis bis in intraindividuelle Handlungsdispositionen. Die sozialpolitische Diskussion auf europäischer Ebene hat sich bereits vor über einer Dekade genau dieses Problems angenommen. Über die europäische Rahmenrichtlinie zu Sicherheit und Gesundheit wurde versucht, in wohlverstandem Interesse eines zu vereinheitlichenden europäischen Wirtschaftsstandortes eine Klammer für diese verschiedenen Interessenkomponenten zu finden. Öko-

---

des klassischen Typs und immer mehr Menschen in mittleren und kleineren Unternehmen, vorwiegend solcher des Handels und der Dienstleistung, arbeiten.

nomie und Gesundheit sollen nunmehr gleichrangige Unternehmensziele sein. Dies impliziert, dass die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die menschengerechte Arbeitsgestaltung nicht mehr als „Leistung für den Staat“, sondern als integraler Bestandteil einer modernen Unternehmensführung verstanden werden soll. Ein im Sinne der Sicherung des individuellen wie kollektiven Arbeitsvermögens verstandener Arbeitsschutz ist nicht nur ein aus den Menschenrechten abgeleitetes normatives Gebot, sondern eine wesentliche Bedingung der Entwicklung und Erhaltung des wirtschaftlichen Potentials. Arbeitsschutz bedeutet in der neuen, EU-induzierten Sichtweise: Sicherung des öffentlichen Gutes Gesundheit in weitgehend privatwirtschaftlichen Sphären. Zwar kann der jeweilige Arbeitgeber nicht aus seiner unternehmerischen Verantwortung für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz entlassen werden, doch sieht das Arbeitsschutzrecht eine kontinuierliche Betreuung und Beratung des Unternehmers durch technisch, medizinisch und weitere, arbeitswissenschaftlich geschulte Fachkräfte vor. Auch diese Beratungstätigkeit bewegt sich im Geflecht zwischen öffentlichen und privaten sowie lang- und kurzfristigen Interessen.

Im deutschen Arbeitsschutz übernimmt diese Beratungsfunktion einerseits die Fachkraft für Arbeitssicherheit - dieser Begriff wird im folgenden synonym mit Sicherheitsfachkraft benutzt - andererseits der/die Betriebsarzt/-ärztin. Die gesetzliche Grundlage hierfür bietet noch das „alte“ Arbeitssicherheitsgesetz von 1974. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit muss von der Grundqualifikation her entweder Ingenieur, Techniker oder Meister sein. Dem Betriebsarzt, entweder ein Facharzt für Arbeitsmedizin oder ein Arzt mit „kleiner Fachkunde“, obliegen neben der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen diejenigen Aufgaben, die mit den medizinischen Aspekten von Arbeitshygiene und Ergonomie zusammenhängen. Schon das Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 (1996 wurde dies in § 10 noch einmal stärker betont) verpflichtet Techniker und Mediziner auf einer großen Wegstrecke der Ergonomie und Arbeitsplatzgestaltung, der Arbeitshygiene und Arbeitsumgebungsgestaltung sowie der gesamten präventiven Arbeitsorganisation und Betriebsgestaltung zu einer engen Kooperation. War bisher das Verständnis von Betreuung ein stark technisch und medizinisch reduziertes, so hat sich die normative Seite im Zusammenhang mit der EU-induzierten Neufassung der Arbeitsschutzgesetzgebung im August 1996 wesentlich verändert. So wurde das Aufgabenfeld des Arbeitsschutzes und damit auch das der zuständigen Arbeitsschutzexperten wesentlich breiter definiert. Zu den beraterischen Aufgaben von Arbeitsmediziner/innen und Sicherheitsfachkräften gehören nun nicht nur die bisher schon geforderten gemeinsamen Arbeitsplatzbegehungen und gemeinsamen expertlichen Beratungen bei der baulichen, technischen sowie ergonomischen Gestaltung. Hinzu kam die expertliche Unterstützung der Unternehmer bei der Erhebung und Beurteilung von gesundheitlichen Gefährdungen, die sich aus der Arbeitsorganisation einschließlich der damit verbundenen „sozialen Beziehungen“ ergeben. Die Aufgaben der Fachkräfte und Betriebsärzte haben sich somit weit über das Technische und Medizinische hinaus erweitert. Doch muss problematisiert werden, wie diese Aufgaben eigentlich zu bewältigen sein sollen und inwieweit damit Fachkräfte und Betriebsärzte strukturell überfordert sind. Dies wirft zugleich die Frage nach Formen übergeordneter Unterstützung auf, welche für die Entwicklung einer integrativen betrieblichen Managementberatung geeignet wären.

### ***III. Kooperationsprobleme im Arbeits- und Gesundheitsschutz***

Die Beratung hinsichtlich aller Aufgabenfelder des Arbeitsschutzes muss - so sieht es das Arbeitssicherheitsgesetz vor - von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten gemeinsam bearbeitet werden. Es lässt sich nun trefflich darüber streiten, ob die Ziele einer menschengerechten Arbeitsgestaltung - diese sind unserer Meinung nach im Arbeitsschutzgesetz eindeutig formuliert und ohne Einschränkung für alle Betriebe, auch die kleinsten, als normative Richtschnur anzusehen - mit den gesetzlich formulierten Mitteln sinnvoll bearbeitbar sind. Wie auch immer die Antwort aussehen mag: die Ziele werden sich nur über eine Kooperation aller am Arbeitsschutz Beteiligten erreichen lassen. Kooperationsprobleme allerdings, insbesondere diejenigen zwischen Medizinern und Technikern, haben bei der Ausübung der beruflichen Praxis im Arbeitsschutz eine lange Tradition. Ein Hauptproblem liegt im unterschiedlichen professionellen Selbstverständnis (im Überblick: Hien/Schulz 1998). Dieses jeweilige Selbstverständnis wird mehr oder weniger genährt von einem meist restriktiven Erwartungshorizont der Betriebe: Sicherheitsfachkräfte finden eher über eine „rein technische Schiene“ (Pröll/Sczesny 1991; Strobel 1996), Betriebsärzte eher über ihre Eigenschaft „als diagnostisch kompetente/r ÄrztIn“ Anerkennung (Pape 1994). Diese beschränkte Sichtweise findet ihre Entsprechung in der tradierten additiven Auffassung von Arbeitsschutz, dessen Haupttätigkeiten in technischen Kontrollen und medizinischen Untersuchungen bestanden. Dieses eingeschränkte Verständnis von - formaler - Kooperation wird sich nicht halten lassen, wenn der Präventionsauftrag des Arbeitsschutzgesetzes ernst genommen werden soll. Die Qualität des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird maßgeblich von einer stärker inhaltlich orientierten Kooperation der für die expertliche Beratung zuständigen Professionen abhängig sein. Unter Kooperation ist dabei ein planmäßiges und verzahntes Zusammenwirken zu verstehen. Insbesondere ist die Fähigkeit gefordert, nicht nur partikuläre Aufgaben zu sehen, sondern die Betreuung als Teil eines sozialen Prozesses verstehen zu können (Müller/Schulz 1994). Dies setzt die Bereitschaft und den Willen voraus, seine jeweiligen eingefleischten Handlungsmuster und seine jeweiligen fachspezifischen Denk- und Sprachstile zu überwinden.

Fachkräfte für Arbeitssicherheit stehen in einer vielschichtigen Umbruchsituation. Durch ihre Nähe zur Technik und zum Betrieb erleben sie viel unmittelbarer als andere professionelle Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz die tiefgreifenden Veränderungen der Arbeitsbedingungen. Sie realisieren, wie sich Management-Strukturen verändern und vor dem Hintergrund des europäischen Binnenmarktes sich innerbetriebliche wie zwischenbetriebliche Felder wandeln. Entsprechend haben auch die Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz ein starkes Gestaltungsgebot. Doch die Fachkräfte sind oftmals hilfloser als andere professionelle Akteure in diesem Feld. Aufgrund ihrer Ausbildung und beruflichen Sozialisation fehlt ihnen oftmals das Wissen bzw. der Blick für die sozialökonomischen, soziokulturellen und sozialpsychologischen Ebenen, deren Kenntnis bedeutsam ist für das Initiieren von Veränderungsprozessen. Auch sehen sie sich etwas „verloren“ zwischen all den Institutionen und Einrichtungen, die ihnen eigentlich helfen könnten aber es oftmals - so in der Sicht vieler Fachkräfte - nicht tun (Dietrich/Bicker 1997). So ist es kaum verwunderlich, dass die überwiegende Mehrzahl der Sicherheitsfachkräfte in einem verkürzten Verständnis ihrer praktischen Aufgaben verharret.

Das Selbstbild und praktische Selbstverständnis der Betriebsärzte ist zu dem der Sicherheitsfachkräfte gewissermaßen komplementär. So ist das betriebsärztliche Selbstbild stark auf den Sektor

der Untersuchungen konzentriert. Mayer u.a. (1992) stellen fest, dass mehr als 50 % der Einsatzzeit der Betriebsärzte auf arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen bzw. staatlichen Vorschriften entfallen; nur 5% der Einsatzzeit würde für Betriebsbegehungen und betriebsplanerische Fragen aufgewandt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Beobachtungen (so z.B. Hien u.a. 1999). Dies lässt Müller (1999) schlussfolgern, dass sich Betriebsärzte nach wie vor von einem individualisierenden Verständnis ihrer Aufgabe leiten, d.h. ein bedingungsorientiertes Handeln weitgehend vermissen lassen. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen werden im Rahmen eines individualorientierten ätiologischen Musters thematisiert, das soziale Dimensionen von Krankheit und Gesundheit ausblendet. So kann von einer Medikalisierung sozialer Problemlagen gesprochen werden. Sozialpolitisch gesehen bedeutet dieses Verhalten eine „Entöffentlichung“ und somit auch „De-thematisierung“ des öffentlichen Problems arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken. Dringend erforderlich sind entsprechende Aus- und Weiterbildungsprogramme, um Betriebsärzten die soziale Dimension des Betriebes näher zu bringen (Rosenbrock/Lenhardt 1999). Dies wird vermutlich nicht ausreichen. Die Notwendigkeit weiterer organisatorischer und sozialstaatlicher Regulationserfordernisse - wie später noch thematisiert wird - scheint uns offensichtlich zu sein.

Die innerbetrieblichen Kooperationsbeziehungen der Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten sind letztlich auf das Unternehmen und seine personalen Funktionsträger orientiert. Fachkräfte und Betriebsärzte müssen Unternehmer, Führungskräfte, Organisatoren in Technik und Verwaltung, Betriebs- und Personalräte, Sicherheitsbeauftragte, ggf. auch Umweltbeauftragte, Schwerbehinderten-Obleute, Sozialberater usw. und nicht zuletzt jeden einzelnen Beschäftigten erreichen können. Der Betrieb besteht aus einem Geflecht von sozialen Beziehungen, die der Berater erkennen muss, um sich bedingungsadäquat auf die Verhältnisse einstellen zu können. Ohne diese „Einfühlungsarbeit“ ist keine erfolgreiche Beratung im Sinne einer gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung möglich. Soll also mehr erreicht werden, als Feuerlöscher zu überprüfen und Augenuntersuchungen durchzuführen, müssen sich die Berater gemeinsam auf diejenigen Situationen, Milieus, Atmosphären und Kulturen einlassen, die vorhanden sind und in denen Veränderungspotentiale entdeckt und gefördert werden sollen. Schon an dieser Stelle wird deutlich, dass Berater ihre Einzelaktivitäten aufgeben und sich in breiteren, multidisziplinären Team-Zusammenhängen zusammenfinden und von den Verantwortlichen im Betrieb einen Gesamteinblick in die verschiedenen Dimensionen des Betriebes einschließlich der sozialen Struktur verlangen müssen.

Ein Betrieb ist stark von einer betriebswirtschaftlichen Rationalität bestimmt, wobei gleichzeitig noch andere Rationalitäten wirken: so z.B. eine technische, eine sozialemotionale, eine berufskulturelle, eine von Stimmungen, Ängsten und Hoffnungen bestimmte und nicht zuletzt eine moralisch-ethische Rationalität. Entgegen dem alten tayloristischen Vorurteil kann heute eindeutig formuliert werden: Ein Unternehmen könnte gar nicht existieren, wenn jeder einzelne betriebliche Akteur nur auf seinen ökonomischen Vorteil bedacht wäre. Menschen sind für das soziale Handeln auf Gemeinschaftlichkeit angewiesen und orientieren ihre Handlungsweisen entsprechend (Etzioni 1996). Sozialpsychologische Forschungsergebnisse lassen erkennen, dass für Handlungsentscheidungen die emotionale und ethische Seite wesentlich relevanter ist als die technisch-ökonomische, was Menschen nicht daran hindert, mittels technisch-ökonomischer Argumentationen Handlungen bzw. Abwehrhaltungen oder Entscheidungen legitimatorisch zu begründen. Dieses komplexe Wechselspiel muss Beratung verstehen, will sie in Arbeitsprozesse

und Betriebsplanungen eingreifen oder Veränderungen auslösen, die tatsächlich von den Mitgliedern des jeweiligen sozialen Systems getragen werden. Vermutlich sind die Chancen eines gesundheitsorientierten Veränderungsmanagements wesentlich größer, als die ständig wiederholte Argumentation mit den „hohen Kosten“ vermuten lässt.

Die Arbeitsschutz-Situation in kleineren und mittleren Unternehmen, d.h. in Betrieben mit weniger als 1000 Beschäftigten, wird von Fachleuten als schwierig angesehen. In der Literatur (z. B. Voulaire 1995; Bardt u.a. 2001) wird eine Vielzahl von Mängeln beklagt, die den Praktikern wohlbekannt sind und sich im empirischen Teil unserer Arbeit im wesentlichen wiederfinden. Allerdings zeichnen neuere sozialwissenschaftliche Studien zum Bereich des Handwerks ein insgesamt weniger pessimistisches Bild (z.B. Pröll 1998). Fromm (1998) berichtet über die „soziale Typik“ im handwerklichen Kleinbetrieb. Sie stellte in ihren Untersuchungen eine nach wie vor existierende Dominanz einer Familienwirtschaft fest, welche freilich viele verschiedene Ausprägungen und Schwerpunkte haben kann. Doch sind alle Formen gekennzeichnet von einer hohen Ambivalenz hinsichtlich Humanität und Gesundheit. "Die Bewältigung der betrieblichen Anforderungen, hoher Belastungen und schwerer Zeiten ist von der partnerschaftlichen Fürsorge getragen, die nicht nur die Arbeitskraft kennt und im Blick hat, sondern die ganze Person" (Fromm 1998, S.13). Dies bedeutet: es existiert zwar eine Bereitschaft zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kleinbetrieben; doch ist dieser durch sehr spezifische kleinbetriebliche Arbeitskulturen verdeckt. Die ökonomischen Turbulenzen lassen Kleinbetriebe nicht nur unberührt: sie sind davon in ganz besonderer Weise betroffen. Denn zu allen objektiven Bedingungen kommen oftmals die Unerfahrenheit hinsichtlich eines modernen Managements sowie technische und kaufmännische Rückstände und kulturelle Besonderheiten. Es ist in Kleinbetrieben, vor allem wenn sie handwerklich strukturiert sind, von einer kulturellen Prägung auszugehen, für die eine hohe Wertschätzung der Selbständigkeit und der eigenen Potentiale zur Bewältigung der ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Risiken und ein hohes Maß an Anti-Bürokratismus kennzeichnend ist (Fromm 1998). Je schärfer sich ökonomische Krisenerscheinungen im Betrieb manifestieren, desto schärfer ist die ablehnende Haltung gegenüber staatlichen Eingriffen, gesetzlichen Vorschriften, Reglementierungen und Kontrollen. In dieser Situation kommt die subjektive Überzeugung der Bewältigbarkeit der gesundheitsschutzrelevanten Probleme, wie sie in manchen Betrieben vorhanden sein mag, schnell an ihre Grenzen. Kosten- und Zeitdruck lassen das Konzept der Bewältigbarkeit schnell zusammenbrechen. Dann nämlich werden Risiken, ob sie nun klassischer Art - wie etwa Unfallgefährdungen - oder neuer Art sind - wie etwa Strahlengefährdungen - schlichtweg in Kauf genommen. Hier nehmen wir, anders als Pröll (1998) und Fromm (1998), eine wesentlich skeptischere Haltung ein, die u.a. auf Erfahrungen unseres Forschungsprojektes beruht, dessen wesentliche Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden sollen.

#### ***IV. Einige Ergebnisse aus einem empirischen Projekt***

Das Problem der Zusammenarbeit zwischen den professionellen Partnern in der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzberatung war Gegenstand eines von uns durchgeführten Forschungsprojektes (Hien u.a. 1999), das teilweise aus Eigenmitteln, teilweise aus Mitteln der Bun-

desanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin finanziert wurde<sup>4</sup>. In diesem Projekt führten wir problemzentrierte narrative Interviews mit 20 Sicherheitsfachkräften und 20 Betriebsärzten/-ärztinnen zu ihren professionspraktischen Problemen und ihren wechselseitigen Kooperationserfahrungen durch. Die befragten Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte/-ärztinnen wurden über ein theoretisches Sampling ermittelt, so dass Freiberufler verschiedener Grundqualifikationen, in unterschiedlichen überbetrieblichen Zentren Angestellte sowie solche aus großstädtischen und ländlichen Regionen Ost- und Westdeutschlands berücksichtigt wurden. Hauptfrage war die nach hemmenden und förderlichen Faktoren in den betrieblichen Kooperationsbeziehungen. Dabei haben sich folgende Faktoren für eine gesundheitsschutzorientierte Kooperation der professionellen Arbeitsschutzakteure untereinander sowie mit dem Unternehmen als strukturell behindernd herausgestellt:

- eine ungünstige organisatorische Struktur der Betreuung, welche sich wenig auf gewerkspezifische Belange und regionale Arbeitskulturen einstellt,
- ein geringes Niveau der beteiligten Professionen an fachlichen, sozialen, ethischen und personalen Kompetenzen,
- eine Fokussierung auf technische Kontrollen einerseits und körperliche Untersuchungen andererseits statt auf Beratung sowie arbeitsmilieu- und arbeitsplatzspezifische Expertise,
- sehr unterschiedliche Sprach- und Denkstile und stark divergierende professionelle Habitualisierungen,
- eine tradierte und unmoderne Unternehmensführung,
- ein mangelndes Gesundheitsinteresse im Unternehmen sowohl beim Inhaber als auch bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen,
- eine formal-legitimatischer orientierte Wechselbeziehung zwischen Unternehmen und Experten (vgl. Hien u.a. 1999).

Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass eine inhaltlich an Gesundheitsschutz orientierte Ausrichtung der Kooperation für die Qualität des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bedeutsamer ist als die Zusammenarbeit an sich. Eine „inhaltlich gesättigte gesundheitsorientierte Kooperation“ bezeichnet dabei ein Verständnis der Akteure, das inhaltlich auf ein umfassend-präventives und prospektiv-partizipatives Verständnis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gerichtet ist. Aspekte einer solchen inhaltlich gesättigten Kooperation zeigen sich insbesondere auch in der Form der Zusammenarbeit, indem die Grenzen der eigenen Profession akzeptiert werden, Konkurrenzprobleme nicht aufkommen, die Kompetenz wechselseitig anerkannt wird, ein Interesse für das Verstehen der sozialen Dimension des Betriebes entsteht und sich ansatzweise ein multidisziplinäres Denken einstellt. Vor dem Hintergrund oftmals völlig unzureichender Einsatzzeiten in Kleinbetrieben wie in kleinbetrieblich strukturierten Einheiten größerer Unternehmen können sich die beiden Professionen vor Ort auch wechselseitig vertreten, ohne dass die Qualität der Beratung dabei leidet.

Im Folgenden soll versucht werden, die veränderten Rahmenbedingungen aus der Sicht von Fachkräften und Betriebsärzten darzustellen, berufliche Fremd- und Selbstbilder der Fachkräfte

---

<sup>4</sup> Der ursprüngliche Fokus des Projektes lag auf der Betreuung von Kleinbetrieben. Doch stellte sich während des Projektverlaufes heraus, dass die befragten Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte durchweg vorwiegend mittlere und größere Betriebe betreuen. Gleichzeitig entwickelte sich das sogenannte Unternehmermodell zur favorisierten „Betreuungsform“ von Kleinunternehmen.

herauszuarbeiten und mögliche Entwicklungswege für eine effektivere Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik aufzuzeigen. Besondere Berücksichtigung sollen dabei die Kooperationsbedingungen und Kooperationserfordernisse zwischen den verschiedenen inner- und außerbetrieblichen Arbeitsschutzakteuren finden.

### ***Sicherheitsfachkräfte in ihren betrieblichen Kooperationsbeziehungen***

Strobel (1996) kommt zu dem Ergebnis, dass bei vielen Fachkräften das Grundverständnis für moderne Formen und Strategien des Arbeits- und Gesundheitsschutzes fehlt bzw. in der Praxis nicht zum Tragen kommt. Unfallvorsorge, Unfallanalysen und persönliche Schutzausrüstungen stünden immer noch im Vordergrund ihrer Arbeit. Allerdings seien die betrieblichen Rahmenbedingungen meist auch nicht geeignet, den Fachkräften die Entwicklung eines neuen Rollenverständnisses zu ermöglichen. Insbesondere nennt Strobel die Problematik der Teilzeit-Fachkräfte - das ist selbstredend die überwiegende Zahl aller Fachkräfte - und die damit verbundenen Rollenkonflikte. Dies mache die Position der Fachkraft oftmals „zu einer belastenden und ungeliebten Berufsrolle, da Handlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten längerfristig nicht vereinbar sind“ (ebd., S.186). Sicherheitsfachkräfte artikulieren daher häufig die Befürchtung, auch von ihren professionellen Partnern - den Betriebsärzten – „nicht ganz ernst genommen zu werden“ (Dietrich/Bicker 1997).

Die Realität der Beratungspraxis ist sehr weit von einer inhaltlich gesättigten Gesundheitsorientierung entfernt. Unsere qualitativ-explorative Erhebung erbrachte einige Ergebnisse, die Ansatzpunkte für eine positive Veränderung bieten können. Die befragten Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte spiegeln in ihren Aussagen ein Berufsverständnis wider, das durch die Internalisierung von Einstellungen geprägt ist, die den Berufsstand und dessen berufliche Sozialisationsbedingungen kennzeichnen. Was ein Betriebsarzt im folgenden Zitat äußert, entspricht inhaltlich weitgehend dem Selbst- und Fremdbild aller Interviewten, also auch dem der Fachkräfte selbst.

*„Die sicherheitstechnischen Dinge sollen verhindern, dass jetzt ein Arbeitsunfall passiert, verhindern, dass irgendeine Tür zufällt und jemand sich was einklemmt und dann sich verletzt. Das ist eine Sache natürlich der Sicherheitstechniker. Und die Maschine, dass die entsprechend gesichert ist. (...) Wenn es um Gesundheit geht, dann ist es mehr eine medizinischen Sache. Ich glaube, es ist sehr schwer, da anders zu argumentieren.“*

Die fehlende Wahrnehmung der gemeinsamen Aufgaben mündet nicht selten in eine generalisierende Abwertung der Kompetenzen des beruflichen Partners. Diese äußert sich z.B. bei Betriebsärzten in einer Betrachtung, die den hierarchischen Blick auf die Beziehung zwischen den Parteien verdeutlicht („Der Arbeitsmediziner ist einfach besser ausgebildet“). Reziprok hierzu gehen viele Sicherheitsfachkräfte Betriebsärzten, wenn möglich, aus dem Weg und versuchen „die Dinge alleine zu tun“. Eine Ausnahme stellen Fachkräfte und Betriebsärzte dar, welche die Grenzen der eigenen fachlichen Kompetenz erkennen und daraus die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit ableiten, so insbesondere auf den Gebieten der physikalischen und chemischen Gefährdungen, der Ergonomie bzw. ergonomischen Technikgestaltung und der Arbeitsorganisation. Freilich kommt es eher einem Zufall gleich, wenn Fachkräfte und Betriebsärzte in dieser Weise „zusammenkommen“. Für diejenigen Fachkräfte, die selbstbewusst ihre Kompetenzen z.B. auf dem Ge-



biet der Ergonomie oder der Gefahrstoffe herausstellen, wird das hierarchie-orientierte Verhalten der Arbeitsmediziner/innen als sehr belastend und kooperationshemmend erlebt.

*„Also deswegen bin ich schon ein bisschen sauer auf die Betriebsärzte insgesamt, obwohl es Ausnahmen gibt. Also ich finde sie zum Teil etwas arrogant, dass sie es nicht nötig haben, sich mit mir in Verbindung zu setzen. (...) Die kriegen laufend von mir Protokolle und ich habe nicht in einem einzigen Fall was zurückgekriegt. (...) Ich finde, das ist eine ganz verrückte Bewegung: Da kriegt jemand ein Protokoll und es passiert nichts. (...) Und ich habe das noch nie erlebt, dass ein Betriebsarzt auf mich zugekommen ist und hat gesagt: 'Ich habe da 'ne Begehung gemacht, hier bekommen Sie das Begehungsprotokoll'“.*

Ähnliche Aussagen finden sich in unserem Interviewmaterial quer über alle Betriebsgrößenklassen und quer über alle Betreuungsmodelle. Oft wird durch die Schilderung äußerer Verhaltensweisen ein Missbehagen deutlich, das im Kern auf die Problematik einseitiger Kooperationsbemühungen, Ausblendungen und Hierarchien abhebt. Ein anderer Interviewpartner, angestellte Sicherheitsfachkraft in einem Großlager, äußert über seinen professionellen Partner, der nur stundenweise im Betrieb ist, Folgendes:

*„Unseren Betriebsarzt? Wenn ich ehrlich sein soll: Den seh' ich lieber von hinten. Von den Sachen hier versteht der einfach nix. Wenn der in' Betrieb geht, dann macht der alles durcheinander, sagt ein' Haufen zu unwichtigen Sachen, wichtige Sachen sieht er nicht, den dürfte ich eigentlich nicht allein lassen da. Also nützen tut er mir nix. Also ich würd' mir schon jemand wünschen, der Ahnung hat und mit dem man was machen kann.“*

Was hier beispielhaft deutlich wird, sind einseitige Kooperationsbeziehungen zwischen den beruflichen Beratungspartnern. Problematisch allerdings für derartige Situationen ist zugleich, dass die Sicherheitsfachkräfte eher als Betriebsärzte ihre Hilflosigkeit „durchschimmern“ lassen und damit ihren Partner insgeheim unter Druck setzen. So ist das Thema Gefahrstoffe oftmals „von beiden Seiten“ ein ungeliebtes Thema. Die Sicherheitsfachkraft erwartet vom Betriebsarzt eine kompetente Hilfestellung, wenn nicht gar eine Lösung des Problems. Die Sicherheitsfachkraft übersieht dabei, dass der Betriebsarzt meist ebenfalls hilflos ist und beide - im Prinzip - eigentlich recht ähnliche Ausgangsvoraussetzungen haben. Jeder muss sich zuerst in eine neue „Materie“ einarbeiten. Gemeinsam, oder zumindest miteinander abgesprochen, ginge das leichter. Dem steht die schon erwähnte ansozialisierte Angst der Betriebsärzte entgegen, Wissenslücken und Unsicherheiten einzuräumen. Stattdessen wird eine Aktivität entwickelt, und dies meist auf demjenigen Terrain, das einem keiner streitig machen kann und von dem auch mutmaßlich kein anderer etwas versteht. Ärzte machen - um ein oft geäußertes Beispiel zu nennen - ihre Vorsorgeuntersuchungen oft, ohne die Relevanz vorausgehender Arbeitsbereichsanalysen und Gefährdungsbeurteilungen zu berücksichtigen. Dies betrifft nicht nur die Frage der wünschbaren gemeinsamen Begehungen und Beratungen. Die Ärzte blenden kognitiv zudem auch oft aus, dass es nicht ihre Aufgabe allein ist, die zu untersuchenden Personen herauszufinden. Gerade in dieser Frage sind sie auf die Kooperation mit der Fachkraft angewiesen, die ihnen - im schlechteren Falle - diese Bereiche und Personen nennt. Im besseren Falle wird dies ein Ergebnis der gemeinsamen Arbeit vor Ort sein. Eine Sicherheitsfachkraft, Mitarbeiterin eines überbetrieblichen kombinierten Dienstes, berichtete uns sowohl von Betriebsärzten/-ärztinnen, die alle „Bildschirmbeschäftigten“ ohne nähere Differenzierung und unabhängig von den Ergebnissen der Arbeitsplatzanaly-

sen augenärztlich untersuchten, als auch von solchen, die komplette Arbeitsplatzanalysen selbst und ohne Information und ohne Beteiligung der zuständigen Fachkraft durchführten. Dies ist zwar unter guten Kooperationsbedingungen, d.h. bei einem gemeinsam hergestellten Verständnis und gemeinsamen Absprachen, durchaus möglich, führt aber unter schlechten Kooperationsbedingungen häufig zu disfunktionalen Praktiken.

Wie weit die betriebliche Realität von den Ansprüchen des Arbeitsschutzgesetzes entfernt ist, zeigt sich auch darin, dass viele Betriebe das Ansinnen von Sicherheitsfachkräften, sich mit Arbeitsorganisation zu befassen oder gar eine Mitarbeiterbefragung zu machen, schlichtweg ablehnen. Folgendes Beispiel stammt von einer Fachkraft, welche einem überbetrieblichen Zentrum angehört und die eine Weiterbildung in Organisationsberatung absolviert hat. Sie berichtete von betrieblichen Abwehrhaltungen selbst in Bereichen, deren unfallträchtige Betriebskultur offensichtlich ist, so beispielsweise in einem Schichtbetrieb, in dem aufgrund einer mangelhaften Organisation in der Frühschicht die Gänge mit Material verstellt werden und aufgrund dessen - nicht aufgrund unfallträchtiger Maschinen - in der Spätschicht gehäuft Unfälle aufgetreten sind.

*„Nein, die legen keinen Wert darauf, dass wir mehr in die psychologische Richtung gehen, dass wir uns mehr über Arbeitsorganisation und Betriebsklima usw. Gedanken machen. Da sollen wir tunlichst außen vor bleiben, das geht uns einfach nichts an. (...) Wenn ich denen sage: 'Bei Ihnen sind im Prinzip die Maschinen alle in Ordnung, bei Ihnen ist das Problem die Arbeitsorganisation', da komme ich nicht weiter. Die wollen mich da nicht drin haben.“*

Den Kern dieser Aussagen finden wir auch bei anderen Interviewten wieder. Selbst bei denjenigen Unternehmen, deren Größe bereits die Anstellung einer eigenen Sicherheitsfachkraft ermöglicht, gibt es eine spürbare Reserve gegen „Übergriffe“ von „Sicherheitsleuten“ auf Organisationsfragen. Viele Unternehmer und Betriebsleiter missverstehen derartige Angebote als „fachfremd“, weil sie das Wesen des modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes nicht verstanden haben oder es ihnen auch noch niemand so nähergebracht hat, dass sie es hätten verstehen können. Die Kommunikation mit den „Externen“ erschöpft sich oftmals in einem Dialog über die Frage: „Was muss ich unbedingt machen, damit ich mit der Gewerbeaufsicht keinen Ärger kriege?“ Es gibt überbetriebliche Dienste, die sich - in völlig reziproker Weise - genau auf diese Ebene einlassen. Dass es vor diesem Hintergrund andere, die einen modernen Arbeitsschutz avisieren, schwer haben, verwundert nicht.

Restriktive Bedingungen und restriktive Aushandlungsprozesse sind der Verwettbewerblichung des Arbeitsschutzes geschuldet. So bieten überbetriebliche Dienstleister, die z.T. als Aktiengesellschaften organisiert sind, die sicherheitstechnische Betreuung inzwischen für Stundensätze an, die nicht nach seriösen Kriterien gerechnet werden können. Ein Interviewpartner führte aus, dass er, bei einer Jahresarbeitszeit von 1680 Stunden, nach einer „internen mündlichen Anweisung“ 2200 bis 2500 Einsatzstunden abzurechnen habe. Eine geradezu zwangsläufige Folge davon ist, dass darunter die Qualität der Dienstleistung erheblich leidet:

*„Das ist, was mir auch persönlich Sorgen macht, dass ich zum Teil qualitativ schlechte Arbeit leisten muss, weil ich nicht die Zeit habe, mich zu informieren, eine wirklich vernünftige Recherche zu machen, mir wirklich genau zu überlegen, welche Verbesserungen man da vorschlagen kann. Ich schlage dann irgendwas vor, und da sind die erst mal alle ganz glücklich oder auch*

*nicht, aber es muss ja nicht das beste sein, was ich da vorschlage, weil ich mich eben nicht richtig informieren kann.“*

So wird verständlich, warum sich viele Fachkräfte in ihrer beruflichen Praxis auf „das Nötigste“ beschränken. Dies ist für die Qualität der Beratungspraxis hinsichtlich eines erweiterten Verständnisses von Arbeits- und Gesundheitsschutz folgenreich. Wir haben es gleichsam mit einem doppelt beschränkenden Umstand restriktiver Haltungen zu tun. Einerseits möchten viele Betriebe bzw. Betriebsinhaber und Betriebsleiter die sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung auf rein technische und medizinische Aspekte beschränkt sehen, stehen also der Ausweitung auf arbeits- und betriebsgestalterische Prävention überaus skeptisch gegenüber. Andererseits schätzen viele Berater ihre Möglichkeiten, aber auch ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten auf diesen Gebieten eher negativ ein - entweder weil sie sich nicht gut ausgebildet fühlen, sie keine Unterstützung oder gar einen Widerstand seitens ihres beruflichen Partners und insbesondere des Betriebes selbst befürchten. Soziologisch gesehen haben wir es hier mit einer gegenseitigen Reziprozität in den Strukturen des Einschätzens und Verhaltens zu tun, die sich stabilisieren und eine Veränderung blockieren. Dass „das Nötigste“ - Flucht- und Rettungswege, Feuerlöscher usw. - dann schnell „abgehakt“ ist, womöglich schneller, als das noch verfügbare Zeitkontingent, ist eine einleuchtende Restriktionsfolge. Die Aussage einer freiberuflich tätigen, naturwissenschaftlich-technisch hochqualifizierten Fachkraft kann paradigmatisch für viele Angehörige dieser Profession stehen:

*„Ich sage ganz ehrlich: Ich weiß gar nicht, was anfangen mit den vielen Einsatzstunden. Ich brauche wesentlich weniger. Die ganzen psychologischen Dinge lasse ich weg. Ja, die Arbeitsorganisation? Welcher Betrieb lässt sich da schon reinreden. Da lasse ich die Finger von. Ich bin Techniker und kein Psychologe. Wenn ich da hinkomme zum Betrieb, da kriege ich doch nur das mit, was die mir zeigen wollen. Ich kann da nicht herumpuhlen und herumgraben, das bringt nichts. Das schafft nur Abwehr und sonst gar nichts. Ja, reden mit den Leuten, sich einfühlen, das hab ich nicht gelernt. Das sollen andere machen.“*

Durch dieses Zitat schimmert sowohl Resignation als auch Pragmatismus. Der Interviewte schätzt seine eigenen Kompetenzen und seine „Durchsetzungskraft“ realistisch ein, sicherlich auch mit Aspekten eines gezielten Understatement. Doch wertet er die erforderlichen Aufgaben einer präventiven und prospektiven Gestaltung bzw. die eigentlich unternehmensberaterische Ebene nicht ab, sondern ordnet sie anderen professionellen Personengruppen zu. Der Interviewpartner bestreitet nicht, dass Kommunikations- und Einfühlungskompetenz wichtig sind - doch er befürchtet in seinem persönlichen Fall einen Dilettantismus, der besser vermieden werden sollte. In der Tat lässt sich die Einschätzung, dass betriebssoziologische und betriebspsychologische Themen nicht unbedingt die Sache von Technikern und Medizinern sind, nicht ganz von der Hand weisen. Wer auf der Basis des vorhandenen arbeitswissenschaftlichen Wissens (so z.B. Ulich 1994) herauszufinden versucht, welche Vorschläge zur Arbeitsorganisation für „seinen Betrieb“ die richtigen sind, wird möglicherweise schnell resignieren. Die Kluft zwischen Zielen und Wirklichkeit erscheint unüberbrückbar, die erforderliche Methodenkenntnis - vor dem Hintergrund der fehlenden sozialwissenschaftlichen Ausbildung - unerreichbar. Ein großer Betrieb verfügt unter Umständen über eigene Kompetenzen hierzu; ein kleiner oder mittelständischer Betrieb will im Regelfalle nichts von solchen Dingen wissen, schon gar nicht im Zusammenhang mit dem Arbeitsschutz; er kann diesen Zusammenhang gar nicht sehen. Dass in seinem Betrieb

gesundheitsförderliche Potentiale, die sich positiv auf Motivation und Produktivität auswirken, bereits latent vorhanden sind und nur entwickelt werden müssen, ist vielen Kleinunternehmern nicht klar. Hier wären in der Tat Argumentations- und Coachingprozesse vonnöten, an denen - über Innungen, Kammern und Verbände - Inhaber teilhaben sollten. Die Problematik der Betriebsbetreuung auf arbeitsorganisatorischem Gebiet lässt sich, so eine vorläufige Schlussfolgerung, nicht allein aus der Position der Sicherheitsfachkraft heraus - auch nicht aus einer verbesserten Kooperation zwischen Fachkraft und Betriebsarzt heraus - lösen. Hierfür bedarf es verbesserter überbetrieblicher Kooperations- und Rahmenbedingungen.

### ***Betriebsärzte in ihren betrieblichen Kooperationsbeziehungen***

Mediziner und Medizinerinnen neigen aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation häufig zu einer individualisierenden Sichtweise. Ein überbetrieblich tätiger Arbeitsmediziner, der nach eigener Aussage „sehr viel vor Ort“ tätig ist und der das Gespräch mit den Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen sehr bewusst sucht, führte beispielhaft aus:

*„Für mich sind Betriebe, wie aber auch Belegschaften und einzelne Beschäftigte, Patienten und nicht etwa Probanden. (...) Genau wie in einem normalen Arzt-Patienten-Verhältnis ein Vertrauen aufgebaut werden muss, muss sich das auch in der arbeitsmedizinischen Betreuung zeigen und ohne dieses Vertrauensverhältnis ist eine derartige Betreuung gar nicht denkbar. ... Auch Betriebe muss man wie in einem Arzt-Patienten-Verhältnis pflegen ... Denn Unternehmen und Inhaber wie auch Beschäftigte müssen zu einem bestimmten Verhalten erzogen werden ...“*

Dieses Zitat spitzt aus betriebsärztlicher Sicht zu, was sich fast durchgängig im gesamten Interviewmaterial zeigt: Sowohl die Sicherheitsfachkräfte als auch die Betriebsärzte de-thematisieren eine aktive Rolle der Beschäftigten bei der Wahrnehmung, Analyse, Definition und Bearbeitung der betrieblichen Arbeitsschutz-Probleme. Während diese De-thematisierung seitens der Sicherheitsfachkräfte vorwiegend ihrer technikorientierten Denkweise geschuldet ist, blenden Betriebsärzte die Kompetenz und den Eigensinn der Betroffenen unter Rückgriff auf ein traditionelles Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung aus.

Dass Arbeitnehmer zunächst einmal - wie es gesetzlich heißt - „Beschäftigte bei der Arbeit“ sind, denen primär ein kollektiver Arbeits- und Gesundheitsschutz zukommen soll, fehlt im beruflichen Selbstbild der Arbeitsmediziner weitgehend. Damit tun sich Mediziner schwer, weil zunächst einmal weder medizinische Diagnostik und schon gar nicht medizinische Therapie gefragt sind, sondern Gefährdungsanalysen und Vorschläge, wie Arbeitsorganisation, technische und persönliche Schutzmaßnahmen verbessert werden können. Das Eigengewicht und die innere Logik der medizinischen Ausbildung, die in einem Habitus der Selbstüberschätzung auf Individualtherapie ausgerichtet ist, kann augenscheinlich auch durch eine arbeitsmedizinische Zusatzausbildung kaum aufgehoben werden. Im Bewusstsein der Ärzte geht es immer noch um Therapie: Wie kann eine Erkrankung oder eine beginnende Erkrankung verhindert oder in ihrer Schwere, beziehungsweise ihrer Symptomatik, abgemildert werden? Diesem Selbstmissverständnis von Arbeitsmedizin leistet das umfangreiche Regelwerk der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen Vorschub. Bis heute ist es eine weitgehend offene Frage, ob derartige Untersuchungen rein normativ zu den ohnehin knapp bemessenen Einsatzzeiten dazugehören oder nicht. In der betrieblichen Realität gehören sie dazu; dafür sorgt schon die Verwettbewerblichung des Arbeits-

schutzmarktes. Real sind also Arbeitsmediziner zuerst diagnostizierende Ärzte und keine medizinisch gebildeten Präventionsfachkräfte, die sie eigentlich sein sollten. Insofern ist die zitierte Deutung alleine schon vor dem Hintergrund der vorzufindenden Bedingungen sehr verständlich.

Die Kategorie des Vertrauens spricht eine weitere Ebene an, die aus der Sicht eines an erfolgreichem Gesundheitsschutz orientierten Konzeptes eine große Relevanz hat. Der abstrakte Versorgungsvorgang, wie ihn das Arbeitssicherheitsgesetz zeichnet, kann ohne Vertrauen gar nicht oder eben nur formal stattfinden. Doch liegt das Problem eher darin, daß dieses Vertrauen eigentlich nur dann aufgebaut werden kann, wenn es eine normativ und empirisch-praktisch akzeptable Grundlage hat: nämlich die freie Arztwahl. Die ist jedoch im betrieblichen Verfassungskontext nicht gegeben. Daher sind alle derartigen Argumentationen, wie sie von unserem Interviewpartner vorgebracht werden, problematisch. Sie sind assoziiert mit einem Legitimationsbedürfnis, das sich teilweise fraglos mit der realen Situation trifft, teilweise aber sicher auch nicht, nämlich genau dort nicht, wo aufgrund einseitigen oder gar gegenseitigen Unverständnisses in der Interaktion zwischen Betriebsarzt und Beschäftigtem dieses Vertrauen nicht vorhanden ist und der Betriebsarzt es einseitig zu erzwingen versucht. Dieses Nichtverstehen kann viele Gründe haben, seien sie nun in verschiedenen normativen oder biographischen Entwürfen, in verschiedenen habituellen Erscheinungen oder in explizit arbeits- und sozialpolitisch orientierten Konzepten zu suchen. Aus der Not heraus erleben wir hier eine Renaissance überwunden geglaubter, autoritärer Erziehungskonzepte in der Betriebsmedizin, auch wenn sie in die Form verhaltenswissenschaftlicher Termini gekleidet sind. Das Insistieren auf der Individualperspektive, die den einzelnen Menschen nicht im Kollektiv verschwinden lassen möchte, wird somit durch ein Wiederaufleben von Interventionsmustern der sozialen Kontrolle konterkariert. Das führt zu einer hochambivalenten Situation. So wird einerseits die aus der Biomedizin bekannte Verobjektivierung des Erkrankten bei gleichzeitiger Ignorierung seiner Krankheits- und Krankengeschichte auf das arbeitsmedizinische Handeln übertragen.

Die Tendenz zur Individualisierung sozialer Problemlagen, die bis zur Psychologisierung arbeitsbedingter Erkrankungen gehen kann, zeigt sich auch in folgender Sequenz, die dem Interview mit einem niedergelassenen, im Hauptberuf als Internist tätigen Betriebsarzt entnommen ist:

*„Man muss doch immer auch das Seelische sehen. Viele Erkrankungen haben in Wahrheit im Seelischen ihre Ursache, wenn ich mir hier die vielen Leute ansehe, die an einem angeblichen Sick Building Syndrom erkrankt sind. Das sind ganz bestimmte Leute, wo das Problem im Psychologischen liegt. Die sind dann halt durch Presseberichte, Formaldehyd und so aufgewiegelt und meinen, dass sie alles darauf zurückführen müssten. Ich biete deshalb Autogenes Training an, aber die, die's nötig hätten, nehmen das nicht wahr.“*

Hier drängt sich dem kritischen Betrachter der Eindruck auf, dass die von multiplen Empfindlichkeiten und Empfänglichkeiten betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Zuge einer interessengeleiteten Komplexitätsreduktion einseitig stigmatisiert werden. Die gesundheitliche Situation des Menschen wird durch genetische, biographische, intra- und interpersonelle, kulturelle, biologische und physikalisch-chemische Einflüsse bestimmt. Der Betriebsarzt hätte - auch wenn aus naturwissenschaftlicher Sicht das Problem nicht verstehbar ist - im Sinne eines reflexiven professionellen Selbstverständnisses zunächst einmal die Leiden des Betroffenen ernst zu nehmen und sich in einer diskursiven Weise einer Problemdefinition und Problemlösung zu nähern (Lax 1999). Stattdessen werden Problemlagen psychologisiert und im Extremfall auch

psychiatrisiert. Im Denken der Mediziner, so Lax (1999), dominieren entweder naturwissenschaftliche oder psychiatrische Denkstile, d.h. eine sozio-psycho-somatische Gesamtschau wird nicht annähernd zugelassen. An diesem Beispiel wird deutlich, dass Multidisziplinarität sich nicht nur zwischen den Professionen, sondern auch im Denken einer Profession bzw. eines Professionellen entwickeln muss.

Gerne wird - wie das folgende Zitat eines Betriebsarztes, der einem überbetrieblichen Zentrum angehört, zeigt - mit Verantwortungszuweisungen gegenüber dem Individuum operiert.

*„Der Arbeitnehmer muss individuell gesehen werden, genauso wie jeder Betrieb. ... Wenn man was erreichen will hin zur Qualität, wozu das Betriebsklima natürlich mitgehört, dann geht es nur so, dass man auch die Mitarbeiter individuell anspricht, dass man sie kompetent macht, dass man ... die Risikokompetenz schafft. Das ist ... etwas, was der Arbeitsmediziner vermitteln sollte. Das kommt aus der Umweltmedizin, dass den Leuten klargemacht wird: 'Passt auf, Ihr braucht keine übertriebenen Ängste zu haben. Wenn man zuviel Ängste hat, macht das krank. Ja, Ihr müsst das, womit Ihr umgeht, realistisch einschätzen können.'“*

Dieser Argumentationsfigur vorausgesetzt ist die Erkenntnis, dass insbesondere den kulturell hochgradig unterschiedlich geprägten kleinbetrieblichen Milieus nicht mit dem großbetrieblich-bürokratischen Schema des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beizukommen ist. Die Kategorie der Kompetenz eröffnet über die verhaltenswissenschaftliche Sicht hinausgehende Perspektive, welche die Autonomie und Würde des einzelnen Menschen berücksichtigt. Doch auch hier kommt die kollektive Perspektive des Arbeitsschutzes zu kurz: Wie mit den Risiken umgegangen wird, ist eine gegliederte Frage: Wie kann in einem Betrieb ein Risiko thematisiert werden? Wie können die Gefährdungskonstellationen partizipativ ermittelt und wie organisatorische und technische Seiten der möglichen Schutzmaßnahmen erörtert werden? Diese Fragen sind, zumindest im theoretischen Konzept der Risikokompetenz, einer persönlichen Risikoakzeptanz bzw. einem persönlichen, bewusst gewählten Risikoverhalten vorausgesetzt. Es steht zu befürchten, dass eine auf Autonomie des Individuums orientierte Praxiskonzeption, welche die soziokulturellen Rahmenbedingungen, d.h. die Struktur der sozialen Beziehungen im Betrieb nicht berücksichtigt, immer wieder scheitern wird. Verantwortungsübertragungen können sich im Kontext der gegebenen betrieblichen Machtkonstellationen leicht zu Verantwortungszumutungen gegenüber den zu Betreuenden wandeln.

Das „Soziale“ ist keine einfache Addition des „Individuellen“. Soziale Beziehungen im Betrieb zu untersuchen erfordert über individualmedizinische und individualpsychologische Methoden hinausgehende Konzepte. Doch derartiges methodisches Wissen war, wie unsere Interviewpartner betonten, bislang kein relevanter Gegenstand in der arbeitsmedizinischen Aus- und Fortbildung. Die zitierten Passagen lassen erkennen, wie sich engagierte Betriebsärzte ihre abstrakten Aufgabenstellungen mit Leben füllen wollen und in einem fast tragisch zu nennenden Zirkel der individualisierenden Verengung verstricken. Wird der Gesamtzusammenhang der Argumentation unserer medizinischen Interviewpartner berücksichtigt, so lässt sich vermuten, dass Medikalisierung und Individualisierung sozialer Problemlagen immer noch dem Denkmuster der meisten Arbeitsmediziner angehören. Es gibt einen Unterschied zwischen einer die Individualität berücksichtigenden und einer individualisierenden Konzeption. Individualisierende Perspektiven laufen immer Gefahr, dem Paradigma der sozialen Kontrolle zu folgen, in die sich immer auch obrigkeitstaatliche Attitüden einnisten, und damit die ursprünglich postulierte Autonomie und Würde

des Einzelnen zu untergraben. Eine Präventionspraxis, die demgegenüber an den sozialen Beziehungen im Betrieb und den darin verorteten Stärken ansetzt und vorhandene Ressourcen zu nutzen versucht, ginge von einem Paradigma der dialogischen Verständigung aus. Solche Prozesse anzuregen stellt an den Betriebsarzt besonders hohe Anforderungen.

Doch ermangelt es den Betriebsärzten schon oftmals an der Verständigung mit dem beruflichen Partner: der Fachkraft für Arbeitssicherheit. Einer der Gründe ist die nur ungenaue Kenntnis des gesamten arbeits- und gesundheitsschutzorientierten Aufgabengebietes - des eigenen wie das des Kooperationspartners. Ein anderer Grund ist - zumindest bei einem relevanten Teil der Mediziner/innen - in der mangelnden Wertschätzung und Reduzierung der fachlichen Fähigkeiten der technischen Betreuer/innen zu suchen. Dies äußert sich z.B. in einer Betrachtung, die den hierarchischen Blick auf die Beziehung zwischen den Parteien erkennen lässt. Folgende Sequenz entstammt einem Interview, das wir mit einem als Arbeitsmediziner tätigen Leiter eines überbetrieblichen regionalen Dienstes geführt haben.

*„Das Höherwertige ist die Arbeitsmedizin, allein von der Ausbildung her. Daher bieten wir die Fachkräfte für Sicherheit mit an und stellen sie ein. Also genau entgegengesetzt zu der jetzigen Tendenz, die Arbeitssicherheit, die von der technischen Seite her versucht, jetzt das ganze Spektrum abzudecken und Billigmediziner anzuheuern. (...) Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit wollen doch sehr viel eben die Sachen an sich binden... aber die Fachkompetenz oft nicht vorhanden ist.“*

Gerade auf dem Gebiet der Ergonomie kommt es in der Beratungspraxis nicht selten zu einem Dissens, weil Mediziner den Technikern die betreffenden Kenntnisse absprechen. Nun muss zwar eingeräumt werden, dass die technischen Ausbildungsgänge an Fachhochschulen, Techniker- und Meisterschulen zumindest in Westdeutschland kaum nennenswertes arbeitswissenschaftlich-ergonomisches Wissen vermitteln; das kann auch der Sicherheitsfachkräfte-Lehrgang kaum nachholen. Viele Praktiker eignen sich mit den Jahren das Wissen allerdings autodidaktisch an. In der medizinischen Ausbildung sind arbeitswissenschaftliche Inhalte kein relevanter Bestandteil des Curriculums. Selbstredend werden die anatomischen und physiologischen Grundlagen der Humanbiologie umfänglich gelehrt, doch nicht auf eine menschengerechte Arbeitsgestaltung bezogen. So kommt es, dass in der Frage der Belastungen der Lendenwirbelsäule bei Betriebsärzten orthopädisch-individualisierendes Wissen vorherrscht, während bei Fachkräften eher eine Bereitschaft zu erkennen ist, die ergonomisch-arbeitsgestalterischen Erkenntnisse zu rezipieren.

Versuchen Betriebsärzte über die Vorsorgeuntersuchungen hinaus Arbeitsplätze zu begehen und Arbeitsbereichsanalysen zu machen, stoßen sie oftmals an die gleichen restriktiven betrieblichen Bedingungen wie die, von denen die Sicherheitsfachkräfte berichtet haben.

*„Ich habe eine Firma hier, eine Metallbaufirma; der Besitzer kam hier mit so langen Zähnen an, zum Vertragsabschluss und sagte gleich: ‘Ich zahle Ihnen das Geld, was Sie verlangen, (...) aber lassen Sie sich bitte nicht bei mir in der Firma sehen!’ (...) Dann haben wir wenigstens versucht, dort Lärmuntersuchungen vor Ort zu machen. (...) Ich bin dann mal in den Betrieb gegangen, ich hätte das gar nicht gedurft, das war illegal.“*

Obgleich der betreffende Betriebsarzt sehr freimütig bekannte, sich nicht ausdrücklich mit der Arbeitsorganisation, auch nicht mit den psychischen Belastungen, zu befassen („Da tue ich mich

sehr schwer, da fehlt mir einfach die Ausbildung“), beklagt er die - im Vergleich zur Sicherheitsfachkraft - viel zu geringen Einsatzzeiten. Sie reichten bei weitem nicht aus, um die arbeitsmedizinischen Dinge im engeren Sinne zu bewältigen. Diese Auffassung wurde und wird von vielen Betriebsärzten vertreten. Ebenso wie bei den Fachkräften wurden von manchen Betriebsärzten die restriktiven Bedingungen, welche aus der Verwettbewerblichung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes resultieren, sehr offen thematisiert. Selbst in den Fällen, in denen die psychosoziale Dimension der Arbeitsorganisation angegangen wird, werden sich - ganz ähnlich wie im Falle der Sicherheitsfachkräfte - die betriebsärztlichen Akteure schnell der gesetzten Grenzen bewusst. Entweder stellen sich die Arbeitgeber inhaltlich diesem Ansinnen in den Weg, oder es zeigt sich, dass derartige Fragen nicht im verfügbaren Zeitrahmen zu bewerkstelligen sind.

Bei vielen Interviews ist der Eindruck entstanden, dass Betriebsärzte, einmal in eine solche Situation gelangt, sich weder mit der zuständigen Fachkraft noch mit Betriebs- oder Personalrat verständigen. Sie machen diese Dinge „mit sich allein“ aus. Nur in seltenen Fällen gibt es Kooperationsabsprachen. So berichtet z.B. eine Ärztin von einem gelegentlichen Stunden-Pooling mit Fachkräften: Wenn die Fachkraft „von Hause aus“ Chemiker oder Psychologe ist, so kann sie in diese Themen einsteigen; die Betriebsärztin kann sich dann stärker mit ergonomischen Fragen befassen. In einem anderen Fall ist vielleicht die Fachkraft ein ergonomisch gut ausgebildeter Ingenieur, der sich um Büromöbel usw. kümmern kann; dann hätte eine psychologisch interessierte Betriebsärztin die Möglichkeit, sich der Bearbeitung innerbetrieblicher Konflikte zuzuwenden. Ähnliches wurde uns von einer Fachkraft berichtet, die in der Vor-Ort-Beratung von Friseurbetrieben keinen inhaltlichen Unterschied zwischen Fachkraft und Betriebsarzt zu sehen vermochte. Voraussetzung derartiger Schwerpunktsetzungen ist eine besonders gute Kooperation, ein regelmäßiges Besprechen inhaltlicher Fragen. Kritik wurde, insbesondere von Betriebsärzten, an den überwachenden Unfallversicherungsträgern und staatlichen Organen geübt, die im Regelfalle nur darauf aus seien, „ihre Häkchen zu machen“, ohne auf die Qualität der Betreuung zu schauen. Auch wurde das Unternehmermodell, d.h. die „sicherheitstechnische Selbstberatung“ von Kleinunternehmern sehr skeptisch beurteilt. Gerade solche Betriebsärzte, denen an inhaltlichen Fortschritten viel gelegen ist, beklagen die fehlenden fachlichen Kenntnisse der Kleinunternehmer („das ist kein fachlicher Kooperationspartner“) und wünschten sich kompetente Fachkräfte als Partner. Unabhängig von einer endgültigen Beurteilung der genannten Aspekte lässt sich auch hier schlussfolgern, dass sowohl in fachlicher wie in organisatorischer Hinsicht eine überbetriebliche Unterstützung dringend angezeigt ist.

## ***V. Möglichkeiten und Notwendigkeiten der überbetrieblichen Unterstützung***

Mehr als 80 % der arbeitenden Bevölkerung befinden sich in Betrieben mit weniger als 1000 Beschäftigten. Hier sind Konzepte einer überbetrieblichen Beratung und Unterstützung unabdingbar. Zwar hat sich, wie bereits erwähnt, in den Wirtschaftssektoren mit Betrieben kleiner gleich 50 Beschäftigte eine Sonderentwicklung durchgesetzt, die unter dem Schlagwort „Unternehmenmodell“ bekannt geworden ist (Strothotte 1999; Ehnes u.a. 2000; Larisch/Lang 2000). Doch befreit dieses Modell - entgegen landläufigen Meinungen - den Unternehmer keinesfalls von der Pflicht, sich zu sicherheitstechnischen, arbeitsmedizinischen, ergonomischen und organisatorischen Fragen expertlich beraten zu lassen. Dass für Klein- und Kleinstbetriebe die klassische, im Rahmen fester Einsatzzeit-Vorgaben stattfindende Regelbetreuung, die schließlich zu



Mikroeinsätzen von weniger als 5 Minuten führen würde, für einen effektiven Arbeitsschutz völlig ungeeignet ist, ist mittlerweile Konsens in der Fachwelt (vgl. hierzu Bardt u.a. 2001): In der Praxis beginnen sich verschiedene Modifikationen von Betreuungsmodellen zu konturieren:

- Risikoorientierte Betreuung auf der Basis einer Gefährdungsanalyse und/oder einer Einschätzung des Risikopotentials
- Bedarfsorientierte Betreuung, vorwiegend auf der Basis von Unternehmeranfragen, anstelle von regelmäßigen Besuchen
- Zusammenlegung bzw. Bündelung oder Poolbildung von Mikro-Einsatzzeiten über längere Zeiträume
- Zusammenlegung bzw. gemeinsame Poolbildung von Einsatzzeiten der Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte
- Kooperationsnetzwerke zur gemeinsamen Nutzung regionaler überbetrieblicher Betreuungskapazitäten
- Aufbau regionaler Zentren, angegliedert an Berufsgenossenschaften oder Handwerksorganisationen

In der neueren Zeit zeichnen sich zunehmend pragmatische Lösungen ab, die sich nicht mehr als eindeutiges und abgrenzbares „Modell“ beschreiben lassen, sondern fallweise alle genannten Aspekte in verschiedenen Gewichtungen aufweisen. Doch kranken alle Lösungsversuche grundsätzlich an der mangelnden Berücksichtigung der Interessen, Bedürfnislagen, Erfahrungskompetenzen und Aktivierungspotentiale der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es bleibt weitgehend ungeklärt, ob und wie sich einzelne Betroffene in einem von ihnen festgestellten Bedarfsfall auch ohne die Zustimmung des Unternehmers an professionelle Akteure wenden können<sup>5</sup>. Auch angesichts der Diskussion darüber, wie die Qualität der sicherheitstechnischen und betriebsärztlichen Arbeit gesichert werden kann, ist die strukturelle Unterbelichtung der Mitarbeiterbeteiligung - trotz formaler Mitbestimmungsrechte der Betriebs- und Personalräte - ein außerordentlich ernst zu nehmendes Problem.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass sich auch überbetriebliche Institutionen an der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren beteiligen, d.h. neben den Berufsgenossenschaften sollen auch die Krankenkassen einbezogen sein. Dies ist u.a. im Sozialgesetzbuch V (§ 20) geregelt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Verhütung arbeits- und berufsbedingter Gesundheitsgefahren bzw. Erkrankungen mitzuwirken, und sollen, der aktuellen Formulierung folgend, „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen“. Die Einbeziehung der gesetzlichen Krankenversicherung in die überbetriebliche und betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik hat der Gesetzgeber - vor dem Hintergrund des Präventionsauftrages hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen - enorme Chancen einer Weiterentwicklung eröffnet (Schröer/Sochert 1997). Grundbedingung für diese Weiterentwicklung ist eine verbesserte Kooperation zwischen allen professionellen Akteu-

---

<sup>5</sup> Einzig die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft (Ehnes u.a. 2000) erkennt dieses Problem ansatzweise und sieht vor, dass sich auch einzelne Arbeitnehmer/innen an die betreuenden Zentren oder den betreuenden Betriebsarzt wenden können. Doch bleibt es schwierig bis undenkbar, über eine Telefonberatung hinaus konkrete Betriebsbesuche ohne Zustimmung oder gar gegen den Willen des Unternehmers zu organisieren. Obwohl das Arbeitsschutzgesetz eindeutig auch den einzelnen Beschäftigten anspricht, ist die konkrete Durchsetzung des Beteiligungsrechtes juristisch wie praktisch unklar.

ren des betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutzes. Die Angliederung sich so herausbildender Betreuungszentren an bestehende Organisationen wie Berufsgenossenschaften, Handwerkskammern, Kreishandwerkerschaften und Innungen hat sich hierbei als äußerst vorteilhaft und wegweisend erwiesen. Freilich müssen dies regionale und hinsichtlich ihrer Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit regional eingebundene Zentren sein.

Die Krankenkassen bzw. deren präventiv arbeitende Abteilungen oder Tochtergesellschaften erstellen Gesundheitsberichte, in denen die Arbeitsunfähigkeitsdaten - zum einen nach Unternehmen, Unternehmensbereichen, Standorten und deren Untergliederungen und ggf. auch nach Berufsgruppen, zum anderen nach Krankheitsarten bzw. Krankheitsgruppen - analytisch aufbereitet sind. Dabei konturieren sich prioritäre Präventionsbedarfe heraus. Ein Hauptinstrument der darauf aufbauenden Intervention sind die Gesundheitszirkel. Diese werden angeleitet und moderiert durch arbeits- und sozialwissenschaftlich geschulte Mitarbeiter oder Beauftragte der Krankenkassen. In den Zirkeln können differenzierte Aussagen zu Belastungen und Beanspruchungen artikuliert werden, insbesondere zum Bereich der Arbeitsorganisation und der psychosozialen Dimension des Betriebes. Zugleich sind die Zirkel der Ort der tatsächlichen Interventionsplanung und -bewertung. Da dem Zirkel - wie es im Regelfalle sein sollte - auch betriebliche Funktionsträger, Interessenvertreter, Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte angehören, d.h. diese in den Prozess eingebunden sind, kann der Boden für eine konstruktive und produktive Kooperation bereitet werden. Manche Kassen haben Tochtergesellschaften gebildet, in denen Teams von Präventionsberatern, über die Zirkelarbeit hinaus, sowohl an Gefährdungsanalysen wie an arbeits- und betriebsgestalterischen Interventionen teilnehmen (Görres u.a. 1998). Im Keim kristallisiert sich hier ein multidisziplinärer Teamgedanke heraus, der sich für eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen inner- und außerbetrieblichen Arbeitsschutzakteuren als außerordentlich fruchtbar erweisen kann.

Klein- und Mittelbetriebe erleben den Arbeits- und Gesundheitsschutz meist als eine defizit-aufdeckende normativistische Veranstaltung, nicht als ressourcenaufdeckendes Beratungs-Setting. Die staatlichen Arbeitsschutzämter hätten hier die Aufgabe, günstigere organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, etwa in der Art, dass Begehungen durch berufsgenossenschaftliche und staatliche Aufsichtspersonen nur noch gemeinsam und nie ohne Vorabsprache mit den zuständigen Arbeits- und Gesundheitsschutzberatern durchgeführt werden. Diese Begehungsteams sollten arbeitspsychologisch und arbeitssoziologisch ausgebildete Arbeitswissenschaftler einbeziehen. Wenn die Orientierung des Arbeitsschutzgesetzes, nämlich Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Führungsstruktur des Betriebes zu verankern, ernst genommen werden soll, dann ist ein wesentlich höheres Maß an beraterischen, insbesondere sozialwissenschaftlichen Kompetenzen unverzichtbar. Doch woher sollen diese Kompetenzen kommen, wo sollen sie angegliedert sein, wer soll sie bezahlen? Spätestens hier wäre über ein modifiziertes Modell der behördlichen Überwachung und Unterstützung nachzudenken: Wäre es nicht sinnvoller, durch die Gestaltung veränderter staatlicher und regionalpolitischer Rahmenbedingungen der kontinuierlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzberatung ein anderes Gesicht und ein anderes Gewicht zu geben, ihnen z.B. zusätzliche arbeitswissenschaftliche und supervidierende Kompetenzen an die Hand zu geben und auf diese Weise zumindest einen Teil der „Überwachung“ sicherzustellen?

Das Arbeitsschutzgesetz formuliert zwar, dass Arbeitsorganisation und soziale Beziehungen im Betrieb grundlegende Bestandteile der Vorsorge und somit auch der vorsorgenden Beratung zu sein haben; doch wird nicht ausgesagt, welche professionellen Akteure dies tun sollen. Es ist offensichtlich, dass damit Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte allein überfordert wären. Doch Sozialgesetzbuch V und VII ordnen die Krankenkassen und ihre Präventionsberater dem betrieblichen Arbeitsschutz zu. Hier kristallisiert sich der Keim von multidisziplinären arbeitswissenschaftlichen Teams heraus, die in kompetenterer Weise als bisher Betriebsberatung umsetzen könnten. Arbeitsschutzgesetz und Sozialgesetzbuch VII sehen als Unterstützung der betrieblichen Präventionsarbeit berufsgenossenschaftliche und staatliche Ressourcen vor, die - das lässt sich zumindest dem Gesetzes-Sinn nach folgern - mit der kontinuierlichen Beratung vor Ort sinnvoll gekoppelt und verzahnt werden müssen. Derartige Ressourcen können sachlicher und personeller Art sein. Kontinuierliche Beratung sollte eingebettet sein in eine vernetzte überbetriebliche Infrastruktur, für die der Sozialstaat Sorge zu tragen hat. Diese Neuorientierung ist nicht nur wegen der Vielfältigkeit neuer psychosozialer Arbeitsdimensionen unverzichtbar, sondern auch aufgrund der Vielfältigkeit neuer physikalischer, chemischer und biologischer Belastungen, die der Verwissenschaftlichung unserer Lebenswelt geschuldet sind. So bereitet - um ein Beispiel zu nennen - die von Jahr zu Jahr zunehmende Chemisierung von Produkten und Produktionsverfahren auch in kleineren Betrieben immer neue Problemlagen. Hier greift ein „Paradigma der Kontrolle“ nicht mehr und es kann nur das Bemühen im Vordergrund stehen, auf Paradigmen der behutsamen pädagogischen Aufklärung, der dialogischen Verständigung und der sozial- und umweltverträglichen Arbeit zu setzen (vgl. Neumann 1998). Das Primat des Dialogs berührt überdies unmittelbar die Frage, was unter Kooperation verstanden, wie sie gestaltet und inhaltlich gefüllt wird.

## ***VI. Einige organisations- und sozialpolitische Schlussfolgerungen***

Präventionsberatung bedeutet mehr als Informationsvermittlung. Nur im Rahmen einer Integration von sozioökonomischen, soziokulturellen und psychologischen Kontexten in die Arbeits- und Gesundheitsschutz-Praxis kann Prävention gelingen. Diese Kontexte gehören zum System, das beraten werden soll. Beratung wird um so eher gelingen, wenn sie eingebettet ist in multidisziplinäre arbeitswissenschaftliche Teams, in denen derartige Handlungskonstellationen thematisiert und supervidiert werden können. Denn die Widerstände, mit denen Berater zu kämpfen haben, sind gleichsam Teil des Problems und müssen vor Ort behutsam und mit professionellen Herangehensweisen einer modernen Managementberatung bearbeitet werden.

Es ist mehr als eine Überlegung wert - ähnlich wie im nordeuropäischen Ausland - regionale Kompetenz-Zentren aufzubauen, in denen auch sozialwissenschaftlich-arbeitswissenschaftliches Wissen integrierbar ist. Dies impliziert, dass neben Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzten insbesondere die Präventionsberater der Kassen und weitere naturwissenschaftlich, aber auch soziologisch, pädagogisch und psychologisch geschulte Kräfte - zu denken ist hier an Umweltberater, Suchtberater, Sportpädagogen, Ergonomen usw. - einbezogen werden können<sup>6</sup>. Regionale Kompetenz-Zentren im Sinne derartiger

<sup>6</sup> Erste Umsetzungen einer solchen Perspektive deuten sich in der Praxis bereits an. Die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten ist zur Zeit dabei, regionale Kompetenzzentren aufzubauen, in denen Mediziner, Sicher-

arbeitswissenschaftlicher Teams könnten unterstützend wirken für eine inhaltlich gesättigte Kooperation und die Entwicklung eines hohen Niveaus an fachlichen, sozialen, ethischen und personalen Kompetenzen der darin einbezogenen Professionellen. Ein multidisziplinäres Kompetenzzentrum wäre auch dazu angetan, im regionalen Umfeld unter Berücksichtigung der dort vorherrschenden arbeitskulturellen Milieus den Dialog im regionalen Arbeitsmarkt und Wirtschaftsraum, d.h. mit Unternehmern, Arbeitnehmern und Erwerbslosen, zu suchen und somit das Gesundheitsinteresse bei allen Beteiligten - ggf. auch durch entsprechende Aufklärungs- und Fortbildungsveranstaltungen sowie Empowerment-Kampagnen - zu stärken. Ziel der Praxis des Empowerments ist es, „die Menschen zur Entdeckung ihrer eigenen (vielfach verschütteten) Stärken zu ermutigen, ihre Fähigkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstveränderung zu stärken und sie bei der Suche nach Lebensräumen und Lebenszukünften zu unterstützen, die einen Zugewinn von Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensregie versprechen“ (Herriger 1997, S.7). Empowerment im Kontext des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bedeutet die programmatische Abwendung von dem weitverbreiteten Defizit-Blickwinkel auf individuelle Fähigkeiten der Beschäftigten hinsichtlich ihrer Mitarbeit an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Dem eigenen kreativen Wissen und den entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten selbst wird dabei größte Relevanz zuerkannt. Die Initiierung von Empowerment-Konzepten für Beschäftigte im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bedarf als Voraussetzung adäquater institutioneller Settings.

Eingebettet in eine sozial- und gesundheitspolitisch sensibilisierte Wirtschaftsregion könnten einzelne Betriebsberatungen fruchtbarer und effektiver gestaltet werden - dies auch im Sinne eines neuen, umfassenderen Verständnisses von „Gesundheit im Betrieb“. So ist ein neuer Interventionstyp für beraterische Arbeit gefordert, der strategisch auf „Enabling“ und „Empowerment“ abzielt. In diesem Zusammenhang sind neue Management-Konzepte zu diskutieren, für welche Gesundheit ein integraler Bestandteil ist (vgl. Busch 1996). Mit anderen Worten: Betreuende im Arbeits- und Gesundheitsschutz sollten sich als Berater für ein gesundheitsförderliches Management verstehen lernen. Dafür könnten regionale Kompetenzzentren das Terrain bestellen.

Eine ordnungspolitische Grundprinzipien berührende Frage ist zum einen, wie das sozialstaatliche Ziel des Gesundheitsschutzes in privatwirtschaftlich verfassten Betrieben zu sichern und zum anderen, wie dies mit privatwirtschaftlich orientierten Diensten bzw. Selbständigen zu bewerkstelligen ist. Die Ausdehnung von sicherheitstechnischer und betriebsärztlicher Tätigkeit auf kleinere Betriebe hat geradezu einen neuen Wirtschafts- und Arbeitsmarkt eröffnet. Einer mit dieser Privatisierung einhergehenden neoliberalen Relativierung des Gutes Gesundheit versucht das europäische und deutsche Recht durch gesetzlich-normative Rahmenbedingungen, auch durch die Perpetuierung der überwachenden Berufsgenossenschaften als selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechts, nicht zuletzt durch den betriebsverfassungsrechtlichen Auftrag der Mitbestimmung Einhaltung zu gebieten und Grenzen zu setzen. Doch muss die Frage erlaubt sein, ob eine Verwettbewerblichung und Verbetriebswirtschaftlichung der expertlichen Unternehmensberatung zu Sicherheit und Gesundheit vor dem Hintergrund einer fragilen und vielfach zweifelhaften Qualität der beschriebenen Nachfragestruktur der Kleinbetriebe, die zudem teilweise „mitbestimmungsfrei“ sind, sich nicht prägend auf die Qualität der angebotenen Leistungen auswirkt (Müller 1999). Verwettbewerblichung kann auch bedeuten, dass rechtliche Aufgabenerfüllung

unterlaufen wird. Die ökonomischen Interessiertheiten der nachfragenden und anbietenden Unternehmen können sich durchaus auf einer Ebene der eher „symbolischen Betreuung“ treffen, in deren Folge Dienstleister eine untergesetzliche Minimalbetreuung gegen Dumpingpreise durchführen. Hier - und nicht in der Vielzahl der eher undurchschaubaren Betriebe - ist es dringend erforderlich, sozialpolitisch-regulatorisch einzugreifen und für eine Qualitätssicherung zu sorgen, die diesen Namen auch verdient. Die hier vorgeschlagenen regionalen Kompetenzzentren wären rein betriebswirtschaftlich sicherlich nicht kostendeckend finanzierbar. Hier haben - alleine schon wegen des grundgesetzlichen Gebots - Bund, Länder und Gemeinden sowie die Sozialversicherungsträger und Verbände einen Kooperationsauftrag.

### ***Literatur***

Bardt, C. / Glomm, D. / Wienhold, L. (2001): Betriebsärztliche Kleinbetriebsbetreuung - Bedarfsabschätzung, Strategien, zeitgemäße Betreuungsmodelle. Bremerhaven: NW-Verlag.

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bellwinkel, M. u.a. (1998): Erkennen und Verhüten arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Essen/St. Augustin: Bundesverband der Betriebskrankenkassen/Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Eigendruck).

Busch, R. (Hg.) (1996): Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung. Berlin: Freie Universität (Eigendruck).

Dietrich, M. / Bicker, H.-J. (1997): Selbstbild und Fremdbild von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten. In: Sichere Arbeit, Heft 3/97, S. 16-21.

Ehnes, H. u.a. (2000): Die Alternative Arbeitsmedizinische Betreuung von Kleinunternehmen. Langenhagen: Steinbruchs-Berufsgenossenschaft.

Engelhardt-Schagen, M. / Nemitz, B. (2000): Gesundheitsmanagement zwischen Expertenwissen und Effizienzdruck des Unternehmens - der Auftrag an die Arbeitsmedizin. In: Die BG, Juli 2000, S. 402-404.

Etzioni, A. (1996): Die faire Gesellschaft. Jenseits von Kapitalismus und Sozialismus. Frankfurt am Main: Fischer.

Fromm, C. (1998): Soziale Typik und Gesundheit im handwerklichen Kleinbetrieb. In: Pröll, U. (Hg.): Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen. Tagungsband. Dortmund: Sozialforschungsstelle, S. 11-26.

Görres, H.-J. / Peter, J. / Frerichs, E. (1998): Perspektiven eines integrierten Gesundheitsmanagements in Kleinbetrieben. In: Müller, R. / Rosenbrock, R. (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Sankt Augustin: Asgard, S. 372-391.

Herriger, N. (1997). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer

Hien, W. / Schulz, T. (1998): Professionslogiken und Kooperationserfordernisse im Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: Marstedt, G. / Müller, R. (Hg.): Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Bremerhaven: NW-Verlag, S. 103-132.

Hien, W. u.a. (1999): Kooperation von Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzten in Kleinbetrieben. In: Heeg, F.-J. / Kleine, G. (Hg.): Kommunikation und Kooperation. Aachen: Mainz, S. 335-346.

Larisch, J. / Lang, P. (2000): Evaluation der Alternativen Arbeitsmedizinischen Betreuung. In: Ehnes, H. u.a. (2000): Die Alternative Arbeitsmedizinische Betreuung von Kleinunternehmen. Langenhagen: Steinbruchs-Berufgenossenschaft, S. 109-157.

Lax, M.B. (1999): Vielfache Chemikalienunverträglichkeit. Die soziale Konstruktion einer Krankheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin: "Chronische Erkrankungen". Hamburg: Argument, S. 87-102.

Mayer, H. u.a. (1992): Arbeitsmedizin in Klein- und Mittelbetrieben. Wissenschaftlicher Abschlußbericht. Universität Heidelberg.

Müller, R. (1999): Ärzte im Betrieb: Strukturelle Überforderung oder Selbstüberschätzung. In: Schmacke, N. (Hg.): Gesundheit und Demokratie. Frankfurt am Main: VAS, S. 101- 112.

Müller, R. / Schulz, T. (Hg.) (1994): BetriebsärztInnen im Handlungsfeld betrieblicher Politiken. Chancen und Dilemmata beim Gesundheitsschutz. Bremerhaven: NW-Verlag.

Müller, R. / Rosenbrock, R. (Hg.) (1998): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung - Bilanz und Perspektiven. Sankt Augustin: Asgard.

Neumann, E. (1998). Gesundheitswissenschaften in der betrieblichen Lebenswelt zwischen dialogischer und technokratischer Orientierung. In: Marstedt, G. / Müller, R. (Hg.): Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Bremerhaven: NW-Verlag, S.133-151

Pape, S. (1994): Professionelle Orientierungen von Betriebsärzten/innen. In: Müller, R. / Schulz, T. (Hg.) (1994): BetriebsärztInnen im Handlungsfeld betrieblicher Politiken. Chancen und Dilemmata beim Gesundheitsschutz. Bremerhaven: NW-Verlag, S. 159-190.

Pröll, U. / Szeny, C. (1991): Fachkräfte für Arbeitssicherheit in der betrieblichen Zusammenarbeit. Dortmund: Sozialforschungsstelle.

Pröll, U. (1998): Wie könnte ein Leitbild für die Prävention in der handwerklich-kleinbetrieblichen Arbeitswelt aussehen? In: Pröll, U. (Hg.): Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen. Tagungsband. Dortmund: Sozialforschungsstelle, S. 139-156.

Rosenbrock, R. / Lenhardt, U. (1999): Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Schröer, A. / Sochert, R. (1997): Gesundheitszirkel im Betrieb. Modelle und praktische Durchführung. Wiesbaden: Universum.

Strobel, G. (1996): Fachkraft für Arbeitssicherheit - Rollenverständnis und Qualifikation. In: Ludborz, B. (Hg.): Psychologie der Arbeitssicherheit. 8. Workshop 1995. Heidelberg: Asanger, S. 182-195.

Strothotte, G. (1999): Das Unternehmermodell - Förderung der Eigenverantwortung im Arbeitsschutz in kleinen und mittleren Unternehmen. In: Die BG, Aug. 1999, S. 458-467.

Ulich, E. (1994): Arbeitspsychologie (Lehrbuch). Zürich/Stuttgart: Hochschulverlag /Schäfer-Poeschel.

Vollaire, E. (1995): Gefahrstoffe in Klein- und Mittelbetrieben: Neue Wege überbetrieblicher Unterstützung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.