

Rainer Müller (1998): Arbeitsmedizin als Testmedizin

1. Diagnostik als Prävention

Sowohl bei den Fachvertretern als auch den Adressaten der Arbeitsmedizin - wie Betriebe, Sozialversicherungen und staatliche Institutionen - gilt die Arbeitsmedizin als das Vorzeigbeispiel einer Präventionsmedizin.

Unter Prävention wird im Aktionsfeld der Arbeitsmedizin die Verhütung von Unfallschäden, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen verstanden. Während Arbeitsunfall und Berufskrankheit medizin-juristisch definiert sind, fehlt ein arbeitsmedizinischer und sozialversicherungsrechtlicher Konsens zum Verständnis über arbeitsbedingte Erkrankungen. Dieser Mangel an Konsens liegt nicht daran, daß wissenschaftlich Pathogenität von Arbeit nicht aufgezeigt werden könnte, also erkenntnistheoretische bzw. methodische Barrieren vorliegen, sondern an wissenschafts- und sozialpolitischen Prozessen. In diesen Prozessen geht es darum, ob industriell produzierte Risiken, Gefährdungen und Schädigungen von Gesundheit und Natur als Problem gesehen, darauf bezogen Wahrnehmungsverfahren institutionalisiert und politische Konzepte zur Thematisierung und Bewältigung dieser Risikolagen organisiert werden. Die Arbeitsmedizin wurde im Kontext sozialpolitischer Regulierung von arbeitsweltlichen Gefährdungen bzw. akuten und chronischen Gesundheitsschädigungen als Instanz der wissenschaftlichen und praktischen Bearbeitung produzierte Arbeitsrisiken eingerichtet. Es muß gefragt werden, mit welchen Modellvorstellungen, Methodologien und Interventionsverständnissen diese Disziplin der Medizin ihre gesellschaftlich zugeschriebene Funktion wahrgenommen hat bzw. aktuell wahnimmt. In einer Analyse des Selbstverständnisses der Arbeitsmedizin und ihrer Wirkung im sozialpolitischen Raum bei der Regulierung von Gefahren und Schädigungen läßt sich bilanzierend feststellen, daß fast ausschließlich ein Beurteilungsmodus und eine Sichtweise zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Erkrankungen durchgesetzt wurde, welcher die Frage nach der Erkrankungsgenese auf Monokausalität, Spezifität und dispositive Eigenschaften (genetisch angelegt oder erworben) der Arbeitsperson begrenzt hatte. Krankheiten von Organen bzw. Organsystemen als klinisch-labormedizinische Konstrukte sind Ausgangspunkt arbeitsmedizinischer Sicht- und Interventionsweisen. Diese klinisch-naturwissenschaftliche Orientierung bestimmt das herrschende Konzept der Prävention der Arbeitsmedizin. Mit der krankheitsfixierten Ausgangsperspektive steht die Arbeitsmedizin im Einklang mit den herrschenden Präventionskonzepten der Biomedizin. Der Zusammenhang von Umwelt und Individuum wird reduziert zu einem Bezug von Exposition und Disposition im Verständnis naturwissenschaftlich meßbarer Umweltnoxe und chemisch-physikalisch definierten Körperparametern.

Der soziale Kontext von Arbeit, Technik und die Subjektseite der Erwerbsbiographie bleibt ausgeblendet. Sozialwissenschaftliche Theoreme und Methodologien der Gefährdungsanalyse und der Krankheitsverhütung bzw. Gesundheitssicherung sind nicht in den Kanon der Arbeitsmedizin aufgenommen worden. Die Entscheidung gegen eine Erweiterung der Arbeitsmedizin um sozialhygienische bzw. sozialwissenschaftliche Paradigmen sind nicht auf naturwüchsige Entwicklungsprozesse des Faches zurückzuführen, sondern wissenschaftspolitischen und gesellschaftspolitischen Ausgrenzungsprozessen im Netz von Staat, Kapital und Betriebsmedizin der Großindustrie vornehmlich der Chemieindustrie geschuldet. Die Arbeitsmedizin

überschreitet also nicht die Präventionstheoreme und Praktiken der Biomedizin, auch wenn sie vorgibt, exogene Faktoren der Arbeitsbedingungen als Krankheitsursachen in Rechnung zu stellen. Die herrschende Arbeitsmedizin bewegt sich theoretisch wie praktisch im Paradigma der klinisch-naturwissenschaftlichen Medizin.

Präventionskonzepte der Biomedizin sind:

- aktive und passive Immunisierung gegenüber Krankheitserregern
- Diagnostik körperlicher Disposition bzw. der Leistungsfähigkeit von Organen oder Organsystemen
- Aufspüren von pathogen gewerteten Prädispositionen im Körper der Arbeitsperson
- Früherkennung von Krankheitszeichen.

Da nun Arbeitsmedizin praktizierenden Betriebsärzte ihre primäre berufliche Qualifikation als Kliniker erhalten haben, bleibt der betriebsärztlich-präventivmedizinische Handlungskontext auf die genannten Präventionskonzepte der klinischen Biomedizin beschränkt, nämlich Diagnostik an der Arbeitsperson. Dieses Handlungsmuster wird nicht nur durch die klinische Sozialisation, sondern auch durch den sozialen betrieblichen Kontext und die rechtlichen sowie organisatorischen Vorgaben der Institutionen des Arbeitsschutzes (Staat, Unfallversicherungen) gestützt.

2. Biomedizin als Sozialisationsagentur von Betriebsärzten

Wie stark die Sichtweisen und Orientierung und das Handeln von Betriebsärzten durch klinische Medizin mit ihrer breiten und immer subtileren diagnostischen Kompetenz geprägt ist, belegen Ergebnisse von zwei neueren sozialwissenschaftlichen Studien über Betriebsärzte.

In einer Studie über "Arbeitsmedizin in Klein- und Mittelbetrieben" wurde für ein typisches Betriebsarztzentrum des berufsgenossenschaftlichen arbeitsmedizinischen Dienstes e.V. (BAD) das Wirken von vier vollzeit- und drei teilzeitbeschäftigten Betriebsärzten in 45 Betrieben in Baden untersucht (Mayer u.a. 1992). Von der erbrachten Jahreseinsatzzeit dieser Ärzte entfielen 3.752 Stunden auf firmenbezogene Leistungen und 5.046 Stunden auf Untersuchungsleistungen einschließlich Beratungen der Arbeitnehmer in den Räumen des Zentrums. Bei den Untersuchungen im Zentrum handelte es sich im wesentlichen um "arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen" nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen und staatlichen Vorschriften. Jede dieser vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchung beinhaltete auf freiwilliger Basis einen allgemeinen Check up mit allgemeiner körperlicher Untersuchung, Bestimmung von Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankheiten (Blutdruck, Blutfette, Harnsäure, Blutzucker) (ebenda, S. 17). In den Zentren des Landesbereichs Baden des BAD entfielen 29 % der Einsatzzeit der Betriebsärzte auf arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen bzw. staatlichen Vorschriften und 25 % auf sonstige Vorsorgeuntersuchungen und arbeitsmedizinische Beurteilungen von Arbeitnehmern. Nur 5 % der Einsatzzeit wurde für Betriebsbegehungen, Arbeitsplatzmessungen und Arbeitsplatzanalysen aufgewandt (Mayer u.a. 1992, S. 10). Das betriebsärztliche Tätigkeitsprofil wird als eine medizinische Dienstleistung charakterisiert:

"Die Vorrangstellung von 'arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen', die seltenen und nicht nach arbeitswissenschaftlichen Grundsätzen durchgeführten Arbeitsplatzanalysen, die mangelnde Dokumentation der eigenen Tätigkeit als auch der festgestellten Befunde weisen darauf hin, daß die mögliche präventive Arbeitsmedizin zugunsten der unmöglich prä-ventiven Medizin innerhalb des Tätigkeitsprofils in den Hintergrund gerät" (ebenda, S. 28).

Der Rückzug auf medizinisch-traditionelle Handlungsfelder, nämlich Diagnostik entspricht nach Auffassung der Autoren dem Verlangen der Arbeitgeberseite. Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation werden als Thematisierungs- und Interventionsfeld potentiell tabuisiert. Das Ansetzen der betriebsärztlichen Maßnahmen am "Arbeitnehmer-Patient" wird als ein zentrales Ergebnis der Studie bezeichnet. Das Selbstverständnis der Betriebsärzte ist am "Arbeitnehmer-Patient" als Untersuchungs-, Beeinflussungs- und Heilungsobjekt, dem Bearbeitungsgegenstand, gebunden. Betriebsärzte sehen sich eher als Mediziner denn als Arbeitsmediziner. Der Körper des Patienten dient als "Ansatzpunkt präventiver Datensammlung und führt somit in die dilemmatische Situation, vom Symptom in der Frühphase nicht auf die Krankheitsursache schließen zu können, und in der Spätphase, wenn dieser Schluß möglich wird, keine Prävention mehr betreiben zu können, da man es bereits mit einem schwer Erkrankten zu tun hat" (ebenda, S. 35). Prävention wird in dieser Sichtweise und in diesem Handlungsmuster zu einer Verhaltensbeeinflussung des Arbeitnehmer-Patienten und bleibt den üblichen Risikofaktoren der Medizin verhaftet.

Die starke Fixierung von Betriebsärzten auf medizinisch-klinische Diagnostik belegt ebenfalls eine Studie zur Professionalität von Betriebsärzten in den alten Bundesländern (Müller u.a. 1992).¹ In dieser Studie wurden Ärzte schriftlich mit einem standardisierten Fragebogen und mündlich in themenzentrierten Interviews in den Jahren 1990 und 1991 befragt. Die schriftliche Befragung basierte auf einer repräsentativen Stichprobe von den 9.602 Ärzten, die 1989 bei den Landesverbänden der Gewerblichen Berufsgenossenschaft für die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen ermächtigt waren. An den Interviews nahmen 49 Betriebsärzte teil.

Bei der schriftlichen Befragung tat sich eine Diskrepanz im Selbstverständnis der arbeitsmedizinisch tätigen Ärzte auf. 532 Ärzte, d.h. über 50 % der zurückgesandten Fragebögen kamen mit dem Hinweis zurück, man habe mit den Betrieben gar nichts zu tun. Die antwortenden Ärzte gaben an, daß sie nicht als Betriebsärzte tätig sein würden, sondern nur gelegentlich einige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in ihrer Praxis vornehmen würden. Dies ist insofern interessant, als auch diese Ärzte als arbeitsmedizinisch tätige der betriebsärztlichen Versorgung der Erwerbsbevölkerung zugeschlagen werden. 21 % der antwortenden Betriebsärzte (N = 503) hatten eine fest Anstellung in einem Betrieb, 13 % waren in einem überbetrieblichen Zentrum angestellt, 68 % übten die Tätigkeit freiberuflich aus, davon 77 % als niedergelassene Ärzte.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen werden von den Berufsgenossenschaften als präventive Maßnahmen zur Verhütung von berufsbedingten

¹ Dieses Forschungsvorhaben wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft im Sonderforschungsbereich 186 an der Universität Bremen "Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. Institutionelle Steuerung und individuelle Handlungsstrategien" gefördert.

Erkrankungen ausgegeben. Wenn jedoch die Hälfte der zu diesen Körperuntersuchungen ermächtigten Ärzte die betriebliche Situation der untersuchten Arbeitnehmer nicht kennt, muß der entscheidende präventive Wert, nämlich Belastungsabbau am Arbeitsplatz dieser Vorsorgeuntersuchungen stark bezweifelt werden. Von den betriebsärztlich Tätigen führten 43 % und 24 % gelegentlich innerhalb der vertraglichen Einsatzzeit Tauglichkeitsuntersuchungen vor der Einstellung von Arbeitssuchenden aus. Mittel- und Großbetriebe betreuende Betriebsärzte praktizierte solche Einstellungsuntersuchungen zu 90 %. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften werden von fast allen Betriebsärzten als regelmäßige Tätigkeit genannt. Als eine dritte, rechtlich fixierte Legitimation für arbeitsmedizinische Untersuchungen gelten solche nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes von 1974. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach § 3 dieses Gesetzes sind für die Frage, inwieweit Betriebsärzte sich zu einem eigenständigen Professionstyp entwickelt haben entscheidend. Sollen diese Untersuchungen doch gerade arbeitsbedingte Erkrankungen aufspüren.

Solche Untersuchungen wurden, so die Befragung, zu zwei Dritteln sowohl von den in einem Betrieb angestellten als auch von denjenigen Betriebsärzten sehr oft und häufig praktiziert, die im Rahmen eines arbeitsmedizinischen Zentrums tätig waren. Freiberuflich tätige Betriebsärzte gaben lediglich zu nicht ganz einem Drittel derartige Untersuchungen als Routinetätigkeit an. Nicht nur, welche Untersuchungen überhaupt durchgeführt werden, ist für die Beurteilung der Qualität der Betriebsmedizin und für die Einschätzung des professionellen Habitus von Betriebsärzten interessant, sondern vor allem auch die Form der Anlage der Untersuchung, die Art der Auswertung und Präsentation der Befunde. In der Aufbereitung zeigt sich, ob das Erkenntnisinteresse mehr auf individuelle biologische Risikofaktoren oder stärker auf Verbesserung der Arbeitsumgebung, d.h. auf technische und arbeitsorganisatorische Arbeitsplatzgestaltung gerichtet ist. Immerhin bereiten etwa ein Drittel der antwortenden Betriebsärzte ihre Untersuchungen nach § 3 für Organisations- und Arbeitsgestaltungsvorschläge auf. In der gleichen Größenordnung werden die Untersuchungsergebnisse für die individuelle Beratung der Arbeitnehmer verwandt. Allerdings werden die Untersuchungsergebnisse kaum für epidemiologische Studien genutzt. Selbst in Großbetrieben wird von den vollzeitangestellten Betriebsärzten mit epidemiologischen Verfahren nur zu 12 % umgegangen. Dieses Ergebnis steht in krassem Gegensatz zur Begründung von arbeitsmedizinischen bzw. Vorsorgeuntersuchungen seitens der Fachvertreter. Es wird behauptet, daß die Untersuchungen

1. zur Beurteilung der Tauglichkeit,
2. zur Überwachung der beruflichen Exposition mittels Biomonitoring,
3. zur Früherkennung von Berufskrankheiten und außerberuflichen Erkrankungen,
4. zur Ermittlung bisher unbekannter beruflicher Gesundheitsrisiken im Sinne echter Berufskrankheiten oder arbeitsbedingter Erkrankungen und
5. zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge einen Beitrag leisten.

Wenn weder von den Betriebsärzten noch von den Berufsgenossenschaften oder staatlichen Instanzen des Arbeitsschutzes die Daten der obligaten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach epidemiologischer Methodik ausgewertet werden, dann können als bisher unbekannte Risiken (Punkt 4) ermittelt werden.

Da auch keine Veröffentlichungen bekannt sind, in wie vielen Fällen und bei welchen speziellen Vorsorgeuntersuchungen Berufskrankheiten festgestellt wurden, steht auch die Behauptung, sie dienten der Früherkennung auf tönernen Füßen.

Die diagnostische ärztliche Tätigkeit spielt eine beträchtliche Rolle im Handlungskontext von Betriebsärzten und prägt wesentlich ihren professionellen Habitus. Immerhin sagen 42 %, daß sie in ihrem größten bzw. einzig betreuten Betrieb sehr oft bzw. häufig allgemeine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes durchführen. Bedenkt man weiterhin die zeitliche Relevanz der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen staatlichen Vorschriften, dann wird die zentrale Bedeutung diagnostischen Handelns im Handlungsspektrum der Betriebsärzte noch offenkundiger. Dieser Befund der schriftlichen Befragung wird auch die Ergebnisse der themenzentrierten qualitativen Interviews zu den beruflichen Orientierungen von Betriebsärzten bestätigt. Als auffallendstes Ergebnis der Interviewauswertungen muß festgestellt werden, daß Krankheitsvorstellungen die Identität der Betriebsärzte als Ärzte zentral bestimmen. Die Ausprägungen der krankheitsorientierten Problemorientierung reichen vom Typus eines mechanistischen Krankheitsverständnisses über einen Risikobegriff, wonach allein schon die Möglichkeit, krank zu werden, zum Entscheidungskriterium wird (z.B. Bluthochdruck als Ausschlußkriterium für bestimmte Arbeitsplätze), bis hin zu einem Verständnis, daß auch subjektive Befindlichkeitsstörungen und psychosoziale Bedingungen in die Problemwahrnehmung integriert werden. Die Möglichkeit, überhaupt Krankheit in eigenen Handlungskontexten identifizieren zu können, scheint die Conditio sine qua non zu sein, die Professionsstatus innerhalb des betrieblichen Sozialgefüges legitimiert und garantiert. Der klinisch-biomedizinische Krankheitsbegriff stellt weiterhin den professionellen Fokus von Betriebsärzten dar und strukturiert ihre Sichtweisen auf die unterschiedlichsten Probleme innerhalb des betrieblichen Geschehens. Diese Fixierung bringt die Ärzte in ein grundlegendes Dilemma zwischen kurativer und präventiver Handlungsorientierung. Fast alle Betriebsärzte haben die kurativen Handlungsmuster bezogen auf Diagnostik, Therapie und Prognose in Klinik und ambulanter Praxis verinnerlicht. Die professionellen Handlungsroutinen bieten den Betriebsärzten eine standardisierte, abgesicherte Möglichkeit, in problematischen betrieblichen Situationen zu handeln, ohne sich der Reichweite der Probleme, nämlich Verursachung durch Arbeitsbedingungen und des Handelns wie z.B. präventive Gestaltungsvorschläge zu vergewissern und die Zielsetzungen des Handelns legitimieren zu müssen. Die klassischen individualmedizinischen Handlungsroutinen werden von allen betrieblichen Akteuren, Management wie Betriebsrat und Arbeitnehmern, akzeptiert. Auch sie stützen damit die Zentrierung betriebsärztlichen Handelns auf Diagnostik. Die Schwierigkeiten im professionellen Handeln von Betriebsärzten bestehen darin, daß sie ihr erlerntes Wissen und Können, nämlich Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren, nicht unmittelbar anwenden können, da sie als Betriebsärzte einem Therapieverbot unterliegen und eigentlich gesetzlich gehalten sind, auf die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen hinzuwirken. Andererseits verlieren sie den traditionellen eigenständigen ärztlichen, auf Therapie ziellenden Habitus, wenn sie von Krankheitszeichen aus präventive Vorstellungen und Handlungskonzepte auf die krankmachenden Bedingungen hin entwickeln sollen. Diese paradoxe Aufgabenstellung führt zu Irritationen und Rollenambiguität. Im Zweifel ziehen sich die Betriebsärzte auf den Bereich zurück, in dem sie Handlungssicherheit und Definitionskompetenz besitzen und das ist Diagnostik am Arbeitnehmer/Patient.

3. Arbeitsmedizin als Testmedizin

Welches Ausmaß die Körperdiagnostik im Handlungsmuster der Betriebsärzte einnimmt, wurde bereits deutlich. Nachfolgend sollen einige Zahlen für die alte Bundesrepublik dargestellt werden.

Folgende Untersuchungsarten sind zu unterscheiden:

1. Einstellungsuntersuchungen im Auftrage des Arbeitgebers zur Feststellung der Eignung des Arbeitssuchenden für eine Tätigkeit
2. Untersuchungen bei Umsetzungen innerhalb des Betriebes aufgrund von Leistungswandel
3. Allgemeine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes von 1974
4. Spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach besonderen berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen oder staatlichen Vorschriften wie Gefahrstoffverordnung, Druckluftverordnung und anderes. Für die Durchführung dieser Vorsorgeuntersuchungen sind gesonderte Ermächtigungen der Landesverbände der Gewerblichen Berufsgenossenschaften oder der Dienststellen der staatlichen Gewerbeärzte notwendig.
Arbeitnehmer haben sich diesen rechtlich verpflichtenden Untersuchungen zu unterziehen, wenn physikalisch, chemische, biologische oder sonstige Gesundheitsgefährdungen, wie Lärm, krebserregende Stoffe, Viren oder Tragen von schweren Atemschutzgeräten, auf sie einwirken. Ab welchem Grad der Exposition eine Einwirkung vorliegt, ist in den Vorschriften geregelt. Die Definition der Einwirkungen basieren auf Konzepten von Grenzwerten.
5. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen des Bergbaus, der Seeschiffahrt, der Landwirtschaft (rechtliche und arbeitsmedizinische Hintergründe wie bei 4.)
6. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen im Gesundheitsdienst (rechtliche und arbeitsmedizinische Hintergründe wie bei 4.)
7. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen strahlenexponierter Personen nach Strahlenschutz- bzw. Röntgenverordnung (rechtliche und arbeitsmedizinische Hintergründe wie bei 4.)
8. Untersuchungen nach Jugendschutzgesetz
9. Screening-Untersuchungen auf Risikofaktoren
10. Untersuchungen auf Wunsch des Arbeitnehmers

1989 waren im Bereich der Gewerblichen Berufsgenossenschaften 9.267 Ärzte ermächtigt. Sie verfügten über insgesamt 60.153 Ermächtigungen zur Vornahme

arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen. Darüber hinaus waren ca. 1.450 Ärzte für Untersuchungen nach der Strahlenschutzverordnung, ca. 1.370 Ärzte für Untersuchungen nach der Röntgenverordnung und ca. 2.000 Ärzte für Untersuchungen nach sonstigen Verordnungen ermächtigt. (Antwort der Bundesregierung vom 09.11.89 - (Drucksache 11/5619) auf die große Anfrage der Grünen vom 28.06.89 (Drucksache 11/4895). In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 25/1990, S. 170) 1988 wurden 2.067.942 Untersuchungen durchgeführt und den Landesverbänden der Gewerblichen Berufsgenossenschaften gemeldet. Im Jahre 1990 waren es 2.389.617 Untersuchungen. Von den damals 41 gültigen Vorsorgeuntersuchungen entfielen 74,1 % auf fünf spezielle Vorsorgeuntersuchungen:

1. G20 "Lärm" 28,1 %
2. G40 "Infektionskrankheiten" 16,4 %
3. G37 "Bildschirmarbeitsplätze" 12,8 %
4. G25 "Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten" 10,6 %
5. G26 "Atemschutzgeräte" 7,2 %.

Über 100.000 Untersuchungen wurden an Arbeitnehmern durchgeführt, die einen Umgang mit krebserzeugenden Gefahrstoffen hatten.

Nach Auskunft der Bundesregierung liegen keine Angaben über die Zahl der aufgrund staatlicher Vorschriften vorgenommenen Untersuchungen vor. Ebenso können keine Angaben über die Zahl der Mehrfachuntersuchungen gemacht werden. Die Bundesregierung konnte keine Angaben machen, in wie vielen Fällen sich aufgrund der Untersuchungen Beschäftigungsverbote ergeben hatten. Ein Mangel an Wissen besteht auch bei der Frage, in wie vielen Fällen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsplatzverhältnisse aufgrund von Ergebnissen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ergriffen wurden. Unbekannt ist weiterhin, inwieweit die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen und staatlichen Vorschriften die tatsächlich gegenüber Belastungen gemäß den Vorschriften exponierten Arbeitnehmer erfaßt. Auf die Frage, ob die Bundesregierung der Auffassung ist, daß die Zahl der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ein präzises Bild über die reale Gefährdung an den Arbeitsplätzen hinsichtlich chemischer, physikalischer, biologischer und sonstiger Gefährdung widerspiegelt, werden keine präzisen Aussagen gemacht.

Nach einer Grobkalkulation eines Experten in diesem Feld wurde festgehalten, daß ausgehend von den 1,5 Mio. Untersuchungen nach den Grundsätzen der Gewerblichen Berufsgenossenschaften für das Jahr 1984 über 2,5 Mio. arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen im engen Sinne durchgeführt wurden. Hinzu wurden hunderttausende von Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz sowie Untersuchungen im Öffentlichen Dienst einkalkuliert. Es wurde die Schlußfolgerung gezogen, daß bei 22 Mio. abhängig Beschäftigten von weit über 4 Mio. Untersuchungen auszugehen sei, "die mit der Absicht verknüpft werden, Gesundheitsschäden von den Arbeitnehmern abzuwenden" (Gensch 1986, S. 51). Der Autor stellt weiterhin fest: "Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist die unterschiedliche formulierte Aussage, ob ärztliche Bedenken gegen die Ausübung einer mehr oder weniger präzise beschriebenen Tätigkeit bestehen. Die Untersuchungen tragen insofern Musterungscharakter, als ihr Ergebnis Auswirkungen auf die betriebliche

Verwendbarkeit hat. Je größer nun der Teil des Arbeitsmarktes wird, der nur nach ärztlicher Bescheinigung bestimmter gesundheitlicher, konstitutioneller oder dispositioneller Eigenarten von Körper oder Geist zugänglich ist, desto mehr geraten die im Zeichen des Arbeitsschutzes angetretenen Aktivitäten in die Kritik. Es gilt zu überprüfen, ob beim heutigen Umfang der arbeitsmedizinischen Vorsorge die Unerträglichkeit der sozialen Folgen nicht längst die Verheißung der betrieblichen Untersuchungsmedizin konterkariert hat" (ebenda, S. 51, 52).

4. Folgen der Testmedizin in der Arbeitsmedizin

Zunächst einmal ist daran zu erinnern, daß die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, ob sie nun durch Staat, Unfallversicherungen oder Arbeitgeber verlangt werden, Arzt und Arbeitnehmer auf eine soziale Situation verpflichten, die nicht der Freiwilligkeit und den üblichen Handlungsbedingungen der Arzt-Patient-Beziehung in der ambulanten bzw. stationären Versorgung entspricht. Tauglichkeitsuntersuchungen und Früherkennungsuntersuchungen von evtl. eingetretenen Krankheitszeichen als Folge von Expositionen gegenüber chemischen, physikalischen, biologischen und sonstigen Gefährdungen haben einen Pflichtcharakter. Aus der Sicht der Arbeitnehmer bzw. der Arbeitssuchenden besteht eine eingeschränkte Autonomie. Präventivmedizin findet also im Rahmen von Zwang statt. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 28. Januar 1992 zum Nacharbeitsverbot von Frauen folgendes festgestellt: "Das dem Vertragsrecht zugrundeliegende Prinzip der Privatautonomie kann hinreichenden Schutz nur gewährleisten, soweit die Bedingungen freier Selbstbestimmung gegeben sind. Wo es an einem annähernden Kräftegleichgewicht der Beteiligten fehlt, ist mit den Mitteln des Vertragsrechts allein kein sachgerechter Ausgleich der Interessen zu gewährleisten. Das ist bei Abschluß von Arbeitsverträgen typischerweise der Fall" (Bundesverfassungsgericht 1992, S. 25). Im Gegensatz zu bundesrepublikanischen Verständnissen und Regulierungen im Arbeitsschutz findet man auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft bezüglich dieses Zwangscharakters problemorientiertere Vorstellungen. So wird in der Richtlinie des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit in § 14 "Präventivmedizinische Überwachung" festgehalten, daß diese Überwachungsuntersuchungen so zu konzipieren sind, "daß jeder Arbeitnehmer sich auf Wunsch einer regelmäßigen präventivmedizinischen Überwachung unterziehen kann". Es heißt weiter: "Die präventivmedizinische Überwachung kann Bestandteil eines nationalen Gesundheitsfürsorgesystems sein". Auch die ILO sieht dieses Problem, wenn sie im Übereinkommen über Nacharbeit (Nr. 171 aus dem Jahre 1990) im Artikel festhält, daß die Arbeitnehmer "das Recht haben, sich auf Verlangen einer unentgeltlichen Überprüfung ihres Gesundheitszustandes unterziehen zu lassen" (zit. nach Elsner 1993, S. 5). In der Auseinandersetzung mit dieser Rechtsfrage und der dahinterliegenden sozialpolitischen Grundhaltung kommt Elsner zu dem Schluß, daß in den aktuellen Gesetzesentwürfen zum Arbeitsschutz sowie berufsgenossenschaftlichen neuen Regulierungen der Trend erkennbar sei, pflichtgemäße ärztliche bzw. arbeitsmedizinische Überprüfungsauszuweiten. Nach ihrer Auffassung dringen die ärztlichen Experten mit Unterstützung des Staates und durch Sozialversicherungen darauf, die ärztlichen Untersuchungstechniken auszuweiten. "Fast könnte man von einem Arbeitsbeschaffungsprogramm für Arbeitsmediziner sprechen" (ebenda, S. 15).

Die sozialen Folgen der arbeitsmedizinischen Untersuchungen für Arbeitnehmer können im ungünstigsten Fall im Verlust des Arbeitsplatzes liegen bzw. in der Unmöglichkeit, wieder in den Arbeitsmarkt integriert zu werden. Ärztliches Handeln als präventivmedizinisches ausgegeben, kann sich somit gegen Arbeitnehmer bzw. Arbeitssuchende richten. Die Arbeitsmedizin und die Medizin insgesamt gerät dadurch nicht nur in eine paradoxe Situation, sondern erfährt einen Verlust an Legitimität bei den Bürgern.

Selbst für diejenigen, die in der Arbeitswelt verbleiben, können ärztliche Beurteilungen zu einer Stigmatisierung führen, die für ihr Selbstverständnis wie auch für ihre soziale Stellung im Betrieb prekär werden kann. Immerhin wurden 1990 bei 0,8 % aller berufsgenossenschaftlichen Vorsorgeuntersuchungen "dauernde gesundheitliche Bedenken" bescheinigt. Dies sind fast 20.000 Arbeitnehmer, die im Rahmen der Regulierungen im gewerblichen Bereich für bestimmte Berufstätigkeiten nicht mehr geeignet sind. Jedoch kann nicht nur das Urteil "dauernde gesundheitliche Bedenken" zu einer prekären Situation führen, sondern ebenfalls ärztliche Urteile, die "befristete gesundheitliche Bedenken" oder "keine Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen" angeben. Im ersten Fall wurden etwa 250.000 und im zweiten Fall etwa 20.000 Urteile ausgesprochen.

Eine weitere wichtige soziale Folge von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen besteht in folgendem Sachverhalt. Die Vorsorgeuntersuchungen generieren im Bewußtsein der Beschäftigten und der Bevölkerung sowie den zuständigen Akteuren innerhalb des Arbeitsschutzes die Annahme, daß sie ein taugliches Instrument seien, die Verhütung von erwerbsbedingten Erkrankungen und Schädigungen zu garantieren. Die ärztlichen Begutachtungen dienen also dazu, eine Annahme von Sicherheit, insbesondere eben gerade bei betroffenen Arbeitnehmern zu induzieren. Auch im Verhältnis von Arbeitnehmern und Betriebsärzten spielen Vertrauensbeziehungen eine nicht unerhebliche Rolle, selbst wenn das Verhältnis nicht mit der üblichen Arzt-Patient-Beziehung gleichgesetzt werden kann. Vertrauen hat in den sozialen Beziehungen die Funktion, von Ängsten und Unsicherheiten zu entlasten und Gewißheit zu geben. Es stellt sich nun die Frage, ob die breit angewandten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen bei Arbeitnehmern generell ein Gefühl der Sicherheit gegenüber Gesundheitsrisiken induzieren, obwohl im konkreten Arbeitsvollzug durchaus eine Gefährdung gegeben ist. Selbst wenn sie sich akut nicht niederschlägt, kann sie in langwierigen Prozessen von 10 bis 30 Jahren ihre Wirkung zeigen. Weiterhin sind aus anderen Gründen Unsicherheiten in Rechnung zu stellen. Die Diagnoseinstrumente der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen können nämlich den vorgegebenen Effekt, nämlich gefährdete Personen dem Risiko nicht auszusetzen bzw. eingetretene gesundheitliche Schädigungen schon sehr frühzeitig zu erkennen, rein methodisch nicht bewirken. Bei allen diagnostischen Testverfahren stellen sich u.a. die Probleme von Spezifität und Sensitivität, d.h. das zahlenmäßige Verhältnis von falsch-positiven bzw. falsch-negativen Befunden. Kein Test mißt mit 100 %iger Sicherheit. Als weiterer Kritikpunkt muß festgehalten werden, daß die der Einwirkungsdefinitionen unterliegenden Annahmen über Grenzwerte von physikalischen oder chemischen Noxen immer ein gewisses Ausmaß an Gesundheitsschädigung einkalkulieren. Auch für die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen stellen sich also die Fragen nach der Qualität, d.h. nach der Effektivität und Effizienz ihres Einsatzes und ihrer Wirkungen. Bislang fehlt es an einer wissenschaftlichen Evaluation dieser breit angewandten Untersuchungsverfahren.

5. Literatur

Bundesverfassungsgericht: Urteil vom 28. Januar 1992, 1BvR 1025/82, 1BvL 16/83, 1BvL 1091

Elsner, G.: Vorsorgeuntersuchung, Instrumente der Selektion? – Diskussion innerhalb der Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzrechts – Manuscript, Referat auf der Tagung „Wende in der Medizin“ der Evangelischen Akademie Iserlohn am 24.7.1993

Gensch, R. W.: „Arbeitsmedizinische“ Vorsorge in der Praxis – Gesundheitsschutz oder Arbeitsplatzverlust?, in Elsner, G. (Hg.): Vorbeugen statt krankschreiben, Hamburg 1986, S. 51-59

Mayer, H. u.a.: Arbeitsmedizin in Klein- und Mittelbetrieben, Manuscript, Heidelberg 1992

siehe auch Mayer, H.: Arbeitsmedizinischer Alltag in der mittelständischen Industrie – Ergebnisse eines Forschungsprojektes, in: AFA – Informationen, November 1991, S. 8-20

Müller, R. u.a.: Gesundheitsschutz durch arbeitsmedizinische Betreuung. Fiktion oder Wirklichkeit? In: Neumann, L.F. (Hg.): Arbeits- und Gesundheitsschutz aktuell, Köln 1992, S. 81-99