

Rainer Müller (2002): Vortrag auf der Jahrestagung „Akzeptanz betriebsärztlicher Tätigkeit“ der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Wien/Österreich, 28.09.2002

Akzeptanz von betriebsärztlicher Betreuung (Arbeitsmedizin) – Thesen und Fragen

1. Betriebe als Adressaten des gesetzlichen ArbeitnehmerInnenschutzes akzeptieren Arbeitsmedizin,
 - a) weil sie von dem Nutzen, dem Sinn und der Notwendigkeit überzeugt sind.
 - b) Sie akzeptieren Arbeitsmedizin, werden aber nicht betreut, da sie Anforderungen stellen, die von der Arbeitsmedizin nicht bedient werden.
 - c) Sie akzeptieren ohne spezielle Erwartungen lediglich, weil die Betreuung Gesetzespflicht ist.
 - d) Sie akzeptieren Arbeitsmedizin nicht, da sie keinen Sinn unterstellen und einen Nutzen leugnen sowie nur finanzielle Kosten ohne Ertrag sehen.

Was weiß die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin darüber, wie diese Akzeptanztypen bei Unternehmen nach Branchen, Größe, Rechtsfonds u.a. zustande kommen und verteilt sind? Welche Marketingkonzepte hat die österreichische Gesellschaft um Betriebe oder Unternehmer, Management, Betriebsräte und Belegschaften von dem Sinn und dem Nutzen der Arbeitsmedizin zu überzeugen?

Was sind die Inhalte und was die Methoden einer solchen Strategie?

2. Akzeptierbarkeit von Arbeitsmedizin wird bei Betrieben gesehen, wenn Betreuungskonzepte den konkreten Bedarfen der Betriebe entsprechen und Arbeitsmedizin als Dienstleistung hilft, Probleme zu lösen, die beim Personal, bei Arbeitsbedingungen und bei der Arbeitsorganisation liegen können. Leistungsfähigkeit, das heißt Gesundheit der Beschäftigten (Arbeitsvermögen als Teil des Humanvermögens) wird als Basis für Produktivität und Rentabilität angesehen. Unternehmen und Arbeitsmedizin teilen in dieser Art der Kooperation den Wertkonsenz, nämlich Sicherung von Gesundheit der Beschäftigten durch Prävention von arbeitsbedingten Gefährdungen bzw. Erkrankungen.

Teilen alle Unternehmen implizit und nicht nur verbal den Wertkonsenz zur Sicherung von Gesundheit?

Was Sind Kriterien einer bedarfsabhängigen betriebsärztlichen Betreuung?

Gehören zur betriebsärztlichen Versorgung nur Vorsorgeuntersuchungen bzw. Gefährdungs- und Belastungsbeurteilungen oder auch Gestaltungsfragen bei Veränderungen der Arbeitsbedingungen (Technik, Arbeitsorganisation) und ebenso Fragen nach den salutogenen Potentialen (Gesundheitsförderung)?

Welche Kompetenz bringen Betriebsärzte/-ärztinnen für diese komplexen Aufgaben mit? Ergeben sich hieraus nicht eher Notwendigkeiten zu einer arbeitswissenschaftlichen interdisziplinären Betreuung von Betrieben, da ein einzelner Betriebsarzt/Betriebsärztin damit strukturell überfordert ist?

Welche nachvollziehbaren Erfahrungen und Kenntnisse über nutzenstiftende erfolgreiche arbeitsmedizinische Betreuungen liegen in Österreich vor (Modelle guter Praxis)?

Welche Regelungen, z.B. zu den Einsatzzeiten, stehen einer bedarfsabhängigen optimalen Betreuung entgegen?

3. Die Akzeptanz von Arbeitsmedizin wächst, wenn sich Arbeitsmedizin als Dienstleistung versteht. Dienstleistung personaler bzw. sachlicher Art bedarf der wechselseitigen Mitwirkung von den Akteuren im Betrieb und dem Betriebsarzt bzw. der Betriebsärztinnen. Diese Reziprozität erfordert auf beiden Seiten ein Rollen- und Funktionsverständnis von sich selbst und dem Partner, das auf Transparenz über Erwartungen und Kompetenz sowie auf Vertrauen basiert.

Welches Rollen- und Funktionsverständnis haben Betriebsärzte / Betriebsärztinnen von sich bzw. den Akteuren im Betrieb?

Sind in der Fort- und Weiterbildung soziale Rollen und Funktionen der Ärzte/Ärztinnen bzw. der betrieblichen Akteure und der Betrieb als soziale Organisation Gegenstand eines Bildungsprozesses?

Was sind die von allen Mitgliedern der österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin geteilten Grundannahmen über ein professionelles Rollenbild?

Führen diskutierte neue Berufsbilder des Arbeitsmediziners nicht zu einer Überforderung des einzelnen Betriebsarztes bzw. der einzelnen Betriebsärztin?

4. Akzeptanz von Arbeitsmedizin hängt wesentlich davon ab, ob Betriebsärzte / Betriebsärztinnen als Gruppe bzw. Verband eine professionelle Kompetenz und eine betriebliche bzw. gesellschaftliche Position erworben haben. Professionalität zeigt sich in einer fachlichen Qualifikation, das heißt einer besonderen Wissens- und Handlungskompetenz, in einer spezifischen institutionellen Ausgestaltung (rechtliche Stellung und Unabhängigkeit, Abgrenzung des Aufgabenbereichs) wie auch bei der Orientierung des betrieblichen Handelns in der täglichen Praxis, schwankend zwischen

- Experte für Diagnosestellung bzw. Früh- und Vorsorgeuntersuchungen an Personen
- Human-Ressource-Manager eines Betriebes, der für eine möglichst gesunde und damit auch zufriedene Belegschaft Sorge trägt
- Wirken als Betriebsepidemiologe zur Thematisierung von Risiken, Schädigungen und auch Gesundheitsressourcen
- Gesundheitspolizist bzw. Berater im Auftrage des Staates und der Unfallversicherung mit Bezug zu Public Health-Prinzipien
- Gesundheitsanwalt für ArbeitnehmerInnen
- „Hausarzt“ eines Betriebes
- Leiter einer betriebsinternen Ambulanz für leichte Erkrankungen
- Beratungsinstanz für Arbeitnehmer im Gestüpp der Sozialversicherungen
- „Gatekeeper“ (Türöffner -schließer) bei Personalentscheidungen des Betriebes.

Alle diese Handlungstypen sind plausibel, dennoch deckt kein einziger Handlungstypus allein für sich das Professionsmodell ab. Klienten, das heißt alle Akteure im Betrieb müssen wissen, was ein Betriebsarzt ist. Dieser Interaktionsprozess sich wechselseitig stabilisierender Verhaltenserwartungen wird vom Betriebsarzt angestoßen. Es ist seine Bringschuld, seine Position und damit sein Angebot deutlich zu machen.

Nicht zuletzt macht Professionalität die Fähigkeit aus, mit widersprüchlichen Erwartungen und Konflikten umgehen zu können. Dies erfordert eine eigene Berufsethik.

5. Professionalität als Grundvoraussetzung der Akzeptanz erfordert einen einheitlichen Wissens-, Methoden- und Handlungskanon, den das Fach Arbeitsmedizin zu entfalten hat und den der einzelne Betriebsarzt bzw. die Betriebsärztin durch eine anspruchsvolle fachärztliche Weiterbildung zu erwerben hat. Die „kleine Fachkunde“ wird von führenden Fachvertretern als „Sündenfall“ in der Arbeitsmedizin bewertet. Wie in allen anderen ärztlichen Disziplinen sollte Arbeitsmedizin von Fachärzten für Arbeitsmedizin betrieben werden.

Welche Überlegungen werden in der Fachgesellschaft angestellt, sich auf dieses Ziel zu verständigen und welche Überlegungen werden angestellt um inhaltlich wie auch organisatorisch diesem Ziele nahe zu kommen?

6. Die Akzeptanz von Arbeitsmedizin wird bestimmt durch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation mit anderen Disziplinen der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Geboten ist sie insbesondere mit der Sicherheitstechnik. Vielschichtigkeit und Dynamik der Arbeitswelt, die Komplexität gesundheitlicher Risiken und Ressourcen in aktuellen vielfältigen Arbeitssituationen, erst recht in der Perspektive einer Jahrzehntelangen Erwerbstätigkeit, überfordert prinzipiell die Arbeitsmedizin. Problemstellungen und Lösungsmöglichkeiten erfordern einen multidisziplinären Ansatz. Es besteht die Gefahr der Selbstüberschätzung und der Hegemonisierung anderer Disziplinen durch die Arbeitsmedizin. Erfolgreiche Kooperation setzt auf der emotionalen Ebene eine gegenseitige Akzeptanz, eine Offenheit voneinander zu lernen und eine freiwillige gleichrangige Partnerschaft voraus. Als kooperative Haltung ist eine Handlungsorientierung auf Prävention, eine gemeinsame strategische Linie und eine reziproke Stützung der jeweiligen Fachkompetenz von Nöten. Fähigkeit zur Kooperation verlangt Partnern ein übergreifendes Denken und Handeln verlangt. Nur so kommt es zu abgestimmten Aufgabenstellungen und zu einem geregelten Kommunikationsfluss bei der arbeitsteiligen Beurteilung von Risiken und Ressourcen sowie Gestaltungsvorschlägen bei einer abgestimmten qualitativen, anspruchsvollen Beratung und Betreuung.

Werden in Aus-, Weiter- und Fortbildung wie auch in der konkreten betrieblichen Praxis Möglichkeiten zum Erlernen von Kooperation auf den genannten Ebenen angeboten um die unterschiedlichen beruflichen Sozialisationen von Ärzten, Ingenieuren, Soziologen, Psychologen, Chemikern für eine optimale Präventionsarbeit auszugleichen?

Welche Erfahrungen und systematischen Erkenntnisse liegen über fördernde und behindernde Bedingungen zu einer erfolgreichen Kooperation in Österreich vor?

Gibt es entsprechende evaluative Studien?

7. Akzeptanz wird Arbeitsmedizin erhalten, wenn organisatorisch variantenreiche, innovative Modelle der Betreuung angeboten werden, die branchenspezifisch interdisziplinär und regional ausgerichtet sind. Als Typen innovativer Modelle, insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe kommen in Frage:

- Poolmodelle
 - Bündelung geringer Einsatzzeiten
 - Aufbereitung relevanten Expertenwissens
 - organisierter Erfahrungsaustausch
- Bedarfsabhängige Betreuung ohne feste Einsatzzeiten
 - nach Gefährdungsermittlung durch Unfallversicherung
 - nach dem Unternehmermodell
- Integrierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische, ganzzeitliche Betreuung
- Netzwerkgetragene Betreuungsformen durch z.B. Innungen, Handwerkskammern u.a..

Sind variantenreiche kooperative Betreuungsformen in welcher organisatorischen Ausgestaltung in Österreich vorhanden, die die vielfältigen Bedarfe und Nachfragen der Arbeitswelt bedienen?

Welche Lernprozesse wurden angestoßen und durchgeführt um von den Erfahrungen in anderen europäischen Ländern zu lernen (siehe BAUA 2000)

8. Akzeptanz von Arbeitsmedizin wird verbessert, wenn die Qualität der Betreuung nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien durch interne und externe Maßnahmen evaluiert wird.

Welche Fortschritte zur Etablierung eines Qualitätssicherungskonzeptes wurden in den letzten Jahren gemacht?

9. Akzeptanz von Arbeitsmedizin in Betrieben ist abhängig vom Ansehen und der Bewertung der Arbeitsmedizin durch die Gesellschaft, das sind Bürgerinnen und Bürger, die vielfältigen Verbände, Kammern, Parteien, Kirchen, medizinischärztliche Einrichtungen, Sozialversicherungen und anderes mehr. Allerdings müssen Wirken und Engagement der Arbeitsmedizin mit seinen positiven Effekten als Teil des sozial- und gesundheitspolitischen ArbeitnehmerInnenschutzes wie Umwelt- und Konsumentenschutz auch wahrgenommen werden können. Zur öffentlichen Wahrnehmung gehört neben der praktischen Arbeit in den Betrieben die öffentliche Thematisierung von aktuellen und absehbaren Problemkonstellationen der sich dynamisch wandelnden Arbeitswelt (Technisierung, demographische Entwicklung, Zunahme der Dienstleistungsarbeit, Flexibilisierung der Berufsverläufe, Gender-Frage) mit den entsprechenden alten und neuen Belastungen bzw. Beanspruchungen und gesundheitlichen Störungen. Darauf bezogen sind die Möglichkeiten der Prävention zu benennen. Für eine derartige Thematisierungskompetenz ist wissenschaftliche Befähigung und Infrastruktur an Universitäten, Hochschulen, betriebsärztlichen Zentren, Sozialversicherungen und staatlichen Einrichtungen von Nöten. Eine wissenschaftliche, arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung hat selbstverständlich in Kooperation mit den anderen Dis-

ziplinen der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften und den Institutionen der sozialen Sicherung (Kranken-, Renten-, Unfallversicherung) stattzufinden.

Welche Initiativen wurden hierzu von der Arbeitsmedizin in Österreich unternommen?

Welche Schlussfolgerungen werden aus den Aktivitäten der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Dublin und der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Bilbao gezogen?

10. Die Akzeptanz von Arbeitsmedizin bzw. der betriebsärztlichen Betreuung von Betrieben und Erwerbstätigen ist allein durch rechtliche Legitimierung nicht gesichert sondern setzt voraus, dass die Institutionen des Gesundheits- und Arbeitnehmerinnenschutzes mit ihren Akteuren sich als lernende Organisationen verstehen. Organisationen lernen

- indem sie ihre Ziele, ihr Wahrnehmungs- und Problemlöseverhalten aufgrund der gemachten Erfahrungen an Umweltbedingungen anpassen,
- indem von allen Mitgliedern geteilte Grundannahme neu entwickelt oder verändert werden,
- indem kontinuierlich das Wissen über Zusammenhänge zwischen Aktion, also Handeln und Outcome, also Wirkungen, verbreitet und kommuniziert werden.

Drei Probleme sind dabei zu lösen:

- a) Die Entwicklung von Richtwerten, an denen die Akteure die Nützlichkeit ihres Handelns für Dritte beurteilen können,
- b) Informationsaufbereitung / Berichterstattung und Schaffung von Motivation zu richtwertorientierten Verhaltensweisen und
- c) Sicherung der Kommunikation über Ergebnisbewertung als Voraussetzung von Lernprozessen.

Die Einrichtungen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes stellen keine aufeinander abgestimmte Einheit des Sozial- und Wohlfahrtssektors dar, sondern sind vielmehr als mehr oder weniger fragmentierte Ansammlung spezifischer Dienstleistungssysteme tätig, die ihre eigene Professionalität, ihr eigenes Selbstverständnis und damit auch Abgrenzung zu den anderen Einrichtungen haben. Innerhalb dieser Organisationen haben sich unterschiedliche Auffassungen und auch Interessen hinsichtlich der Thematik der Gesundheitssicherung eingestellt. Es stellt sich die Frage, wie die verschiedenen Akteure in dem Feld des Gesundheits- und Arbeitnehmer/innenschutzes zu einem lernen Netzwerk entwickelt werden können. In solchen auch regional angelegten Netzwerkstrukturen geht es um eine gemeinsame Problemdefinition, eine kooperative Problemlösung wie auch um eine gemeinsame Wissensproduktion und Wissensanwendung, gerade für Klein- und Mittelbetriebe (BAUA 2002).

Literatur:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Betriebsärztliche Betreuung im Wandel, Dortmund, Berlin 2000

Müller, Rainer: Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingte Erkrankungen als Aufgaben des Arbeitsschutzes, Bremerhaven 2001

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Arbeit, Technik, Sicherheit und Gesundheit in der Wissensgesellschaft. Wissensmanagement in lernenden Organisationen, Dortmund, Berlin 2002