Literaturberichte

Gine Elsner, Friedrich Hauss, Wilfried Karmaus, Rainer Müller

Arbeitsmedizin und Ergonomie in der BRD Stellungnahme zu einer Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Im Zusammenhang mit dem Programm der Bundesregierung »Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens« forderte der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft im Sommer 1974 die Deutsche Forschungsgemeinschaft zur Bildung einer Kommission für Arbeitswissenschaft auf. Der Bundesminister hatte eine Denkschrift zur Lage der Arbeitswissenschaft intendiert. Stattdessen wurde eine Kommission für Arbeitsmedizin und Ergonomie gebildet, die nach fünf Jahren eine »Denkschrift«¹ vorgelegt hat. Zu dieser Denkschrift liegen Stellungnahmen mehrerer Fachdisziplinen und aus dem DGB vor.² Diese gehen auf die Arbeitswissenschaft allgemein ein oder antworten auf in der Denkschrift formulierte Vorbehalte gegenüber den Sozialwissenschaften.

Nachfolgend soll von Arbeitsmedizinern und Sozialwissenschaftlern gemeinsam auf den Teil der Denkschrift eingegangen werden, der sich mit der Lage der Arbeitsmedizin in der BRD befaßt.

- Zur Reduktion des sozialen Wirkungszusammenhangs von Arbeitsmedizin als Strukturprinzip des Gutachtens
- 1.1. Das Labormodell: Methode des Ausblendens sozialer Realität

In der Denkschrift wird die Arbeitswissenschaft nicht nur unter Ausgrenzung der Arbeitssoziologie, -psychologie, der Ökonomie und der Sozialmedizin sowie Medizin-Soziologie auf die beiden Teilgebiete Arbeitsmedizin und Ergonomie reduziert, sondern diese noch zusätzlich auf Physiologie, Toxikologie und Ingenieurwissenschaft eingeschränkt. Menschliche Arbeit soll in der Arbeitswissenschaft nur in dem von den Autoren propagierten Mensch-Maschine-Modell wissenschaftlich thematisiert werden.

Die soziale Realität der arbeitenden Menschen wird so ausgeblendet. Das Labor ist der Ort, wo die sozialen Störgrößen am sichersten ausgeschlossen und in »freier Forschung« Lösungen von »Grundproblemen der Arbeitswelt« (S.165) nach Meinung der Autoren gefunden werden können.

Neunzehn bzw. siebzehn der zwanzig befragten arbeitsmedizinischen Institute sahen in naturwissenschaftlichen Ansätzen bzw. in Laborforschung ihren Arbeitsschwerpunkt (S.54,55).

Im Rahmen dieses die soziale Wirklichkeit von Betrieb, Arbeitnehmer und Arbeitstätigkeit ausblendenden Modells können sich die Autoren dann auch scheinbar legitim auf Freiheit und Forschung berufen und sich

»den Interessenpositionen machtbewußter gesellschaftlicher Gruppierungen, d.h. in diesem Fall der Arbeitgeberseite und der Arbeitnehmerseite - der Sozialpartner -«, (S. 18-19)

entziehen. Mitwirkung - und Mitbestimmungsansprüche der Erwerbstätigen und ihrer Interessenvertreter können so als Angriff auf die Freiheit der forschenden Arbeitsphysiologen, Toxikologen und Ingenieure ausgelegt werden (S.165,166). Sozialwissenschaftler, die den arbeitenden Menschen ganzheitlich betrachten und die Arbeit, ihre Bedingungen und Auswirkungen im gesellschaftlichen und industriellen Prozeß betrachten und einen Beitrag zur Selbstverwirklichung der Arbeitenden und zur Humanisierung der Arbeitswelt leisten wollen, werden als Vertreter »sozialemanzipatorischer Ansätze« (S. 19) diskreditiert.

In der Denkschrift bleibt jedoch offen, was die vielzitierten »Grundprobleme der Arbeit« sind. Einige, wie Verschleiß bzw. Erhalt des »körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens« (Gesundheitsdefinition der WHO), negativer bzw. positiver Einfluß der Arbeitstätigkeit auf die Persönlichkeitsentwicklung, Autonomie bzw. Fremdbestimmung, Qualifizierungsmöglichkeiten bzw. Dequalifizierung werden nicht angesprochen. So muß von den Autoren der Denkschrift auch nicht die Frage beantwortet werden, welchen Beitrag Laborforschung zur Erkenntnis dieser Belastungen leisten kann. Er wäre eher als negativ einzustufen.

1.2. Die Technologisierung von Problemhorizonten in der Arbeitsmedizin

Mit der Ausblendung der sozialen Realität aus dem Problemhorizont der Autoren verengt sich deren Risikobegriff auf eine ausschließlich technologisch definierbare Kategorie (S. 12, 174). Die konkreten pathogenen Arbeitsbedingungen werden nicht als Ausdruck miteinander verflochtener ökonomischer, politischer, sozialer und technischer Entwicklung begriffen. Mit einer nur auf technische Determinanten reduzierten Risikostruktur kann der Zusammenhang zwischen der Arbeit und der Biographie der abhängig Beschäftigten sowie der Entwicklung chronischer Gesundheitsschäden nicht zum Gegenstand der Arbeitsmedizin werden.

So werden konsequenterweise in der Denkschrift die mit Rationalisierung und Automatisierung erfolgenden Umwälzungen der menschlichen Arbeit, die daraus resultierenden Brüche in den Berufsverläufen, Verunsicherungen und Gesundheitsrisiken gar nicht erst erwähnt.

Nach wie vor gelte, so die Autoren, die »Berücksichtigung des menschlichen Arbeitsverhaltens nach Maß und Zahl im Sinne Rubners« (S. 175), so als sei die Arbeitsphysiologie nicht der wissenschaftliche Zugriff auf die alten Probleme der körperlichen Schwerarbeit unter belastenden Umweltbedingungen gewesen und so, als habe die Arbeitsphysiologie nicht wesentlich die Grundlagen für die tayloristischen Leistungssteigerungsverfahren geschaffen, die sich nachteilig auf das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der arbeitenden Bevölkerung ausgewirkt haben und noch auswirken.

1.3. Zur Systematik des Vergessens der Sozialgeschichte der Arbeitsmedizin

Die historischen Überlegungen (S. 28, 29) zur Entwicklung der Arbeitsmedizin unterschlagen völlig die Ansätze, die in Deutschland mit den Begriffen Sozialhygiene, Soziale Medizin, Soziale Pathologie, Medizin als soziale Wissenschaft und den Personen Virchow, Neumann, Leubuscher, Hirt, Zadek, Grotjahn, Mosse, Tugendreich u.a. verbunden sind.

Nicht angesprochen wird, weil es dem Autor wahrscheinlich auch nicht bekannt ist, der für die Anfänge der Arbeitsmedizin wichtige Zusammenhang von Arbeiterbewegung und staatlicher Sozialpolitik. Forderungen nach Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen, konkrete Vorschläge und praktische Initiativen zum Abbau und zur Bewältigung der Gesundheitsrisiken sind gerade von der Arbeiterbewegung ausgegangen. So wurden z.B. Erhebungen über die gesundheitliche Lage und Arbeitsbedingungen von Bäckern (A. Bebel, 1890) bzw. Quecksilber-Spiegelbelegern (B. Schoenland, 1887) durchgeführt und Unfallschutzpolitiken entwickelt (Arbeitersanitätskommissionen).

Die Erwähnung von Franz Koelsch (1909 erster Landesgewerbearzt in Bayern, erstmals für Deutschland) hätte den Autor veranlassen sollen, auf die Bedeutung der staatlichen Gewerbeärzte für die Entwicklung der arbeitsmedizinischen Theorie und Praxis, vor allem in der Weimarer Republik, aber auch in der Bundesrepublik, einzugehen. Warum in einer Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik das Wirken der Landesgewerbeärzte es nicht wert ist, angesprochen zu werden, dafür aber auf die Arbeit von Betriebsärzten von acht willkürlich ausgewählten Großbetrieben eingegangen wird, muß als Frage offen bleiben.

In historischen Überlegungen wäre beispielhaft an der Person Ludwig Teleky (1921 erster preußischer Landesgewerbearzt in Düsseldorf, 1933 Berufsverbot, weil Nichtarier) deutlich geworden, daß sich eine Koppelung von Sozialwissenschaft mit Naturwissenschaft in der Tradition der oben genannten Sozialhygiene bei deutlicher sozialpolitischer Intention als sehr fruchtbar erwiesen hat. Am Schicksal Teleky läßt sich darstellen, daß durch den Faschismus eine Weiterentwicklung sozialhygienischer Ansätze in der Arbeitsmedizin wie auch im öffentlichen Gesundheitswesen bzw. im Krankenkassenbereich blockiert wurde.

In der Bundesrepublik konnte sich eine dieser sozialmedizinisch / sozialhygienischen Tradition verpflichtete Arbeitsmedizin nicht wieder entwickeln, teilweise waren deren Träger physisch vernichtet worden. Da sich ein Gegengewicht zur puristisch-naturwissenschaftlichen und sich neutral verstehenden Arbeitsmedizin nicht aufbauen konnte, fehlten auch die wissenschaftsinternen Spannungen und Auseinandersetzungen. In dieser Verkarstung des Faches liegt ein Grund, warum z.B. als Indikator für die Unterentwicklung der Arbeitsmedizin in der Denkschrift lediglich das Fehlen arbeitsmedizinischer Institute an einigen medizinischen Fakultäten genannt wird. Der Mangel interner wissenschaftlicher Diskussionen und Kontroversen ist für die Autoren der Denkschrift kein Alarmsignal.

Die Verödung des Faches erklärt u.a. auch, warum die Initia-

tiven zur Entwicklung einer praktischen Arbeitsmedizin in den Betrieben und Sozialversicherungen sowie die Entwicklung eines Berufsbildes mit den entsprechenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten nicht von der Arbeitsmedizin / Medizin, sondern vom Staat (1973 Gesetz über die Betriebsärzte und Sicherheitsingenieure) ausgingen. Insofern ist es nicht nur unwichtig, sondern völlig unangebracht,

»eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben mit der Propagierung einer Auffassung der praktischen Arbeitsmedizin, wie sie im wesentlichen von der Einstellung gekennzeichnet ist, die die Werksärzte 'der ersten Stunde' mitgebracht und entwickelt haben.« (S. 66)

Die Arbeitsmedizin der Werksärzte »der ersten Stunde« von acht Großbetrieben repräsentiert nur den kleinsten Teil einer arbeitsmedizinischen Tradition in Deutschland.

Die ursächlichen Bedingungen des Reduktionismus in der bundesrepublikanischen Arbeitsmedizin

Ein intensives Aufspüren und Verfolgen der Gründe für das in der Denkschrift vorzufindende Strukturprinzip der Reduzierung des sozialen Wirkungszusammenhangs von Arbeit und Gesundheit kann hier nicht erfolgen. Es sollen nur kurz einige Gründe angesprochen werden. Dem Prinzip der Individualisierung als bürgerlich-ethische Grundstruktur kommt ein zentraler Erklärungswert bei. Gerade in der ideologischen Überhöhung bzw. Verklärung des Arztes und der Beschwörung des Arzt-Patient-Verhältnisses hat sich dieses Grundprinzip durchgesetzt. Krankheit und Leiden werden aus dem sozialen und politischen Zusammenhang gelöst und zum alleinigen Problem von Arzt und Patient gemacht. Die Fülle des Materials zur Korrespondenz von sozialer Ungleichheit und Ungleichheit vor Krankheit und Tod wird nicht zur Kenntnis genommen, und wenn, dann wird daraus nicht die notwendige Konsequenz gezogen. Um Mißverständnisse zu vermeiden: Das Arzt-Patient-Verhältnis als eine Beziehung zwischen Personen bleibt notwendig und wegen seines besonderen Charakters schutzbedürftig. Man kann es allerdings nicht zum allein gültigen Parameter medizinisch-ärztlichen Handelns deklarieren. Gruppenbezogene medizinisch-ärztliche Strategien als »nicht in Einklang mit den Prinzipien ärztlichen Handelns, das primär auf Personen und nicht auf Gruppen ausgerichtet bleibt«3 und als »Public Health«-Prinzipien abzugualifizieren, bedeutet, das erfolgreiche medizinisch-ärztliche Handeln in den Bereichen Hygiene, öffentliches Gesundheitswesen (Public Health), soziale Hygiene und gemeinschaftliche Gesundheitssicherung (Primary Health Care) zu unterschlagen.

Welch falsche Bedeutung dem Prinzip der Individualisierung beigemessen wird, wird deutlich, wenn die Gründe aufgeführt werden, die diese Prinzipien angeblich beschneiden (S. 65). Durch Vorschriften und staatliche Normierung sei das arbeitsmedizinische Handeln im Betrieb eingeschränkt, zusätzlich würde die »Konkurrenz« zu den Sicherheitstechnikern den Handlungsspielraum einengen. Die wissenschaftliche Kompetenz des einzelnen (nach dem Motto: Männer machen Geschichte) sieht man vor allem durch »Projektforschung« in Fraae aestellt (S. 175). Die Autoren der Denkschrift wollen sich nicht damit abfinden, wissenschaftlich in die Pflicht genommen zu werden und im Rahmen von Projektforschung die Relevanz ihrer Ansätze von gesellschaftlichen Gruppen beurteilen zu lassen. Ihrer Meinung nach sei es vielmehr die Aufgabe der DFG. »Ideen der einzelnen Wissenschaftler« zur Realisierung zu verhelfen (S. 180). Der Individualisierung entspricht institutionell die Privatisierung als Grundform medizinisch-ärztlicher Praxis. Die private Form der medizinisch-ärztlichen ambulanten Versorgung der Bevölkerung in der Einzelpraxis hat die Entwicklung einer arbeitsweltbezogenen Medizin verhindert. Die Dominanz dieser Form ärztlichen Handelns wird auch in Zukunft eine präventive, auf die Lebenslage - einschließlich Arbeitswelt - bezogene Medizin nicht entstehen lassen.

Nachteilig für die Entwicklung der Arbeitsmedizin hat sich die Hegemonie der klinischen Fächer innerhalb der Medizinischen Fakultäten und bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten ausgewirkt. Kritische Ausführungen zu diesem Punkt vermißt man in der Denkschrift.

Postulat und Wirklichkeit der bundesdeutschen Arbeitsmedizin - ein Kontrast

In der Denkschrift wird zu den Zielen der Arbeitsmedizin eingangs folgendes postuliert:

- »Das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Arbeitnehmer in allen Berufen im größtmöglichen Ausmaß zu fördern und aufrechtzuerhalten;
- zu verhindern, daß die Arbeitnehmer infolge ihrer Arbeitsbedingungen in irgendeiner Weise an ihrer Gesundheit Schaden nehmen:
- die Arbeitnehmer bei ihrer Arbeit gegen die Gefahr zu schützen, die

sich durch das Vorhandensein gesundheitsschädlicher Stoffe ergeben können:

- den einzelnen Arbeitnehmer einer Beschäftigung zuzuführen, welche seiner physischen und psychischen Eignung entspricht, und ihm diese Beschäftigung zu erhalten.« (S. 11)

Es wird weiterhin ausgeführt:

»Eine moderne Arbeitsmedizin kann damit nicht mehr nur eine sich passiv verhaltende Wissenschaft sein, die eingetretene Schäden registriert und auf eingetretene Verhältnisse reagiert, sondern sie muß aktiv in die Gestaltung der Arbeitsbedingungen eingreifen, indem sie mithilft, die Arbeit an den Menschen anzupassen und jedem Menschen gesundheitlichen Schutz sowie Möglichkeiten zur Entfaltung seiner geistigen und körperlichen Kräfte bei der Arbeit soweit als möglich zu gewähren. Dies setzt voraus, daß die Arbeitsmedizin die technologische Entwicklung in sich bergen könnte, um sowohl das Auftreten neuer Berufskrankheiten als auch die Schädigung des Arbeitnehmers durch inadäquate Arbeitsbedingungen im Sinne von berufsbedingten Aufbraucherkrankungen zu verhindern.« (S. 12)

Am Ende der Denkschrift wird unter Schlußfolgerungen angemerkt:

»So ist es notwendig, sich im Rahmen von Feldforschungen zunächst über die Arbeitsbedingungen in Abhängigkeit von der technischen Entwicklung ständig auf dem laufenden zu halten. Für die Arbeitsmedizin schließt dies gleichzeitig die ständige Beobachtung des Krankheitsgeschehens im Sinne berufsbedingter Erkrankungen mit ein, ... Der derzeitige Zustand, bei dem Forschung im arbeitsmedizinischen und ergonomischen Bereich noch zu oft eher auf offenbar gewordene Schäden und eingetretene Gefahren reagieren muß, ist für alle Beteiligten unter gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Aspekten unbefriedigend.« (S. 174, S. 175)

Wer Einblick in die reale Situation der Arbeitsmedizin an Forschungsinstituten und in der betriebsärztlichen Praxis hat, weiß, wie weit der Anspruch von der Wirklichkeit entfernt ist.

Nach der Lektüre der Denkschrift wird deutlich, daß nicht widrige äußere Umstände die an Forschungsinstitutionen etablierten Arbeitsmediziner davon abhalten, die genannten Ziele zu erreichen, sondern daß die oben genannten Ziele und richtigen Einschätzungen gar nicht als Richtlinien des Denkens und Handelns von den Autoren akzeptiert, sondern nur plakativ vorgezeigt werden. Wenn es den Autoren ernst mit den Zielen und Ansprüchen wäre, hätte man gerade in einer Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin eine problemorientierte inhaltliche Auseinandersetzung über die Kluft von Anspruch und Wirklichkeit erwartet. Man hätte gern eine kompetente Darstellung dar-

über gehabt, wie eine inhaltliche Konzeption und die entsprechenden institutionellen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen sein müssen, um den formulierten Zielen nahe zu kommen. Vor diesem Hintergrund hätte man gern eine kritische Würdigung der derzeitigen Ressourcen und Defizite auf wissenschaftlichem und betriebsmedizinischem, staatlich normativem und verwalterischem Gebiet gehabt.

Statt dessen wird von Seite 29 bis 54 referiert, an welchen Hochschulen die Arbeitsmedizin als Lehrstuhl oder Lehrauftrag vertreten ist, auf welchen Teilgebieten in den einzelnen Instituten gearbeitet wird, welche Vorbildung die Lehrstuhlinhaber besitzen, wie die räumliche, apparative, personelle und finanzielle Ausstattung ist und welche Altersstruktur, wissenschaftliche Interessen sowie Aufstiegschancen der Nachwuchs hat.

Zum Stichwort Forschungskonzepte werden auf etwas mehr als einer Seite (S. 54-55) Ausführungen gemacht. Unter Forschungskonzepten versteht man, ob im Labor oder im Betrieb, an Menschen oder Tieren (»Subjekte der Forschung«?), ob man physiologisch oder biochemisch oder sogar klinisch-toxikologisch-biochemisch forscht.

Die Wirklichkeit der Lage der Arbeitsmedizin in der BRD läßt sich folgendermaßen kurz beschreiben: Eine †heoretische und daraus abgeleitete organisatorische Konzeption einer primärpräventiven Arbeitsmedizin existiert in der Bundesrepublik nicht. Ebenso sind konkurrierende Konzepte nicht auszumachen. In der Forschung ist die Arbeitsmedizin vorwiegend naturwissenschaftlich, kurativ-klinisch oder experimentell toxikologisch ausgerichtet. Selbst in dieser Beschränkung ist die Arbeitsmedizin, da an einem Drittel der medizinischen Fakultäten nicht präsent und wenn, dann meistens in Kleininstituten vorhanden, wie die Denkschrift deutlich macht, völlig unzureichend tätig.

Am Beispiel der Schadstoffproblematik⁴ sei kurz erläutert, welche Erwartungen an eine Denkschrift zu richten sind und welche der Auftraggeber auch gehabt haben mag, als er um die Errichtung einer Kommission der Arbeitswissenschaft nachsuchte.

Weniger denn je steht heute die isolierte Wirkung einzelner, definierter Schadstoffe am Arbeitsplatz zur Diskussion. Statt dessen geht es um die Chemisierung der Produktion mit den daraus resultierenden Gefahren für Mensch und Umwelt: Kanzerogenese und Allergisierung, irreversible Störungen ökologi-

scher Kreisläufe, Vernichtungspotentiale in chemischen Großreaktoren. Unbekannte Wechsel- und Langzeitwirkungen verschiedener Substanzen auf den menschlichen Organismus sind nicht mehr über die Aufstellung einzelner MAK-Werte, ihrer gelegentlichen Kontrolle mit Gasspürröhrchen, dem Einbau von Abzügen und mit der Verteilung von Körperschutzmitteln in den Griff zu bekommen. Registrierung, Testung, Produktions- und Marktkontrolle der Chemikalien, Krebsregister, Schadstoffpaß, eine geplante ökologische Chemie anstelle vereinzelter Ersatzstoff-Forschung, weitere Automatisierung und Fragen des Datenschutzes fordern die betrieblich und wissenschaftlich tätigen Arbeitsmediziner, die Statistiker und Epidemiologen, staatliche Überwachungsbehörden, Chemiker und Techniker zu strategischer Zusammenarbeit heraus.

Problemaufrisse dieser Art sucht man jedoch vergeblich in der Denkschrift. Obwohl die Toxikologie das am meisten verhandelte Thema der Autoren ist, findet sich keine Analyse der toxikologischen Probleme, sondern nur eine Abgrenzung arbeitsmedizinischer Toxikologie gegenüber klinischer, experimenteller oder pharmakologischer Toxikologie mit dem Hinweis, daß die arbeitsmedizinische Toxikologie all diese Verfahren bei der Analyse von Stoffwirkungen einzusetzen habe. Eine kritische Analyse der Arbeitstoxikologie in den elf der zweiundzwanzig arbeitsmedizinischen Institute würde zeigen, daß an den Problemen der Arbeitswelt ausgerichtete Forschungskonzeptionen fehlen, alte Probleme wie z.B. die Wirkung von Schwermetallen (Blei) immer wieder neu aufgelegt werden, Laborforschung vor Feldforschung rangiert, Mehrfachbelastungen selbst begrenzt auf physikalische bzw. chemische Belastungen kaum oder gar nicht behandelt werden. (S. 176, 177) Angesichts der zunehmenden Chemisierung der Produktion stellt sich überhaupt die Frage, wie man mit toxikologischen Methoden die allgemein akzeptierte Zahl chemischer Arbeitsstoffe von etwa 40.000, bei einem jährlichen Zuwachs von etwa 200 bis 300 Stoffen, in den Griff bekommen will. Hochrechnungen würden zeigen, daß dafür Jahrzehnte notwendig sind. Möglicherweise muß man zu dem Schluß kommen, daß dieses Problem nur politisch lösbar ist.

In der innerbetrieblichen Praxis sorgt die Arbeitsmedizin überwiegend durch Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen für eine Selektion der Beschäftigten nach dem Motto: Der/die geeignete Mann/Frau an dem durch Ökonomie und Technologie vorgegebenen Arbeitsplatz. Die praktische Ar-

beitsmedizin wirkt in den Betrieben nur minimal auf die Gestaltung der Arbeitsplätze bzw. Arbeitsbedingungen ein.

Für eine ständige Beobachtung der technologischen Entwicklung zur Verhinderung von gesundheitlichen Schäden hat die Arbeitsmedizin kein Instrument in der Bundesrepublik geschaffen. Eine ständige fortlaufende Berichterstattung über die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Erwerbsbevölkerung einer Region, in Branchen und Berufen, findet nicht statt. Ein derartiges Berichtswesen müßte in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungen, vor allem den gesetzlichen Krankenversicherungen, entwickelt werden. Das Berichtswesen hätte Verfahren der Epidemiologie einzusetzen und mehr als nur naturwissenschaftliche Parameter zu erheben. Nur so »könnten berufsbedingte Erkrankungen« (S. 174) fortlaufend erkannt werden und entsprechend könnten dann arbeitsplatzbezogene und personengruppenbezogene präventive Maßnahmen getroffen werden.

In der Bundesrepublik besteht kein Institut für arbeitsmedizinische Epidemiologie.⁵ Theoriebildung und Methodenerprobung sowie Ausbildung von Fachkräften finden in der Bundesrepublik in dem Maße, wie es für eine ständige Beobachtung der Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung der Erwerbsbevölkerung in Abhängigkeit von der ökonomisch/technologischen Entwicklung notwendig wäre, nicht statt. Statt dessen wird in der Denkschrift auf S. 13 eine Abgrenzung gegenüber der Sozialmedizin und der Hygiene vorgenommen, ausgerechnet jenen Disziplinen, welche Theorien, Methoden und Praktiken entwickelt und erprobt haben zur Erforschung und Beherrschung von Seuchen und Volkskrankheiten in großen Populationen. Ihre Erfolge beruhen gerade darauf, daß sie nicht am Einzelfall (Arzt/Patient), sondern an Strukturen und Gruppen angesetzt haben (Sozialhygienische Tradition).

4. Fazit

Die Denkschrift spiegelt den wenig problemorientierten, auf ängstliche Abgrenzung zu anderen Fachgebieten orientierten Ansatz der etablierten Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik wider.

So bleibt die in der Denkschrift angekündigte, konsequente Bilanzierung der Lage der Arbeitsmedizin nach den in der Denkschrift selbst formulierten Kriterien und Postulaten aus: über primäre Prävention (S. 175), Mehrfachbelastungen (S. 177), ständige Beobachtung der technologischen Entwicklung und des Krankheitsgeschehens im Sinne berufsbedingter Erkrankungen (S. 174), Langzeituntersuchungen (S. 176), wird nichts berichtet. Gerade jene Probleme also, die heute zum Gegenstandsbereich der Arbeitsmedizin gehören, werden zwar erwähnt, aber nicht diskutiert. Vielmehr überwiegt die Scheinstrategie: Problemlösung durch Nichtbefassung.

Bei dieser Problemsicht ist es verständlich, daß die Arbeitsmedizin immer noch ein Randdasein führt, wenn es z.B. um die Forschung zur Humanisierung der Arbeit geht. Hier wäre in der Tat ein wichtiges Wirkungsfeld auch zum Beispiel für die traditionelle Toxikologie. Die Abstinenz und Fachborniertheit der traditionellen Arbeitsmedizin führt schließlich dazu, daß Vertreter anderer Fachrichtungen sich mühevoll und unvollkommen Wissen aneignen müssen, das die Arbeitsmedizin bereitstellen könnte, um effizienter die drängenden Probleme im Bereich von Gesundheit und Arbeit zu erkennen und schließlich lösen zu können. Die Flucht der etablierten Arbeitsmedizin in dem Elfenbeinturm einer falsch verstandenen Neutralität nützt niemandem. Am wenigsten den Beschäftigten in den Betrieben

Anmerkungen:

- 1 Deutsche Forschungsgemeinschaft: Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland, verfaßt von J. Rutenfranz, H. Luczak, G. Lehnert, W. Rohmert, D. Szadkowski, Harald Boldt Verlag, Boppard 1980
- 2 Stebani, J., Spitzley, H., Rosenbrock, R., Ochs, P., Hildebrandt, E., Abholz, H. H.: Ergonomie statt Arbeitswissenschaft; über die möglichen Folgen einer Denkschrift der DFG »Zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie«, II VG, reprints, Wissenschaftszentrum Berlin, August 1980, abgedruckt in: Frankfurter Rundschau v. 15.9.1980: »Vom engen und vom weiten Begriff der Arbeitswissenschaft«, erscheint in: Soziale Welt, Heft 3/1981
 - Stellungnahme des Arbeitsausschusses für Arbeitsstudien (AfA) zur Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und Ergonomie, in: afa-informationen, herausgegeben vom Deutschen Gewerkschaftsbund. 5/80, S. 3-8,
 - Schweres, M.: »Vom engen und weiten Begriff der Arbeitswissenschaft« in: ebenda, S. 8-10,
 - Stellungnahme der Sektion Industrie- und Betriebssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie vom 27.11.1980, Institut für Soziologie der RWTH, Kopernikusstr.16, 51 Aachen.
- 3 Rutenfranz, J.: Berufsethische Richtlinien für Arbeitsmediziner, in:

- Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, April 1980, S. 73
 Es wird bewußt dieses in der traditionellen Arbeitsmedizin unter dem Stichwort Toxikologie abgehandelte Gebiet gewählt, um zu zeigen, daß auch in den klassischen Fragen stofflicher Gefahren eine neue Herangehensweise gefordert wird, welche die Naturwissenschaften aus ihrer individualmedizinischen Begrenztheit und Befangenheit in den Labors befreit.
- Der Begriff Epidemiologie wird in der Denkschrift unpräzis benutzt. Die Epidemiologie ist die Lehre von den epidemieartig auftretenden Krankheiten. Epidemiologische Forschung ist an zwei methodische Voraussetzungen gebunden: Die Untersuchungen sind nur im Feld durchzuführen, wegen der großen Zahl der zu untersuchenden Probanden und der erhobenen Merkmale werden statistische Methoden erforderlich. Inwieweit die Meßinstrumente zur Erfassung der relevanten Parameter jedoch naturwissenschaftliche oder sozialwissenschaftliche sind, ist mit dem Begriff der Epidemiologie nicht festgelegt. Insofern ist die Epidemiologie sowohl einem naturwissenschaftlichen als auch einem sozialwissenschaftlichen Ansatz zuzurechnen.

Roland Schäfer

Medizin, Macht und Körper Überlegungen zu Foucault

Die verschiedenen Tendenzen der Medizin-Kritik, die in den letzten Jahren in der allgemeinen Öffentlichkeit und von der Linken geäußert wurden, sind nur schwer unter einen Hut zu bringen. Sinnvolle Teilansätze verbinden sich oft mit defizitärer Einäugigkeit im Ganzen. Insgesamt hat sich offensichtlich das Bedürfnis vergrößert, nicht nur die krankmachende Gesellschaft zu entschleiern, sondern auch die inhaltliche Arbeit der Medizin als Wissenschaft und Praxis mit in die Analyse einzubeziehen. So wurde z.B. die Einseitigkeit der Schul-Medizin durch eine kritische Konfrontation mit Ergebnissen der Arbeitsmedizin und der Psychosomatik aufgewiesen. Der Herrschaftscharakter der Medizin wurde hauptsächlich am Beispiel der Psychiatrie entschlüsselt, was andererseits zu einer gewissen Präferenz kritischer Mediziner für sozialpsychiatrische Aktivitäten führte. In den letzten Jahren haben nun zwei neue gesellschaftliche Bewegungen zu einer Erweiterung des Kritik-Horizontes beigetragen, ohne daß allerdings die oben