

Bedingungen werksärztlicher Tätigkeit und das Arbeitssicherheitsgesetz

Einleitung

Fünf Jahre nach der ersten Gesetzesvorlage wurde im Dezember 1973 das „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“, kurz Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) genannt, verabschiedet. Gleichzeitig wurden die ersten Durchführungsbestimmungen zu diesem Rahmengesetz erlassen (Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte“). Obwohl dieser Prozeß der Konkretisierung in detaillierten Verordnungen, Vorschriften und Bestimmungen durch Berufsgenossenschaften und staatliche Behörden keineswegs als abgeschlossen gelten kann, läßt sich inzwischen absehen, welches die wichtigsten Auswirkungen auf die arbeitsmedizinische Praxis sind. Nach vier Jahren ist eine Stellungnahme zur Kursrichtung und deren Konsequenzen möglich. Von Anfang an waren an das Gesetz die widersprüchlichsten Erwartungen und Prognosen gestellt worden¹. Wie können nun die Auswirkungen beurteilt werden? In Fachzeitschriften, der Tagespresse und vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mehren sich Aussagen, die über Erfolge bei der Erfüllung des Gesetzes berichten.

Die letzte Umfrage der Bundesärztekammer vom 31. 12. 1977 ergab, daß 8455 Ärzte sich für eine betriebsärztliche Tätigkeit qualifiziert haben und damit der geschätzte Bedarf von ca. 10000 Betriebsärzten scheinbar schon gedeckt ist. Die Qualifikation der meisten dieser nach dem Gesetz fachkundigen Ärzte wurde durch einen 14tägigen Kurzlehrgang erworben, womit sich für diese jedoch der „Markt“ Arbeitsmedizin öffnet (§ 3 Abs. 2, Nr. 3 der UVV Betriebsärzte). Die Zahl der im Sinne einer Facharztqualifikation fachkundigen hauptamtlichen Betriebsärzte liegt dagegen noch bei ca. 1000. Die seit 1977 nach der neuen Weiterbildungsordnung mögliche Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin (Facharzt) wurde erst an 146 Ärzte vergeben². Weitere „Erfolgsmeldungen“ beziehen sich auf die Zahl der versorgten Betriebe. Vom Arbeitssicherheitsgesetz werden wegen des generellen Ausschlusses aller Betriebe mit weniger als 100 Beschäftigten nur 51% (11 Millionen) der in der gewerblichen Wirtschaft Tätigen erfaßt. Nach einer Umfrage der Bundesländer sind 70% der nach dem Gesetz erforderlichen Betriebsärzte von den Unternehmen bestellt³. Die von den Unternehmen bestellten Ärzte sind hauptamtliche Betriebsärzte in einem Unternehmen, Betriebsärzte in sogenannten werksärztlichen Zentren oder niedergelassene Ärzte, die sich nebenamtlich werksärztlich betätigen. Die letzteren stellen den Hauptanteil der in einem 14-Tage-Kurs „fachkundig“ Gewordenen. Die 200 arbeitsmedizinischen Zentren (Liste BMA September 1977) haben meistens einen Betriebsarzt – und dies manchmal auch nur auf dem Papier⁴. Da größere Betriebe mit mehr als 3000 Beschäftigten, für die sich die Bestellung eines eigenen Betriebsarztes „lohnt“, meistens schon vor dem Inkrafttreten des Gesetzes einen

arbeitsmedizinischen Dienst hatten, sind die personellen Auswirkungen des Gesetzes vorwiegend in der Einrichtung von Zentren und Bestellung von nebenamtlichen Betriebsärzten durch mittelgroße Betriebe (100–3000 Beschäftigte) zu sehen.

Bei der Bestellung freiberuflicher Ärzte zur Erfüllung von Teilaufgaben, die dann formal den Betrieb als arbeitsmedizinisch versorgt erscheinen lassen, ist zu bemerken, daß bei den Betrieben der niedrigen Gefahrenklasse schon durch eine Einstellungsuntersuchung die vorgeschriebene Einsatzzeit von 9 Minuten pro Arbeitnehmer und Jahr ausgefüllt wird. Auf dem „Markt“ arbeitsmedizinischer Zentren gibt es drei Anbieter: die berufsgenossenschaftlichen Zentren, Zentren des TÜV und von Arbeitgeberverbänden getragene Zentren. Ein Unternehmen zahlt z. B. bei den berufsgenossenschaftlichen Zentren 76,- DM pro Arbeitnehmer und Jahr, ähnlich liegen die Preise für die anderen Zentren. Wesentlich „billiger“ für ein Unternehmen sind niedergelassene Ärzte, für die der betreute Betrieb eine Außenstelle der Praxis werden kann. Die dadurch hervorgerufene Verwischung der Grenzen von arbeitsmedizinischer und normaler kassenärztlicher Tätigkeit hat schon zu Konflikten in der Abrechnung zwischen kassenärztlicher Vereinigung und Unternehmen geführt.

Dieser Beitrag hat nicht das Anliegen, die Interpretation hinsichtlich ihrer Aussagekraft umstrittener Daten zum quantitativen Ausmaß betriebsärztlicher Versorgung (s. die Untersuchung von Kühn/Haass in diesem Band) zu vertiefen, sondern befaßt sich mit der Frage der medizinischen Wirksamkeit dieser Versorgung.

Wir knüpfen dabei an die Kritik maßgeblicher Arbeitsmediziner an, welche die Diskussion um die Erfüllung des ASiG für Spiegelfechtereie halten, solange nicht Maßnahmen zur besseren Ausbildung der künftigen Betriebsärzte ergriffen werden. „Der qualifizierte Autodidakt bleibt weiterhin die Ausnahme, und wir können schon jetzt absehen, daß lediglich ein geringer Teil dieser im Schnellverfahren produzierten Arbeitsmediziner nur im begrenzten Maße den Aufgaben gerecht wird, die auf ihn zukommen“⁵. Eine Untersuchung der Qualität arbeitsmedizinischer Versorgung durch die Betriebsärzte setzt also voraus, daß deren Aufgabenbereich und die daraus resultierenden Anforderungen bekannt sind. Eine Orientierung darüber anhand des Gesetztestextes fällt schwer, da es sich hier um eine unsystematische und – wie im Kommentar betont wird – unvollständige Aufzählung der arbeitsmedizinischen Aufgaben handelt. Es liegt daher nahe, zur Bestimmung der Schwerpunkte in der betriebsärztlichen Tätigkeit auf das Selbstverständnis der Arbeitsmedizin zurückzugreifen, wie es von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin formuliert wurde⁶: Angesichts der Rechtslage, die dem Betriebsarzt therapeutische Maßnahmen, welche über Erste-Hilfe-Leistungen hinausgehen, untersagt, bleiben für ihn als wesentliche Aufgaben die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsschäden durch Verhütung und Früherkennung sowie rehabilitative Maßnahmen am Arbeitsplatz. Doch diese Aufgabenbestimmung ist nicht so klar und eindeutig, wie sie zunächst klingen mag. So legt die Berufskrankheitenverordnung (BeKV) nahe, unter arbeitsbedingten Gesundheitsschäden die 51 in ihr aufgeführten sogenannten *Berufskrankheiten* zu verstehen. Zu fragen ist, ob sich überhaupt mit einer derartigen Liste – angesichts veränderter Arbeits- und Lebensbedingungen – heute noch die Beziehungen zwischen Arbeit und Krankheit erfassen lassen. Inwiefern

bestimmen diese „Berufskrankheiten“ tatsächlich noch den Arbeitsbereich des Betriebsarztes?

Unter *Prävention* wird in der Medizin eine Fülle von Vorgehensweisen verstanden, deren Angriffspunkt an ganz verschiedenen Stellen liegen kann, wie zwei Beispiele zur Verhütung der chronischen Bronchitis zeigen mögen: Appellen, persönliche Gewohnheiten wie das Rauchen aufzugeben, stehen Maßnahmen gegen die Luftverschmutzung gegenüber. Welche Maßnahmen sind zu ergreifen, um Krankheiten im Betrieb zu verhüten? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit die präventivmedizinisch-epidemiologischen Erkenntnisse für die Arbeitsmedizin nutzbar gemacht werden können?

Unser Aufsatz soll einen Beitrag dazu leisten, die Anforderungen an Qualifikationen und praktisches Handeln der Betriebsärzte aus sozialmedizinischer Sicht näher zu bestimmen. Wir halten die Klärung der aufgeworfenen Fragen für die Voraussetzung, um in die Diskussion der Auswirkungen des Arbeitssicherheitsgesetzes einzugreifen.

1. Werksärztliche Tätigkeit und Berufskrankheiten

Das Arbeitssicherheitsgesetz enthält in keinem seiner Absätze den Begriff Berufskrankheit. Im § 3 heißt es lediglich, daß die Betriebsärzte die Aufgabe haben, „die Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen“. Dies ist der einzige Satz des Gesetzestextes, in dem überhaupt das Wort Krankheit oder Erkrankung vorkommt, dazu noch in einer sehr allgemeinen Formulierung. Die Ursachen der arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen ist sicher generell Aufgabe der Arbeitsmedizin als Wissenschaft.

Eine Berufskrankheit ist in der Bundesrepublik Deutschland über folgenden juristischen Tatbestand definiert: Eine Krankheit kann in der Regel nur dann als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn sie in die 51 Krankheiten umfassende Berufskrankheitenliste aufgenommen ist. Für die Aufnahme einer Krankheit in diese Liste sind die in § 551 RVO genannten Kriterien notwendig. In jedem Einzelfall ist der ursächliche Zusammenhang aufgrund der Arbeitsanamnese und eines medizinischen Gutachtens zu belegen⁷.

Um zu analysieren, warum „Berufskrankheiten“ eine scheinbar so geringe Rolle in der werksärztlichen Tätigkeit spielen, muß die Entwicklung der Arbeitsmedizin als Institution und medizinisches Fachgebiet skizziert werden.

Das massive Auftreten von arbeitsbedingten Krankheiten in der Phase des Frühkapitalismus war ein Grund für viele Unternehmen, sogenannte Fabrikärzte einzustellen⁸. Diese Fabrikärzte sollten die Arbeitsfähigkeit der Belegschaft durch kurative und präventive medizinische sowie hygienische Maßnahmen erhalten, damit nicht ein zu hoher Krankenstand und eine zu hohe Fluktuation angelernter Arbeiter durch Tod und Aufgabe der Tätigkeit die Produktion behinderten. Damals waren die spezifischen Ursachen der Krankheiten wenig bekannt und man sprach allgemein von Arbeiterkrankheiten⁹. Die arbeitsmedizinischen Lehrbücher dieser Zeit waren nicht nach ätiologisch einheitlichen Krankheitsbildern geordnet, sondern nach Berufen¹⁰ und den in diesen Berufen häufig vorkommenden Krankheiten. Dieses mehr sozialhygienische Verständnis von Berufskrankheiten wurde im Zusammenhang mit der Entwicklung der na-

turwissenschaftlichen Medizin abgelöst¹¹. Für deren ätiologisches Krankheitsverständnis stellte diese sozialhygienische Betrachtungsweise ein unbefriedigendes und vorwissenschaftliches Stadium dar. Auch in der Arbeitsmedizin setzte sich das naturwissenschaftlich-ätiologische Krankheitsmodell durch und bewirkte auf der Grundlage der Unfallschutzgesetzgebung die heutige Berufskrankheitenverordnung.

Die Aufklärung biologischer Mechanismen der Krankheitsentstehung durch Staub, chemische Substanzen und physikalische Einwirkungen usw. mit der Abgrenzung der durch diese Schädigungen hervorgerufenen spezifischen Organkrankheiten leistete natürlich einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der arbeitsbedingten Schädigungen und Krankheiten. Dieser wissenschaftliche Fortschritt ermöglichte auch spezifische präventive Maßnahmen. Die juristisch, kausalanalytische Beweisführung zur Anerkennung einer Berufskrankheit und die Haftung des Unternehmers nach der Reichsversicherungsordnung steht in engem Zusammenhang mit diesem Krankheitsmodell. Andererseits muß die prinzipielle Begrenztheit, aber auch die zunehmende Inadäquatheit eines solchen Modells von Berufskrankheit bei einer veränderten Belastungsstruktur industrieller Arbeit gesehen werden.

Folgende Hypothese soll überprüft werden: Das den Berufskrankheiten zugrundeliegende ätiologische Krankheitsmodell sowie das diesem Modell zugrundeliegende Kausalverständnis ist nicht in der Lage, die heute wichtigen Belastungen und Erkrankungen am Arbeitsplatz zu erfassen. Es ist für jene Krankheiten und Belastungen sinnvoll, die im 19. Jahrhundert im Mittelpunkt der industriellen Produktion standen. Heute existieren damit „Berufskrankheiten“ scheinbar nur in einigen ausgewählten Branchen, eben jenen, die in der Vergangenheit wichtige Bereiche der Produktion darstellten, heute jedoch qualitativ und quantitativ ihre ehemalige Bedeutung verloren haben.

Die 51 durch die RVO definierten Berufskrankheiten sind fast ausschließlich solche, die durch definierte chemische, physikalische oder biologische Einwirkung hervorgerufen werden, andere Krankheitsursachen kommen praktisch nicht vor. Analysiert man die auftretenden Berufskrankheiten quantitativ, wird die Begrenztheit des Modells auf einige Branchen und Belastungen noch deutlicher. 1976 wurden 5697 Fälle von Berufskrankheiten erstmals entschädigt. 5 umschriebene Krankheitsbilder machten mit 4792 Fällen 85% aller entschädigten Fälle aus¹². Diese sind

1. Lärmschwerhörigkeit	2400 Fälle
2. Silikose	1160 Fälle
3. Meniskusschäden	672 Fälle
4. Infektionskrankheiten	623 Fälle
5. Hautkrankheiten	337 Fälle

Eine Analyse nach Branchen zeigt, daß

1. die Silikose und die Meniskusschäden fast ausschließlich den Bergbau betreffen,
2. Lärmschwerhörigkeit auf die Eisen- und Metallindustrie beschränkt bleibt,
3. Infektionskrankheiten sich auf das Gesundheitswesen beziehen.

In diesen Branchen arbeiten ca. 5 Mio. der 25 Mio. Vollarbeiter. Auf die rest-

lichen 20 Mio. Vollarbeiter kommen damit ca. 1000 Fälle von entschädigten Berufskrankheiten pro Jahr, das sind ein Fall auf 20000 Beschäftigte pro Jahr. Ein hauptamtlicher Betriebsarzt in diesen Branchen, die ca. 20 Mio. Vollarbeiter umfassen, würde bei 2500 zu betreuenden Beschäftigten jeweils in 8 Jahren einmal einen entschädigten Fall von Berufskrankheit betreuen.

Dieses Beispiel soll nicht die Bedeutung von Berufskrankheiten in einigen Branchen schmälern. Es zeigt allerdings, daß für wichtige Industriezweige das klassische Berufskrankheitsmodell kaum eine Bedeutung hat.

Neben den Erfolgen spezifischer arbeitsmedizinischer Prävention sind dafür folgende Gründe maßgebend:

1. Die klinischen Krankheitsbilder als Folge von vorwiegend chemischen und physikalischen Einwirkungen, die die klassische Arbeitsmedizin kennt, standen nur im 19. Jahrhundert im Mittelpunkt der unmittelbaren Belastung der Industriearbeiter.
2. Das Auftreten von Berufskrankheit im Sinne der klassischen Arbeitsmedizin (ätiologisches Krankheitsmodell) war gebunden an die jahrzehntelange einförmige Belastung durch definierte Noxen.
3. Die höhere berufliche Mobilität sowie die schnelle Veränderung von Fertigungsmethoden läßt immer weniger Krankheiten entstehen, auf die das monokausale Krankheitsmodell anwendbar ist.

Ein anderes Berufskrankheitenmodell, welches die veränderte Belastungsstruktur berücksichtigt, müßte ein aus der Risikofaktorforschung kommendes Krankheitsmodell sein und multikausale Zusammenhänge aufnehmen.

Um das in Wirklichkeit vorhandene Ausmaß auch beruflich bedingter Krankheiten zu beurteilen, lassen sich z. B. die Frühberentungszahlen heranziehen. Im Jahr 1975 waren von den 676000 neu bewilligten Renten 278000, also mehr als ein Drittel, Frühinvaliditätsrenten. Für die wichtigen Krankheiten (Herz-Kreislauferkrankungen, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes und Neubildungen) als Ursache der Frühberentungen sind berufliche Faktoren mitverantwortlich (Schichtarbeit, Monotoniearbeit, körperliche Unterforderung, Stäube, Akkord und psychische Überlastungen). Die Kausalkette der Verursachung ist jedoch durch das ätiologische Krankheitsmodell nicht erfassbar¹³. Deutlich werden die Zusammenhänge von Arbeitsituation und diesen Krankheiten auch aus den sozialepidemiologischen Befunden der Häufung in bestimmten sozialen Schichten und Berufen¹⁴.

2. Werksärztliche Tätigkeit und individuelle Prävention

In § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes sind die Aufgaben der Betriebsärzte definiert. Von den ca. zehn, manchmal auffallend ins Detail gehenden Anforderungen (auf die Benutzung der Körperschutzmittel zu achten, Organisation der Ersten Hilfe), hat in der augenblicklichen Praxis werksärztlicher Tätigkeit *eine* Aufgabe wesentliche Bedeutung, nämlich: „die Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten“ (§ 3, ASiG).

Diese im Gesetz so allgemein formulierte Tätigkeit, die bei Auslassung des Begriffs Arbeit auf jeden Arzt zutrifft, bezieht sich vor allen Dingen auf Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen sowie die werksärztliche Ambulanz. Besonders die Tätigkeit in den neuen werksärztlichen Zentren und bei nebenamtlicher betriebsärztlicher Tätigkeit konzentriert sich auf Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen. In den „idealisierten“ Schilderungen werksärztlicher Tätigkeit wird davon ausgegangen, daß diese 25% der Tätigkeit des Werksarztes beinhalten¹⁵. Aus repräsentativen Berichten betriebsärztlicher Tätigkeit in den Zentren geht jedoch hervor, daß ca. 90% der ärztlichen Arbeitszeit auf Einstellungs- und andere entsprechende Untersuchungen entfallen¹⁶. Diese durch das Arbeitssicherheitsgesetz geförderte Richtung einer „Untersuchungsmedizin“ wird von den Gewerkschaften als Verkehrung der eigentlichen Aufgabe der Arbeitsmedizin gesehen¹⁷. Dabei werden nämlich vorwiegend chronisch Kranke und sonstige Risikopersonen entweder vom Betrieb ferngehalten, oder gerade nur solange einem Risiko (z. B. Lärm) ausgesetzt, daß noch keine klinisch eindeutige Erkrankung entsteht. Unter der Annahme, daß

1. die bei weitem wichtigste Auswirkung des Arbeitssicherheitsgesetzes eine Steigerung der Zahl arbeitsmedizinischer und insbesondere der Einstellungsuntersuchungen war und
2. daß diese Untersuchungen vorwiegend zur Risikominderung des Betriebes dienen („olympiareife Mannschaften“),

ist die Frage nach dem Nutzen der vermehrten werksärztlichen Tätigkeit in bezug auf den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer mit einem Fragezeichen zu versehen. Zwar finden Verschiebungen in der Weise statt, daß besonders in der wirtschaftlichen Krise und bei hoher Arbeitslosigkeit die Geschädigten vor dem Werkstor bleiben, Frühberentungen eher stattfinden oder durch erhöhte Mobilität (Umsetzungen), weg von gefährdenden Arbeitsplätzen, Gesundheitsschäden unter der klinischen Schwelle bleiben; diese Entwicklung deckt jedoch die Gesundheitsschäden durch Arbeitsbedingungen eher zu und läßt sie als allgemeine Verschleiß- und Wohlstandskrankheiten erscheinen, die nichts mit dem Arbeitsplatz zu tun haben¹⁸.

Um gleich einem Mißverständnis vorzubeugen: es geht nicht darum, die individuelle Beratung des Arbeitnehmers durch den Arzt, die sicher oft im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen des Arbeitsplatzes und der sozialen Umwelt nötig ist, zu kritisieren, sondern darum, die spezifischen präventiven Möglichkeiten arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen zu betrachten. Denn nur auf der Grundlage eines Nutzens für das Individuum und nicht einer Kostenersparnis des Betriebes läßt sich die Problematik von sozialer Kontrolle und Einschränkung individueller Freiheitsrechte durch gesetzlich legitimierte medizinische Untersuchungen rechtfertigen.

Daß nämlich Einstellungsuntersuchungen vorwiegend zur Auslese einer für den Unternehmer risikofreieren Belegschaft benutzt werden und nicht nur der arbeitsmedizinischen Forderung dienen, „den richtigen Mann an den richtigen Platz zu stellen“, läßt sich vielfach belegen¹⁹.

Offensichtlich wird die Problematik sozialer Kontrolle durch Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen selbst in den Berufen, wo diese mit einem Schutzbedürfnis der Allgemeinheit vor Unfall und anderen Gefahren begründet werden (Busfahrer). Auffällig ist, daß für viele akademische Berufe, die ein glei-

ches Risiko beinhalten, solche Kontrolle nicht ausgeübt wird (Ärzte, Ingenieure). Hier soll nicht die sachliche Notwendigkeit der Untersuchungen bestritten werden. Deutlich wird allerdings, daß sachliche Gründe nur ein Teil der Realität sind, die Macht und Verfügungsgewalt des Arbeitgebers ist auch entscheidend.

Die Werksärzte selbst wehren sich gegen den von den Gewerkschaften erhobenen Vorwurf, eine Auslese zu betreiben und betonen, daß sie sich nach den schlechten Erfahrungen während des Krieges nicht noch einmal in den Verdacht des Manipulierens bringen lassen wollen²⁰. Daß die geforderte Objektivität der Beurteilung auch heute noch vorwiegend die Objektivität der Gewinnrationalität ist, hat seine Ursache vor allem in der Zuordnung des Betriebsarztes zur Unternehmensleitung. An dieser Tatsache hat sich seit den „schlechten Erfahrungen des Krieges“ nichts geändert. Auch heute noch – und besonders in der wirtschaftlichen Krise – ist die im folgenden Zitat ausgedrückte Rationalität arbeitsmedizinischer Tätigkeit vorherrschend:

– „Bei der Schaffung der (betriebsärztlichen) Organisation herrschte stets der Gedanke, Klarheit über die Beziehungen zwischen Betriebsführung und Betriebsarzt zu schaffen. Bei untauglichen, arbeitsscheuen und sonstigen sozialen Elementen wurde im Interesse der Firma und der heutigen großen und schweren Zeit gerecht und rücksichtslos vorgegangen. Dadurch wurde erstrebt eine ärztliche und soldatische Aufgabe zu erfüllen“²¹.

Die heute in der Presse auftauchenden Berichte – z. B. „Betriebsärzte helfen bei erbarmungsloser Auslese, statt für bessere Arbeitsbedingungen zu sorgen“ (Kölner Stadtanzeiger) – zeigen die gleiche Problematik. Daß diese Rationalität in Zeiten von Arbeitskräftemangel genau umgekehrt funktioniert, beweisen die Erfahrungen der Hochkonjunktur. Damals wurden im Extremfall sogar schwangere Frauen eingestellt, weil es leichter war Aufträge als Arbeitskräfte zu bekommen und sich für den Werksarzt die Frage stellte „wie können wir den allerschlechtesten Bewerber heute in der Zeit der Vollbeschäftigung noch einsetzen“²².

3. Medizinische Wirksamkeit von präventiven arbeitsmedizinischen Untersuchungen

Um die Problematik von präventiven Untersuchungen auf der medizinischen Ebene zu beurteilen, muß man nach dem möglichen Nutzen von Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen fragen. Diese sind ja zunächst diagnostische Maßnahmen, die keinem unmittelbaren therapeutischen Ziel dienen! Die Problematik soll hier auf drei Ebenen diskutiert werden.

1. Arbeitsmedizinische Begründung für präventive Untersuchungen
2. Präventivmedizinisch-epidemiologische Erkenntnisse zu Vorsorgeuntersuchungen
3. Möglichkeiten des „Biological Monitoring“ der Arbeitsplatzbelastung.

3.1. Arbeitsmedizinische Begründung für präventive Untersuchungen

Die Arbeitsmedizin sieht ihre zentrale Aufgabe in der *Verhütung* arbeitsbedingter Krankheiten⁶. Die Vorsorge soll alle arbeitsbedingten Gesundheitsschäden verhindern helfen (§ 708 RVO, 1. Abschn., Satz 3) – nicht nur die Berufskrankheiten –. Die in diesem Zusammenhang für Ärzte entstandene Sammlung „Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ bekennt sich ausdrücklich zu dieser umfassenden Prävention²³. Rechtliche Basis hierfür sind die berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften. Die voranstehend gemachten Ausführungen zur Begrenztheit und zunehmenden Dysfunktionalität des bestehenden Modells von Berufskrankheiten lassen vermuten, daß mit diesen Präventivmaßnahmen der veränderten Belastungsstruktur begegnet werden soll.

Ähnlich der Berufskrankheitenliste sind in den „Vorsorgegrundsätzen“ überwiegend Gefährdungen durch isolierte Noxen aufgeführt. Arbeitnehmer, die den hier bezeichneten Belastungen ausgesetzt sind, müssen sich einer Eignungsuntersuchung zu Beginn der gefährdenden Tätigkeit sowie Überwachungsuntersuchungen in regelmäßigen Abständen unterziehen. Vom Ergebnis hängt die Möglichkeit einer Beschäftigung bzw. Weiterbeschäftigung an dem entsprechenden Arbeitsplatz ab. Die „Grundsätze“ nennen die hierfür erforderlichen medizinisch-toxikologischen Untersuchungsmaßnahmen sowie die Kriterien für die Eignungsbeurteilung.

Von den inzwischen verabschiedeten 34 Vorsorgegrundsätzen sind trotz des umfassenderen Anspruchs nur 6 nicht auf die spezifischen Berufskrankheiten zugeschnitten. Die Mehrzahl bezieht sich auf chemische Gefährdungen (ca. 70%), der Rest auf die häufigsten Berufskrankheiten (Lärmschwerhörigkeit, Silikose und Hauterkrankungen). Im Jahre 1975 wurden 1,4% der Versicherten der gewerblichen Wirtschaft nach den Grundsätzen untersucht. Nahezu die Hälfte der Untersuchungen galten dem Lärm, an zweiter Stelle mit 13% standen Untersuchungen zur Verhütung von Silikose und Asbestose. Rund 85% aller Vorsorgeuntersuchungen entfielen auf nur 6 der damals 29 geltenden Grundsätze²⁴. Von einer Vorsorge, die über den Versuch hinausgeht, Schädigungen bezüglich der häufigsten gültigen Berufskrankheiten zu erfassen, kann daher z. Z. nicht die Rede sein. Diese spezifischen, durch Vorschriften geregelten Untersuchungen machen aber innerhalb der betriebsärztlichen Praxis nur einen Bruchteil der präventivmedizinischen Untersuchungstätigkeit aus. Es bleibt zu prüfen, in welcher Form die allgemeinen *Einstellungsuntersuchungen*, die jeden erfassen, die Bedingungen einer präventiv wirksamen Arbeitsmedizin erfüllen.

Einstellungsuntersuchungen sollen dazu dienen, „den richtigen Mann an den richtigen Platz zu stellen“. In der Arbeitsmedizin wird dabei davon ausgegangen, daß bestimmte körperliche oder geistige Merkmale (Empfindlichkeit gegenüber Stoffen, Konstitution, Vorschädigungen usw.) dazu führen, daß Arbeitnehmer mit solchen Merkmalen ihre Gesundheit an bestimmten Arbeitsplätzen eher schädigen als solche, die diese Merkmale nicht haben. Unberücksichtigt bleibt hier die durch Einstellungsuntersuchungen mögliche Selektion von geeigneten Personen zur besseren Personalpolitik des Unternehmens, wie sie durch psychologische Tests oder sonstige Methoden üblich ist. Ihre besondere Bedeutung haben Einstellungsuntersuchungen in der Industrie für ungelernete Arbeiter.

Diese bewerben sich häufig weniger für eine bestimmte Arbeit als für Arbeit an sich. Für Arbeitsplätze mit besonderer gesundheitlicher Gefährdung (Berufskrankheiten) lassen sich nun vorwiegend körperliche Merkmale (Krankheiten, Konstitution, Vorschädigungen usw.) angeben, die das Auftreten einer Berufskrankheit in einer kürzeren Zeit wahrscheinlich machen. (Lärmarbeitsplatz bei schon vorhandener Schwerhörigkeit, Staubarbeitsplatz bei Bronchitis). Allerdings ist das Wissen um die besondere Gefährdung bestimmter Personen auf die bekannten Berufskrankheiten und deren Gefährdungsmerkmale beschränkt. Für die unüberschaubare Zahl von anderen Gefährdungen ist das Wissen um die besondere medizinische Gefährdung einiger Personen gegenüber der Normalpopulation zu gering, um die negativen sozialen Folgen einer solchen Selektion zu rechtfertigen:

Die Beurteilung von Risikofaktoren setzt detaillierte *Kenntnisse der Pathogenese* voraus, d. h. hier das Wissen darum, welche Arbeitsbedingungen auf welchem Weg welche Krankheiten in ihrer Entstehung begünstigen oder verursachen. Die Ergebnisse der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz mit ihren oft gegensätzlichen Beurteilungen desselben Problems durch verschiedene Untersucher – oft Kapazitäten ihres Fachgebietes – zeigen, daß sowohl über das Ausmaß der Belastung durch die angestrebte Arbeit als auch über die Wirkung derselben auf den Organismus entgegengesetzte Ansichten bestehen²⁵. Dies gilt insbesondere für jene Krankheiten, die neben den Herz/Kreislauf-Erkrankungen den Hauptanteil der Ursache für Frühinvalidität ausmachen, nämlich die Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Aber selbst wenn vorhanden, ist das Wissen um Krankheitsursachen und Pathogenese nicht unmittelbar in *Eignungsprüfungen* umsetzbar. Der präventiv orientierten Medizin stellt sich nämlich das Problem der Entwicklung zuverlässiger, gültiger und unschädlicher Tests. In den „Grundsätzen“ tauchen aber z. B. „Gefäßveränderungen“ oder „psycho-vegetatives Syndrom“ als Kriterien der Nichteignung auf. Wie werden diese definiert und gemessen?

Keiner wird bestreiten wollen, daß es richtig ist, besonders Gefährdete von der Gefahrenzone fernzuhalten – sofern nur tatsächlich Gefährdete erfaßt und gleichzeitig Anstrengungen zur Minderung der Gefahr getroffen werden. Darüber hinaus ist aber Voraussetzung jeder medizinischen Untersuchungstätigkeit, daß sie *Konsequenzen für den einzelnen* hat, bzw. bei wissenschaftlichen Untersuchungen dem Fortschritt der medizinischen Erkenntnis für die Allgemeinheit dient²⁶. Dieser Grundsatz muß auch für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen gelten. Er ist verletzt, wenn sich im Falle gesundheitlicher Einschränkungen an den „Schutz vor dem Arbeitsplatz“ nicht unmittelbar die gezielte Vermittlung einer geeigneten Tätigkeit bzw. rehabilitativ-therapeutische Bemühungen anschließen. Dies ist bislang nicht in institutionalisierter Form gewährleistet.

Solange Vorsorgemedizin auf die Untersuchung und Aussonderung von Personen reduziert bleibt, läßt sich nicht nur keine Prävention gesundheitlicher Schäden realisieren – es besteht darüber hinaus die Gefahr der Perversion solcher präventiver Bemühungen in ihr Gegenteil bis hin zu „Selbstverstümmelung“ und „medizinischer Kosmetik“: Crawford berichtet aus den USA von den Auswirkungen der Gesundheitsschutzvorschriften für Bleiarbeiter, welche u. a. Frauen im gebärfähigen Alter die Arbeit an bleigefährdeten Arbeitsplätzen ver-

bietet. Um den Arbeitsplatz zu erhalten, ließen sich Frauen sterilisieren, um den Arbeitsplatz nicht zu verlieren, beugten sich Arbeiter dem Zwang einer durch Nebenwirkungen sie gefährdenden Arzneimitteltherapie²⁷.

Das Modell des Gesundheitsschutzes, der optimalen Verteilung von gefährlichen Arbeitsplätzen auf „geeignete“ Personen hat offensichtlich seine engen medizinischen Grenzen. Die generelle Ausweitung von Einstellungsuntersuchungen, die mit der Bestellung von Betriebsärzten nach dem ASiG einhergeht, kann daher mit arbeitsmedizinischen Gründen nicht gerechtfertigt werden²⁸.

3.2. Präventivmedizinisch-epidemiologische Erkenntnisse zu Vorsorgeuntersuchungen

Eine über die arbeitsmedizinische Begründung von Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen hinausgehende Argumentation besagt, daß durch solche Reihenuntersuchungen ja Krankheitszustände aufgedeckt und früh erkannt werden, so daß auf jeden Fall ein gesundheitspolitisch richtiger und dem Individuum nutzender Effekt vorhanden ist. Dieser Aspekt eines allgemeinen Screenings ist besonders in den technisch gut ausgestatteten Zentren vorhanden und bereitet bei der im Vergleich zur persönlichen Leistung des Arztes billigen Labormedizin keine besondere finanzielle Anstrengung. Auch werden in einigen Betrieben schon systematisch Früherkennungsaktionen (VW, BASF) durchgeführt, die sich nicht auf spezielle arbeitsmedizinische Risiken beziehen, sondern auf die wichtigen Volkskrankheiten und deren Risikofaktoren (Hypertonie, hoher Blutfettspiegel, Diabetes).

Wenn die Arbeitsmedizin Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen auch mit diesem allgemeinen Argument rechtfertigt, so ist allerdings zu fragen, inwieweit die von der Präventivmedizin formulierten Kriterien für Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen beachtet werden²⁹.

Bei präventivmedizinischen Untersuchungen ist ja eine grundsätzlich andere Situation gegeben als in der kurativen Medizin. Nicht ein an einer Krankheit auch subjektiv leidender Patient sucht die Hilfe des Arztes, sondern die Medizin fordert symptomlose Personen auf, sich medizinischen Maßnahmen zu unterwerfen. Die persönliche Arzt/Patient-Beziehung in einer kurativen Situation rechtfertigt oft diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die ohne diesen Aspekt des Hilfesuchens nicht sinnvoll begründet werden könnten. Da dieser subjektive Aspekt bei präventiven Untersuchungen entfällt, können hier einzig und allein strenge wissenschaftliche, soziale und ökonomische Prinzipien zur Rechtfertigung herangezogen werden.

Die Erfahrungen mit Reihenuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vor allem in England und den USA haben zu den folgenden allgemein anerkannten Gesichtspunkten geführt, nach denen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen nicht schon für sich sinnvolle Maßnahmen sind, vielmehr müssen besondere Kriterien erfüllt sein und Vorkehrungen getroffen werden, damit nicht vielleicht sogar ein für die Gesundheit der Bevölkerung negativer Aspekt überwiegt.

Diese Kriterien lassen sich hier nur kurz in der Form von sechs Fragen andeuten:

1. Ist die Screening-Methode in der Lage, eine Veränderung (biochemisch, physiologisch) zu entdecken, die sich auf den Gesundheitszustand auswirkt? – Ein nach statistischen Kriterien pathologischer Laborbefund ist zunächst noch keine Krankheit.
2. Gibt es für die zu entdeckende Krankheit eine Therapie?
3. Wie groß ist die Gewißheit, daß dem Screening selbst eine Behandlung folgt und sind dafür die institutionellen Voraussetzungen geschaffen?
4. Verändert das Screening die wichtigen Endpunkte Mortalität und Morbidität?
5. Sind die langfristigen Konsequenzen des „Labelling“ von sich gesundführenden Personen berücksichtigt?
6. Sind die traditionellen Methoden der klinischen Erfolgsbeurteilung bei Screening-Untersuchungen angebracht?

Erst nach Beantwortung dieser Fragen sind präventive Untersuchungen sinnvoll anzuwenden. Dies gilt insbesondere für das bei Einstellungsuntersuchungen übliche polyvalente, nicht auf eine Krankheit gerichtete allgemeine Screening (bis zu 20 Laborwerten, Röntgen, EKG usw.), das von vielen Vertretern der Epidemiologie und Präventivmedizin abgelehnt wird³⁰.

Die Durchführung eines Vorsorgeprogramms für eine Krankheit oder mehrere muß zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen (meßbar in einer Zunahme der Lebenserwartung, physischem, sozialem oder emotionalem Wohlbefinden, Schmerzabnahme oder Zunahme der Zufriedenheit). Das bloße Erkennen oder „labelling“ von Personen mit Risikofaktoren (hoher Blutdruck, hoher Cholesterinspiegel, hohe Leberenzyme usw.) ist für sich noch keine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Da der Werksarzt selbst nicht therapieren darf, andererseits aber auch keine anderen medizinischen Institutionen regelmäßig von den Befunden Gebrauch machen, ist anzunehmen, daß die durch den Werksarzt gemachte Mitteilung von solchen Laborbefunden keine Auswirkungen auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes hat.

Zusammenfassend muß davor gewarnt werden, durch wahllose Reihenuntersuchungen den medizinischen „Konsum“ zu erhöhen, was vielleicht den professionellen Interessen von Ärzten entspricht, jedoch wissenschaftlich und gesundheitspolitisch nicht gerechtfertigt werden kann und, wie Sackett es ausdrückt, oft den „Aufkauf von Gesundheitsbedürfnissen mit dem AutoAnalyzer und Computer bedeutet“³¹.

3.3. Möglichkeiten des „Biological Monitoring“ der Arbeitsplatzbelastung

Die Kritik einer personenbezogenen Untersuchungs-Arbeitsmedizin richtet sich nicht ausschließlich gegen die Einstellungsuntersuchungen, sondern generell gegen das praktizierte und wissenschaftliche Primat der Überwachung des Gesundheitszustandes der Arbeitenden gegenüber der Überwachung von Arbeitsbedingungen. Die diese Kritik begründenden Einsichten sind banal: „Durch solche Untersuchungen wird kein Gas weniger toxisch, kein Staub weniger pathogen . . .“³². Auch weiß jeder, daß selbst die Auswahl gesundheitlich Robustester das Krankwerden nicht verhindern kann, selbst dann nicht, wenn

wie von einigen erwünscht, sogar die individuelle Anfälligkeit *Gesunder* ertestet werden könnte. Solche Untersuchungen haben ihre präventiv-medizinische Berechtigung daher nur, sofern sie denselben Forderungen genügen, die auch an Einstellungsuntersuchungen zu stellen sind, nämlich einer genauen Zuordnung zu der jeweiligen Belastung am Arbeitsplatz mit der Perspektive der Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Neben der Beurteilung mit klassischen Methoden der inneren Medizin (klinische Untersuchung, Laborchemie und Funktionsdiagnostik) hat in den letzten Jahren das sogenannte *biological monitoring* Bedeutung erfahren. Was ist darunter zu verstehen? Während arbeitsmedizinische Überwachungsuntersuchungen zunächst dazu dienen sollen, pathologische Veränderungen von Personen an gefährlichen Arbeitsplätzen zu entdecken, um einen Arbeitsplatzwechsel, eine Unterbrechung der Arbeit oder sonstige auf den Menschen bezogene Maßnahmen vorzunehmen, versteht sich die „biologische Überwachung“ (*biological monitoring*) gleichzeitig als Kontrolle des Arbeitsplatzes.

Dabei wird nicht wie sonst üblich die direkte Belastung durch Schadstoffe z. B. in der Umgebungsluft gemessen, sondern man nutzt die Möglichkeit, den Schadstoff, seine Metaboliten oder die Wirkungen im exponierten Körper selbst zu bestimmen. Die Ergebnisse sollen dann als Indikator der Belastung benutzt werden. Die Überschreitung bestimmter Grenzwerte im Organismus des Individuums oder im Durchschnitt eines Kollektivs soll zum Anlaß genommen werden, die Exposition zu vermindern.

Bevor die biologische Überwachung für einen Schadstoff jedoch routinemäßig verwendet werden kann, sind detaillierte Kenntnisse über die Toxikologie und besonders über Dosis/Wirkungsbeziehungen erforderlich (Bedingungen für die Anwendung des biolog. monit. s. *Schiele*, 1978³³). Nur für einen Bruchteil der gefährlichen Arbeitsstoffe – Blei, Kadmium, einige Lösungsmittel – liegt das nötige umfangreiche Wissen vor³⁴. Gemessen an der Vielfalt der Schadstoffexposition ist der Anwendungsbereich somit extrem gering. Eine Weiterentwicklung dieses Wissens überschreitet u. E. auch die Kompetenz eines Werksarztes und ist eigentlich Aufgabe der arbeitsmedizinischen Wissenschaft, wenn sie auch in enger Kooperation mit ihm unter Nutzung seiner Erfahrung sowie der Untersuchungsmöglichkeiten vor Ort erfolgen sollte.

Angesichts des toxikologischen Aufwandes bei gleichzeitiger Begrenztheit der Interpretation der mit dem „*biological monitoring*“ ermittelten Ergebnisse erstaunt, wie wenig dagegen die subjektiv von den Arbeitnehmern geäußerten Beschwerden registriert und auf die Arbeitsbedingungen bezogen werden³⁵. Dabei soll hier nicht die tatsächliche Schwierigkeit bagatellisiert werden, solch unspezifische Symptome wie Kopfschmerzen, Benommenheit, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Kreuzschmerzen zu interpretieren, wenn diese nicht auch durch objektivierbare organische Befunde einem Krankheitsbild zuzuordnen sind. Andererseits bedeutet der Verzicht auf Untersuchung und Erklärung solcher am Arbeitsplatz in Erscheinung tretender Phänomene eine nicht zu verantwortende Unterlassung präventiver Möglichkeiten. Die Behandlung dieser Beschwerden mit Arzneimitteln ist dagegen tägliche Praxis in der werksärztlichen Ambulanz. Eine ausschließlich mit Arzneimitteln arbeitende Pseudotherapie zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit ist fast schon eine bewußte Schädigung der Gesundheit. Von der Pharmaindustrie unterstützte Tests von Arzneimitteln für die werksärztliche

Praxis machen dies deutlich. Niedling berichtete 1973 über die Wirksamkeit von Omca-Nacht in einem Kunstfaserwerk mit kontinuierlicher Wechselschicht. Dabei wurden die durch Arbeitsbelastung (Schichtarbeit, Monotoniearbeit, Akkord) auftretenden Beschwerden (vegetative Dystonie, Schwitzen, Schlafstörungen, Diarrhoe) von 100 Arbeitern in einem „Therapieversuch“ mit dem Psychopharmakon behandelt und die besondere Wirksamkeit der Kombination Omca und Omca-Nacht für Schichtarbeiter (nicht für Patienten) herausgestellt³⁶. Eine Firma (Ciba-Geigy) stellt die besondere Eignung des „Grippe-Mittels“ Fiobrol (enthält Phenylbutazon) zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bei frühzeitiger Gabe heraus und betont, daß es unter anderem an 10 000 Patienten einer werksärztlichen Ambulanz „erprobt“ wurde³⁷.

4. Voraussetzungen einer präventiven Arbeitsmedizin

Die durch das ASiG bewirkte qualitative Auswirkung arbeitsmedizinischer Tätigkeit ist unter den heutigen Bedingungen kaum zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz geeignet. Vielmehr überwiegen negative soziale Auswirkungen (Selektion), die den medizinischen Nutzen bei weitem übersteigen. Insofern sind die formalen Erfolgsmeldungen des BMA und der Ärzteschaft unter dem Aspekt des eigentlichen Zieles, nämlich Prävention am Arbeitsplatz, Augenwischerei.

Die bloße Ausdehnung medizinischer Dienste ist jedoch gerade in der problematischen Situation der Arbeitsmedizin kein Erfolgskriterium. Auf dem Hintergrund des quantitativen Niveaus der allgemeinen kurativen medizinischen Versorgung (Zahl der Arzt/Patient-Kontakte, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittelverschreibungen in der Bundesrepublik Deutschland) muß die arbeitsmedizinische Tätigkeit vor allem präventivmedizinischen Ansprüchen genügen. Einige Voraussetzungen und notwendige Veränderungen für eine Arbeitsmedizin im Interesse des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz sollen hier benannt werden.

1. Es kann in der Hauptsache nicht darum gehen, einseitig eine Anpassung vorhandener Gefährdungen auf geeignete Personen vorzunehmen. Die Erfolge dieser Strategie sind auch nach medizinischen Kriterien auf wenige Arbeitsplätze beschränkt. Dies ist eine Absage an alle Modelle umfassenderer personenbezogener Optimierungsstrategien. Diese Methoden stellen sich einerseits in der Praxis als undurchführbar heraus und haben andererseits unübersehbare soziale Folgen. In der arbeitsmedizinischen Praxis muß sich der Arzt in einer konkreten Situation fragen, ob sein Klient diese Arbeit nach medizinischen Kriterien durchführen kann, ohne daß ein Verteilungsspielraum zur Verfügung steht. Anpassungsstrategien dienen damit in den meisten Fällen den Interessen des Unternehmens zur Vermeidung von „Risiken“.

2. In bezug auf die Überwachung und Kontrolle gesundheitsschädlicher stofflicher und physikalischer Einwirkungen (kanzerogene Substanzen, gesundheitsschädliche Dämpfe und gefährliche chemische Produkte) sind die systematischen Möglichkeiten des einzelnen Werksarztes begrenzt. Bei der unüberschaubaren Vielfalt von chemischen Noxen kann nur eine zentrale staatliche Überwa-

chung von gefährlichen Produktionsmethoden und -substanzen effektiv sein. Auch müssen die ca. 1000 jährlich neu verwendeten chemischen Stoffe einer Zulassungsprüfung auf Gesundheitsschädlichkeit unterzogen werden.

3. Die arbeitsrechtliche Stellung des Werksarztes als leitender Angestellter bewirkt, daß seine Tätigkeit der direkten Einflußnahme des Unternehmers unterliegt und er gezwungen wird, vornehmlich im Interesse betrieblicher Gewinnrationalität vorzugehen. Notwendig ist daher die arbeitsrechtliche Unabhängigkeit des Werksarztes.

4. Die vor allem in den Arbeitsmedizinischen Zentren geübte „Labor-Arbeitsmedizin“, ohne betriebliche Kenntnis der Ärzte, wird auf die Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz selbst wenig Auswirkungen haben. Diese Aussage gilt ebenso für die Untersuchungen durch arbeitsmedizinisch wenig qualifizierte niedergelassene Ärzte.

5. Für eine wirksame präventiv-orientierte Arbeitsmedizin ist der unmittelbare Kontakt und die Diskussion mit den Arbeitnehmern über ihre Gesundheitsprobleme eine notwendige Voraussetzung, um mit Unterstützung der Belegschaft gesundheitliche Interessen wahrzunehmen.

6. Eine berufliche Perspektive für jüngere Ärzte in der Arbeitsmedizin wird es nur geben, wenn wichtige Elemente ärztlicher Tätigkeit integriert werden. Neben den spezifischen fachlichen Aspekten muß gleichzeitig praktische unmittelbare ärztliche Betätigung möglich sein. Diese ist notwendig zur individuellen Beratung von Patienten bei den zahllosen Gesundheitsstörungen, die am Arbeitsplatz auftreten. Diese Integration von fachlicher und allgemeiner ärztlicher Tätigkeit würde bedeuten, daß eine wirkliche Arbeitsmedizin nicht mehr und nicht weniger ist als gute Medizin, die in der Arbeitswelt der Patienten praktiziert wird³⁸.

Anmerkungen

1 Jense, H.: Werksärztliche Versorgung in der BRD, in: Das Argument 78, Berlin-West 1973.

2 Schiffbauer, R.: Zahl fachkundiger Arbeitsmediziner steigt. Deutsches Ärzteblatt 1978, 19: 1127-1128.

3 Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, ZHB 96/77 v. 14. 7. 1977

4 Adel, W.: Diskussionsbeitrag auf der IG Metall-Tagung über Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit. Gelsenkirchen 1977.

5 Schäcke, G.: Diskussionsbeitrag auf der IG Metall-Tagung über Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit. Gelsenkirchen 1977.

6 Valentin, H. u. a.: Arbeitsmedizin, Stuttgart 1971.

7 Wendland, M. E., H. F. Wolff: Die Berufskrankheitenverordnung. Berlin 1977.

8 Thiess, H. M., H. D. Flach: Über die Pioniertätigkeit der ersten Werksärzte in Deutschland. Zbl. Arbeitsmedizin 1970, 3: 81-87.

9 Weyl, Theodor: Handbuch der Arbeiterkrankheiten, Jena 1908.

10 Karbe, H. H.: Der Stand der Arbeitsmedizin in Deutschland im Jahrzehnt der bürgerlichen Revolution. Dtsch. Ges.wesen 1973, 28: 423-426.

11 Dubos, R.: Mirage of health, New York 1959.

12 Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V.: Arbeitsunfallstatistik für die Praxis. Bonn 1978.

- 13 Tennstedt, F.: Frühinvalidität als Problem des Verhältnisses zwischen Sozialversicherung und Arbeitswelt. *Gewerkschaftliche Monatshefte* 1977, 3: 194–212.
- 14 Abholz, H. (Hrsg.): *Krankheit und soziale Lage*. Frankfurt 1975.
- 15 Hettinger, T.: Betriebsärztliche Arbeitskonzeption unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung nach § 3 ASiG. In: *Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Tätigkeit*. Schriftenreihe Arbeitssicherheit IG Metall Nr. 20, Frankfurt 1977.
- 16 Winkler, O.: Arbeitsweise betriebsärztlicher Zentren. In: *IG Metall Schriftenreihe* Nr. 20.
- 17 Janzen, K.: Die Rolle des Betriebsarztes im Arbeitsgeschehen aus der Sicht der Gewerkschaften. In: *IG Metall Schriftenreihe* Nr. 20.
- 18 Naschold, F.: Zur Perspektive und Strategie einer arbeitsorientierten Gesundheitspolitik. *Gewerkschaftliche Monatshefte* 1977, 3: 182–193.
- 19 Siehe auch den Aufsatz von Kühn/Hauss in diesem Band
- 20 Florian, H. J.: Das Arbeitssicherheitsgesetz – aus der Sicht der Arbeitsmedizin. *A.S.P.* 1978, 1: 9–12.
- 21 Kiriloff: Beitrag zur Organisation der betriebsärztlichen Dienststelle. Siemens AG., Berlin 1940.
- 22 Siemens AG: *Fluktuation aus ärztlicher Sicht*. Berlin 1971.
- 23 BGliche Grundsätze . . . , Gentner-Verlag, Stuttgart 1971.
- 24 Buss, P.: Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der betriebsärztlichen Praxis. In: *IG Metall Schriftenreihe* Nr. 20.
- 25 Bauer, E.: Vortrag auf der Hauptversammlung des Verbandes für Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Berlin 10. April 1978.
- 26 Pflanz, M.: *Allgemeine Epidemiologie*, Stuttgart 1974.
- 27 Crawford, R.: You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *Int. J. Health Services* 1977, 7: 663–680.
- 28 Schilling, R. S. F.: Occupation and health, in: *Theory and practice of Public Health*, London 1975.
- 29 Wilson, J. M. G., G. Jungner: *Principles and practice of screening for disease*. WHO, Genf 1968.
- 30 Holland, W. W.: Vortrag auf einem Seminar der Freien Universität Berlin, Februar 1978.
- 31 Sackett, D. L.: Screening for early detection of disease: to what purpose. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1975, 51: 39–51.
- 32 Wittgens, H.: *Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durch Betriebsärzte bei Gehörfähigung durch Lärm*. Kongreß DGAM 1976.
- 33 Schiele, R.: Anwendbarkeit und Grenzen des „Biological Monitoring“ in der Arbeitsmedizin und Epidemiologie. *Zbl. Arbeitsschutz u. Prophylaxe* 1978, 1: 1–8.
- 34 Teisinger, J.: Anwendungsmöglichkeiten einiger biologischer Expositionstests für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Arbeiter. *Zbl. Arbeitsmed.* 1978, 1: 13–21.
- 35 Abholz, H., H. Funcke, E. Hildebrandt, F. Naschold, C. Watkinson: Die Entwicklung der Arbeitermedizin als Beitrag zur Humanisierung der Arbeit. *WSI-Mitteilungen* 1978, 2: 105–113.
- 36 Niedling, H.: Zur Therapie vegetativer Störungen, 1. Mitteilung: Beobachtung an Schichtarbeitern. *A.S.P.* 1973, 11: 265–266.
- 37 Packungsaufdruck der Firma Ciba-Geigy für Fiobrol.
- 38 Taylor: Occupational medicine: past, present and future. *British Medical Journal*, 13 December 1975, 631–633.