

5 Arbeitsmedizin und Ethik aus gewerkschaftlicher Sicht

HANS-JÜRGEN URBAN

Zusammenfassung

Die gegenwärtigen Veränderungen in Wirtschaft und Arbeitswelt stellen alle in Prävention und Gesundheitsförderung Tätigen vor große Herausforderungen. Hierin kommt der Arbeitsmedizin eine besondere Verantwortung zu, da sie sich qua Profession in besonderer Weise den einzelnen Arbeitnehmer/innen annehmen kann. Der arbeitsmedizinische Auftrag geht allerdings über den Einzelnen hinaus und ist auf eine Verbesserung der kollektiven Arbeitsbedingungen und auf das Ziel einer menschengerechten Arbeitsgestaltung gerichtet. Verantwortungsethisch steht dabei immer der arbeitende Mensch – auch und gerade der am wenigsten geschützte und der am meisten benachteiligte Mensch – im Mittelpunkt. Eine nur auf die voll Leistungsfähigen orientierte Arbeitsmedizin oder ein Gesundheitsmanagement, das sich dafür einspannen lässt, Hochleistungsbelegschaften herauszuselektieren, verfehlen ihren Auftrag. Im Folgenden soll, nach einer Skizze der gegenwärtigen arbeitspolitischen Situation, auf aktuelle Problemfelder und Dilemmata der Arbeitsmedizin eingegangen werden, um dann das verantwortungsethische Postulat der Arbeitsmedizin und Anforderungen aus der Sicht der Gewerkschaften an die arbeitsmedizinische Praxis genauer zu beschreiben.

Finanzmarktkapitalismus untergräbt humane Arbeit

In den Sozialwissenschaften gibt es einen allgemeinen Konsens darüber, dass wir uns in einem Übergang vom traditionellen Wohlfahrtsstaatskapitalismus hin zu einem globalisierten Finanzmarktkapitalismus befinden. Die arbeitspolitischen Konsequenzen des Finanzmarktkapitalismus sind überall sichtbar und greifbar. Die damit verbundenen Veränderungen sind allen, die sich mit Themen der Arbeitswelt befassen, wohl bekannt: Flexibilisierung, Re-Taylorisierung, Segmentierung, Prekarisierung und Unsicherheit, hoch assoziiert mit einer zunehmenden Angst, die Arbeit zu verlieren. Wir stehen vor der gesellschaftlich fast absurden Situation, dass diejenigen, die Arbeit haben, zu immer größeren Arbeitsleistungen und zu teilweise nicht entgelteter Mehrarbeit gezwungen sind, während der Sockel der Langzeitarbeitslosigkeit von Jahr zu Jahr weiter steigt. Bei der Analyse der Entwicklung von Arbeit gibt es eine Reihe von Phänomenen, die begrifflich unter Vermarktlichung und Entgrenzung zu fassen sind. Wo früher noch das Gesamtunternehmen ökonomisch und sozial einen gewissen Spielraum und damit auch einen gewissen Schutz bot, wird heute die Weltmarktkonkurrenz auf jeden Arbeitsbereich, auf jeden Arbeitsplatz heruntergebrochen, der Druck wird sozusagen nach

unten weitergereicht. Die Leistungsanforderungen und Arbeitszeiten steigen unter dem Druck der Shareholder-Value-Ökonomie ins Maßlose. Die gesundheitlichen Folgen sind in der Fachwelt allgemein bekannt und brauchen an dieser Stelle nur als Stichworte genannt werden: Zunahme psychischer Erkrankungen, insbesondere Depression, Angststörungen und psychosomatische Erkrankungen. Aber auch „klassische“ Muskel-Skelett-Erkrankungen sind, aufgrund schlechter werdender Arbeitsbedingungen beispielsweise in der Fließfertigung oder in Zulieferbetrieben, nach wie vor bedeutsam und nehmen sogar in manchen Bereichen wieder zu.

In den Unternehmen halten Formen der Arbeitsorganisation Einzug, die dazu führen, dass Arbeitsteams, einzelne Produktionsstätten, einzelne Teile eines Konzerns miteinander in Konkurrenz treten, in Marktkonkurrenz um Nachfolgeaufträge und vieles mehr, teilweise mit sozio-emotional und psychisch verheerenden Folgen (Sennett 2005). Die Rede ist von neuen Formen der Steuerung. Gemeint ist damit ein Abschied von traditionellen Befehls- und Gehorsamsstrukturen und der Übergang zu betriebswirtschaftlichen Indikatoren, die die Beschäftigten dazu bringen, nicht mehr auf Grundlage der Anweisung von Vorgesetzten, sondern auf der Grundlage der Zwänge von Cost- und Profitcentern, sich im Betrieb wie Marktindividuen zu verhalten. Das Ganze wird begleitet durch einen deutlichen Wandel der Unternehmensführung gegenüber den betrieblichen Interessenvertretungen. Unternehmensführungen bedienen sich ja durchaus noch sozialpartnerschaftlicher Rhetorik, setzen allerdings in der Regel auf eine Konfrontationspolitik in einem Ausmaß, wie wir es in den letzten Jahren und Jahrzehnten so nicht kannten. Und in manchen, angeblich so demokratischen Unternehmen herrschen bei genauem Hinsehen wieder Autoritätsgehabe, Unterdrückung und Angst. Wir spüren, dass die Maßlosigkeit in der Arbeitszeitgestaltung, die nicht nur in Arbeitszeitverlängerung besteht, sondern die durch Arbeitszeit-Flexibilisierung zunehmend die gesamte Lebensweise der Beschäftigten dem Arbeitsrhythmen unterordnet, eine neue Bedeutung für die Strukturierung der Arbeitsbedingungen erlangt hat. Zugleich gewinnt das Phänomen der sozialen Unsicherheit an Bedeutung. Gemeint ist damit die massive Zunahme ungesicherter und ungeschützter Beschäftigungsverhältnisse, in denen oftmals nicht einmal der klassische Arbeits- und Unfallschutz Geltung besitzt.

Die IG Metall wie die Gewerkschaften insgesamt setzen sich daher für ein arbeitskraftzentriertes arbeitspolitisches Konzept ein, als dessen Kernelemente Innovation, Qualität, Qualifizierung und Humanisierung zu nennen sind. Wir setzen dabei auf eine Strategie des Schutzes, des Widerstandes und der aktiven Gestaltung. Interessenvertretungen und professionelle Arbeitsschützer und Arbeitsmediziner haben immer die Aufgabe, Menschen vor Maßlosigkeit und schädigenden Zugriffen zu schützen; doch besteht unsere Aufgabe zugleich darin, die Arbeitenden zu befähigen, sich selbst gegen verschleißende, entwürdigende und zerstörerische Arbeitsbedingungen zu wehren. In dieser Befähigung sehen wir einen wesentlichen, vielleicht den entscheidenden Teil dessen, was derzeit allgemein unter Gesundheitskompetenz diskutiert wird. Mit den Beschäftigten gemeinsam sollen und müssen schließlich Konzepte humaner Arbeitsgestaltung erarbeitet werden, die tragfähig

und nachhaltig sind. Hierher gehören auch Diskussionen, wie in der heutigen und kommenden Zeit eine Mitbestimmung am Arbeitsplatz aussehen könnte.

Die praktische Arbeitsmedizin kann und darf bei all diesen Prozessen nicht außen vor bleiben. Die Beschäftigten brauchen den arbeitsmedizinischen Sachverstand, wenn es um Gesundheits- und Gestaltungskompetenzen geht. Die Maßlosigkeit durchdringt auch die Mitarbeiter/innen selbst, und oftmals können sie nicht mehr unterscheiden, ob der Druck von außen oder auch von innen kommt. Hier sehen wir auch und gerade die Kompetenz des Betriebsarztes oder der Betriebsärztin gefordert. Er/sie kann und sollte dem/der unter Druck leidenden Mitarbeiter/in helfen, unter Beachtung seiner/ihrer Individualität das für ihn/sie „richtige Maß“ zu finden. Die betriebliche Arbeitsmedizin im Betrieb ist u.E. die einzige Profession ist, die qua Profession ein unbedingtes Vertrauensverhältnis zum einzelnen Arbeitnehmer / zur einzelnen Arbeitnehmerin aufbauen kann und diese/n im geschützten Rahmen beraten und in seiner/ihrer Auseinandersetzung um bessere Arbeitsbedingungen persönlich unterstützen kann.

Ethische Probleme der Arbeitsmedizin und Professionalisierung

Arbeitsmedizin als medizinische und präventiv ausgerichtete Profession bewegte sich von Anfang an im Spannungsfeld verschiedener Interessen, die sich keineswegs konvergent „aufgelöst“ haben, sondern dem Grunde nach bis heute fortbestehen: Auf der Seite der Arbeitgeber besteht nach wie vor ein Interesse an hoch leistungsfähigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren Arbeitskraft möglichst produktiv und gewinnbringend eingesetzt werden kann. Dieses Interesse wird soweit arbeitnehmerseitig geteilt, als die Nutzung der Arbeitskraft nicht mit einem merklichen und vor aller Zeit sichtbarem Gesundheitsverschleiß verbunden ist. Daran können auch Arbeitgeber – sofern sie eine mittel- und längerfristige Personalpflege betreiben – kein Interesse haben. Jedoch mehren sich mit der Europäisierung und Globalisierung von Produktion und Dienstleistungen und dem damit verbundenen Überangebot von Arbeitskräften die Gelegenheiten, Personal nicht zu pflegen, sondern schnell zu vernutzen. In vielen Bereichen des Handwerks und der Mittelständischen Industrie, der Zulieferbetriebe, der Leiharbeitsfirmen und neuer Dienstleister wie z.B. Call-Center kehren Zustände wieder, die wir lange als überwunden geglaubt hatten. Das vielerorts Problematische dabei ist die Duldung durch die betroffenen Arbeitnehmer/innen, die aus Angst vor Arbeitsplatzverlust unhaltbare, weil teilweise extrem inhumane Arbeitsbedingungen hinnehmen. In manchen Bereichen der IT-Branche werden Sozialtechniken – wie sie auch unter dem Stichwort „Selbststeuerung“ diskutiert werden – angewandt, welche die Beschäftigten zu einer maßlosen Ausdehnung der Arbeitszeiten antreiben. Diese skizzenhafte Situationsbeschreibung zeigt, in welchem komplexen Gemengelage heute praktizierte Arbeitsmedizin stattfindet. Der grundsätzliche Interessengegensatz zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern ist nicht verschwunden, doch scheint er sich heute in viele weitere Teilinteressen auf-

zugliedern, die sich in meist wenig durchschaubarer Weise überlagern, verstärken, widersprechen und auch gegenseitig blockieren können.

Vor diesem Hintergrund bedeutet Professionalisierung der Arbeitsmedizin nicht nur, sich auf der Höhe der arbeitsmedizinischen Fachkunde – und diese ist schon aufgrund ihrer Ausweitung auf epidemiologische, psychologische und weitere Fachgebiete in ihrem Anspruch signifikant gestiegen – zu bewegen. Professionalisierung bedeutet inzwischen auch, sich im Gestrüpp der verschiedenen Interessen zurechtzufinden und sich nicht von seiner Leitschnur abbringen zu lassen, für „Gesundheit bei der Arbeit“ einzutreten, wo immer und wann immer das notwendig ist. Die besondere Herausforderung an die in der Prävention in der Arbeitswelt stehende Profession ist der Umstand, dass der Ausgangspunkt nicht die individuellen Erkrankungen sind, sondern die in den Arbeitsbedingungen liegenden ätiopathogenetischen Faktoren. „Weder Diagnostik noch Therapie ermöglicht eine schlüssige Zurückführung auf die Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung, die durchaus in der Arbeitsbiographie bzw. in den Bedingungen der Arbeit liegen können. Eine industrielle Pathologie, also eine Lehre von den industriellen Risiken und Gesundheitsgefährdungen hat in doppelter Weise sich auszurichten; sie hat sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Arbeitsperson in den Blick zu nehmen. Doch selbst aus einer industriellen Pathologie in dieser doppelten Perspektive erwächst nicht notwendigerweise schlüssig eine Vorstellung über die Gestaltung von Arbeitsbedingungen im Sinne von gesundheits- bzw. menschengerecht. Die Geschichte von Public Health und damit auch die Geschichte der Gewerbehygiene bzw. der Betriebs- und Arbeitsmedizin ist gekennzeichnet durch die Auseinandersetzung zwischen der klinischen naturwissenschaftlichen einzelfallorientierten Sichtweise, ergänzt um eine epidemiologische Betrachtung auf der einen Seite und einer sozialhygienischen, sozialmedizinischen Tradition, die die Grunderkenntnis der Public Health-Forschung thematisiert, dass nämlich Gesundheit, Krankheit und vorzeitige Sterblichkeit von gesellschaftlichen Bedingungen in der Arbeits- und Lebenswelt abhängig ist. Armut, soziale Ungleichheit, soziale Isolation, psychosozialer Stress, defizitäre Gratifikationsstrukturen, mangelhaft ausgestaltete Handlungsspielräume, neben den real wirkenden physikalisch-chemischen und biologischen Noxen, sind die pathogenen Faktoren und wirken insbesondere gesundheitsschädlich, wenn Ressourcen im Sinne individueller Kompetenz, Kaufkraft oder in Form von sozialer Unterstützung nicht zur Verfügung stehen“ (Müller 1998, S. 2).

Arbeitsmedizin kann sich eben nicht, wie das noch oft bis in unsere Tage geglaubt wurde, zurückziehen auf einen wie auch immer zustande gekommenen Kanon medizinischer Vorsorgeuntersuchungen, sondern muss in einem sehr viel breiteren Feld agieren. So ist es außerordentlich begrüßenswert, dass der letztjährige Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin sich des Ethik-Themas annahm, in vollem Bewusstsein darüber, dass die arbeitsmedizinische Positionierung in komplexen Situationen und „nicht selten zwischen konkurrierenden Interessen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der betrieblichen Praxis, Wirtschaft, Politik, Forschungsförderung, wissenschaftlichen Aufga-

benwahrnehmung, ja selbst in der Herausgabe von Fachliteratur stattfindet (Baur 2008, S. 3). Ganz entgegen der objektiv gestiegenen Bedeutung der Arbeitsmedizin in unserer Gesellschaft werden an vielen Universitäten Lehrstühle abgebaut bzw. nicht mehr ersetzt, wird arbeitsmedizinisch-epidemiologische Forschung abgebaut statt aufgebaut, werden in vielen Unternehmen die betriebsärztlichen Abteilungen outgesourct, werden für die Fachwelt wichtige Informationen von Arbeitgebern nicht freigegeben und werden staatlicherseits die dringend nötigen gewerbeärztlichen Dienststellen bis zur Unkenntlichkeit zusammengestrichen. Hier ist auf vielen Ebenen ein umfassendes Engagement vonnöten, einschließlich breiter Bündnisse mit anderen arbeitswissenschaftlich arbeitenden Disziplinen, wissenschaftlichen Instituten, Berufsverbänden, mit auf Personalpflege setzenden Unternehmen und nicht zuletzt mit den Gewerkschaften, die immerhin die Interessen der Arbeitnehmer/innen vertreten, um deren Gesundheit es hier geht.

Ein Punkt scheint in unserem Themenzusammenhang von besonderer Wichtigkeit: „Speziell im Bereich der betriebsärztlichen Aufgabenwahrnehmung“ fordert Baur (ebenda, S. 8) die „Stärkung und Sicherung der Unabhängigkeit und Loslösung von wirtschaftlichen Interessen“. Der praktisch tätige Arbeitsmediziner / die Arbeitsmedizinerin müsse in die Lage versetzt werden, beispielsweise bei Vorsorgeuntersuchungen eine Güterabwägung „zwischen den Belangen des Einzelnen und denen der Gemeinschaft“ vorzunehmen.

Baur (2008) erweitert – und auch darin ist ihm vorbehaltlos zuzustimmen – den Horizont auf die volkswirtschaftliche Ebene. Genau in diesem Sinne hat Arbeitsmedizin das öffentliche Gut der Gesundheit zu verteidigen gegen einzelwirtschaftliche und leider meist kurzfristige Sichtweisen. Hinzuzufügen wäre freilich noch die internationale Dimension. Denn mittel- und längerfristig nutzt es unserer Volkswirtschaft nichts, wenn gesundheitsverschleißende Arbeitsbereiche in unterentwickelt gehaltene Länder verlagert werden. Dies würde nur den Druck auf die hiesigen Arbeitsbedingungen vergrößern. Umgekehrt sind verstärkte Bemühungen zur praktischen Um- und Durchsetzung internationaler Standards in allen Teilen der Welt vonnöten, um Wettbewerbsverzerrungen auf Kosten der Gesundheit der Arbeitenden zu verringern und letztlich auch auszuschalten. Umso wichtiger ist es nach Auffassung der Gewerkschaften, dass Betriebsärzte und Betriebsräte auf der betrieblichen Ebene endlich zu einer strukturierten und vertrauensvollen Zusammenarbeit kommen. Es sei eingeräumt, dass in diesem Punkt auf Seiten der Gewerkschaften noch eine Menge Aufklärungsarbeit zu leisten ist. Zu begrüßen ist jedenfalls, dass heute viele Betriebsärzte glücklicherweise bereit und interessiert sind, sich mit Interessenvertretungen der Arbeitnehmer/innen zusammenzusetzen und gegebenenfalls auch „zusammenzuraufen“. Dies ist angesichts der drängenden Fragen, die wir eingangs aufgeworfen haben, auch unerlässlich.

Verantwortungsethik und professionsethische Positionierung der Arbeitsmedizin

Der Soziologe Max Weber hat bereits Anfang des vergangenen Jahrhunderts in seinem großen Entwurf der Wirtschaftsgesellschaft immer wieder die Frage aufgeworfen, was eine Profession bzw. einen Beruf charakterisiert und welche ethische Haltung in einer Profession bzw. in einem Beruf einzunehmen ist. Wenn wir davon ausgehen, dass eine berufliche Profession sich nicht nur durch eine hochspezifische Fachkunde, sondern auch durch einen hohen Autonomiegrad in der Durchführung der jeweiligen Aufgaben auszeichnet, so ist bei der persönlichen Ausgestaltung jener Aufgaben nicht nur das Wissen, sondern auch das Gewissen gefordert. Weber (1919/1973) kritisiert die tradierte protestantisch-kantianische Sichtweise, die sich auf Maximen und gute Absichten beruft, als „Gesinnungsethik“. Dieser stellt er die „Verantwortungsethik“ entgegen, welche die realen Folgen des eigenen Handelns in den Blick nimmt und daran die ethische Qualität jenes Handelns misst. Konkret für unseren thematischen Zusammenhang gewendet heißt dies: Der/die Arbeitsmediziner/in ist zwar nicht verantwortlich für die praktische Realisierung der menschengerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen – das obliegt nach wie vor dem Arbeitgeber –, wohl aber für die richtige, nachhaltige, energische und möglichst wirkmächtige Beratung des Arbeitgebers, der Arbeitnehmer/innen und ihrer Interessenvertretung. Ethisches Handeln im Beruf – und auch das können wir von Weber lernen – birgt immer auch ein Risiko des Scheiterns. Das heißt in unserem Zusammenhang konkret: Ethisches Handeln birgt das Risiko, dass der Arbeitgeber sich der spezifischen arbeitsmedizinischen Beratung „entledigt“, was der Gesetzgeber bei überbetrieblicher Betreuung dem Arbeitgeber – nicht zuletzt auch durch das Zulassen freier und zu Dumpingpreisen tendierenden Marktmechanismen in der Sicherstellung des öffentlichen Gutes Gesundheit im Betrieb – leider recht leicht gemacht hat. In solchen Fällen ist eine Zusammenarbeit mit überbetrieblichen Institutionen wie Gewerbearzt und Unfallversicherung angezeigt. Es gehört u.E. genuin zur Professionsethik, derartiges im Bereich des Möglichen zu antizipieren, es theoretisch „durchzuspielen“ und ggf. auch praktisch wahrzumachen. Dietrich Bonhoeffer greift in seiner „Ethik“ (1949, S. 197 ff.) die Webersche Kritik am „Kulturprotestantismus“ auf, dem zufolge die berufliche Verantwortung alleine in der Erfüllung der Berufspflichten „gegenüber der weltlichen Ordnung“ aufgeht. Nein, sagt Bonhoeffer, „gerade weil Beruf Verantwortung ist und weil Verantwortung eine ganze Antwort des ganzen Menschen auf das Ganze der Wirklichkeit ist“, wäre ein „banausisches Sichbeschränken auf die engste Berufspflicht ... Verantwortungslosigkeit“ (S. 200). Man muss mit Bonhoeffer nicht sein christlich-religiöses Fundament teilen, um diesem Diktum gerade auch mit Blick auf die Arbeitsmedizin zustimmen zu können.

Die arbeitsschutzrechtlichen Kriterien, die für die betriebsärztliche Tätigkeit gelten, geben Anhaltspunkte für die berufsethisch geleitete praktische betriebspolitische Positionierung der Arbeitsmedizin. Kurz seien einige dieser Kriterien genannt:

„Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind streng gefährdungsorientiert, d.h. sie dürfen nur in Bezug auf vorhandene oder mögliche Gefährdungen durchgeführt werden. ... Kollektiver Arbeitsschutz geht vor individuellem Arbeitsschutz (ArbSchG), woraus folgt: Keine arbeitsmedizinische Untersuchung ohne eine vorausgegangene Gefährdungsbeurteilung! Pflichtuntersuchungen sind nur unter bestimmten Bedingungen zulässig („Zweckbindungsgebot“ der Untersuchungen); im Vordergrund stehen immer Angebotsuntersuchungen. Beschäftigungsverbote stellen eine absolute Ausnahme Maßnahme dar. Zuvor müssen alle Möglichkeiten der präventiven Gestaltung des betreffenden Arbeitssystems ausgeschöpft werden. Es besteht immer eine Aufklärungs- und Informationspflicht gegenüber dem Beschäftigten vor jeder Untersuchung. Darzulegen sind Grund, Zweck und Ziel der Untersuchung. Jede Untersuchung stellt einen Eingriff in die Gesundheits- und Persönlichkeitsrechte dar, woraus folgt: Keine Untersuchung ohne Befragung und Einwilligung des Beschäftigten“ (Hien 2006, S. 37). Den Gewerkschaften ist bewusst, dass die betriebliche Wirklichkeit in vielen Fällen weit entfernt davon ist, den genannten Kriterien gerecht werden zu können. Vor allem in der überbetrieblichen Betreuung kleiner und mittlerer Unternehmen fehlen oftmals basale Gefährdungsanalysen; nicht selten fehlen Sicherheitsdatenblätter oder gesundheitsrelevante Zusatzinformationen nach REACH. So wird in vielen Metallbetrieben mit sensibilisierenden Polyurethan-Klebstoffen gearbeitet, ohne dass darüber hinreichende Informationen vorliegen. Treten dann Allergien auf, wird meist der Betriebsarzt heranzitiert und gebeten, schärfere Erstuntersuchungen hinsichtlich atopischer Diathese zu veranstalten. Das ist aus ethischer Sicht ein Unding. Ein Generalrezept, wie in einer solchen Situation vorzugehen ist, kann an dieser Stelle nicht gegeben werden. Doch eines ist sicher: Die Arbeitsmedizin muss aus ihrer „einsamen“ Position heraustreten und Kommunikations-, Kooperations- und Bündnispartner suchen. Alleine kommt sie aus solchen Problemlagen nicht heraus.

Ein anderes, nicht minder relevantes Thema ist die psychosoziale Gesundheit bei der Arbeit. Viele Arbeitgeber sperren sich vehement gegen deren Einbeziehung in den Arbeits- und Gesundheitsschutz, obwohl die „sozialen Beziehungen“ explizit Gegenstand des europäischen und deutschen Arbeitsschutzrechts sind. Globalisierung, Flexibilisierung und Individualisierung führen – wie wir eingangs skizziert haben – zu neuen psychosozialen Problemlagen und folglich zu neuen Gesundheitsgefahren. Je stärker der Druck in den neuen Arbeits- und Beschäftigungsformen wird, je härter die Verhältnisse werden, desto mehr drohen Schwächere – Menschen mit Handicaps und chronischen Einschränkungen, Ältere und vielleicht auch schlecht Qualifizierte oder einfach nur Menschen, die „langsamer“ sind als die anderen – aus diesen Verhältnissen herauszufallen. Die Arbeitsmedizin hat die Aufgabe, im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten das Ihrige zu tun, für solche Menschen einen geeigneten personengerechten bzw. alters- oder leidensgerechten Arbeitsplatz zu finden. Die Frage ist also, ob und wie benachteiligte und gesundheitlich beeinträchtigte Menschen ihren Platz in dieser neuen Arbeitswelt finden können. Wenn sich die Arbeitsbedingungen für die Schwächeren verbessern, ist

damit oft auch ein wichtiges Stück Prävention für alle geschafft. Es ist unerträglich, wenn Arbeitgeber die Arbeitsmedizin als drohende und disziplinierende Keule benutzen wollen, nach dem Motto: „Du gehst zum Betriebsarzt, der wird dich auf Herz und Nieren prüfen, und dann wollen wir mal schauen, ob du überhaupt noch für deinen Job geeignet bist!“ Das ist nichts anderes als ein vom Arbeitgeber bzw. vom Vorgesetzten betriebenes Mobbing. Solche Arbeitgeber stehen mit einem Bein – wenn nicht gar mit beiden Beinen – in einer vordemokratischen Ordnung. Die Persönlichkeitsrechte des arbeitenden Menschen sind durch das Grundgesetz geschützt. Betriebsärzte/-ärztinnen tun gut daran, durch die Art und Weise ihrer Tätigkeit und durch ihre Wortwahl personalpolitischen Begehrlichkeiten nach dem „gläsernen Mitarbeiter“ erst gar nicht aufkommen zu lassen. Längere und schwere Krankheit ist kein Grund, Arbeitnehmer/innen „gläsern“ zu machen! Auch hier gilt: Der Arbeitgeber hat nur das Recht auf die tatsächlich auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Informationen. Dem/der Arbeitsmediziner/in kommt hier eine besondere Schutz- und Wächterfunktion zu.

„Unerledigte Aufgaben“ der Humanisierung des Arbeitslebens

Anfang der 70er Jahre startete das Programm zur Humanisierung des Arbeitslebens. In diesem, wie auch im europäischen sozialpolitischen Kontext entstanden deutliche Verbesserungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Doch die tiefgreifenden Veränderungen, in denen die Arbeitswelt gegenwärtig involviert ist, drohen nicht nur manchen Fortschritt zunichte zu machen. Sie haben auch neue, höchst problematische Themen auf die Tagesordnung gesetzt. Die Entgrenzung der Arbeit ist nur eines davon; hinzu kommt die massive Ausweitung atypischer Beschäftigungsverhältnisse, prekäre Arbeit im Leiharbeitssektor und die Aushebelung von Mitbestimmungsrechten, gerade auch auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Vor diesem Hintergrund hat die IG Metall vor 6 Jahren eine neue Humanisierungsoffensive gestartet: das Projekt „Gute Arbeit“ (Pickshaus/Urban 2008). Wir sind der festen Überzeugung, dass die konkrete Utopie einer „Guten Arbeit“ auch heute, allem Wertewandel zum Trotz, weitreichende Ausstrahlungskraft erzeugen könnte. Alles in allem kann eine durchaus positive Zwischenbilanz der Initiative Gute Arbeit gezogen werden. Erste Schritte der Re-Etablierung arbeitspolitischer Handlungsfelder wurden eingeleitet. Dennoch belegen die Erfahrungen gleichzeitig, dass die nachhaltige Etablierung einer strategisch angelegten Humanisierungsinitiative in den betrieblichen und überbetrieblichen Arenen nach wie vor erheblichen Widerständen gegenüber steht. Ohne eine Überwindung dieser Widerstände und eine erfolgreiche Bearbeitung der daraus resultierenden Probleme dürfte das Unterfangen einer tatsächlich wirkungsmächtigen Humanisierungspolitik auf der Stelle treten und die Gefahr weiterer massiver Rückschläge nicht zu bannen sein. Der Bedarf einer neuen Humanisierungsinitiative, ihrer Fortsetzung und ihres Ausbaus ist offensichtlich, die praktischen Ansätze sind vorhanden. Es ist notwendig, in den Betrieben neue

präventive Vorhaben zu initiieren und zu gestalten. Zugleich ist es notwendig, Transfer-Netzwerke auf- und auszubauen wie auch die politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen deutlich zu verbessern. In all diesen Arenen müssen die Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wesentlich enger zusammenarbeiten als dies bisher der Fall war. Aus unserer Sicht ist dabei die Beteiligung und das Engagement der Arbeitsmediziner/innen unverzichtbar.

Ein konkretes und für unseren thematischen Zusammenhang relevantes Beispiel soll an dieser Stelle noch angesprochen werden. In vielen Unternehmen wird gegenwärtig ein sogenanntes betriebliches Gesundheitsmanagement betrieben oder eingeführt. Es ist zu beobachten, dass hierbei nicht selten Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin außen vor bleiben, d.h. ein Gesundheitskonzept jenseits des präventiven und auf verbesserte Arbeitsbedingungen orientierten Gesundheitsschutzes implementiert wird. Es ist zu beobachten, dass selbst in sehr angesehenen Unternehmen weitgehend oder fast ausschließlich der Schwerpunkt auf Verhaltensprävention gesetzt wird. Diese Entwicklung ist höchst bedenklich und wird von Gewerkschaften, vom Verband der deutschen Betriebs- und Werksärzte wie von der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin gleichermaßen abgelehnt. Die betriebliche Gesundheitsarbeit mutiert hier zu einer Fitnessschraube und letztlich zu einem Selektionsinstrument – ganz im sozialdarwinistischen Sinne des „survival of the fittest“. Gegen freiwillige Unterstützungsangebote hinsichtlich einer gesunden Lebensführung ist überhaupt nichts zu sagen, sofern sie tatsächlich freiwillig und unabhängig von der betrieblichen Personalpolitik bleiben; das ist am besten in Form überbetrieblich organisierter Angebote der Krankenkassen zu realisieren. Auch Betriebsärzte können hier sinnvoll mitwirken, sofern dies auf der Basis besonderer Vereinbarungen und auf der Basis eines Vertrauensverhältnisses zu den Beschäftigten geschieht. Sobald derartige Programme aber gegenüber den Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen als Druckmittel benutzt werden, etwa in dem Sinne, weniger trainierte, gesundheitlich eingeschränkte und vorgeblich unmotivierte Mitarbeiter/innen auszusortieren und sie auf eine schwarze Liste zu setzen, um sie bei der nächsten Gelegenheit „loszuwerden“, mutiert das Gesundheitsmanagement zu einem Erpressungsinstrument. Nach der Beobachtung engagierter Betriebsräte und gewerkschaftlicher Experten greift eine solche ungute Praxis gerade dort um sich, wo Arbeitgeber kaum oder gar nicht bereit sind, irgendetwas an den Arbeitsbedingungen zu verbessern. Damit wird der gesetzliche Arbeitsschutz schlichtweg ausgehebelt. Wenn wir derartige Praxen kritisieren und bekämpfen, ziehen Arbeitsmediziner/innen und Gewerkschafter/innen – so meine Hoffnung – an einem Strang.

Literatur

Baur, X (2008). Vorbericht zur 48. wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin vom 12. bis 15. März 2008 in Hamburg. In: www-dgaum.med.uni-rostock.de/KONG2008/PDF/Vorbericht.pdf

- Bonhoeffer, D (1949). Ethik (zusammengestellt und herausgegeben von E. Bethge). München: Chr. Kaiser Verlag.
- Hien, W (2006). Die neue Rolle der Arbeitsmedizin in der Gefahrstoff-Verordnung: Wegweisend für alle Gefährdungen. In: Gute Arbeit, Heft 7, S. 36–39.
- Müller, R (1998). Zur Geschichte der Professionalisierung der Betriebs- bzw. Arbeitsmedizin. In: www.zes.uni-bremen.de/homepages/rmueller/downloads
- Pickshaus, K / Urban, H-J (2008). Gute Arbeit als Strategie. Perspektiven gewerkschaftlicher Arbeitspolitik. In: Gute Arbeit. Handlungsfelder für Betriebe, Politik und Gewerkschaften. Frankfurt a.M.: Bund, S. 95–112.
- Sennett, R (2005). Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin-Verlag.
- Weber, M (1919). Politik als Beruf. In: Derselbe (1973): Soziologie, Universalgeschichtliche Analysen, Politik. Stuttgart: Alfred Kröner, S. 167–185.