



Sozialgeschichtliche und sozialphilosophische Anmerkungen

Arbeits- und Gesundheitsschutz aus ethischer Perspektive

Im vorliegenden Beitrag wird, ausgehend von einer Skizze der neuen, durch Flexibilisierung, Prekarisierung und Individualisierung gekennzeichneten Kultur der Arbeit, auf Grund-Dilemmata des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – worunter Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, Sozialberatung und weitere, in der betrieblichen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung engagierte Praxisfelder verstanden werden – anhand eines historischen Rückblicks zur Arbeitsmedizin eingegangen. Es folgt ein Abriss verschiedener ethischer Denkrichtungen, um danach das verantwortungsethische Postulat des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und Anforderungen aus sozial- und professionsethischer Sicht an die betriebliche Praxis genauer zu beschreiben.

Verantwortung bedeutet „Verantwortung für den anderen Menschen“, auch wenn deren Wahrnehmung im Betriebsalltag in Konflikt mit den Interessen des Auftraggebers geraten kann. Arbeits- und Gesundheitsschutz hat, so das ethische Plädoyer dieses Beitrages, Partei für die Schwachen zu ergreifen, ohne deren Schutz auch die Bastionen der noch – oder auch nur scheinbar – „Starken“ erodieren werden.

Die neue Kultur der Arbeit – eine große Herausforderung

Die Veränderungen der Arbeitswelt, die wir seit etwa drei Jahrzehnten erleben, sind ähnlich grundlegender Natur wie der Übergang vom mittelalterlichen Zunftwesen zur Industriearbeit im 19. Jahrhundert. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse, in deren Gefolge die Erfindung und Verbreitung der Dampfmaschine und

schließlich die Produktionsform des Kapitalismus änderten Arbeit und Leben der Menschen grundlegend. Die Arbeitenden wurden in riesigen Fabrikanlagen zusammengepfercht. Es entstand eine Anhäufung menschlicher Arbeitskraft bisher ungeahnten Ausmaßes. Arbeitswissenschaftlich gesprochen: Es entstanden einheitliche, belastungshomogene Kollektive, die in Fließarbeit und Massenproduktion tayloristisch arbeiteten und im Guten wie im Schlechten zusammen waren und zusammenhielten, zusammenhalten mussten. Dass damit ein hohes Maß an sozialer Kontrolle einherging – d.h. auch: Individualitäten waren schwierig zu leben –, liegt auf der Hand. Diese Arbeitskultur kann aus heutiger Sicht als „altes kulturelles Modell“ bezeichnet werden, welches die letzten Jahrzehnte mehr und mehr von einem „neuen kulturellen Modell“ jenseits der

Kollektivität abgelöst wird. Diesen Übergang in ein neues Zeitalter hat Richard Sennett (1998, 2005) soziologisch untersucht; mit seiner Formulierung, die neue Arbeitswelt führe zu einer „Korrosion des Charakters“, fängt er die tiefgreifenden psychosozialen Folgen treffend ein. Wir erleben, ausgelöst und getrieben von einer neuen Stufe der neoliberalistisch orientierten Globalisierung, einen Prozess der Differenzierung von Arbeit, der Flexibilisierung, der Fragmentierung, der Prekarisierung und der Individualisierung in einem bisher nicht gekannten Ausmaß. Wurde noch Anfang der 80er Jahre geglaubt, dass wir an der Schwelle zu einer eher ganzheitlichen Arbeit stehen – und das glauben zeitversetzt auch viele der in der Softwarebranche Beschäftigten bis in unserer Tage – so zeigt sich uns heute eine Arbeitskultur, in der Taylorismus herrscht

ohne tayloristische Kollektive, d.h. in der die Arbeit globalisierungsgerecht zergliedert ist und zugleich von jedem Arbeitenden verlangt wird, sich als Person ganz und gar einzubringen, ohne irgendwelche Sicherheiten zu haben. Gefordert wird von den Arbeitenden, sich psychisch und mental selbst zu managen, zum Wohle des Unternehmens. Wer das nicht schafft oder in irgendeiner Weise beeinträchtigt ist, wer zufällig in der falschen Betriebsstätte oder in der falschen Region arbeitet, findet sich bald auf der Verliererseite. Der Zwang zum Selbstmanagement schimmert auch im so sorglos genutzten Begriff der „Beschäftigungsfähigkeit“ durch.

Matuschek u.a. (2008) nennen die neue Form der Arbeit „subjektiviert Taylorisierung als Beherrschung der Arbeitsperson“. Nach wie vor ist der arbeitende Mensch „Rädchen im Getriebe“, doch darin befindet er sich heute weitgehend alleine, individualisiert und in vielen Fällen auch isoliert, abgeschottet vom Zuspruch und der Hilfe anderer, auch von deren helfend-korrigierenden Eingriffen. Stattdessen werden Arbeitende innerhalb des gleichen Unternehmens zu Konkurrenten, letztlich zu Konkurrenten um den Arbeitsplatz. Die Angst, Arbeit zu verlieren und möglicherweise völlig aus der Arbeitswelt herauszufallen, greift um sich und hat in der Tat auch reale gesellschaftliche Entsprechungen. Sennett beschreibt Menschen, die trotz Zustimmung zur andauernden Mobilität, zum Leben aus Koffern fern von Familie und Freunden und trotz ihrer Bereitschaft, sich ganz und gar auf die Unternehmensfordernde einzustellen, aus dem „System“ herausfallen und in fatale Abwärtsspiralen geraten. Eine wachsende Zahl von Menschen, durchaus auch höher Qualifizierte, geraten so in eine Zone der Prekarität ohne feste Arbeit, d.h. eine Situation der Unsicherheit und eine Situation ohne Perspektive, oftmals gezwungen, in Leiharbeitsfirmen, als Zwangs-Selbstständige oder Ein-Euro-Jobber unter teilweise extrem inhumanen Arbeitsbedingungen (vgl. Hien u.a. 2007) „über die Runden“ zu kommen. Diese Gemengelage schafft eine Fülle neuer psychischer Anforderungen und Belastungen, ohne dass die

physischen Belastungen signifikant zurückgegangen wären. Deutlich zurückgegangen sind freilich Unfallgefahren und Belastungen durch schädliche Arbeitsstoffe, doch schaffen die psychischen Belastungen auch im „klassischen Gefährdungsbereich“ neue Empfindlichkeiten und Empfänglichkeiten, die geradezu eine arbeitswissenschaftliche und arbeitsmedizinische Psychosomatik herausfordern (Lax 1999). Diese Veränderungen stellen alle in Prävention und Gesundheitsförderung Tätigen vor große Herausforderungen. Im Konzert aller Präventionsexperten kommt der Arbeitsmedizin eine besondere Verantwortung zu, denn sie hat – neben der Suchtberatung – qua Profession prinzipiell immer den Zugang zum einzelnen arbeitenden Menschen. Doch dabei kann und darf Arbeitsmedizin nicht stehen bleiben. Auch wenn die eingangs ange deutete arbeitsweltliche Gemengelage es schwer macht, noch „Kollektive“ oder für Kollektive geltenden Arbeitsbedingungen auszumachen, ist der Präventionsauftrag immer auch auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Ganzen und auf menschengerechte Arbeitsgestaltung gerichtet. Hilfreich ist hier der systemische Denkansatz, wie er beispielsweise von Ulich/Wülser (2004) vertreten wird.

In einem Projekt, das den Umgang älter werdender IT-Fachkräfte mit Arbeitsbelastungen und Gesundheitsproblemen zum Gegenstand hatte (Hien 2008), wurden hinter dem Schein der qualifizierten „sauberen, selbstbestimmten und kreativen Tätigkeit“ Konturen einer (re-)taylorisierten, unter gandenlosen Zeit- und Qualitätsdruck stehenden und extrem gesundheitsverschleißenden Arbeit sichtbar. Es tauchen neuartige Hierarchien auf, Konkurrenzen untereinander werden gezielt angeheizt, die Beteiligten werden in endlose Machtspiele hineingezogen, der Marktdruck wird nach unten durchgereicht, Erfahrungswissen wird entwertet. Der Zwang, ständig „am Ball bleiben“ müssen, führt zu einem Grad der Selbstdisziplinierung, die im alten kulturellen Modell nicht denkbar gewesen ist. Gefühle der Schwäche werden unterdrückt, Belastungen, körperliche und seelische Grenzen nicht

wahrgenommen oder so lange verleugnet, bis es zum körperlichen und seelischen Zusammenbruch kommt. Nutzten Arbeiter in der klassischen Industriearbeit ihren Körper noch als „ihr Kapital“, immer mit dem unvermeidlichen Risiko, jenen Körper frühzeitig zu verschleifen und oftmals zu zerstören, so erfahren wir in der neuen Arbeitskultur etwas ganz Ähnliches: Die Arbeitenden funktionalisieren ihre Leiblichkeit und fügen sie gleichsam restlos – „mit Haut und Haaren“ – in ihre Arbeit ein. Sichtbar wird hier eine Struktur-Homologie zwischen Branche und Individuum. Wenn Ängste, Erschöpfungsdepressionen und depressive Neurosen, insbesondere solche mit psychosomatischen Auswirkungen, vorwiegend Menschen mit „intellektuell differenzierter Struktur“ und „der Neigung, sich aus besonderer Gewissenhaftigkeit zu überfordern“, betreffen, und wenn darüber hinaus Potenziale



Opel-Werke Rüsselsheim: Taktstraße in der Pkw-Montage

Foto: bpk / Hanns Hubmann

des Widerstandes – gleichsam „gesunde Aggressionen“ – unterdrückt und schließlich gegen sich selbst gerichtet werden (Kisker et al. 1991, S. 343 sowie S. 103 f.), dann fällt ins Auge, dass genau diese Eigenschaften in der Branche eher erwünschte Eigenschaften sind.

Das Beispiel der IT-Branche zeigt, dass wir in Arbeitswissenschaft und in der Auseinandersetzung um eine menschengerechte Arbeit immer wieder am Anfang stehen: Waren es vor 100 Jahren Unfälle,

Vergiftungen, Stäube und zerschlissene Knochen, so sind es heute psychische Belastungen, Verspannungen, Verkrampfungen, Ängste und Selbstunterdrückung, die uns vor ganz neue Herausforderungen stellen. Die Arbeitenden vor schädlichen Einflüssen zu schützen und sie in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, bedeutet heute zuerst einmal, sie sensibler für Belastungserfahrungen zu machen. Das heißt aber gerade nicht, sie zu noch mehr Leistung anzutreiben! Ein Gesundheitsmanagement, das sich dafür einspannen lässt, Hochleistungsbelegschaften herauszuselektieren, verfehlt seinen Auftrag. Die Beschäftigten brauchen den arbeitswissenschaftlichen und 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 die Kompetenz der im Arbeits- und Gesundheitsschutz stehenden Akteure gefordert. Sie können und sollten dem/der unter Druck leidenden Mitarbeiter/in helfen, unter Beachtung seiner/ihrer Individualität das für ihn/sie „richtige Maß“ zu finden. Dass hierfür die betriebliche Arbeitsmedizin ein unbedingtes Vertrauensverhältnis zum einzelnen Arbeitsnehmer / zur einzelnen Arbeitnehmerin aufbauen muss, versteht sich dabei von selbst. Das Gleiche gilt für Sozialberater/innen, aber auch für Sicherheitsfachkräfte/-ingenieure, an die sich einzelne Arbeitnehmer/innen in ihrer Not wenden.

Das Grund-Dilemma des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin waren von Anbeginn an mit der Frage verbunden, wie und in welcher Weise Leben und Gesundheit der Bevölkerung hergestellt, gesichert oder verbessert werden können, d.h. Arbeitsmedizin war von Anfang an immer auch mit dem Postulat einer öffentlichen Gesundheit – mit „Public Health“ – verbunden. So gesehen hatten Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin immer schon einen sozialpolitischen und sozialstaatlichen Auftrag (Müller/Milles 1984). Einer

der großen „Väter“ und Mitbegründer der modernen Arbeitsmedizin war der Wiener Arzt Ludwig Teleky (Wulf 2001). Er soll im Folgenden als historisches Beispiel für die Geschichte des modernen technischen, sozialen und medizinischen Arbeitsschutzes stehen. Teleky stammte aus einer Wiener jüdischen Familie und baute schon als Student Ende des 19. Jahrhunderts enge Verbindungen zur sozialdemokratischen Arbeiterbewegung auf, deren führende Figur, Viktor Adler, selbst Arzt war und sich schon früh mit den Krankheiten der Arbeiter und Arbeiterinnen befasste. Teleky stellte in seiner Antrittsvorlesung im Jahr 1909 die Arbeitsmedizin als Teil einer sozialen Medizin dar, die er als Synthese zwischen Sozialwissenschaft und Medizin verstand. Das medizinische Wissen wiederum beinhaltete für ihn auch ein eminentes Wissen über Technologie, Chemie, Toxikologie und Hygiene. Heute würde er diesen Kanon zweifelsohne um Psychologie und Soziologie erweitern. Teleky hatte zwischen 1900 und 1909 nicht nur ausgedehnte Studien zur Tuberkulose durchgeführt, sondern auch zur Phosphorkrose in der Zündholzfabrikation, zu Blei- und Chromaterkrankungen in der Farbenindustrie und zu Quecksilbererkrankungen bei Bergarbeitern, Hutmachern und anderen Berufen. Eine „soziale Arbeitsmedizin“, so Teleky, muss aus der Analyse von kollektiven Auffälligkeiten Präventionspotenziale, aber umgekehrt auch aus der Beobachtung einzelner Erkrankungen und deren Verläufen, indem sie in einen Zusammenhang mit arbeitsbezogenen und sozialen Verhältnissen gebracht werden, mögliche Ursachen erkennen und ihnen bei allen unter ähnlichen Bedingungen arbeitenden Personen nachgehen. Teleky stieß als Krankenhausarzt und wissenschaftlich arbeitender Arbeitsmediziner, später auch als preußischer Landesgewerbearzt – er hatte diese Position in Düsseldorf zwischen 1921 und 1933 inne – auf erheblichen Widerstand der Arbeitgeber. Doch nicht nur sie, sondern auch die von den Fabrikherren angestellten Fabrikärzte polemisierten heftig gegen Teleky und beschimpften ihn als „Vaterlandsverräter“.

Viele Fabrikärzte gingen – anders als Teleky und andere demokratisch eingestellte Ärzte – davon aus, dass gesellschaftliche Hierarchien naturgegeben seien und es immer Menschen minderer Wertigkeit gebe, für die gesundheitsverschleißende Arbeit gleichsam „normal“ sei. Viele Fabrikärzte – später wurden sie dann Betriebsärzte genannt – unterstellten den Arbeitern Simulantentum und nahmen insofern Beschwerden und Erkrankungen nicht oder nur ungenügend wahr. Theodor Floret, Fabrikarzt der Farbenfabriken, vormals Friedrich Bayer und Co. zu Elberfeld und einer der ersten modernen Betriebsärzte in Deutschland, sah in der Kranken- und Unfallversicherung ein Übel, welches die Arbeiter zu „Begehrlichkeiten und missbräuchlicher Ausnutzung“ verführe. Dem müsse der Fabrikarzt „energisch ... entgegentreten“ (Floret 1913). Darüber hinaus verbot sich Floret jede Einflussnahme „von außen“, wozu er auch eine staatliche Aufsicht zählte. Teleky begrüßte zwar die Einrichtung einer betrieblichen Präventivmedizin ausdrücklich, kritisierte aber die Aufgabenstellung der praktischen Arbeitsmedizin, wie sie von Floret beschrieben wurde. Betriebsärzte seien, so Teleky, durch ihre Nähe zu den konkreten Arbeitsverhältnissen wichtig und unverzichtbar, wenn es um die konkrete Prophylaxe, um Fürsorge, um Belehrung und Aufklärung ginge, doch als Angestellte des Fabrikunternehmers könnten sie „unmöglich ... im Nebenamt als Beauftragte der Staatsverwaltung darüber wachen, dass die von Staats wegen vorgeschriebenen hygienischen Maßnahmen durchgeführt werden“ (Teleky 1913). Was die großen Fragen der Gewerbehygiene – Forschung, Überwachung sowie Erarbeitung von Gesetzen und Vorschriften – anbelange, so seien diese nur „in voller Unabhängigkeit“ zu bewerkstelligen. Knapp 100 Jahre später haben sich manche Dinge glücklicherweise entschärft – allein schon durch die verbesserten Voraussetzungen eines demokratischen gesellschaftlichen Bewusstseins –, doch der Grundkonflikt besteht auch heute noch: Wie kann sich Arbeitsmedizin in einem privat verfassten Unternehmen – und von diesem bezahlt –

im Sinne von Public Health Geltung verschaffen?

Teleky hat immer wieder darauf hingewiesen, dass die betriebliche Arbeitsmedizin durch eine überbetriebliche Gewerbe- und Gesundheitsmedizin ergänzt werden muss, gleichwohl in enger Verzahnung mit dem betrieblichen Geschehen. Teleky ging auf das häufig zu hörende Argument von Betriebsärzten ein, man habe diese oder jene Krankheit „im Betrieb noch nie gesehen“, es könne also keinen Zusammenhang zu den Arbeitsbedingungen geben. In seinem Beitrag „Gewerbehygienisches Arbeiten und Forschen“ (Teleky 1926) weist er eindringlich darauf hin, dass man Kranke oder auch nur Entkräftete, die eine bestimmte Arbeit nicht mehr zu leisten vermögen, „begreiflicher Weise nicht mehr im Betrieb antreffen“ könne. Genau deshalb ist für die Arbeitsmedizin eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und weiteren Sozialversicherungsträgern notwendig – nicht, um vereinzelte Simulanten herauszufinden, sondern um einen statistischen Zusammenhang zwischen bestimmten Erkrankungen und bestimmten Arbeitsbedingungen zu prüfen. Teleky hat solche Überprüfungen vorgenommen und auf diese Weise wertvolle Beiträge zur Ätiologie arbeitsbedingter Erkrankungen geliefert. Dass Reihenuntersuchungen oftmals keine tragfähigen Aussagen zulassen, begründet er mit dem Phänomen der Selbstauslese, die mit dem Grade der Schädlichkeit der Arbeitsbedingungen zunimmt. Ein weiterer Punkt sei erwähnt: Teleky setzte sich unermüdlich für eine enge Kooperation mit anderen arbeitswissenschaftlich arbeitenden Fachleuten ein, insbesondere – aus der damaligen Zeit heraus ist diese Schwerpunktsetzung verständlich – mit den technisch arbeitenden Experten. Teleky griff mit seinen Interventionen auch in die organisatorische Struktur der Betriebe ein. Das sah Franz Koelsch, der als königlich-bayerischer Landesgewerbearzt anfang und Zeit seines Lebens seine obrigkeitstättliche Orientierung nie überwand, völlig anders. Koelsch wollte sich weder in die Organisation noch in die technischen Bedingungen der Arbeit einmischen. Der Arbeitsmedizi-



Auch heute stellen arbeitende Menschen „Rädchen im Getriebe“ dar. Sie befinden sich darin allerdings allein, individualisiert und isoliert.

ner sei „in erster Linie Arzt“, der sich mit dem einzelnen Menschen befassen müsse, mit seiner erblichen Konstitution, seiner Leistungsfähigkeit und seinem Leistungswillen. Damit konterkarierte Koelsch die eigentliche Aufgabe der Arbeitsmedizin, auf die menschengerechte Gestaltung der Verhältnisse hinzuwirken. Koelsch war auf diese Weise bruchlos in die Nazi-Medizin integrierbar. Dem gegenüber entwarf Teleky mit seiner Lebensleistung ein Modell von arbeitsmedizinischer Profession, dessen sozialetischer Kern sich für die heutigen Herausforderungen einer menschengerechten Arbeitsgestaltung als Leuchtturm erweist.

Betriebsärzte dürfen sich – auch das ist von Ludwig Teleky zu lernen – nicht alleine auf medizinische Untersuchungen im engeren Sinne beschränken. Der arbeitsmedizinische Sachverstand wird dringend gebraucht im Konzert der präventiven und gesundheitsförderlichen Berufe, Kompetenzen und Strategien. Untersuchungen sind notwendig, aber sie müssen immer auf die konkreten Arbeitsbereiche bezogen sein, in denen die Menschen tätig sind. Die hier angesprochene Kooperation aller „Präventionsfachkräfte“ – unter diesem durchaus treffenden Begriff werden in Österreich auch die Arbeitsmediziner/innen gefasst – ist zugleich der Schlüssel zur ansatzweisen Lösung der Frage, wie sich eine unabhängige Arbeitsmedizin betriebliche Geltung verschaffen kann. Sie kann es nach unserer Auffassung nur, wenn sie sich mit den anderen Präventivfachkräften und darüber hinaus mit den betrieblich und überbetrieblich wirkenden Überwachungs- und Unterstützungsorganen

verbündet. Damit sind hauptsächlich die Interessenvertretungen der Beschäftigten und die staatlichen Gewerbeärzte und die staatlichen Gewerbeaufsicht als Ganzes gemeint. Leider dünnt der Staat seine eigenen Organe immer weiter aus – ein Prozess, dem alle im Arbeits- und Gesundheitsschutz Engagierten energisch entgegenzutreten müssen. Umso wichtiger ist es, dass Sicherheitsingenieure, Betriebsärzte und Betriebsräte endlich zu einer strukturierten und vertrauensvollen Zusammenarbeit kommen, die in vielen Unternehmen noch nicht gegeben ist.

Verantwortung für den anderen Menschen

Der Sozialpsychiater und Philosoph Klaus Dörner beginnt sein Buch „Der gute Arzt“ (Dörner 2001), das weit über die Medizin hinaus als Lehrbuch für alle in sozialen Bereichen oder mit sozialpolitischen Aufgabenstellungen arbeitenden Berufe genutzt wird, mit einer Kritik der Kantischen Prinzipienethik. Dörner hat beobachtet, dass sich alle möglichen Berufe einen Ethik-Kodex geben oder Ethik-Kommissionen einrichten und damit ihr schlechtes Gewissen beruhigen. Schon Max Weber kritisierte vor 100 Jahren eine derartige Herangehensweise als „Gesinnungsethik“, während das praktische Leben und Handeln davon meist weitgehend unberührt bleibe. Dem schließt sich Dörner heute an: Prinzipien oder Leitlinien werden auf eine abstrakte, großräumige und allgemeine Ebene gehoben. Die konkrete praktische Situation, das konkrete praktische Dilemma, der konkrete Mensch, um den es im Augenblick geht, wird kaum von dieser hohen Ebene abstrakter Sätze berührt. In gewisser Weise könnte man sagen: Die Ethik-Grundsätze bleiben „sauber“, sie machen sich im konkreten und chaotischen Alltag „die Hände nicht schmutzig“. Doch genau darum geht es: Wie kann im konkreten und dilemmatösen Alltag – in unserem Falle: eines Arbeitsschützers, einer Arbeitsmedizinerin, eines Gesundheitsförderers – das praktische Tun ethisch orientiert und reflektiert werden? Dörner empfiehlt, sich zunächst auf die „weichen Daten“ der Personen einzulassen, die uns anvertraut sind:

Nicht Messergebnisse, sondern den Sinnhorizont der Person ernst nehmen, nicht nur danach schauen, ob die verfügbaren Grenzwerte eingehalten sind, sondern sich in den leidenden oder auch abwehrenden Menschen hineinfühlen und verstehen, was ihn bewegt oder blockiert.

Dörner geht sodann einen Schritt weiter und diskutiert weitere ethische Ansätze wie die der Sorgeethik (nach Carol Gilligan), der Gerechtigkeitsethik (nach John Rawls) und der Diskursethik (nach Jürgen Habermas). Fürsorge ist wichtig und unverzichtbar, beinhaltet jedoch die Gefahr des Paternalismus, ganz nach dem Motto: „Der Experte weiß, was für den Betroffenen gut ist.“ Eine solche Herangehensweise entmündigt die Menschen und stärkt die Expertokratie. Auch die Gerechtigkeitsethik ist wichtig und unverzichtbar, insofern sie eine besondere Zuwendung und Förderung besonders Benachteiligter fordert; die Diskursethik schließlich geht von einem partnerschaftlichen Verhältnis und einer aktiven Einbeziehung des Anderen aus, eine gerade in partizipativen Gesundheitsschutz und in der Gesundheitsförderung elementar wichtige Sichtweise. Doch beide – Gerechtigkeitsethik und Diskursethik – setzen eine mentale, sprachliche und habituelle Beteiligungsfähigkeit voraus, die oftmals gar nicht oder nur ungenügend vorhanden ist. Beide Ethikansätze sehen den Menschen als rational denkendes und handelndes Wesen – damit bleiben diese Ansätze genauso abstrakt wie derjenige Kants – und blenden die sozio-emotionalen Ebenen weitgehend aus. Dörner sucht nach einer Möglichkeit, Gerechtigkeit, Dialog und Fürsorge miteinander zu verbinden und immer wieder auf den konkreten Anderen zu beziehen, der uns anvertraut ist, der uns braucht und den wir unterstützen können. Ohne die anderen Ethikansätze zu negieren, hebt er auf die Verantwortungsethik ab, wie sie Emmanuel Levinas in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt hat. Levinas, ein Philosoph jüdisch-litauischer Herkunft und nach dem Zweiten Weltkrieg in Frankreich wirkend, sagt sinngemäß, ähnlich wie vor ihm Max Weber: Nicht die gute Gesinnung ist wichtig, son-



Angestellte leugnen ihre körperlichen und seelischen Grenzen so lange, bis es zum Zusammenbruch kommt.

dern das Handeln, wofür ich die Verantwortung trage. Verantwortung habe ich nicht für irgendeine Sache, sondern immer für den anderen Menschen. Ich kann mich nicht einmal entscheiden, ob ich Verantwortung übernehme, denn ich habe sie von vornherein – ich kann sie allenfalls ignorieren.

Levinas kritisiert die christliche Perspektive der Innerlichkeit – wonach der Mensch belohnt wird für seine guten Vorsätze und seine guten Gefühle – und stellt dem die jüdische Sicht des Tuns und Handelns gegenüber, welches sowohl dem konkret Anderen wie dem politisch Gerechten verpflichtet ist. Unschwer – und hinsichtlich des geistigen Hintergrundes auch nicht ganz zufällig – lassen sich in der Verantwortungsethik, angewandt auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz, Elemente der Telekyschen Konzeption wiedererkennen.

Max Weber (1919) und noch pointierter Dietrich Bonhoeffer (1949) bringen – indem sie sich kritisch mit dem Berufsbegriff Luthers auseinandersetzen – Beruf bzw. Profession und Verantwortung in einen engen Zusammenhang. Verantwortung beziehe sich eben gerade nicht, so Bonhoeffer, auf die „Dienstpflichten“ gegenüber Arbeitgeber oder Staat, sondern immer auf „das Ganze der Wirklichkeit“. An diesem Gedanken knüpft Bayertz (1991) an, wenn er anmahnt, die Folgen des professionellen Handelns oder Nicht-Handelns konsequent durchzudenken. Beobachte ich einen bestimmten Vorgang oder eine bestimmte Entwicklung, in die ich möglicherweise nicht „direkt“ involviert bin, deren negative Richtung aber durch

meine Intervention positiv verändert werden könnte, so bin ich aus professions- und verantwortungsethischer Sicht, so Bayertz, geradezu verpflichtet einzugreifen, auch wenn dies ein persönliches Risiko mit sich bringen mag. „Es ist ein wohlbekanntes Merkmal moralischer Verpflichtungen, dass ihre Wahrnehmung zu persönlichen Nachteilen führen kann. Der Unzumutbarkeitseinwand läuft daher darauf hinaus, dass Moral überhaupt unzumutbar sei“ (Bayertz 1991, S. 193), wobei hier unter Moral die praktisch angewandte Ethik verstanden wird. Aus Levinasscher Sicht muss angemerkt werden, dass der Mensch immer schon in seiner Verantwortung steht. Er kann diese nur umgehen oder ignorieren und damit gleichzeitig „den Ruf den anderen Menschen“ überhören, d.h. sich der Zwischenmenschlichkeit entziehen. „Das eigentlich Zwischenmenschliche liegt in einer Nicht-Gleichgültigkeit der einen für die anderen, in einer Verantwortlichkeit der einen für die anderen, jedoch bevor die in unpersönlichen Gesetzen (oder Richtlinien oder Codices, W.H.) festgeschriebene Gegenseitigkeit diese Verantwortlichkeit ... überdecken kann“ (Levinas 1995, S. 129).

Die Evidenz der Verantwortungsethik im Gesundheitswesen wie in Prävention und Gesundheitsförderung liegt auf der Hand. Der Bedarf, die Not, der Ruf des Anderen ist nicht standardisierbar. Der/die professionelle Berater/in oder Helfer/in hat die Aufgabe, das im konkreten Fall jeweils Richtige, Angemessene und Nützliche zu tun. Dazu gehören elementar auch die Kritik an den Verhältnissen und der Versuch, diese zumindest dort zu verändern, wo der/die Betroffene darunter leiden. Das Gesagte gilt insbesondere angesichts derjenigen Menschen, die im Sinne ökonomischer Kalküle nicht voll oder gar nicht „leistungsfähig“ sind. Eine völlige Verdrehung der Kategorie „Verantwortung“ finden wir beispielsweise bei dem Ethiker Hans-Martin Sass, der die Verantwortung auf den zu Beratenden, den zu Versorgenden, den vielleicht sogar Hilflosen abladen will. Sass schwebt vor, dass ausgerechnet der Bedürftige „Eigenverantwortung“ übernehmen soll (zit. bei Kühn 2007, S. 83

ff.). Vermengt sind Sass' Argumente mit utilitaristischen Versatzstücken, denn er wägt hinsichtlich des Verhaltens der Betroffenen Schaden und Nutzen für die Gemeinschaft ab. Mit Professions- und Berufsethik hat das nichts mehr zu tun. Nicht nur „vergessen“ hier Philosophen ihr anthropologisches Grundwissen; sie betätigen sich auch als Steigbügelhalter für neoliberale Macher, die unsere Gesellschaft nach Nützlichkeitskriterien umgestalten wollen, an deren Ende erneut eugenische oder andere selektionspolitische Konzepte zu stehen drohen.

Abschließende Bemerkungen

Im Spektrum aller in Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv tätigen Berufe und Professionen tut sich erfahrungsgemäß die Arbeitsmedizin schwer, für sich einen guten, tragfähigen und überzeugenden Standort zu finden. Daher mögen zu diesem Punkt einige Anmerkungen angebracht sein. Die Arbeitsmedizin versteht sich – wenn wir ihrem eigenen aktuellen Selbstverständnis folgen (Baur 2008) – als medizinisches Fachgebiet, das sich nicht in erster Linie um Therapie, sondern um Vorsorge – hier: Vorsorge in der Arbeitswelt – kümmert. Arbeitsmedizin ist also ein präventives Fach, das in engster Zusammenarbeit mit Fachleuten aus der Sicherheitstechnik, Chemie, Toxikologie, Ergonomie, Psychologie und Sozialwissenschaft dafür sorgen soll, dass Menschen in der Arbeitswelt (a) nicht zu Schaden kommen, (b), ihre Gesundheit erhalten und (c) in der Auseinandersetzung im und mit dem beruflichen Alltag Kompetenzen erwerben können, die für ihre Gesundheit förderlich sind. Zu betonen ist hierbei, dass Arbeitsmedizin – hier folgen wir den Postulaten Telekys und Dörners – immer auch „soziale Arbeitsmedizin“ sein muss, für welche die Verantwortung für den arbeitenden Menschen handlungsleitend ist. So gesehen wirken Tertiär- und Sekundärprävention auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen zurück. Eine Untersagung oder Einschränkung der Beschäftigung soll und muss die Ausnahme bleiben. Das heißt: Immer muss die arbeitsmedizi-

nische Betreuung auf das Ziel gerichtet sein, gemeinsam und in engster Kooperation mit den anderen Arbeitsschutzexperten/-expertinnen die Primärprävention zu verbessern. Arbeitsmedizin hat sowohl eine kollektive Vorsorgeaufgabe – also: Beteiligung an der Beurteilung der Arbeitsbedingungen – als auch eine individuelle Vorsorgeaufgabe. Individuell auch deshalb, weil jeder Mensch anders ist und jeder Mensch auch individuell beraten werden will. Arbeitsmedizin darf, wenn sie ihren Auftrag richtig versteht, den Menschen nicht als verwertbares „Humankapital“ ansehen. Die Arbeitsmedizin stellt daher die Humanität, d.h. das Kriterium der Menschlichkeit und der menschengerechten Bedingungen im Arbeitsleben, in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Das sehen mittlerweile und glücklicherweise auch viele

Betriebsärzte/-ärztinnen so. In einem neuen arbeitsmedizinischen Lehrbuch heißt es dazu: „Die Ausrichtung von Gesundheit in der Arbeitswelt von morgen darf sich nicht nur auf Wettbewerbsaspekte fokussieren. Humanitäre, ethische und soziale Bezüge stellen insbesondere auch für die Arbeitsmedizin eine wichtige Herausforderung dar“ (Weber/Hörmann 2007, S. 567). Dies wird umso wichtiger, als wir gehalten sind, Arbeit alters-, alters- und auch – bei gesundheitlichen Einschränkungen – leidensgerecht zu gestalten. „Psychosoziale Gesundheit bei der Arbeit“ wird zu einer zentralen Aufgabenstellung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Dabei geht es um eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen im Betrieb. Gerade in diesem Zusammenhang zeigt sich: Gerade der/die Schwächere

Wir **schützen**
was Ihnen **wichtig** ist.

Düsseldorf, 3. - 6.11.2009
Halle 3 Stand 3A74

S-GARD®
SCHUTZKLEIDUNG

S-GARD® Hersteller aus Tradition.

Hubert Schmitz GmbH & Co. KG - Telefon 00 49-(0) 24 52-99 09-0
Aphovener Straße 75-77 - D-52525 Heinsberg - www.s-gard.de

braucht die professionelle Unterstützung, und zwar nicht nur den Schutz, sondern auch die Hilfe zur Selbsthilfe, sodass auch der/die Benachteiligte Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit und damit auch Gesundheitskompetenz entwickeln kann. Deshalb ist hier Weber/Hörmann unbedingt zuzustimmen, wenn sie feststellen: „Die Frage, wo gering Qualifizierte und/oder gesundheitlich beeinträchtigte Menschen ihren Platz in der neuen Arbeitswelt finden können, ... (darf) Arbeitsmediziner nicht passiv lassen“ (ebenda, S. 567). Hinzuzufügen ist hier: Dies darf keinen der in Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung Engagierten passiv lassen. Zwar sei, so Weber/Hörmann, Teilhabe und Eingliederung von Schwachen in die Gesellschaft auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe; zu deren Lösung jedoch kann und muss gerade die Arbeitsmedizin durch ihre Expertise und ihre Intervention zur Vermenschlichung der Arbeit Entscheidendes beitragen. Diese ethische Grundhaltung ist, so das Plädoyer des vorliegenden Beitrages, auf alle Berufe und Professionen zu übertragen, deren Aufgaben im Bereich „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ liegen. Das in vielen Unternehmen etablierte „Gesundheitsmanagement“ muss vor diesem Hintergrund sehr kritisch betrachtet und bewertet werden. Nicht selten werden nämlich präventive und partizipative Gestaltungskonzepte umgangen oder gar verworfen und an deren Stelle ein konzeptionelles Vorgehen gesetzt, das alleine verhaltenspräventiv und leistungssteigernd angelegt ist. Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen sollen nicht mehr im Sinne der Humanisierung verändert werden. Stattdessen werden Schwächere stigmatisiert und letztlich ausgegliedert und exterritorialisieren. Entweder werden Arbeitsmediziner/innen für diese Unternehmenspolitik instrumentalisiert, oder sie werden – das ist wohl der überwiegende Fall – übergangen und herausgehalten. Dieser Entwicklung sollte dringend Einhalt geboten werden. Es geht hier nicht darum, freiwillige Angebote allgemeiner Prävention hinsichtlich einer Verbesserung der Lebensweise zu kritisie-

ren; es geht eher darum, diese Angebote nicht zu einer Pflichtveranstaltung werden zu lassen, welche den Arbeits- und Gesundheitsschutz ersetzt. Gegen diese Entwicklung auf allen Ebenen – der betrieblichen wie der überbetrieblichen – gemeinsam mit allem in der betrieblichen Prävention Involvierten Professionen und Experten anzugehen, ist ein Gebot der Verantwortungsethik. Die Arbeitsmedizin und die anderen arbeits- und gesundheitswissenschaftlich arbeitenden Berufsstände wie jeder/r einzelne in der präventiven Praxis Stehende sollte sich dieser Verantwortung stellen.

Autor:

Dr. Wolfgang Hien
Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit
und Biographie
www.wolfgang-hien.de

Literatur

- [1] Baur, X. (2008): Vorbericht zur 48. wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin. In: *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin*, Band 43, S. 92–98.
- [2] Bayertz, K. (1991): Wissenschaft, Technik und Verantwortung. In: Derselbe (Hg.): *Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, S. 173–209.
- [3] Bonhoeffer, D. (1949): *Ethik* (zusammengestellt und herausgegeben von E. Bethge). München: Chr. Kaiser Verlag.
- [4] Dörner, K. (2001): *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart: Schattauer.
- [5] Floret, Th. (1913): Das Aufgabengebiet des Fabrikarztes. In: *Zentralblatt für Gewerbehygiene*. Band 1, S. 81–95.
- [6] Hien, W. u.a. (2007): Ein neuer Anfang war's am Ende nicht. Zehn Jahre Vulkan-Pleite: Was ist aus den Menschen geworden? Hamburg: VSA-Verlag.
- [7] Hien, W. (2008): „Irgendwann geht es nicht mehr“ – Älterwerden und Gesundheit im IT-Beruf. Hamburg: VSA-Verlag.
- [8] Kisker, K.P. / Freyberger, H. / Rose, H.-K. / Wulff, E. (1991): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- [9] Kühn, H. (2007): Der Ethikbetrieb in der Medizin. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 44, S. 64–97.
- [10] Lax, M.B. (1999): Vielfache Chemikalien-Unverträglichkeiten. Die soziale Konstruktion einer Krankheit. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Band 31. Hamburg: Argument Verlag, S. 87–102.
- [11] Levinas, E. (1995): *Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen*. München: Hanser.
- [12] Matuschek, I. / Kleemann, F. / Voß G.G. (2008): Subjektive Taylorisierung als Beherrschung der Arbeitsperson. In: *PROKA 150 – Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, S. 49–64.
- [13] Müller, R. / Milles, D. (1984): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland. Hg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Bremerhaven: NW-Verlag.
- [14] Sennett, R. (1998): *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin-Verlag.
- [15] Sennett, R. (2005): *Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin-Verlag.
- [16] Teleky, L. (1913): Suum cuique. Eine Entgegnung auf Dr. Th. Floret. In: *Zentralblatt für Gewerbehygiene*. Band 1, S. 289–292.
- [17] Ulich, E. / Wülser, M. (2004): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler.
- [18] Weber, A. / Hörmann, G. (Hg.) (2007): *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft*. Stuttgart: Gentner.
- [19] Wulf, A. (2001): Der Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872–1957) und die Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- [20] Weber, M. (1919): Politik als Beruf. In: Derselbe (1973): *Soziologie, Universalgeschichtliche Analysen, Politik*. Stuttgart: Alfred Kröner, S. 167–185.