

**Rainer Müller (1997):**

**Prävention und Rehabilitation von arbeitsbedingten Erkrankungen in Kooperation von Vertrags- und Betriebsärzten. Ein Modellvorhaben des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen mit Trägern der Unfallversicherung (Konzeptentwurf)**

1. Prävention von Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt

In der historischen Betrachtung sind die Gesundheitsrisiken der Erwerbsarbeit ein wesentlicher Ausgangspunkt für die Entwicklung sozialstaatlicher Institutionen. Die Gründung der Unfallversicherung wie auch der gesetzlichen Krankenversicherungen zielten in Deutschland darauf, das Arbeitsvermögen der Beschäftigten zu sichern bzw. eingetretene Schäden zu kompensieren bzw. medizinisch-ärztliche Maßnahmen wieder herzustellen.

Der ursächliche Zusammenhang von Risiko und Schädigung in der Erwerbsarbeit zeigt sich unmittelbar in den Arbeitsunfällen. Hierauf waren die Aktivitäten der Unfallversicherung seit 1884 gerichtet. 1925 wurden auch Krankheiten als Berufskrankheiten, verursacht durch chemische Einwirkungen am Arbeitsplatz, z.B. durch Schwermetall, durch physikalische Belastungen, wie z.B. Lärm, durch biologische Erbfaktoren zu einer weiteren Aufgabenstellung der Unfallversicherungsträger. Die Arbeitsmedizin hat eine Reihe von Erkenntnissen über den Zusammenhang von beruflichen Belastungen und Erkrankungen entwickelt und hierzu für die präventive wie auch rehabilitative Aufgabenstellung entsprechende Handlungsrouninen entworfen. Mit dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 wurden mittlere und größere Betriebe verpflichtet, sich durch Betriebsärzte beraten und betreuen zu lassen. Die Betriebsärzte bekamen hier den Auftrag, Wissen über arbeitsbedingte Erkrankungen zu erarbeiten und entsprechende präventive Konzepte zu entwerfen. Mit dem Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 wird nun diese Tätigkeit der Betriebsärzte auf im Prinzip alle abhängig Erwerbstätige ausgedehnt. Damit erweitert sich die Aufgabenstellung für die Betriebsmedizin. Das Arbeitsschutzgesetz ist jedoch nur ein Teil einer generellen präventiven Orientierung der Sozial- bzw. Gesundheitspolitik zu bewerten. Eine Verstärkung der arbeitsweltbezogenen Prävention und Rehabilitation wurde auch in den entsprechenden Gesetzen für die Gesetzliche Krankenversicherung wie auch die Unfallversicherung formuliert. Die sozialpolitischen Akteure, Betriebe, Sozialversicherungen, d.h. Krankenkassen und Unfallversicherungen wie auch die professionellen Experten für Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin stehen vor einer großen Herausforderung.

Die verstärkte präventive Orientierung der Sozial- und Gesundheitspolitik verlangt von den genannten Akteuren, zu neuen Formen der Kooperation zu kommen, um dem gesellschaftlichen Auftrag nach schonendem und nachhaltigem Umgang mit dem Humanvermögen in der Erwerbsarbeit nachzukommen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist in ihrem Handlungskontext aufgefordert, mit den Vertragsärzten neue Wege der Prävention und Rehabilitation arbeitsbedingter Erkrankungen zu beschreiten.

Bei diesem Vorgehen muß bedacht werden, daß bislang arbeitsmedizinische bzw. arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse über Risiken der Erwerbsarbeit, arbeitsbedingte Erkrankungen und Berufskrankheiten in dem alltäglichen Hand-

lungskontext von Vertragsärzten eher eine nachrangige, wenn nicht gar ignorierte Beobachtung erfahren. Will also die Gesetzliche Krankenversicherung diese neue Herausforderung erfolgreich bestehen, so hat sie in Kooperation mit den Vertragsärzten neue Wege der gesundheitspolitischen Bewältigung von arbeitsbedingten Risiken und Erkrankungen zu beschreiten. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag sind hier Verfahrensweisen abzustimmen und damit auch Qualifikationen über Arbeitsmedizin, Arbeits- und Gesundheitswissenschaft den Vertragsärzten zu vermitteln.

## 2. Gesetzlicher Auftrag

Nachfolgend sollen die wichtigen gesetzlichen Grundlagen für die Prävention und Rehabilitation von arbeitsbedingten Erkrankungen im sozialpolitischen Handlungskontext von Krankenversicherung, Unfallversicherung, Vertrags- und Betriebsärzten sowie Betrieben und Arbeitnehmern dargestellt werden.

### 2.1. Handlungsfeld Betriebsärzte

Nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes von 1974 haben Betriebsärzte die Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, um dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung solcher Erkrankungen vorschlagen zu können. Mit dem Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen soll dem multifaktoriellen Zusammenhang zwischen Erwerbsarbeit, Biographie und Gesundheit Rechnung getragen werden. Arbeitsbedingte Erkrankungen sind begrifflich von den Berufskrankheiten zu trennen, die einem strengerem kausalen Verständnis unterliegen. Den Betriebsärzten kommt gemäß dem Arbeitssicherheitsgesetz die Beratung bei der Planung von Betriebsanlagen, der Beschaffung technischer Arbeitsmittel und der Einführung von Arbeitsverfahren und Arbeitsstoffen zu. Die Betriebsärzte haben nicht nur arbeitsphysiologische, sondern auch arbeitspsychologische Fragen zu untersuchen und bei der Gestaltung der Arbeitsplätze beratend mitzuwirken. Im Zuge des neuen Arbeitsschutzgesetzes von 1996 ist er besonders gefordert, bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen seine Kompetenz einzubringen, denn im § 5 des Arbeitsschutzgesetzes ist der Arbeitgeber aufgefordert, durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind. Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben durch

1. die Gestaltung, die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
2. physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
3. die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie dem Umgang damit,
4. der Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
5. unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.

Über Unfallverhütungsvorschriften gemäß § 15 SGB VII sind Betriebsärzte involviert in der Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.

Das Unfallversicherungseinordnungsgesetz (SGB VII) verpflichtet die Unfallversicherung gemäß § 1 und § 14, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Sie sollen den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen und bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Krankenkassen zusammenarbeiten. Aus dieser rechtlichen Aufgabenstellung heraus ergeben sich Kooperationsverpflichtungen der Betriebsärzte mit den Krankenkassen und damit auch mit den Vertragsärzten.

## 2.2. Handlungsfeld Vertragsärzte

Gemäß § 20 SGB V arbeiten die Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen. Auch aus dem § 23 SGB V (Medizinische Vorsorgeleistung) und § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchung) ergeben sich Anforderungen an die Vertragsärzte hinsichtlich der Prävention und Rehabilitation von arbeitsbedingten Erkrankungen.

Insbesondere der § 20 beauftragt die Gesetzliche Krankenversicherung, Zusammenhänge zwischen Erkrankung und Arbeitsbedingungen zu gewinnen und bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Berufsgenossenschaften zusammenzuarbeiten. Implizit ergeben sich darüber auch Kooperationsverpflichtungen mit den Betriebsärzten, die bezüglich bestimmter Gefährdungen eigens durch Berufsgenossenschaften für spezifische Vorsorgeuntersuchungen ermächtigt sind.

## 2.3. Handlungsfeld Innungskrankenkasse

Neben den schon erwähnten § 20, 23 und 25 geben die §§ 42 (Belastungserprobung und Arbeitstherapie), 43 (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation), 63 (Erprobungsregelungen für neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren und Modellvorhaben) und 67 (Gesundheitsförderung und Rehabilitation) neue Aufgabenstellungen und Herausforderungen.

## 3. Entwicklung eines Kooperationsmodells

Um den gesellschaftlichen wie auch sozial- bzw. gesundheitspolitischen Herausforderungen nachkommen zu können, ist es notwendig, zu einem neuen kooperativen Verhältnis zwischen den Betrieben, den gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen sowie den Vertrags- und Betriebsärzten und den Versicherten bzw. Beschäftigten zu kommen. In diesem neuen Kooperationsmodell geht es darum, eine Struktur, einen Prozeß wie auch eine klare Aufgabenstellung zu entwickeln.

### 3.1. Handlungsfeld Vertragsärzte

Unter den Begriffen „Krankheitsverhalten“ und „Patientenkarriere“ hat sich die Medizinsoziologie mit der Wahrnehmung von Krankheiten beschäftigt. Man spricht auch von Stadien des Hilfesuchens: 1. Symptomwahrnehmung durch den Erkrankten, 2. Konsultation im Verwandten- und/oder Bekanntenkreis (Laiensystem), 3. Selbstmedikation, 4. Aufsuchen eines Arztes. Zwischen der Ätiologie (Verursachung) bzw. Pathogenese (Krankheitsentwicklung) einer Krankheit und ihrer ärztlichen Diagnostizierung sowie Behandlung tritt also die Symptomwahrnehmung und ihre Bewertung durch den Patienten sowie seine Handlungsentscheidung in Bezug auf das Medizinsystem. Der Arzt weiß immer mehr über Krankheiten, er weiß jedoch nichts oder nur sehr wenig über die Biographie, die aktuelle Lebenssituation und recht wenig oder gar nichts von den Arbeitsbedingungen des Hilfesuchenden. Erkenntnisse über seine Lebenssituation bzw. über die Arbeitsbiographie und die aktuellen Herausforderungen der Erwerbstätigkeit erhält der Arzt nur vom Patienten, wenn er ihn danach fragt. Das heißt also, bei der Wahrnehmung und Bewertung von Krankheiten kommt dem Laien (Patienten) eine hohe Kompetenz zu. Die Betonung der Fähigkeiten und Kompetenzen des Patienten (seine Subjektrolle) ist notwendig, da in der üblich praktizierten Medizin der Patient allzu leicht zum Objekt von medizinisch-ärztlichen Leistungen und Zuschreibungen wird.

Wie gestaltet sich die Wahrnehmung von arbeitsbedingten Erkrankungen im Arzt-Patient-Verhältnis? Es läßt sich summarisch festhalten, daß die konkrete Arbeitstätigkeit und auch die Erwerbsbiographie des Patienten in der ärztlichen Tätigkeit in der kurativen Medizin ausgeblendet und ausgeschlossen wird. Dieses Verhalten der kurativen Medizin ist nicht durch gesicherte arbeitsmedizinische bzw. gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse gedeckt. Zahlreiche Forschungsergebnisse der Epidemiologie wie auch der Streißforschung belegen eindeutig die hohe Relevanz von beruflichen Belastungen und Beanspruchungen sowohl für die Ätiologie und Pathogenese von Erkrankungen wie auch für die Bewältigung von chronischen Erkrankungen.

Der § 70 SGB V verlangt von den Krankenkassen und den Leistungserbringern, hier also den Vertragsärzten, eine Versorgung, die bedarfsgerecht und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen habe. Wenn also wesentliche Erkenntnisse über Ätiologie, Pathogenese, Prävention und Rehabilitation von Erkrankungen nicht in das konkrete Handeln der Vertragsärzte einfließen, so bestehen hier beträchtliche Defizite bei der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit. Abhilfe kann eine Strategie schaffen, die vorliegende medizinsoziologischen arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse und Methoden in die ambulante Versorgung von kranken Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern integriert. Es ist erstens zu prüfen, welche organisatorischen und kommunikativen Voraussetzungen für eine solche Strategie zu errichten sind, zweitens muß gefragt werden, welche Sichtweisen, Fragestellungen und auch methodischen Erhebungsinstrumente bei den Vertragsärzten vorhanden sein müssen, damit sie diesen Anforderungen gerecht werden können, drittens ist zu klären, wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in dem vertragsärztlichen Betreuungskontext stimuliert und motiviert werden können, sich intensiver mit dem Zusammenhang von eigener Erwerbsbiographie konkreter beruflicher Tätigkeit und der Erkrankung auseinanderzusetzen. Welche Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung, der Gesundheitsförderung möglich sind, um zu einer Neuorientierung im Umgang mit eigener Leiblichkeit und den psychosozialen wie materialen Belastungen und Beanspruchungen zu kommen.

Arzt und Patient sind gehalten, einen Paradigmawechsel vorzunehmen und die lebensgeschichtlichen und arbeitsweltlichen Zusammenhänge von Erkrankung und Krankheitsbewältigung zu erkennen. Statt einer krankheitsorientierten bzw. symptomfixierten arztbestimmten Diagnostik muß ein Prozeß der patientenorientierten Gesamtdiagnosefindung eröffnet und begangen werden. An die Stelle der „stummen Medizin“ tritt eine dialogische Auseinandersetzung über krank werden bzw. gemeinsame Krankheitsbewältigung. Damit wird die Medikalisierung, also die Umdeutung von psychosozialen Problemen in medizinische vermieden und eine adäquatere Bewältigung begangen. Gerade bei chronischen Erkrankungen werden die unzweckmäßigen und unwirtschaftlichen diagnostischen und therapeutischen Interventionen einer „Drehtürmedizin“ vermieden.

Im Kontext der derzeitigen vertragsärztlichen Praxis eines einzelnen Arztes läßt sich eine solche Innovation über die Einführung eines Instruments zur Ermittlung der Arbeits- und Berufsgeschichte auf den Weg bringen. Solche Berufs- und Anamneseinstrumente sind für spezifische Erkrankungsmuster zu erarbeiten, da sie derzeit nicht als Standardroutineinstrumente vorhanden sind. Die Vertragsärzte sind daraufhin zu qualifizieren, mit diesen Instrumenten eine neue Praxis und Sichtweise im Umgang mit insbesondere chronisch Erkrankten zu entwickeln. Für die zahlenmäßig bedeutsamen chronischen Erkrankungen mit hohen Anteilen einer beruflichen Mitverursachung sind solche Instrumente zu entwickeln. Zu nennen sind hier insbesondere Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Erkrankungen der Atemwege, Erkrankungen des psychosomatischen Formenkreises.

Diese neuen Leistungen der Vertragsärzte sind seitens der Innungskrankenkasse entsprechend zu honorieren. Mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sind Vereinbarungen über die organisatorischen und inhaltlichen Ausgestaltungen vorzunehmen. Hierzu zählen insbesondere Abstimmung über die Instrumente, über die Zahl der Fortbildungsveranstaltungen, über die Zertifizierung dieser Ermächtigung, über die Bestimmung der Ausbildungseinrichtungen für eine derartige Qualifikation.

Zu klären ist weiterhin, inwieweit im Rahmen dieser Thematisierung und Bewältigung von arbeitsbedingten Erkrankungen eine Kooperation zwischen Vertragsärzten und den psychologischen Psychotherapeuten, den neuen Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung, modellhaft erprobt werden kann. Zu bedenken bleibt nämlich die begrenzte Möglichkeit des Vertragsarztes im Kontext seiner üblicher Verfahrensweise dem komplexen Bedingungsgefüge der arbeitsbedingten Erkrankungen im Sinne einer Prävention und auch einer Rehabilitation nachzukommen. Richtet sich Kuration und Rehabilitation auf einen arbeitsteiligen komplexen Bewältigungsprozeß, so ist die Prävention in doppeltem Sinne auf den Arbeitsplatz wie auch auf die Einstellungen und Verhaltensweisen des Versicherten auszurichten. Eine Thematisierung von arbeitsbedingten Erkrankungen in der Vertragsarztpraxis macht neue Kooperationsformen mit anderen Fachleuten und mit den Ärzten im Betrieb notwendig.

Im Rahmen dieser neuen Kooperationen sind Verfahren und Umgangsweisen für einzelne Patienten zu entwickeln, wie auch Konzeptionen, die sich belastungshomogenen Beschäftigtengruppen zuwenden.

### 3.2. Handlungsfeld Betriebsarzt

Die Tätigkeit von Betriebsärzten läßt sich in drei Aufgabenfelder untergliedern:

1. Gefährdungs- und Belastungsanalyse
2. arbeitsmedizinische Untersuchung von einzelnen Beschäftigten
3. Beratung von Management und Betriebsrat bzw. einzelnen Beschäftigten.

Betriebsärzte sind in den verschiedenen Formen organisatorischer Anbindung tätig. Auf der einen Seite steht die Tätigkeit eines Betriebsarztes im Rahmen von arbeitsmedizinischen Zentren verschiedener Trägerschaften über die arbeitsmedizinische Tätigkeit neben einer vertragsärztlichen Tätigkeit, bis hin zu einer selbständigen betriebsärztlichen Tätigkeit in eigener Verantwortung. Betriebsärzte erhalten Einsichten in arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren bzw. arbeitsbedingte Erkrankungen im Rahmen ihrer medizinisch-ärztlichen Untersuchungstätigkeit gemäß den Vorsorgeuntersuchungen nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen. Bei Untersuchungen, die zur Umsetzung aus gesundheitlichen Gründen führen oder aus anderen arbeitsmedizinischen Untersuchungen, die z.T. auch durch Nachfragen seitens des Managements bzw. seitens Beschäftigter zustande kommen.

Als Kooperationspartner für Vertragsärzte bieten sich Betriebsärzte insofern an, als sie für Einzelfälle die konkreten Arbeitsbedingungen eruieren können und zusammen mit dem Arbeitnehmer im Betrieb präventiv wie auch rehabilitativ tätig werden können.

Vertragsärzte könnten in Abstimmung mit dem Patienten den Betriebsarzt über die Ergebnisse der Gesamtdiagnose und den notwendigen präventiven und rehabilitativen Schritten informiert werden.

#### 4. Kooperation Vertragsarzt - Betriebsarzt

Zwischen Vertragsarzt und Betriebsarzt läßt sich sowohl für den Einzelfall wie auch für Arbeitnehmergruppen mit homogenen Belastungssituationen eine intensivere Zusammenarbeit herstellen. Ausgehen sollte diese Kooperation allerdings von den Erkenntnissen, die der Vertragsarzt über seine intensive Arbeits- und Berufsanamnese mit dem Patienten gewonnen hat. Ein Teil dieses Zusammenwirkens sollte sich auf die arbeitsweltliche Prävention und die konkrete Arbeitsgestaltung des Beschäftigten richten. Eine Abstimmung über berufliche und medizinische Rehabilitation wäre vorzunehmen.

Ein Zusammenwirken beider Ärzte ließe sich auch über eine gruppenbezogene Feststellung arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken bzw. arbeitsbedingter Erkrankungen in Gang setzen. Hier könnte die Initiative von den Betriebsärzten ausgehen. Über den Einsatz spezifischer Anamneseinstrumente könnten für einzelne Fälle deren Belastungsprofile und Erkrankungserscheinungen gewonnen werden, die den Vertragsärzten für eine medizinische Behandlung zur Verfügung gestellt werden sollten.

#### 5. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projektes

Eine wissenschaftliche Begleitung des Projektes hat folgende Aufgabenstellung:

1. Entwicklung des Gesamtkonzeptes
2. Erarbeitung von spezifischen Anamneseinstrumenten für arbeitsbedingte Erkrankungen und Belastungsbiographien
3. Erarbeitung von Inhalten und didaktischen Konzepten zur Vermittlung arbeitsmedizinischen arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Wissens zur Qualifizierung von Vertragsärzten
4. Feststellung der förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Implementation des Konzeptes.