

Rainer Müller (1999): Feststellung und Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen aus Sicht eines Betriebsarztes

Vortrag bei der 4. Arbeitsschutzkonferenz, DGB-Bremen, Arbeitskreis „Betriebliche Gesundheitsförderung“, 6. Oktober 1999

1. Zwei Fallgeschichten

Erster Fall: Krankenschwester, 36 Jahre alt

Berufsgeschichte

Mit 17 Jahren Ausbildung, danach 6 Jahre vollzeittätig auf der Chirurgie im Krankenhaus A.

Mit 26 Jahren Wechsel vollzeittätig auf Chirurgie-Abteilung Krankenhaus B, mit 27 Jahren Geburt des 1. Kindes, 2 Jahre ausgesetzt, danach mit 29 Jahren Aufnahme der Teilzeittätigkeit auf derselben Station. Mit 33 Jahren Geburt des 3. Kindes, weiterhin teilzeittätig auf derselben Station. Mit 35 Jahren Scheidung.

Erkrankungsgeschichte

Als Kind und Jugendliche nie ernsthaft krank gewesen.

Mit 34 Jahren wiederholt in ärztlicher Behandlung und mehrmalige Arbeitsunfähigkeiten von ein bis zwei Wochen pro Jahr wegen Magen-Darm-Beschwerden und HWS- bzw. LWS-Syndrom.

Mit 35 Jahren wiederholt arbeitsunfähig wegen HWS-/LWS-Syndrom. Mit 36 Jahren 7 Wochen arbeitsunfähig wegen chronisch rezidivierendem HWS-/LWS-Syndrom, so die Diagnosen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Einige Wochen nach Rückkehr aus der sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit sucht sie freiwillig den Betriebsarzt auf und hat mit ihm ein längeres Gespräch. Es stellt sich heraus, daß sie seit Jahren auf der Station gemobbt wird. Sie erzählt, daß hinter ihrem Rücken schlecht über sie geredet wird, sie erlebt Kontaktverweigerungen, sie wird wie Luft behandelt, falsche oder kränkende Beurteilungen der Arbeitsleistungen werden abgegeben. Es gehen über sie Gerüchte um, auf die sie keinen Einfluß hat. Es werden auch von männlichen Arbeitskollegen anzügliche Witze gemacht. Vorgesetzte behandeln sie abweisend und teilen ihr die schlechtesten Arbeiten zu.

In dem Gespräch kommt heraus, daß sie schon seit Jahren an Problemen im Magen-Darm-Bereich, an Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit, Passivität und depressiven Stimmungen leidet. Ihre Kreuz- und Nackenschmerzen führt sie auf den psychosozialen Streß am Arbeitsplatz zurück. Im Laufe der Zeit sei ihre depressive Symptomatik immer schlimmer geworden, ihre Scheidung habe sich hier auch negativ ausgewirkt. Vielleicht sei ihre prekäre Arbeits- und Gesundheitssituation auch mit entscheidend für die Scheidung gewesen. Sie habe Probleme mit ihren heranwachsenden Kindern. Bei den Kolleginnen und Kollegen habe sie überhaupt keinen Rückhalt. Sie fühle sich isoliert. Auch in ihrem Bekanntenkreis sei sie zunehmend in eine Isolation gekommen. Wegen der Schmerzen habe sie auch unkontrolliert zu viel und zu häufig Schmerzmittel eingenommen. Sie wisse nicht mehr ein und

aus. Wegen ihrer häufigen Fehlzeiten habe sie auch den Eindruck, daß die Vorgesetzten und die Krankenhausleitung sie eigentlich loswerden wolle.

Zweiter Fall: Lager- und Transportarbeiter, 51 Jahre alt

Berufsgeschichte

Hauptschulabschluß

Aufnahme einer Maurerlehre, nach zwei Jahren abgebrochen. Gelegenheitstätigkeiten, Bundeswehr. Mit 20 bis 25 Jahren Tätigkeiten bei verschiedenen Speditionen als Transportarbeiter. Im Alter von 25 bis 28 Jahren Hilfstätigkeiten auf dem Bau bei verschiedenen Betrieben, zwischendrin kurzfristige Arbeitslosigkeiten. Von 28 bis 29 Jahren längere Zeit arbeitslos mit kurzen Tätigkeitsunterbrechungen. Mit 29 bis 35 Jahren Tätigkeit als LKW-Fahrer und Auslieferer bei einer kleinen Firma, die in den Konkurs geht, sechs Monate Arbeitslosigkeit. Mit 36 Jahren Anstellung als Transportarbeiter bis heute.

Erkrankungsgeschichte

Übliche Kinderkrankheiten. Als Jugendlicher Sportunfälle: Prellungen, Zerrungen.

Im Alter von 25 Jahren Sturz vom LKW mit Prellung des linken Schulterbereichs. Mit 32 Jahren erneuter Arbeitsunfall: starke Prellung des Brustkorbes von hinten durch herabfallendes Gut. Seit dem 44 Lebensjahr zunehmende Rücken- und Nackenschmerzen mit z.T. Schmerzausstrahlungen in beide Beine. Wiederholte Arbeitsunfähigkeit von zwei bis drei Wochen. Im Alter von 49 Jahren Bandscheibenvorfall, 8 Wochen Arbeitsunfähigkeit mit stationärer Behandlung.

Nach Rückkehr aus der Behandlung Kontaktaufnahme durch Aufforderung seitens der Geschäftsleitung mit dem Betriebsarzt. Frage der Weiterbeschäftigung im Transportbereich. Innerbetriebliche Umsetzung nicht möglich, obwohl Geschäftsleitung und unmittelbare Vorgesetzte und Kollege bereit sind zur Integration.

Im letzten Fall handelt es sich um eine Berufskrankheit nach BK Nr. 2108: Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein könnten.

Im ersten Fall bei der Krankenschwester besteht keine Berufskrankheit, sondern eine arbeitsbedingte Erkrankung. Während bei der Berufskrankheit eine mechanische Belastung der Lendenwirbelsäule durch Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch Tätigkeiten mit extremer Rumpfbeugehaltung mit einer Dosis-Wirkungs-Beziehung zugrundegelegt wird, also ein spezifischer Zusammenhang zwischen Druckkraft und bandscheibenbedingter Erkrankung in einer längeren Einwirkungsdauer angenommen wird, so sind die unspezifischen Belastungen in der Mobbing-situation und die psychosomatischen Reaktionen nicht in diesem Modell von Ursache und Wirkung zu interpretieren. Während das Berufskrankheitenkonzept einer naturwissenschaftlichen Logik von Ursache und Wirkung im Sinne der Meßbarkeit unterliegt, wird der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankung dagegen eher mit soziologischen, psychologischen und psychosomatischen Erklärungsansätzen zu definieren

sein. Selbstverständlich kann man auch bei den Berufskrankheiten, wie Wirbelsäulenerkrankungen oder Atemwegs- oder Krebserkrankungen durch Asbest oder sonstige Stoffe die psychosomatischen und psychosozialen Dimensionen nicht ausklammern. Bei arbeitsbedingten Erkrankungen allerdings sind die ursächlichen Einwirkungen nicht in chemischen Stoffen oder einzelnen physikalischen Faktoren, sondern in den sozialen, kommunikativen Prozessen zwischen dem Individuum und seiner sozialen, physischen und biologischen Umwelt zu suchen.

Erste These:

Wenn also ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin arbeitsbedingte Erkrankungen feststellen will, muß er/sie einen Begriff von arbeitsbedingten Erkrankungen haben. Allerdings hat die Arbeitsmedizin selbst bislang keine Definition von arbeitsbedingten Erkrankungen vorgelegt. Lediglich in den Sozialwissenschaften einschließlich der Psychologie existieren solche Modellvorstellungen und Studien zu arbeitsbedingten Erkrankungen.

Zweite These:

Zwischen der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um die Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschädigungen in der Arbeitswelt sowie dem praktischen Handeln von Betriebsärzten gibt es keinen engen Zusammenhang. Fehlt es an einer wissenschaftlicher Durchdringung des Problemkreises, so fehlt es auch an Verständnissen, Konzepten und Handlungsmustern in der Arbeitsschutzpraxis.

Welche Möglichkeiten der Feststellung von Gesundheitsschäden in der Arbeitswelt existieren?

1. Fallgeschichten wie oben dargelegt
2. Epidemiologische, statistische Untersuchungen über den Zusammenhang von Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren und Erkrankungen bzw. Krankheitindikatoren.
3. Experimentelle Laborstudien an Tieren bzw. sonstigem biologischen Material. Die Laborforschung befaßt sich mit chemischen, physikalischen und biologischen Einwirkfaktoren auf das Organsystem bzw. Teile von diesem gesamten System.

Dritte These:

Das Wissen über Ursache und Wirkung bei arbeitsbedingten bzw. berufsbedingten Erkrankungen muß um ein Wissen über präventives Gestalten in organisatorischer und technischer Hinsicht ergänzt werden. Möglichkeiten der Intervention in die Arbeitsbedingungen müssen theoretisch vorgedacht werden und für die konkrete Praxis einsetzbar sein. In Modellversuchen kann dies untersucht werden. Das heißt also: Nicht nur die wissenschaftlich theoretische Durchdringung von Ursache und Wirkung sind Voraussetzung für die Feststellung und Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen, sondern praktische Kenntnisse der Machbarkeit, der gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen sind notwendige Voraussetzungen. Es stellt sich die Frage, wie erwerben Ärzte/innen theoretisches wissenschaftliches Wissen und daneben ebenso Erfahrungswissen aus den konkreten Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Bereichen der Erwerbstätigkeit über arbeitsbedingte Erkrankungen und ihre Prävention? Derzeit ist das arbeitsmedizinische Wissen auf Berufskrankheiten und kaum auf arbeitsbedingte Erkrankungen angelegt. Kein Betriebsarzt/Betriebsärztin überblickt die Spannbreite aller in der Liste vorhandenen Berufskrankheiten und schon gar nicht deren Präventionsmöglichkeiten.

Vierte These:

Arbeitssituation und Einsatz von Betriebsärzten erschweren das Erkennen, Bewerten und die Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen. Es gibt verschiedene Formen der betriebsärztlichen Betreuung:

Formen betriebsärztlicher Betreuung

Betriebsarzt im Zentrum

- selbständiges Zentrum (regional, vereinsrechtlich oder privatwirtschaftlich)
- selbständiges Zentrum (überregional, vereinsrechtlich oder privatwirtschaftlich)
- eigenes Zentrum der Berufsgenossenschaft (volle oder koordinierende Betreuung, z.T. zusammen mit Betreuung in der sicherheitstechnischen Aufgabenstellung)
- organisationsgetragenes Zentrum (z.B. durch Kreishandwerkerschaft)

Betriebsarzt in einer niedergelassenen Praxis eines Arbeitsmediziners bzw. Betriebsmediziners

- allgemein niedergelassen
- in arbeitsmedizinischer Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft mit Kassenarzt

Betriebsarzt eines werksärztlichen Dienstes

- Betreuung von Betriebsteilen im Rahmen der Dienstaufgabe
- Betreuung fremder Betriebe im Auftrag des Unternehmens
- Betreuung fremder Betriebe mit Nebentätigkeitsgenehmigung

Betriebsarzt in Nebentätigkeit

- hauptberuflich Vertragsarzt der kassenärztlichen Vereinigung
- hauptberuflich Krankenhausarzt
- hauptberuflich Arzt in Behörde
- hauptberuflich Betriebsarzt in Großunternehmen

Über die Verteilung und Häufigkeit solcher Betriebsbetreuungsformen liegen keine Statistiken für Bundesrepublik vor. Nicht nur die Organisation der betriebsärztlichen bzw. Tätigkeit der Fachkraft für Arbeitssicherheit, sondern auch sein Rollenverständnis ist hier entscheidend.

Ob ein Betriebsarzt, eine Betriebsärztin arbeitsbedingte Erkrankungen feststellen und zur Vermeidung beitragen kann, ist weiterhin davon abhängig, ob sie in einem größeren oder mittleren Betrieb ausschließlich vollzeitig tätig ist oder nebenberuflich oder als Arzt in einem Zentrum mehrere Mittel- bzw. Kleinbetriebe zu betreuen hat.

Die zentrale Frage im letzteren Fall stellt sich hinsichtlich der Einsatzzeiten und der Häufigkeit und Intensität der Kontakte mit dem Betrieb bzw. mit der Belegschaft, dem Management und dem einzelnen Beschäftigten im Betrieb. Welche Chance hat er, erkrankte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wahrzunehmen, sie zu beurteilen und die Diagnose einer arbeitsbedingten Erkrankung zu stellen, selbst wenn er Kenntnisse über Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen und auch ein Präventionswissen hat?

In den derzeitigen Debatten über die Qualität betriebsärztlicher Betreuung gibt es eine Reihe von kritischen Äußerungen auch aus dem Kreis der Betriebsärzte, die hier auf schwerwiegende Mängel in der Betreuung gerade von Mittel- und Kleinbetrieben hinweisen. Doch nicht nur die Einsatzzeiten sind ein Hindernis, sondern auch die Erwartungshaltungen der Unternehmensführung wie auch der Belegschaften, z.T. auch von Betriebsräten bzw. Personalräten gegenüber dem Betriebsarzt bzw. der Betriebsärztin. Der Kollege Mathias Dietrich aus Oldenburg sagt: „In weiten Teilen von Industrie und Verwaltung ist betriebsärztliche Tätigkeit zur reinen Untersuchungsmedizin verkommen – und das auch noch ohne nennenswerte Ergebnisse. Hier treffen sich vielfältige Interessen, nur nicht die der seinerzeitigen Macher des Arbeitssicherheitsgesetzes (AsiG). Der Arzt fühlt sich wohl und sicher in seiner vertrauten und angestammten Rolle als ‚Untersucher des Menschen‘. Der Beschäftigte wiederum hält das alles für sehr plausibel, denn ‚ein Arzt untersucht doch Leute‘ – der Arzt erfüllt quasi die Rollenerwartung des Beschäftigten. Und der Unternehmer ist schließlich oft nur zu froh, daß der Arzt vor lauter Untersuchen nur selten in den Betrieb kommt, um Fragen zu stellen. Unterstützt wird das Ganze noch durch die jährlichen jubelnden Statistiken der Berufsgenossenschaften, daß es wiederum gelungen ist, noch mehr Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Mit welchem konkreten Nutzen für die Beschäftigten denn eigentlich? darf man wohl fragen. Die extrem kurz bemessenen Mindesteinsatzzeiten werden als ‚Qualitätsverhinderungsinstrument‘ bewertet“ (Dietrich, M: Aus der Sicht der Betriebsärzte, in: Schmitthenner, H.: Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung. Dokumentation 2. Sprockhöveler Gespräche der IG Metall, Bremerhaven 1999, S. 31)

Fünfte These:

Es existieren positive Beispiele für eine gute Praxis arbeitsmedizinischer Tätigkeit zur Feststellung und auch Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen.

Beispiel 1: Betriebsärzte in Groß- und auch in Mittelbetrieben haben eine systematische Erhebung zu arbeitsbedingten Erkrankungen durchgeführt und z.T. auch als Routineverfahren eingeführt. Sie bedienen sich sozialwissenschaftlicher Methoden der Belegschaftsbefragung als Instrument der Betriebsmedizin (Fahr, A.: Betriebsärztliche Ermittlung arbeitsbedingter Erkrankungen). Mit Unterstützung von Soziologen und Psychologen haben sie einen Fragebogen zur Ermittlung von arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt und in Abstimmung mit Management und Betriebsrat den Erhebungsbogen eingesetzt. Für einzelne Tätigkeitsgruppen konnten so Belastungen und Beanspruchungen wie auch Erkrankungen, auch im Sinne von arbeitsbedingten Erkrankungen, festgestellt werden. Auf die Tätigkeitsgruppen bezogenen Erkenntnissen wurden dann im Dialog zwischen Arbeitssicherheitsfachkraft, Management und Betriebsrat Maßnahmen der Belastungsreduzierung und der Arbeitsplatzgestaltung vorgenommen.

Beispiel 2: Arbeitsmedizinische Zentren wie die Arbeitsmedizinischen Dienste der Berufsgenossenschaften oder auch von anderen Trägerschaften haben ein Frühwarnsystem für die arbeitsmedizinische Betreuung von Klein- und Mittelbetrieben erarbeitet, um bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen mitzuwirken, so daß die Gefährdungen erkannt werden können. Zugleich haben sie Daten und Informationen über Krankheiten und Krankheitsindikatoren gesammelt und eine diskriptive Epidemiologie etabliert. Welche Schlußfolgerungen für die konkrete Prävention daraus gezogen wurden, bleibt in den Publikationen offen bzw. sehr allgemein. Überhaupt fehlt es an einer systematischen Evaluation und Kontrolle der Betriebsmedizin in Bezug

auf Qualität, Effektivität und Effizienz ihrer Leistungen. Allerdings gilt dies ebenso für die Medizin allgemein bzw. –Einzeldisziplin, wie z.B. Röntgenologie oder Kinderheilkunde oder für die Tätigkeit von Kassenärzten.

Drittes Beispiel: Als besonders gelungen sind Modell anzusprechen, die im Zusammenwirken von Gesetzlicher Krankenversicherung mit Betrieben und Betriebsärzten sowie Fachkräften für Arbeitssicherheit sowie den Berufsgenossenschaften als integriertes systematische Konzept zur Feststellung und Vermeidung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingten Erkrankungen angelegt sind. Zum Teil wurden sie vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung finanziert (KOPAG). Zu nennen sind hier die Projekte der Ortskrankenkasse, der Betriebskrankenkasse und der Gmünder Ersatzkasse.

Für den Gesundheitsbericht wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenversicherung ausgewertet. Es wurde eine Mitarbeiterbefragung zur Feststellung der Belastungs- und Beanspruchungssituation vorgenommen. Beide Auswertungen wurden, um Anonymität zu gewähren, auf Arbeitsbereiche bezogen. In dem Betrieb wurde ein Gesundheitszirkel etabliert, an dem alle Akteure für den betrieblichen Gesundheitsschutz beteiligt waren bzw. sind.

Es blieb nicht bei der Erhebung von Belastung und Beanspruchung und Erkrankungen, sondern es kam zu konkreten Verbesserungsvorschlägen zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen. Zugleich wurde zu einem späteren Zeitpunkt eine Evaluation vorgenommen, um herauszufinden, ob die Maßnahmen eine Wirkung gezeigt haben bei den Belastungen und den Erkrankungsparametern.

Sechste These:

Das Beispiel der Projekte der Zusammenarbeit der Krankenkassen mit Betrieben, Berufsgenossenschaften und den betrieblichen Akteuren des Arbeitsschutzes zeigt, daß die Feststellung und Vermeidung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingten Erkrankungen nur als eine integrierte systematische Aufgabengestaltung im Großbetrieb auch im Verbund von Kleinbetrieben, wie z.B. Handwerk durchgeführt werden kann. Der Betriebsarzt allein ist nur in Einzelfällen in der Lage, arbeitsbedingten bzw. berufsbedingten Erkrankungen nachzugehen.

Siebte These:

Die Feststellung und Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen setzt eine systematische arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung voraus, und zwar zuvor im Zusammenwirken der Sozialversicherungen, d.h. Berufsgenossenschaften und Krankenkassen mit der staatlichen Gewerbeaufsicht. Im Zusammenwirken mit arbeitsmedizinischen, arbeitswissenschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Expertenteams, die berufs- bzw. branchenbezogen epidemiologische Forschung betreiben bzw. im Sinne des § 5 Arbeitsschutzgesetz „Beurteilung der Arbeitsbedingungen“ eine systematische Evaluation und Beratung der betreuten Betriebe vornehmen, sind konkrete Präventionsmaßnahmen in Betrieben umzusetzen..

Achte These:

Die derzeitige Fragmentierung und die Verwettbewerblichung der Arbeitsmedizinischen Dienste wie auch der Krankenversicherungen erlaubt keine flächendeckende, systematische Vorgehensweise in diesem Sinne.

Neunte These:

Es ist die Aufgabe von Gewerkschaften und Betriebs- und Personalräten hier auf eine neue Politik zu drängen. Wissen und Erkenntnisse sowie Methoden liegen vor, um arbeitsbedingte Erkrankungen festzustellen und Strategien der Vermeidung vorzunehmen.

Was ist aus den beiden Fallgeschichten für das Handeln von Betriebsärzten bzw. für alle Akteure im Gesundheits- und Arbeitsschutz zu lernen? Beide Fälle stehen für die Situation, daß „das Kind bereits in den Brunnen gefallen“ ist. Es geht also um Einzelfalllösungen und um ein Lernen aller Beteiligten aus dieser Erkrankungssituation. Im Fall der Krankenschwester lassen sich konkrete Präventionsmaßnahmen ableiten, und zwar eine Verbesserung des sozialen und kommunikativen Klimas auf der Station, ein Beheben der Führungsdefizite auf der Station und wahrscheinlich auch im gesamten Krankenhaus, Thematisierung des Mobbing als nicht seltene Form der gestörten Kommunikation in Dienstleistungsbetrieben. Für den Einzelfall empfiehlt sich eine Umsetzung im Hause, allerdings besser in ein anderes Krankenhaus.

Alleine ist der Betriebsarzt/die Betriebsärztin im Krankenhaus mit dieser Situation völlig überfordert, wenn sie nicht auf eine aktive und bereite Krankenhausleitung trifft, die einen Personal- und Organisationsentwicklungsplan für ihr gesamtes Management sich zum Ziele setzt bzw. dies bereits praktiziert.

Im Fall des Transportarbeiters und seiner Wirbelsäulenerkrankung durch schweres Heben und Tragen über einen mehrjährigen Zeitraum, kann für die konkrete Transportarbeit im Betrieb gelernt werden, insofern als eine Technisierung und eine organisatorische Verbesserung durchgeführt wird. Häufig läßt sich dies aber nicht durchführen, da es kaum Technisierungsmöglichkeiten beim Umpacken und Kommissionieren gibt oder die Wettbewerbssituation von Lager- und Transportbetrieben sehr hoch ist und hier Akkordarbeit auch ohne eine solche Bezahlung, Stoßgeschäfte mit den entsprechenden physiologischen Überschreitungen der Dauerleistungsgrenze vorkommen. Für den Einzelfall - wenn es keinen Verweisarbeitsplatz im Betrieb gibt - droht Arbeitslosigkeit, wenn auch der Ausgang in die Frührente durch die Rentenversicherung versperrt wird oder die Person es aus finanziellen Gründen es nicht möglich ansieht. Eine Anerkennung als Berufskrankheit 2108 kann vielleicht gelingen, allerdings wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit kaum über 20 % kommen. Wird die Berufsgenossenschaft umschulen, ist der Mann umschulungsfähig, in welchen Bereich hinein? Also auch hier begrenzte Möglichkeiten des Betriebsarztes.