

und passiven, edukativen Behandlungsbausteinen (z. B. Arthrose-Rückenschule, Beratungsgespräche) geachtet. Ein großer Vorteil der ambulanten Reha, so der Ärztliche Direktor der Stuttgarter Rehaklinik, Dr.med. Sven Schemel, liege ohne Zweifel in der Möglichkeit, niedergelassene Ärzte, Betriebsärzte und Ärzte aus Akutkliniken einzubinden. Prof. Dr. med. Denzlinger, der die onkologische Abteilung des ZAR leitet, schätzt an der ambulanten Reha die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten. Die Patienten profitieren dabei u. a. sowohl von der sporttherapeutischen als auch von der psychologischen Betreuung.

Ein weiterer Vorteil der ambulanten Rehabilitation ist die individuelle Anpassung der Therapie an die Patienten, beispielsweise mit der Möglichkeit der geteilten Anschlussheilbehandlung.

In Einzelfällen und in Absprache mit den Kostenträgern ist eine Teilung bzw. Unterbrechung der Rehabilitation für längstens vier Wochen möglich. Orthopädische Patienten z. B., deren Belastungsfähigkeit noch reduziert ist, profitieren von der Unterbrechung der Reha, indem die Therapie an den Genesungszustand angepasst werden kann.

Um den erreichten Rehabilitationserfolg zu stabilisieren, bietet das ZAR Nachsorgeprogramme der Deutschen Rentenversicherung. Im Anschluss an die Rehabilitation (stationär oder ambulant) können die Patienten berufsbegeleitend an diesen Programmen teilnehmen und sichern somit den Behandlungserfolg. Finanziert werden diese Nachsorgeprogramme durch die Deutsche Rentenversicherung. □

Jürgen Dreher

Beschlossene Sache: Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Mit dem Wandel der Arbeitswelt und der demografischen Entwicklung gewinnt die arbeitsmedizinische Vorsorge an Bedeutung. Sie ist ein Schlüssel zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen und zum Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit. Dabei geht es um individuelle Aufklärung und Beratung der Beschäftigten zu Wechselwirkungen zwischen ihrer Arbeit und Gesundheit.

Vorschriften zur arbeitsmedizinischen Vorsorge sind bislang in verschiedenen staatlichen Verordnungen und in der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A4) der Unfallversicherungsträger zu finden. Am 10. Oktober 2008 stimmte der Bundesrat mit geringen Änderungen dem Entwurf der Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu.

Mit der Verordnung werden Regelungen im staatlichen Recht und in Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften vereinheitlicht und zusammengeführt. Sie regelt Pflichten von Arbeitgebern und Ärzten und schafft mehr Transparenz bei Pflicht- und Angebotsuntersuchungen. Zugleich stärkt sie das Recht der Beschäftigten auf Wunschuntersuchungen. □

Dr.

Die Verordnung, die (fast) alles kann

Einige Anmerkungen zur Eurythmie von Pflichten und Angeboten bei der staatlich geregelten arbeitsmedizinischen Vorsorge

Sehr geehrter Herr Präsident,
hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossenen „Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge“ mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

.....

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Angela Merkel

Wer kann unserer Regierungschefin schon eine Bitte abschlagen?

Am 10. 10. 2008 hat der Bundesrat auf seiner 848. Sitzung dem Wunsch unserer Kanzlerin pflichtgetreu entsprochen und beschlossen, der Verordnung zuzustimmen.

So einfach funktioniert Politik... Als Bundestagsdrucksache 643/08 hat sie sich nicht nur einen Platz im Archiv des Deutschen Bundestages gesichert, sie beschreibt vor allem verbindliche Spielregeln für den Lebensraum, in dem arbeitsmedizinische Vorsorge stattfindet, Spielregeln als auch Chancen für seine Entwicklung, Größe und Beschaffenheit.

Gemessen an seinen Zielen und den hieraus abgeleiteten Aufgaben lassen sich eine systolische (sekundärpräventive, auf normierte Anlässe bezogene) und eine diastolische (primärpräventive, auf nicht normierte Anlässe bezogene) Funktion unterscheiden. Ob sich hieraus eine funktionell wirksame Pumpleistung ergibt, let's have a look on both sides:

Zunächst zur Systole:

Der bereits mit Inkrafttreten der Gefahrstoffverordnung im Januar 2005 begonnene Prozess der Aufhebung von Parallelregelungen in der berufsgenossenschaftlichen und staatlichen Rechtssetzungen wird hier konsequent fortgeführt und – sofern dies die Überführung von Verordnungen zum Umgang mit chemischen (GefahrstoffV), biologischen (BioStofV), physikalischen (Lärm- u. Vibrations-ArbeitsschutzV, DruckluftV sowie Hitze- u. Kältearbeiten n. der bisherigen BGVA 4) sowie anderweitiger Einwirkungen (Gentechnik-SicherheitsV) angeht – einer einheitlichen Systematik von Pflicht- und Angebotsuntersuchungen unterworfen. Dem gesetzten Ziel, mit dieser Verordnung zu einer „Rechtsvereinfachung, und „Schaffung rechtlich einwandfreier, systematischer und transparenter Rechtsgrundlagen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ beizutragen, wird man damit für den Bereich der im Anhang Teil I – Teil IV definierten Anlässe durchaus gerecht.

Hier gibt es nicht viel zu deuteln: Die Tatbestände können eindeutig zugeordnet werden und sind im Sinne einer subsummierbaren Logik praxistauglich und unmittelbar anwendbar.

Für die im Anhang einschlägig definierten Bereiche wird streng im Sinne eines industriepathologischen Unfallparadigmas argumentiert und folgerichtig von einer Sekundärprävention ausgegangen, die abzugrenzen ist von primärpräventiven Aktivitäten, die außerhalb dieser Verordnung in das arbeitsmedizinische „Reisegepäck“ gehören und an anderer Stelle, namentlich dem ASiG bzw. ArbSchG, geregelt sind.

Was sich sonst im Schlepptau dieser Rechtsvereinfachung befindet ist durchmischt und reicht vom lohnenden Beifang bis zum überflüssigen Ballast:

- Dass weiterhin die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ als ausreichende Qualifikation geduldet wird und aus einer in 1973 aus der Not geborenen Regelung ein Ladenhüter ohne Verfallsdatum wird, ist ärgerlich aber wahrscheinlich an dieser Stelle weder verhandel- noch lösbar.
- Dass der adipöse Schützenbruder in der freiwilligen Feuerwehr von Nieder-, Ober- oder Unterkrüchten jetzt auch die Aussicht auf eine „Pflichtuntersuchung“ hat, die seine Belastbarkeit nicht nur auf dem Niveau einer W125 prüft und damit die Eignungsprüfung auf die Befähigung zum Anlegen des Atemgerätes begrenzt, ist sicherlich nicht von Nachteil.
- Dass der „Arzt bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge unvertretbar ist“ und eine wichtige Rolle bei der Gefährdungsbeurteilung spielt und bei der individuellen Beratung „unverzichtbar“ ist, die Arbeitsmedizin eine „eigenständige“ und „grundsätzliche Bedeutung“ für die Gesunderhaltung der Beschäftigten hat, alles augenfällig, aber in heutigen Zeiten nicht selbstverständlich....
- Um Grundsätzliches geht es da schon eher bei der G 25 sowie der G 42, die aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge exkommuniziert wurden mit der Begründung, dass hierbei die Eignung bzw. Befähigung und nicht die Abwehr arbeitsbedingter Risiken im Vordergrund stehen. Wenn das mit der Eignung und Gefährdung immer so schön lehrbuchmäßig abgrenzbar wäre. Was sonst noch dazu zu sagen ist, ist bereits in der Novemberausgabe geschehen (Wir haben ihn so geliebt – den G 25 Überlegungen zu einem Hermaphroditen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen) wir wollen uns nicht wiederholen. Wie dem auch sei: Gerade, wenn man sich der Logik des Verordnung anschließt, ein Wiedersehen in der dia-

stolischen Phase ist vorprogrammiert, es sei denn die langjährigen Erfahrungen mit dem G 25 und ihr unzweifelhafter – wenn auch mittelbarer – Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit stellt keine allgemein anerkannte Regel dar.

- In der Konsequenz werden auch einige Unfallversicherungen ihre Hausaufgaben bekommen: Eine partielle Anrechnung der Untersuchungen nach der Fahrerlaubnisverordnung auf die Einsatzzeiten wie im Bereich der BG Fahrzeughaltung dürfte demnach eine Konformitätsprüfung nicht mehr überstehen.

Soviel zu dem, was man den ersten Teil des Verordnung nennen kann, der sich der Abwehr arbeitsbedingter Erkrankungen verschrieben hat und sich – mit wenigen Ausnahmen – einer in sich schlüssigen Logik mit entsprechenden Handlungsalgorithmen verpflichtet.

Zwischenbilanz: Das systolische Auswurfvolumen verspricht eine ausreichend funktionelle Wirksamkeit

Hierzu kontrastiert aus meiner Sicht ein zweiter – eher präsumptiv angelegter, antizipativer Teil der Verordnung, der sich mittelbar über die Agenda, die Aufgaben (n. § 11) des Ausschusses Arbeitsmedizin ins Gespräch bringt. Der Ausschuss Arbeitsmedizin soll mit Inkrafttreten der Verordnung unter Federführung des BMAS eingerichtet werden und – so in der Begründung – mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge „zugleich einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes“ leisten.

Das aus fachkundigen Vertretern der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der gesetzlichen Unfallversicherung und weiteren fachkundigen Personen zusammengesetzte Gremium soll Regeln und Erkenntnisse aus der Arbeitsmedizin ermitteln sowie Kriterien, Beispiele und Empfehlungen aufstellen für Untersuchungen nach § 11 ArbSchG, für betriebliche Gesundheits-Check-Programme sowie zu kollektiven arbeitsmedizinischen Präventionsprogrammen.

Wir reden bereits über die Diastole.

Der Verordnung diagnostiziert zu recht, dass „einige Bereiche arbeitsbedingter Erkrankungen heute noch zu wenig Beachtung“ finden, nennt dabei die muskulo-skeletalen Erkrankungen und spannt ansonsten den Bogen von Gesundheitscheckprogrammen in größeren Betrieben bis hin zur Untersuchung auf Wunsch des Beschäftigten nach § 11 ArbSchG, wobei der Verordnung, hierin ein bisher unzureichend ausgeschöpftes Instrument sieht, das geeignet ist, sehr effektiv den individuellen Gesundheitsschutz mit den betriebspezifischen Gefährdungen und ihrer Vermeidung zu verknüpfen.

Die hiermit verknüpften Ziel sind sicher verdienstvoll, stellen in ihrem „visionären“ Bemühen einen deutlichen Kontrast dar zu dem „Normierten“ lassen aber vermuten, dass bei den Verfassern die Einsicht und der Wille zur Veränderung durchaus vorhanden waren, aber dann nicht mehr die Kraft, um zu einem Einvernehmen und Konsens über Instrumente und Wege zu finden. Vielleicht auch nicht leistbar ohne einen sehr aktiven, Reviergrenzen und -denken transzendierenden Brückenschlag zwischen dem parteipolitischen Geschwisterpaar Olaf und Ulla, zwischen BMAS und dem Bundesministerium für Gesundheit. Vielleicht nur ein kleiner Schritt zum benachbarten Stuhl am Kabinettstisch oder in der Fraktion, aber ein gewaltiger, ja epochaler Wurf für die Primärprävention, die die Arbeitsmedizin im betrieblichen Setting zu leisten vermag, und ihre auf weiten Strecken unausgeschöpften Potentiale. Insgesamt wirkt das nicht-normierte Tableau ebenso ambitioniert wie – das ist zum Teil in der Natur der Sache begründet – unvollendet:

Bei den arbeitsbedingten Erkrankungen, die bisher zu wenig Beachtung gefunden haben, werden ausschließlich die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates identifiziert. Es ist schon erstaunlich, dass die psychischen Erkrankungen keine Erwähnung finden, obwohl ihr epidemischer Anstieg unverkennbar mit veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt assoziiert ist.

Ärgerlich ist das Beibehalten der hermetischen Formulierung: „eine Wunschuntersuchung ist zu ermöglichen, es sei denn aufgrund der Gefährdungsbeurteilung ist nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen.“ Wie, bitte schön, soll man neue Erkenntnisse für die Überarbeitung der Gefährdungsbeurteilung gewinnen, wenn die aktuelle Fassung in einen ex cathedra-Status befördert wird. Eine *contradictio in adjectue*... Zum Glück wird in der betrieblichen Wirklichkeit auf solche Spitzfindigkeiten weniger Wert gelegt.

Wenn der Verordnung nach dem Willen ihrer Verfasser auch zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit beitragen soll, dann ist man doch erstaunt, dass bei der Nennung von Untersuchungsanlässen die Untersuchung und Beratung von Beschäftigten vergessen wurde, die durch Krankheit in ihrer Leistung eingeschränkt sind. Es wäre sehr verdienstvoll, wenn dem § 84 SGB IX hier eine komplementäre, aus der Eigenverpflichtung der Arbeitsmedizin begründete Andock-Gelegenheit gegeben würde.

Es kann nicht verkannt werden, dass die Anforderungen in vielen Tätigkeitsfeldern so verdichtet sind, dass bei bereits geringfügigen körperlichen oder seelischen Gebrechen eine Schiefelage entsteht mit einer tendenziellen Unvereinbarkeit zwischen Anforderungen und verbliebenen Leistungsvermögen des Beschäftigten. Genau diese Problemlage ist nicht Ausdruck eines individuellen Problems, sondern arbeitsbedingt: Ergebnis nachhaltiger betrieblicher Umbau- und Rationalisierungsprozess, in dessen Folge die „Poren des Arbeitstages“ systematisch geschlossen und regenerationsdienliches Bindegewebe bis zur Magersucht abgespeckt wurde. Man sollte die Ehrlichkeit besitzen dies ohne ideologische Scheuklappen so zu diagnostizieren.

An dieser Schnittstelle findet – dynamisiert durch die demographische Entwicklung – die eigentliche Herausforderung statt.

Wer heutzutage über arbeitsbedingte Erkrankungen spricht und diese strukturelle Problemlage dethematisiert bewegt sich um Haarbüschelbreite an den heutigen und zukünftigen Herausforderungen der arbeitsmedizinischen Vorsorge vorbei und übersieht die wachsende Zahl an Erwerbstätigen, die durch Krankheit in eine für die Sicherung des Lebensunterhalts prekäre Situation geraten können. Die Selbstmorde am Arbeitsplatz, die unsere französischen Nachbarn beschäftigen, wir sollten uns hüten vor zuviel Selbstgewißheit, das so etwas nur anderen passieren kann.

Es ist zu wünschen, dass der Ausschuss sich auch vor komplexen Themen nicht scheut und Prozesse, Instrumente, Anreize und Regelungen entwickelt zur Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit und menschenwürdiger Arbeitsbedingungen, nachhaltig und altersgerecht im besten Fall mit Unterstützung von Praktikern für die Praxis.

Die Therapie von Herzrhythmusstörungen ist erfahrungsgemäß mit einem Wechselbad an Gefühlen verbunden. Ähnlich verhält es sich bei dieser Verordnung, mit der Abstimmung zwischen Systole und Diastole. Insbesondere was die Diastole angeht scheint noch einiges an Diagnose und Therapiebedarf zu bestehen...

Seien wir guten Mutes und hoffen wir, dass der Ausschuss atmungsaktiv ist, sich den Problemlagen und Herausforderungen der Wirklichkeit stellt, dem arbeitsmedizinischen „Bodenpersonal“ ausreichend Gehör und Aufmerksamkeit schenkt und, ja – wir dürfen auch träumen – verlockt zu einer partnerschaftlichen Kooperation zwischen BMAS und BMG. „Olaf“ und „Ulla“ müssen ja nicht gleich heiraten, ein wilde Ehe hat ja auch ihre produktiven Seiten... □



Dr. med. Rolf
Hess-Gräfenberg,
Facharzt
für Arbeitsmedizin