



Arbeitsmedizinisches Kolloquium 2008

der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
am 13. März 2008 in Hamburg



Arbeitsmedizinisches Kolloquium 2008

der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
am 13. März 2008 in Hamburg

Broschürenversand: info@dguv.de

Herausgeber: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Mittelstraße 51, D – 10117 Berlin
Telefon: 030 288763-800
Telefax: 030 288763-808
Internet: www.dguv.de
– Juni 2008 –

Satz und Layout: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Druck: DCM Druck Center Meckenheim

ISBN: 978-3-88383-735-2

Inhalt

Verzeichnis der Referenten, Autoren und Vorsitzenden	5
I. Prävention muskel-skelettaler Erkrankungen unter Einbeziehung psychischer Fehlbelastungen	
<i>Vorsitz: S. Letzel, U. Pällmann</i>	
... aus arbeitsmedizinischer Sicht	7
<i>S. Weiler</i>	
... aus arbeitspsychologischer Sicht	13
<i>P. Richter</i>	
... Beitrag der Expositionsdatenbank der DGUV.	19
<i>R. Stamm, R. Ellegast, D. Windemuth</i>	
II. Auswirkungen aktueller rechtlicher Vorgaben auf die betriebsärztliche Tätigkeit	
<i>Vorsitz: W. Panter, H.U. Schurig</i>	
Präventionsgesetz	23
<i>F. Bindzius</i>	
Rechtsreform arbeitsmedizinische Vorsorge	27
<i>R. Janning</i>	
Betriebsärztliche Betreuung nach der neuen BGV A2	31
<i>M. Fischer</i>	

Verzeichnis der Referenten, Autoren und Vorsitzenden

Bindzius, Fritz Dipl.-Psych.	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin
Ellegast, Rolf Dr. rer. nat.	BGIA – Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin
Fischer, Manfred Dr.-Ing.	Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) Deelbögenkamp 4, 22297 Hamburg
Janning, Rita	Bundesministerium für Arbeit und Soziales Villemombler Str. 76, 53123 Bonn
Letzel, Stephan Prof. Dr. med.	Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Mainz Obere Zahlbacher Straße 67, 55131 Mainz
Pällmann, Ulrich Dr. med.	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin
Panter, Wolfgang Dr. med.	Hüttenwerke Krupp-Mannesmann GmbH Ehinger Straße 220, 47259 Duisburg
Richter, Peter Prof. Dr. rer. nat.	Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie Technische Universität Dresden Zellescher Weg 17, 01069 Dresden
Schurig, Hans Ulrich Dr.-Ing.	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Fockensteinstraße 1, 81539 München
Stamm, Roger Dr. rer. nat.	BGIA – Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin
Weiler, Stephan Dr. med.	Institut für Arbeitsmedizin Universität Lübeck, UKSH Campus Lübeck Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
Windemuth, Dirk Dr. phil.	BGAG – Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Königsbrücker Landstraße 2, 01109 Dresden

I. Prävention muskel-skelettaler Erkrankungen unter Einbeziehung psychischer Fehlbelastungen ... aus arbeitsmedizinischer Sicht

S. Weiler

Epidemiologie und volkswirtschaftliche Bedeutung

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems gehören zu den häufigsten und kostenträchtigen Leiden in Deutschland. Sie verursachen ca. 23 Prozent der krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz (RKI 2006). Die Hälfte der Erkrankungen entfällt auf Rückenschmerzen, meist als sog. unspezifischer Rückenschmerz. Die Schmerzen verlaufen oft selbstlimitierend und dauern nur kurz an. Problematisch sind diejenigen 10 bis 25 Prozent der Fälle, bei denen es zu einer Chronifizierung kommt, und die 80 Prozent der entstehenden Kosten verursachen (Schochat und Jäckel 1998).

Allgemeine Risikofaktoren und Prädiktoren für Muskel-Skelett-Erkrankungen

Rückenschmerzen treten mit steigendem Lebensalter vermehrt auf mit maximaler Prävalenz im fünften und sechsten Lebensjahrzehnt. Gleichwohl sind sie bereits bei jüngeren Menschen ein bedeutsames Problem (Punnett et al. 2004). Frauen aller Altersgruppen geben aus unbekannter Ursache mehr, stärkere und länger andauernde Rücken- und andere Schmerzen an als Männer (Punnett et al. 2004, RKI 2006).

Klinisch-körperliche Untersuchungsparameter haben nur eine geringe Vorhersagekraft für das Auftreten von Rückenschmerzen. Ein erhöhter Body-Mass-Index (BMI) und individuelle Verhaltensweisen

wie z. B. Nikotinkonsum gehen mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit für Muskel-Skelett-Beschwerden einher (Punnett et al. 2004). Ergebnisse bildgebender Verfahren korrelieren nicht mit dem Verlauf (Waddell und Burton 2001, van Tulder 1997).

Berufliche Risikofaktoren für Muskel-Skelett-Erkrankungen

Gehäufte Muskel-Skelett-Erkrankungen werden aus vielen Branchen berichtet, z. B. dem Gesundheitsdienst, der Forstwirtschaft oder Produktionsbetrieben (Punnett et al. 2004, Häkkinen et al. 2001). Die Arbeitsschwere ist kein sicherer Prädiktor, obwohl hohe körperliche Belastungen mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten einhergehen (Burdorf und Jansen 2006).

Beispiele für besonders belastende Tätigkeiten sind:

- Dauernd wiederholtes Heben von Lasten,
- Tätigkeiten mit Rumpfbeugen oder -drehen,
- Arbeiten mit Ganzkörper-Vibrationen (nur bei jüngeren Arbeitnehmern),
- andauerndes Stehen.

Starke Streuungen der Effektstärke und lange Latenzzeiten von mehr als 10 Jahren mit jeweils geringer prognostischer Wertigkeit erschweren die Identifikation berufsbezogener und anderer Risikofaktoren (Fredriksson et al. 2002, Pope 1989, Lötters und Burdorf 2002).

Faktoren des Arbeitsumfeldes wie Arbeitszeit pro Woche, Firmengröße, Einstellung zur Arbeit oder der Status als Hauptverdiener in der Familie können eine Rolle spielen, die Evidenzlage hierfür ist jedoch schwach (Linton 2001).

Psychosoziale Prädiktoren für Muskel-Skelett-Erkrankungen

Viele psychosoziale Prädiktoren für Muskel-Skelett-Erkrankungen lassen sich in Modelle zur Stressentstehung einordnen. Beispiele sind:

- Fremdkörpergefühl von Arbeitnehmern im Team („Person-Environment-Fit“ von Harrison 1978): Bei Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung, schlechtem Betriebsklima
- Hohe Arbeitsanforderungen bei gleichzeitig geringem eigenen Gestaltungs-

potenzial („Job-Demand – Job-Control-Modell von Karasek 1979): z. B. bei Monotonie, Konzentrationserfordernis, Abhängigkeitsgefühl oder geringer Autonomie

- Ein Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung („Effort-Reward-Imbalance-Modell nach Siegrist 1966): z. B. durch geringwertige Arbeitsinhalte, geringe Vorgesetztenunterstützung, ungenügende Kommunikation mit Vorgesetzten, unklare Anweisungen.

Die prädiktive Wertigkeit einzelner Faktoren ist bei beschwerdefreien Personen gering (Waddell und Burton 2001), psychische Begleiterkrankungen verstärken das Risiko deutlich.

Psychosoziale Faktoren beeinflussen über die Schmerzerwartung das Verhalten und tragen so stärker zur Einschränkung von

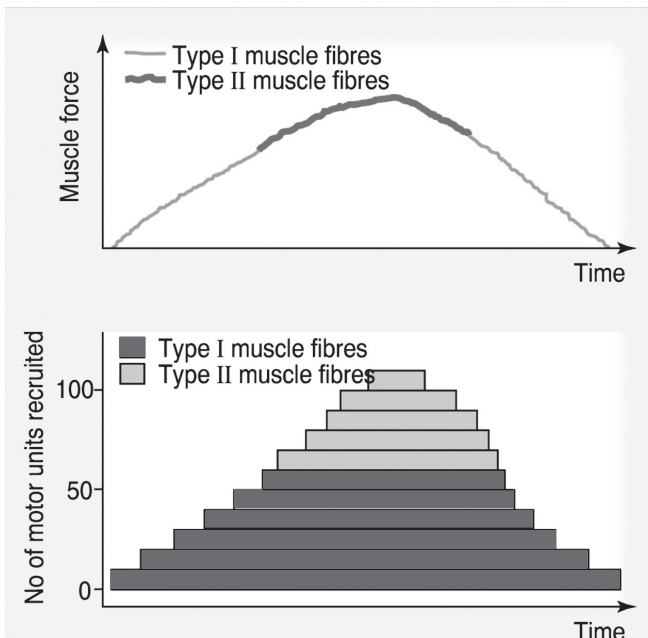


Abbildung 1:
Zu niedrige Lasten bei relativ statischer Haltung können durch alleinige Rekrutierung von Typ-I-Muskelfasern zu einer vorzeitigen Ermüdung und Beschwerden führen (Abbildung von Hagberg 1996)

Fähigkeiten und der Lebensqualität bei als physische Faktoren (Waddell und Burton 2001). Stressbedingte Anspannung verursacht durch Ermüdung Muskelschmerzen (Hagberg 1996, Abbildung 1). Dies wird als Cinderella-Effekt bezeichnet.

Prävention muskulo-skelettaler Erkrankungen aus arbeitsmedizinischer Sicht

Betriebsärzte können durch Kontakt mit beschwerdearmen Beschäftigten früh Handlungsbedarf erkennen, adäquate Aktionen veranlassen und deren Effekte bewerten (PDCA-Zyklus).

Handlungsbedarf ist oft aus Routinedaten wie Fehlzeiten, Fluktuation, Beschwerdebauhäufigkeit abzuleiten. Zur Bewertung psychischer Fehlbeanspruchungen sind Mitarbeitergespräche, die Analyse von Arbeitsanforderungen und z. B. Mitarbeiterbefragungen sinnvoll. Geeignete Instrumente (z. B. aus der BAUA-Toolbox) eignen sich auch zur Maßnahmenbewertung.

Schwieriger ist das Einleiten zieladäquater Maßnahmen. Eine Risikofaktor-Modifikation muss nicht zwangsläufig Erfolg haben, da die Kausalkette im Wesentlichen unklar ist und der Erfolg von sehr vielen Faktoren abhängt (Burton et al. 2004).

Arbeitsplatzorientierte Lösungen sind auf die individuelle Problemkonstellation abzustimmen, als generelle Regel sollten Präventionsprogramme verhaltens- und erfahrungsorientierte Inhalte in den Vordergrund stellen. Oft wird eine externe Expertise z. B. von Physiotherapeuten oder Psychologen sinnvoll sein, wobei nicht vergessen werden darf, dass eine Prognose im Einzelfall nicht möglich sein wird.

Vieles spricht bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen für den Einbezug des außerbetrieblichen Umfeldes. Betriebsärzte sollten sich deutlich als Informationsmanager positionieren, die aus dem Betrieb heraus einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden. Beispielsweise werden Rückenschmerzen am ehesten durch sportliche Aktivität verhindert (Morken et al. 2007, Wiesel 2007, Guzman et al. 2007, Ijzelenberg et al. 2007), wobei wahrscheinlich Bewegung und generelle Fitness an sich die präventiv wirksamen Faktoren sind. Bewegung während der Arbeit kann jedoch kein unsportliches oder bewegungsfeindliches privates Umfeld kompensieren. Gleiches gilt z. B. für Rauchen oder Fehlernährung.

Ein weiterer Erfolg versprechender Weg ist die multimediale Weitergabe von Informationen über die gutartige Natur von Rückenschmerzen und die Eigenverantwortlichkeit von Betroffenen für ihre Genesung und Verhaltensratschläge (z. B. im Rahmen der Möglichkeiten, aktiv im Alltag, möglichst auch im Arbeitsalltag, zu bleiben). Dies führt zu anhaltend niedrigeren Beschwerdebauhäufigkeiten und Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Rückenproblemen (Loisel et al. 2005, Buchbinder und Jolley 2004) (Abbildung 2). Vergleichbare Effekte sind auch durch gedruckte Informationen wie z. B. Broschüren zu erzielen, jedoch schwächer ausgeprägt (Cou-deyre et al. 2007, Burton et al. 1999).

Von Betriebsärzten begleitete Maßnahmen zur Rückenschmerzprävention sollten gezielt ausgewertet und publiziert werden. Denn bislang ist nur wenig darüber bekannt, wie häufig und welche Interventionen angeboten werden und ob Vergleiche zwischen verschiedenen Maßnahmen möglich sind (Linton und van Tulder 2001).

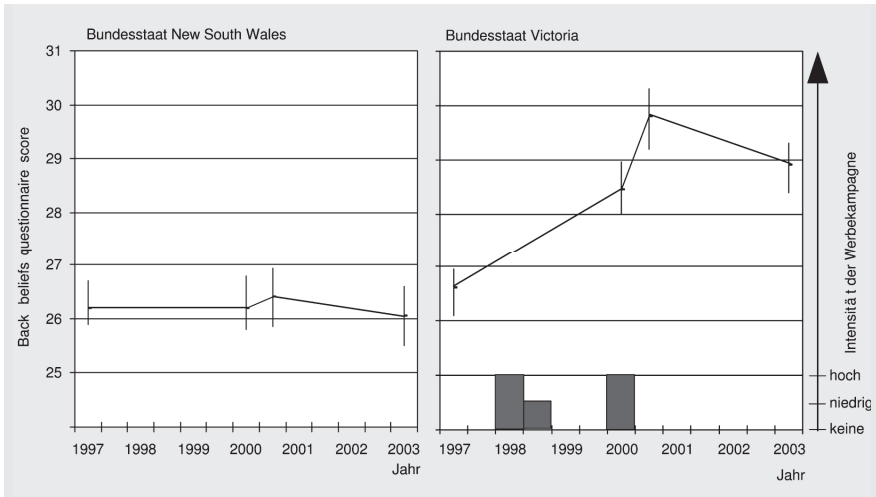


Abbildung 2:

Nachhaltige Verbesserungen im Back-Beliefs-Questionnaire durch eine Informationskampagne von 1998 bis 2000 in Australien. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage ohne (links) und mit (rechts) Medienkampagne zur gutartigen Prognose von Rückenschmerzen, höhere Werte sind besser. (Buchbinder und Jolley 2004)

Literatur:

Buchbinder R, Jolley D: Population based intervention to change back pain beliefs: three year follow up population survey. *Br Med J* 2004 (328) 321

Burdorf A, Jansen JP: Predicting the long term course of low back pain and its consequences for sickness absence and associated work disability. *Occup Environ Med* 2006 (63) 522-529

Burton AK, Ericson HR, Leclerc A, Balaque F, Henrotin Y, Müller G, Cardon G, Lahad A, van der Beek AJ: European Guidelines for Prevention of low back pain. Onlineveröffentlichung, 2004, 1-54. Online (02.02.2008) www.backpaineurope.org

Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N: Information and Advice to Patients With Back Pain Can Have a Positive Effect. *Spine* 1999 (23) 2484-2491

Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudou S: Effect of a Simple Information Booklet on Pain Persistence after an Acute Episode of Low Back Pain: A Non-Randomized Trial in a Primary Care Setting. *PLoS ONE* 2007 (2) e706

Fredriksson K, Alfredsson L, Ahlberg G, Josephson M, Kilbom Å, Wigaeus Hjelm E, Wiktorin C, Vingård: Work environment and neck and shoulder pain: the influence of exposure time. Results from a population based case-control study. *Occup Environ Med* 2002 (59) 182-188

Guzman J, Jones D, Cassidy JD, Furlan AD, Loisel P, Frank JW: Key Factors in Back Disability Prevention. *Spine* 2007 (32) E281-E289

Hagberg M: ABC of Work Related Disorders. *Br Med J* 1996 (313) 419-422

Häkkinen M, Viikari-Juntura E, Martikainen R: Job Experience, work load, and risk of musculoskeletal disorders. *Occup Environ Med* 2001 (58) 129-135

Harrison RV: Person-environment fit and job stress. In: Cooper VL, Paye R (Hrsg.): *Stress at work*. Wiley, New York 1978, 175-205.

Ijzelenberg H, Meerding WJ, Burdorf A: Effectiveness of a Back Pain Prevention Program. *Spine* 2007 (32) 711-719

Karasek RA: Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979 (24) 285-308

Linton SJ: Occupational psychological factors increase the risk for back pain: A systematic review. *J Occup Rehabil* 2001 (11) 53-66

Linton SJ, van Tulder MW: Preventive Interventions for Back and Neck Pain Problems. *Spine* 2001 (26) 778-787

Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, Webster B: Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of impleting evidence. *J Occup Rehabil* 2005 (15) 507-524

Lötters F, Burdorf A: Are changes in mechanical exposure and musculoskeletal health good performance indicators for primary interventions? *Int Arch Occup Environ Health* 2002 (75) 549-561

Morken T, Magerøy N, Moen BE: Physical activity is associated with a low prevalence of musculoskeletal disorders in the Royal Norwegian Navy: a cross sectional study. *BMC Mus-culoskelet Disord* 2007 (8) 56

Punnett L, Gold J, Katz JN, Gore R, Wegman DH: Ergonomic stressors and upper extremity musculoskeletal disorders in automobile manufacturing: a one year follow up study. *Occup Environ Med* 2004 (61) 668-674

Pope MH: Risk indicators in low back pain. *Annals Med* 1989 (21) 387-392

RKI, Robert-Koch-Institut: *Gesundheit in Deutschland*. Agit-Druck GmbH, Berlin 2006

Siegrist J: Adverse health effects of high effort/ low reward conditions. *J Occup Health Psy-chol* 1996 (1) 27-41

Schochat T, Jäckel WH: Rückenschmerzen aus epidemiologischer Sicht. *Manuelle Medizin* 1998 (36) 48-54

van Tulder MW, Assendelft WJJ, Koes B, Bouter L: Spinal Radiographic Findings and Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review of Observational Studies. *Spine* 1997 (22) 427-434

Waddell G, Burton AK: Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med* 2001 (51) 124-135

Wiesel SW (Hrsg.): What about the prevention of back pain? *BackLetter* 2007 (22)

I. Prävention muskel-skelettaler Erkrankungen unter Einbeziehung psychischer Fehlbelastungen ... aus arbeitspsychologischer Sicht

P. Richter

Zusammenfassung

Rückenschmerzen zählen hinsichtlich Prävalenz und Erkrankungskosten zu den problematischsten arbeitsbedingten Beschwerden. Der Entstehungsprozess ist durch komplexe biomechanische, psychophysiologische und psychosoziale Wechselwirkungen bestimmt. Deshalb ist ein integrativer, sowohl objektiver wie subjektiver Diagnostikansatz physischer und psychischer Faktoren unerlässlich. Es werden Befunde eines derartigen psychologischen Herangehens mit Hilfe des Screening-Instrumentes SGA vorgestellt, das in der Hand geschulter Mitarbeiter für die Präventionsarbeit arbeitsbedingter Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich geeignet erscheint.

Prävalenz

Der eigenständige Risikobeitrag beruflicher psychosozialer Fehlbelastungen und kritischer Bewältigungsstile für kardiovaskuläre Erkrankungen konnte durch evidenzbasierte epidemiologische Längsschnittstudien inzwischen überzeugend belegt werden (Hemingway u. Marmot, 1999, Siegrist et al., 2004). Entsprechende psychische Mitverursachungen für Muskel-Skelett-Erkrankungen sind demgegenüber noch wenig belegt. Muskel-Skelett-Erkrankungen machen weltweit den größten Anteil der Kosten sowohl der Arbeits- wie Erwerbsunfähigkeit aus. Die Hälfte der Krankheitstage der ALG-I-Empfänger wurden 2006 durch Muskel-Skelett- und

psychische Störungen ausgelöst (Bödeker, 2007). Es wird geschätzt, dass unspezifischen Rückenschmerzen (low back pain, LBP) das größte Präventionspotential zukommt. LBP macht allein 70 Prozent der Arbeitszeitausfälle aus (Hasenbring, 1999). Weltweit wird die Lebenszeitprävalenz von Rückenschmerzen mit 65 bis 85 Prozent, die Punktprävalenz mit 30 bis 40 Prozent angegeben (Hales u. Bernhard, 1996, Pflingsten u. Hildebrandt, 2004). Psychischen Fehlbelastungen (hohe Arbeitsintensität, Kontrollverlust, Regulationshindernisse, eingeschränkte Erholungsfähigkeit) werden inzwischen eine gesicherte Mitverursachung bzw. Verstärkung besonders bei Schulter-Nacken- und LBP zugesprochen (Lundberg et al., 2000, Elfering et al., 2002, Bödeker, 2003, Greiner u. Krause, 2006). Psychosoziale Faktoren bei der Verursachung von Muskel-Skelett-Erkrankungen wurden stärker beachtet, nachdem rein ergonomisch angelegte Studien bei den Unternehmen Boeing und Volvo erst nach Einbezug von psychosozialen Merkmalen der Arbeit und der Kontrolle der Arbeitsunzufriedenheit eine Ursachenaufklärung von Rückenschmerzen erlaubten (Bigos et al., 1991, Lindström et al., 1994). Für die erfolgreiche Rehabilitation kommt offensichtlich auch psychologischen Faktoren, insbesondere Selbstwirksamkeits-Erwartungen in Verbindung mit aktiven Copingstilen, eine entscheidende Bedeutung zu (Schneider, 2007, Schwarzer, 2008).

Risikomodelle

Während die biomechanischen Zusammenhänge der Gewebebelastung und Schmerzentsstehung gut untersucht sind, sind die psychophysiologischen Mechanismen der Veränderungen der Schmerzschwellen und der erhöhten Muskelspannungen noch wenig geklärt. Offen ist vor allem noch, ob spezifische Arbeitsstressoren mit MSE assoziiert sind und ob es dafür spezielle sensitive Muskelregionen gibt. Der hohe Grad an Dissoziation zwischen morphologischen Veränderungen, körperlichen Einschränkungen und Schmerzen spricht für die gleichzeitige Wirksamkeit unterschiedlicher Wirkmechanismen (Waddell et al., 1993). Gegenwärtig sind unspezifische Modelle als evidenzbasiert anzusehen, die bereits für Herz-Kreislauf-Erkrankungen als valid nachgewiesen worden sind. Über das psychosoziale Job-Demand-Control-Verursachungsmodell (JDC, Karasek u. Theorell, 1990) hinaus ist besonders die so genannte „Cindarella“-Hypothese (Hägg, 1991, Melin u. Lundberg, 1997) als Wirkmodell experimentell gut belegt. Physische und psychische Fehlbelastungen wirken demnach nicht additiv, sondern führen bei synchronem Auftreten selbst geringer Belastungen zu einem exponentiellen Anstieg von Erholungsstörungen des Muskelsystems, die sich zudem steigern, wenn nicht genügend Erholungszeit außerhalb der Erwerbsarbeit zur Verfügung steht, z. B. durch erhöhte Haushaltsbelastungen. In neueren Studien wird weiterhin das Effort-Reward-Modell (ERI) von Siegrist (1996, 2004) zur Erklärung von LBP herangezogen.

Befunde

Job strain (hohe Arbeitsintensität, verbunden mit geringen Tätigkeitsspielräumen)

und fehlende soziale Unterstützung stehen in gesicherter Beziehung zu erhöhten Schmerzen im Lumbalbereich (Johansson, 1994, Alberg-Hulten et al. 1995, Verhoeven et al., 2003). Fehlende Erholungsmöglichkeiten tragen maßgeblich zur sympathotonen Daueraktivierung der kleinen motorischen Muskeleinheiten (Typ I, slow twitch) bei, denen besondere Bedeutung für die Tonusregulation im Lumbalbereich zukommt (Lundberg et al., 1999, Sjogaard et al., 2000).

Die letztgenannten Arbeiten, die sich auf psychophysiologische EMG-Daten beziehen, machen sehr deutlich, dass eine alleinige Erfassung von Erlebensdaten wie Arbeitsunzufriedenheit und Motivationsverlusten nicht zu validen Ergebnissen führen können. Arbeitsunzufriedenheit führt zu einer subjektiven Überschätzung der objektiven Arbeitsbelastungen (Lindell u. Hansson, 1990). „Studien, die nur eine Befragung zur Arbeitsplatzsituation beinhalten, kommen so zwangsläufig zu falsch-positiven Ergebnissen in Bezug auf die negative Wirkung objektiver ... Arbeitsplatzfaktoren.“ (Pfungsten u. Hildebrandt, 2004, S. 415).

Eine Kombination von bedingungsbezogenen Arbeitsanalyseverfahren mit personenbezogenen Fragebögen zur Erfassung von Fehlbelastungen und klinisch relevanten Biomarkern sollte heute grundsätzlich bei der Gefährdungsbeurteilung durch psychosoziale Faktoren eingesetzt werden. Der alleinige Einsatz von Fragebogenmethoden zur Belastungs-Beanspruchungs-Analyse entsprechend der ISO EN 10 075 „Psychische Belastung“ vermag den Teufelskreis selbstreferentieller Aussagen nicht zu durchbrechen.

Im Arbeitskreis des Autors sind derartige bedingungsbezogene Beobachtungsinterviews mit unterschiedlichem Differenzie-

ungsgrad als semi-objektive und objektive Verfahren entwickelt worden (Screening Gesundes Arbeiten (SGA), Buruck et al., 2007; REBA 8.0, Pohlandt et al., 2008). Das softwaregestützte REBA 8.0-Verfahren erlaubt über eine von Experten durchgeführte Arbeitsplatzbewertung zugleich die Ableitung von Gestaltungsvorschlägen. An gewerblichen Arbeitsplätzen durchgeführte Analysen (18 Arbeitssysteme) zeigten signifikante Zusammenhänge von Muskel-Skelett-Schmerzen (FBL, Fahrenberg, 1994) mit geringen Tätigkeitsspielräumen, fehlenden eigenen Entscheidungsmöglichkeiten und mangelnden Lernerfordernissen, ermittelt mit REBA 8.0. An 55 in einer Rehabilitationsklinik untersuchten Schmerzpatienten konnten gesicherte Zusammenhänge zwischen erhöhtem

Jobstrain (Karasek-Modell) und Gratifikationsverlusten (ERI-Modell, Siegrist) und der Schmerzintensität und -frequenz, sowie Beeinträchtigungen im Berufsleben nachgewiesen werden. Das SGA-Verfahren erlaubt auf dichotom gestuften Skalen mit Hilfe von Beobachtungsinterviews eine Risikoanalyse aus der Literatur bekannten physischer und psychischer Fehlbelastungen an Arbeitsplätzen. Die gesicherten Risikomodelle JDC, ERI und Cindarella wurden zugrunde gelegt. Letzteres ist darauf gerichtet, die Wechselbeziehung physischer und psychischer Fehlbelastungen in der Arbeit zu erfassen und beide Belastungsquellen nicht nur separiert zu bewerten.

Tabelle 1:

Korrelative Zusammenhänge von Arbeits- und Gesundheitsmerkmalen

N = 193 Pflegekräfte (nach: Buruck et al., 2007)

	Gesundheitsmerkmale			
	Beschwerden			Resignation
	psychische	physische	Rückenschmerzen	
Objektive Analyse:				
Gute Körperhaltung		-.16*	-.29**	-.18*
Gute ergonomische Gestaltung			-.18*	-.24**
Ausreichende Informationen	-.30**			-.40**
Schlechte soziale Beziehungen		.16*	.21*	.24**
Subjektive Analyse:				
Hohe Arbeitsintensität	.35**	.30**	.16*	.28**
Große Tätigkeitsspielräume	-.26**			-.36**
Soziale Integration	-.40**			-.36**
Häufige Arbeitsunterbrechungen	.39**	.22**		.24**

* p <.05 ** p<.01

Objektive Analyse: SGA (Buruck et al., 2007)

Subjektive Analyse: SALSA (reduziert nach Richter, Nebel & Wolf, 2006)

Beschwerden: FBL (Fahrenberg, 1994) Rückenschmerzen: Kuorinka et al., 1987)

Dieses orientierende Verfahren erlaubt eine integrative Betrachtung physischer und psychischer Fehlbelastungen und verbindet diese mit Gestaltungsvorschlägen. Der Einsatz erfolgt durch geschultes Personal und dauert ca. 30 min/Arbeitsplatz. Das Instrument hat einen dichotomen Aufbau von 46 Einzelmerkmalen, die vier Bereiche (Arbeitsverhältnis, physische Belastungen, psychische Belastungen, ausgewählte Umgebungsfaktoren) umfassen.

Ergebnisse im Bereich der stationären Altenpflege zeigen sowohl mit objektiven wie subjektiven Erhebungsmethoden signifikante Syndrome psychischer und physischer Fehlbelastungen auf im Bereich der Ergonomie, Körperhaltung, des Jobstrain und unzureichender sozialer Unterstützung, die mit Rückenschmerzen, psychosomatischen Beschwerden und motivationaler Resignation korrelieren (Tabelle 1). Eine Synopse eigener Befunde und der Literatur lässt vergleichbare Risikomerkmale erkennen, wie sie als Vulnerabilitätsfaktoren bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits bekannt sind (Richter, 2006, Tabelle 2).

Psychosoziale Arbeitsmerkmale

- hohe Arbeitsintensität
- geringe Tätigkeitsspielräume
- monotone Verrichtungen mit hohem Wiederholungsgrad
- geringe Aufgabenvielfalt
- geringe soziale Unterstützung
- mangelnde soziale Anerkennung
- Zeitdruck
- Nachtschichtarbeit

Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale

- depressive Stimmungen (erhöhte muskuläre Spannungen, Rückzugsverhalten, dysfunktionale Kognitionen)
- geringe Selbstwirksamkeits-Erwartungen
- Ängste mit Somatisierungstendenzen
- Pessimistische Attributionsstile
- Erholungsunfähigkeit
- Feindseligkeit
- Anger-in (Ärger herunter schlucken)
- Überangepasstheit
- Maladaptiver Perfektionismus

Tabelle 2:
Zusammenstellung gesicherter psychologischer Risikomerkmale bei Lumbalschmerzen (nach Pflingsten u. Hildebrandt, 2004, Richter u. Kirchner, 2006)

Interventionen

Die Befähigung zu erfolgreicher Selbst-Regulation, die als entscheidende Dimensionen positive Selbstwirksamkeitserwartungen, ein intaktes Selbstwertgefühl und das Erleben sozialer Zugehörigkeit beinhaltet, ist der entscheidende Ansatzpunkt erfolgreicher psychosozialer Prävention nicht nur von Muskel-Skelett-, sondern ebenso von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die wichtigsten Interventionsbereiche der beruflichen Anforderungsgestaltung sind bekannt: Tätigkeitsspielräume, soziale Unterstützungssysteme, mitarbeiterorientierte Führungsstile und damit verbunden soziale Anerkennung. Die biopsychologischen Regulationsbeeinträchtigungen ungenügender Gestaltung, die zu einer Chronifizierung von Schmerzen im Muskel-Skelett-System führen, sind gut beschrieben. Damit sind heute interdisziplinäre Interventionen erfolgreich durchführbar (Bourbonnais et al., 2007, Dawson et al., 2007).

Ausgewählte Literatur

Buruck, G., Debitz, U. u. Rudolf, M. (2007). Screening Gesundes Arbeiten (SGA) – Erste Ergebnisse der Pilotstudien. In P.G. Richter, R. Rau u. S. Mühlpfordt (Hrsg.). Arbeit und Gesundheit. Lengerich: Pabst

Pfingsten, M. u. Hildebrandt, J. (2004). Rückenschmerzen. In H.-D. Baseler u. B. Kröner-Herwig (Hrsg.). Psychologische Schmerztherapie (S. 405 – 425). Heidelberg: Springer

Pohlandt, A., Debitz, U., Jordan, P., u. Richter, P. (2008). REBA 8.0 – Rechnergestütztes Verfahren zur Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten. Bochum: Arbeit und Technik

Richter, P. (2006). Occupational Health Psychology – Gegenstand, Modelle, Aufgaben. In U. Wittchen u. J. Hoyer (Hrsg.), Klinische Psychologie und Psychotherapie (S. 311 – 330). Heidelberg: Springer

Richter, P. u. Kirschner, A. (2006). Psychosoziale Arbeitsfaktoren bei der Diagnostik von Rückenschmerzen. In H. Grieshaber, M. Stadeler u. H.-C. Scholle (Hrsg.), Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. 12. Erfurter Tagung (S. 221 – 236). Erfurt: Dr. Bussert u. Stadeler

Das vollständige Literaturverzeichnis kann beim Autor angefordert werden:

Prof. Dr. Peter Richter
Technische Universität Dresden
Fachrichtung Psychologie/Arbeits- und Organisationspsychologie
Zellescher Weg 17
01062 Dresden
Richter@psychologie.tu-dresden.de

I. Prävention muskel-skelettaler Erkrankungen unter Einbeziehung psychischer Fehlbelastungen

... Beitrag der Expositionsdatenbank der DGUV

R. Stamm, R. Ellegast, D. Windemuth

Zusammenfassung

Die Expositionsdatenbank der DGUV enthält auf Grundlage von Messungen der Präventionsdienste der UV-Träger neben Daten zu Gefahrstoffen, Lärm, Vibrationen auch solche zu Muskel-Skelett-Belastungen. Qualitätsmanagementsysteme, in deren Mittelpunkt die Qualifizierung der Nutzer steht, stellen die Validität der Messergebnisse und der Auswertungen der Messungen sicher. Eine einheitliche Zuordnung (Codierung) von Branchen, Arbeitsbereichen und Tätigkeiten ermöglicht belastungsübergreifende Auswertungen. Die Erweiterung der Datenbank um psychische Belastungen ist so konzipiert, dass sie Daten unterschiedlicher Messverfahren aufnehmen kann.

Mit der Ergänzung um psychische Belastungen wird es möglich, deskriptiv Kombinationsbelastungen unter Einbeziehung auch psychischer Faktoren darzustellen. Um Fragestellungen der Wechselwirkung psychischer mit muskulo-skelettalen Belastungen zu untersuchen, ist es erforderlich, spezielle kombinierte Mess- und Untersuchungsprogramme durchzuführen.

1. Die Expositionsdatenbank der DGUV

Die Expositionsdatenbank MEGA¹ der DGUV (siehe Abbildung) ist eine Unfallversicherungsträger- und belastungsübergreifende Datenbank. Sie besteht aus den sechs Säulen:

Gefahrstoffe	Biostoffe	Lärm	Muskulo-skelettale Belastungen	Vibrationen	Psychische Belastungen
Berufskrankheiten-Arbeitsanamnese					
Expositionsdatenbanken					
Erfassung und Beurteilung					
Einheitliche Systematik: Branchen, Arbeitsbereiche, Tätigkeiten					

DGUV-Expositionsdatenbank MEGA

¹ MEGA: Messdaten zur Exposition gegenüber Gefährdungen bei der Arbeit

Gefahrstoffe, Biostoffe, Lärm, Vibration, Muskel-Skelett-Belastungen, psychische Belastungen.

Die Anfänge gehen mit der Gefahrstoff-Datenbank zurück auf die 1970er Jahre, in den 1990er Jahren kamen die übrigen Belastungsarten hinzu, die Datenbank „Psychische Belastungen“ soll im Jahr 2008 in die Routinenutzung gehen.

Die Expositionsdatenbank der DGUV ist keine reine Datenbank, sondern ein durchgehend Software-gestütztes System der Erfassung, Dokumentation, Beurteilung und Auswertung von Belastungsdaten. Die Basis stellt eine qualitätsgesicherte Erfassung und betriebliche Beurteilung von Messergebnissen dar. Diese Ergebnisse werden überführt in die eigentlichen Expositionsdatenbanken, in der sie zur Verfügung stehen für Auswertungen zu unterschiedlichen Zwecken. Für Gefahrstoffe, Biostoffe, Lärm, Vibration und Muskel-Skelett-Belastungen wurden die Daten der Expositionsdatenbank branchen- und arbeitsbereichsspezifisch z.B. auch zu Katastern verdichtet, die in Verbindung mit der im BGIA entwickelten „BK-Anamnese-Software“ für die Arbeitsanamnese bei Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen zur Verfügung stehen.

2. Nutzungsmöglichkeiten der DGUV-Belastungsdatenbank

Die DGUV-Datenbank wird sowohl bei den einzelnen Unfallversicherungsträgern als auch bei der DGUV selbst für unterschiedlichste Fragestellungen der Prävention und bei Berufskrankheiten-Anerkennungsverfahren verwendet. Im Rahmen der Prävention wird zunehmend die Möglichkeit der Darstellung von Kombinationsbelastungen

genutzt. Der Schwerpunkt liegt bisher bei Gefahrstoff-Koexpositionen, z. B. Asbest und PAH, Lösungsmitteln, kanzerogenen Stoffen etc. Belastungsübergreifend wurden Auswertungen zu Lärm und ototoxischen chemischen Substanzen durchgeführt.

Mit der künftig möglichen Darstellung kombinierter Muskel-Skelett- und psychischer Belastungen wird für die DGUV-Datenbank Neuland betreten werden.

3. Muskel-Skelett-Belastungen in der Datenbank der DGUV

In der OMEGA-Datenbank² „Muskel-Skelett-Belastungen“ (OMEGA MSB) werden physische Belastungsdaten für unterschiedliche Recherchen zur Verfügung gestellt. OMEGA MSB besteht aus zwei Hauptteilen: der Anamnesesoftware BK 2108 und einer im Aufbau befindlichen Präventionsdatenbank „Muskel-Skelett-Belastungen“ [1, 2].

Erstgenannte Anamnesesoftware wird seit mehreren Jahren von geschulten Experten der Unfallversicherungsträger zur Recherche und Bearbeitung der arbeitstechnischen Voraussetzungen in Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren der BK 2108 („Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule aufgrund von Heben und Tragen schwerer Lasten oder Arbeiten in extremer Rumpfbeugehaltung“) genutzt. In der Datenbank hat der Anwender Zugriff sowohl auf branchenspezifische Katasterdaten (Belastungen typischer Arbeitsschichten) als auch auf Lastgewichtsdatenbanken. Die Bewertung der Daten erfolgt ausschließlich mit Hilfe des Mainz-Dortmunder Dosismodells (MDD) [3, 4].

² OMEGA: Organisationssystem zur Gewinnung von Messdaten zu Gefährdungen bei der Arbeit

Die Präventionsdatenbank sieht die Archivierung physischer Belastungsdaten vor, unabhängig von den in Legaldefinitionen von Berufskrankheiten festgelegten Belastungsarten und -kenngrößen. Hierzu wurde eine Schnittstelle zu den Messdaten des im BGIA entwickelten CUELA-Messsystems [5] geschaffen. Hiermit ist es möglich, biomechanische Belastungsprofile ganzer Arbeitsschichten messtechnisch aufzuzeichnen und in der Datenbank zu archivieren. Zur Recherche der CUELA-Messdaten können detaillierte Datenbankabfragen sowohl nach allgemeinen Angaben (z. B. Betriebsart, Arbeitsbereich, Tätigkeit) als auch nach Belastungsarten, wie gehandhabte Lastgewichte oder Arbeiten in Zwangshaltungen, durchgeführt werden. Im Ergebnis erhält der Anwender auf Wunsch eine Detailansicht der Belastungsprofile typischer Arbeitsschichten und statistische Ergebnisse bzgl. des Rankings nach Tätigkeiten oder Belastungsarten.

Diese Daten können auch zu Katastern verdichtet und anschließend in der BK-Anamnese-Software genutzt werden. Zusammenfassend ermöglicht die Muskel-Skelett-Belastungsdatenbank:

- eine Dokumentation der Belastungen des Muskel-Skelett-Systems an unterschiedlichen Arbeitsplätzen unter unterschiedlichsten Bedingungen,
- die Erstellung typischer Berufsprofile,
- die Datenarchivierung, insbesondere für zukünftige Arbeitsanamnesen in Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren,
- die Weiterentwicklung von Bewertungssystemen zu Muskel-Skelettbelastungen,
- die Ableitung von Präventionsmaßnahmen.

Durch die künftige Kombinationsmöglichkeit mit psychischen Belastungen soll die

Datenbank für die Darstellung und Bewertung von Kombinationsbelastungen des Muskel-Skelett-Systems und der Psyche eine Datenbasis schaffen.

4. Die Erweiterung der DGUV-Datenbank um psychische Belastungen

Seit 2006 wird ein Prototyp der Datenbank und eines zugehörigen Erfassungssystems entwickelt. Noch 2008 soll das System in die Routinenutzung gehen.

Folgende Ziele werden mit der Datenbank „Psychische Belastungen“ verfolgt:

- eine Dokumentation psychischer Belastungen bei der Arbeit zwecks Ableitung betrieblicher Maßnahmen zur Optimierung der Belastungen,
- die Darstellung und Auswertung von Kombinationsbelastungen, arbeitsbereichs- und tätigkeitsbezogen,
- als übergeordnetes Ziel die Vermeidung von Parallelentwicklungen bei Unfallversicherungsträgern sowie die Sicherstellung einer dauerhaften Pflege und Verfügbarkeit der Software und der Datenbank.

Das Erfassungssystem und die Datenbank ermöglichen die Integration unterschiedlicher Messverfahren für psychische Belastungen einschließlich auch künftiger Erweiterungen um neue Verfahren. Alle Messverfahren, mit denen die Unfallversicherungsträger arbeiten, können in die Datenbank aufgenommen werden. Es gibt also kein Ausschlusskriterium. Über die Qualitätskriterien der Tests wird der Nutzer jedoch informiert. Erfasst und dokumentiert werden die verfahrensspezifischen und die belastungs- und verfahrensübergreifenden Daten wie Branche, Arbeitsbereich, Tätigkeit, Faktoren der Arbeitsumgebung, personenspezifische Merkmale etc.

In einem Prototyp wurden die wesentlichen Bestandteile des Systems entwickelt und demonstriert. Hierzu gehört die Integration verschiedener Messverfahren, die betriebsbezogene Auswertung sowie die Selektion und statistische Auswertung von Messergebnissen.

5. Möglichkeiten der Nutzung der Datenbank für die Prävention muskuloskelettaler Erkrankungen unter Einbeziehung psychischer Fehlbelastungen

Da mit der Aufnahme des Routinebetriebes der Datenbank „Psychische Belastungen“ im Jahr 2008 erst in der Zukunft nutzbare Daten zur Verfügung stehen, können die künftigen Möglichkeiten an dieser Stelle nur skizziert werden. Möglichkeiten der Darstellung kombinierter Belastungen sind in Bezug zu verschiedenen Tätigkeiten und Arbeitsbereichen, zu Betriebsgrößen oder auch vor und nach Interventionsmaßnahmen möglich.

Zur Gewinnung geeigneter Daten werden auf Basis bisheriger Erfahrungen mit der Auswertung der Expositionsdatenbank Untersuchungsprogramme aufzustellen sein

- mit präzise definierten Fragestellungen und
- darauf abgestimmter Vorgehensweise zur Gewinnung geeigneter Daten.

Literatur

[1] *Ditchen D, Hermanns I, Kleinespel T, Ellegast R* (2007): Aufbau einer Datenbank zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen. 13. Erfurter Tage – Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. Hrsg.: Grieshaber, R.; Stadeler, M.; Scholle, H.-C. Verlag Bussert u. Stadeler, Jena

[2] *Ditchen, D., Ellegast, R.* (2004): Development of a database for analysis of and research into occupational strains on the spinal column. In: McCabe, P.T. (Edit): Contemporary Ergonomics 2004, Taylor u. Francis, UK

[3] *Hartung E, Schäfer K, Jäger M, Luttmann A, Bolm-Audorff U, Kuhn S, Paul R, Francks H-P* (1999): Mainz-Dortmunder Dosismodell (MDD) zur Beurteilung der Belastung der Lendenwirbelsäule durch Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung bei Verdacht auf Berufskrankheit Nr. 2108: Vorschlag zur Beurteilung der arbeitstechnischen Voraussetzungen im Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 34: 112-122

[4] *Jäger M, Luttmann A, Bolm-Audorff U, Schäfer K, Hartung E, Kuhn S, Paul R, Francks H-P* (1999): Mainz-Dortmunder Dosismodell (MDD) zur Beurteilung der Belastung der Lendenwirbelsäule durch Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung bei Verdacht auf Berufskrankheit Nr. 2108: Retrospektive Belastungsermittlung für risikobehaftete Tätigkeitsfelder. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 34: 101-111

[5] *Ellegast, R. P., Kupfer, J.* (2000): Portable posture and motion measuring system for use in ergonomic field analysis. In: Ergonomic Software Tools in Product and Workplace Design, Ergon, Landau (Ed.), Ergon Stuttgart, 47-54

II. Auswirkungen aktueller rechtlicher Vorgaben auf die betriebsärztliche Tätigkeit

Präventionsgesetz

F. Bindzius

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im November 2007 einen neuen Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt. Das aktuelle Gesetzesvorhaben will zu einem Paradigmenwechsel in einem Gesundheitswesen, welches primär auf Kuration, Rehabilitation und Pflege ausgerichtet ist, beitragen. Prävention soll zur vierten Säule des Gesundheitswesens werden. Die Eigenverantwortung aller soll gestärkt, das Bewusstsein und die Befähigung für einen verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit gefördert werden. Prävention und Gesundheitsförderung sollen regelmäßig in den verschiedenen Lebenswelten stattfinden. Die Sozialversicherungsträger sollen dies gemeinsam und einheitlich, d.h. nicht im Wettbewerb verfolgen. Zwei Handlungsebenen (nationaler sowie länderbezogene Präventionsräte) sollen die Strukturen für den notwendigen Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention schaffen. Die Landesräte beschließen und finanzieren gemeinsame Maßnahmen. Prävention und Gesundheitsförderung erhielten so einen flankierenden politischen Begleitprozess, der sich in der Festlegung und Überarbeitung nationaler Präventionsziele manifestiert und im öffentlichen Raum diskutiert wird. Ein nationaler Präventionsbericht, der dem Deutschen Bundestag alle vier Jahre vorgelegt werden soll, birgt die Chance für eine neue Qualität der öffentlichen Diskussion zur Gesundheitsförderung und Prävention.

In dem Entwurf werden als Präventionsträger für die gemeinsamen Maßnahmen

in den verschiedenen Lebenswelten die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der sozialen Pflegeversicherung sowie die private Krankenversicherung bestimmt. Die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung ist ein Novum. Alle Präventionsträger bilden den nationalen Präventionsrat sowie die Präventionsräte der Länder. Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände erhalten einen Sitz.

Nationaler Präventionsrat

Der Nationale Präventionsrat hätte vorrangige Präventionsziele festgelegt, bundesweit Aufklärungskampagnen konzipiert und durchgeführt und Qualitätsanforderungen für alle Maßnahmen und Leistungen festgelegt. Gegenüber dem Bundestag wäre er alle vier Jahre verpflichtet gewesen, einen Bericht über den aktuellen Stand der Prävention und Gesundheitsförderung zu verfassen, auch hätte er einzelne Modellvorhaben durchführen können.

Länderpräventionsräte

Die Etablierung lebensweltbezogener Maßnahmen auf regionaler Ebene stehen im Mittelpunkt des Gesetzesvorhabens. Die Träger der Lebenswelten (z.B. Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen, Kindertagesstätten, Universitäten, Vereine)

könnten entsprechende Anträge an die jeweiligen Präventionsräte der Länder stellen. Eine Bewilligung erfolgt anhand der festgelegten Kriterien Zielorientierung, Qualitätsanforderungen, Beteiligung der Betroffenen sowie der Einbringung eines eigenen Anteils. Alle regionalen Projekte in den Lebenswelten müssten an den nationalen Präventionszielen ausgerichtet sein. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, spezifische Länderziele zu beschließen. Der Eigenanteil der Lebenswelten hätte als Sach- bzw. als Personalmittel erbracht werden können. Seitens der Lebenswelt Betriebe wären höhere Eigenanteile notwendig gewesen, da hier ohnehin eine Verpflichtung seitens der Arbeitgeber für den Arbeits und Gesundheitsschutz besteht.

Finanzierung

Die Präventionsträger sollten für die verschiedenen Maßnahmen je versicherter Person ab dem Jahr 2009 folgende Beiträge erbringen: gesetzliche Krankenkassen: 1,65 €, soziale Pflegekassen: 0,16 €, gesetzliche Rentenversicherung: 0,85 €, Alterssicherung der Landwirte: 0,85 €, Gesetzliche Unfallversicherung: 0,29 €. Die private Krankenversicherung hätte einen Beitrag analog der Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes leisten müssen. Die Mittel wären den Präventionsräten der Länder zugeflossen. Diese wiederum hätten mindestens fünf Prozent der Mittel an den Nationalen Präventionsrat abführen müssen.

Auswirkungen auf die betriebsärztliche Tätigkeit

Neben der Möglichkeit, dass Betriebsärzte im Zusammenwirken mit einzelnen oder mehreren Betrieben heraus Anträge an

die Landespräventionsräte stellen können, sieht der Gesetzesentwurf für die betriebsärztliche Tätigkeit auch die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen vor. Damit sollen solche Personen Zugang zu Früherkennungsuntersuchungen erhalten, die sonst nicht oder nur unzureichend mit diesen Maßnahmen erreichbar sind. Hierzu hätten die Krankenkassen bzw. ihre Verbände in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V mit den geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten abschließen können. Alle zwei Jahre bestünde ein Anspruch auf ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Jedes Jahr hätte ein Anspruch auf die Früherkennung von Krebserkrankungen für Männer ab dem 45. und Frauen ab dem 20. Lebensjahr bestanden.

Position der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung bekennt sich zur Notwendigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe umfassend zu stärken. Vor allem mit Blick auf die Konsequenzen des demographischen Wandels gilt es, die Eigenverantwortung für die Gesundheit jedes Einzelnen zu fördern und Prävention auch in Lebensbereiche, die bislang kaum oder gar nicht mit primärpräventiven Maßnahmen in Berührung kamen, zu stärken. Dafür ist es erforderlich, dass alle verantwortlichen Akteure ihren Beitrag leisten, miteinander kooperieren und ihre Aktivitäten an gemeinsamen Zielen und Qualitätsstandards ausrichten. Diesen Ansatz verfolgt auch

die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), die erstmals gemeinsame Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder festgelegt hat. Zur Umsetzung der Ziele haben sich die Träger der GDA – Bund, Länder und Unfallversicherungsträger – gemeinsam verpflichtet. Die Maßnahmen werden nach einheitlichen Qualitätsstandards durchgeführt und evaluiert und über regionale Strukturen koordiniert. Die Träger der GDA arbeiten dabei mit weiteren Akteuren, insbesondere den gesetzlichen Krankenkassen und den Sozialpartnern zusammen. Eine Initiative für ein Präventionsgesetz, die den gleichen Ansatz verfolgt, darf die GDA nicht ignorieren, sondern muss diese mit ihren Ansätzen und Strukturen einbeziehen.

Generelle Bedenken bestehen hinsichtlich des Finanzierungskonzeptes. Der Gesetzesentwurf betont die gemeinsame Verantwortung von Präventionsträgern, Bund und Ländern und Prävention als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dennoch sieht der Entwurf die Sozialversicherungsträger (mit Ausnahme der Bundesagentur für Arbeit) und private Krankenversicherung nahezu als alleinige Financiers der für die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in Lebenswelten erforderlichen Maßnahmen vor. Obwohl die Erledigung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben typischerweise durch das Steueraufkommen finanziert wird, sieht der Entwurf mit Ausnahme der Gesundheitsberichterstattung keine finanzielle Beteiligung des Bundes und der Länder oder der Gemeinden vor. So entsteht der Eindruck, dass das Gesetz Aufgaben des Bundes und der Länder in Richtung der Sozialversicherungsträger verschiebt und letztlich nur dazu dient, sich deren Mittel zu bedienen. Damit wird die Finanzierung staatlicher Aufgaben auf die Solidargemeinschaft der Beitragszahler und, für den Bereich der Gesetzlichen Unfallversi-

cherung, auf die Unternehmen abgewälzt. Eine Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit sowie des Bundes und der Länder in die finanzielle Verantwortung und einer entsprechenden Fortschreibung der aufzubringenden Finanzmittel würde der Prävention als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe dagegen gerecht werden. Die Aufgaben auf der Länderebene dürften einen sehr hohen bürokratischen Aufwand entfachen. Angefangen von der Begleitung, Beratung und Begutachtung der Anträge nach den festgelegten Kriterien und Zielen über eine Entscheidungsfindung bis hin zur Abrechnung und Prüfung der Maßnahmen wird ein großer Teil der Finanzmittel für die Antragsverwaltung, das Projektcontrolling und ggfs. Regressansprüche bei fehlerhafter Mittelverwendung aufgewendet. Die Kooperation der Präventionsträger wird auf eine Entscheidungsfunktion degradiert. Ein Präventionsgesetz sollte jedoch vielmehr zu eigenem Engagement und handlungsorientierter Kooperation anregen, wie sie z. B. die Unfall- und Krankenversicherung seit Jahren praktizieren. Die Erfahrungen der bisherigen Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zeigen, dass sich Kompetenzen gegenseitig sinnvoll ergänzen und damit Synergien und ein Zusatznutzen für die Anwender präventiver Maßnahmen entstehen.

Die Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Länderebene sind auch verfassungsrechtlich bedenklich. So führen die Beteiligten der Vertreter des Bundes, der Länder und der Kommunen an den Beschlüssen des Nationalen Präventionsrats bzw. der Länderpräventionsräte dazu, dass diese Körperschaften einen unzulässigen Einfluss auf die Verwendung von Sozialversicherungsbeiträgen erhalten. Nach der Finanzverfassung des Grundgesetzes müssen jedoch die Haushalte der

Sozialversicherungsträger gegenüber der öffentlichen Hand abgeschottet bleiben. Die im Entwurf vorgesehene Mitwirkung von Vertretern der Gebietskörperschaften an finanzwirksamen Beschlüssen des Nationalen Präventionsrates ist daher mit dem Grundgesetz so nicht vereinbar.

Die beabsichtigte Verständigung und Ausrichtung auf gemeinsame nationale Präventionsziele ist grundsätzlich zu begrüßen. Der Entwurf vernachlässigt dabei aber auch in diesem Zusammenhang, dass sich im Rahmen der GDA Bund, Länder und Unfallversicherungsträger – also maßgebliche Präventionsträger im Sinne dieses Gesetzes – bereits auf gemeinsame Ziele und Handlungsfelder u.a. für die gesundheitliche Prävention verständigt haben.

Wie geht es weiter?

Nachdem das Gesetzesvorhaben aktuell kein gemeinsamer Beratungsgegenstand der Regierungsfractionen gewesen ist, erscheint das Schicksal des zweiten Anlaufs für ein Präventionsgesetz wiederum offen. Es ist möglich, dass es auch in der aktuellen Legislaturperiode zu keiner Verabschiedung im Bundestag kommt.

II. Auswirkungen aktueller rechtlicher Vorgaben auf die betriebsärztliche Tätigkeit

Rechtsreform arbeitsmedizinische Vorsorge

R. Janning

Die Rechtsreform arbeitsmedizinische Vorsorge hat mittlerweile konkrete Gestalt bekommen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat einen Referentenentwurf, Stand 9. Januar 2008, erstellt, der sich derzeit in der Abstimmung mit den Ressorts, den Ländern und beteiligten Kreisen befindet. Ziel der Rechtsreform ist die Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Zur Rechtsvereinfachung der arbeitsmedizinischen Vorsorge

Vorschriften und Regeln zur arbeitsmedizinischen Vorsorge sind derzeit in verschiedenen Rechtsquellen verortet. Über die Vorschriftenwerke hinweg sind die Regelungen teilweise nicht homogen. Im staatlichen Recht wurden Vereinheitlichungen vorgenommen, z. B. im Jahr 2005 in der Gefahrstoffverordnung und der Bio-stoffverordnung und später in der Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung. Das wiederum führte zu Wiederholungen in den genannten Verordnungen, die insbesondere die Bundesländer kritisieren. In seiner Entschließung vom 1. Oktober 2004 (BR-Drs. 413/04) bittet der Bundesrat die Bundesregierung, die Vorschriften zur arbeitsmedizinischen Vorsorge zusammenzuführen und das Recht damit zu vereinfachen. Die Zusammenführung der Vorschriften vereinheitlicht die Pflichten von Arbeitgebern und Ärzten bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge und schafft Transparenz über die Anlässe für Pflicht-

und Angebotsuntersuchungen. Zugleich werden die Persönlichkeits- und Datenschutzrechte der Beschäftigten einheitlich abgesichert.

Zur Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge

Ziel der Rechtsreform ist zugleich die Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Derzeit beschränkt sich die arbeitsmedizinische Vorsorge noch sehr auf die klassischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren (Gefahrstoffe, Bio-stoffe, Lärm, Hitze, Kälte etc.). Die Veränderungen in der Arbeitswelt bringen für die Beschäftigten jedoch auch neue Gefährdungen mit sich. Muskel-Skelett-Erkrankungen stehen unverändert an der Spitze der Diagnosen bei den AU-Tagen, psychische Erkrankungen nehmen zu. Gleichzeitig erfordert die demografische Entwicklung eine deutliche Verlängerung der Lebensarbeitszeiten, d. h. eine Erhöhung des durchschnittlichen Alters der Erwerbsbevölkerung. Die Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen und der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit der Menschen sind daher von wachsender Bedeutung. Arbeitsmedizinische Vorsorge kann und darf technische, organisatorische und kollektive Arbeitsschutzmaßnahmen nicht ersetzen (siehe § 4 Nr. 5 ArbSchG). Aber sie kann diese allgemeinen Arbeitsschutzmaßnahmen sinnvoll ergänzen durch die individuelle Aufklärung und Beratung der Beschäftigten über die kon-

kreten Wechselwirkungen zwischen ihrer Arbeit und ihrer Gesundheit. Das Potential der arbeitsmedizinischen Vorsorge sollte in Zukunft besser als bisher genutzt werden. Die rechtlichen Grundlagen dafür sind im Prinzip bereits vorhanden. Nach § 11 Arbeitsschutzgesetz haben Beschäftigte das Recht, sich arbeitsmedizinisch untersuchen zu lassen. Wir möchten solche Wunschuntersuchungen mit der neuen Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge fördern.

Referentenentwurfsstand 9. Januar 2008

Bei dem Referentenentwurf zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge handelt es sich um eine sog. Artikelverordnung. In Artikel 1 ist die neue Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge verortet. Artikel 2 bis 7 enthalten die durch den Transfer von Vorschriften aus anderen Verordnungen in die neue Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erforderlichen Folgeänderungen. Artikel 8 „Änderung der Betriebssicherheitsverordnung“ tut hier nichts zur Sache.

Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge hat 10 Paragraphen.

§ 1 beschreibt die Ziele der Verordnung und ihren Anwendungsbereich.

Ziel der Verordnung ist das Verhüten und frühzeitige Erkennen arbeitsbedingter Erkrankungen. Zugleich soll die Verordnung einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit liefern.

§ 1 Abs. 3 stellt klar, dass sonstige arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen, insbesondere solche nach dem Arbeitssicherheitsgesetz und dem Arbeitsschutzgesetz unberührt bleiben. Mit dieser

Klarstellung erfolgt gleich am Anfang der Verordnung der wichtige Hinweis, dass die Verordnung nicht die gesamte arbeitsmedizinische Prävention im Betrieb regelt, sondern nur einen Teilbereich der betriebsärztlichen Aufgaben umfasst. Andere wichtige Aufgaben der Betriebsärzte wie die Beteiligung an Planungen und Beschaffungen, die Beteiligung an der allgemeinen Gefährdungsbeurteilung und der Unterweisung der Beschäftigten sowie am Wiedereingliederungsmanagement werden durch die neue Verordnung also nicht beschnitten.

§ 2 enthält die Begriffsbestimmungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Dabei wird u.a. klargestellt, dass im deutschen Recht ein dreistufiges System zu Vorsorgeuntersuchungen besteht: Pflichtuntersuchungen bei besonders gefährdenden, im Anhang aufgeführten Tätigkeiten, Angebotsuntersuchungen bei im Anhang aufgeführten gefährdenden Tätigkeiten und Wunschuntersuchungen als eine Art Auffangbecken, wenn keine Pflicht- oder Angebotsuntersuchungen normiert sind.

§ 3 regelt die allgemeinen Pflichten des Arbeitgebers.

Zu den Pflichten gehört es u.a., dem Arzt vor Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen alle erforderlichen Auskünfte über die Arbeitsplatzverhältnisse zu erteilen und eine Arbeitsplatzbegehung zu ermöglichen. Zur Beurteilung der Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Gesundheit ist die Kenntnis der Arbeitsplatzverhältnisse zwingend erforderlich. Nach § 3 Abs. 3 sollten Untersuchungen zur Feststellung der beruflichen Anforderungen für bestimmte Tätigkeiten nicht zusammen mit Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Diese Vorschrift

wird sehr kontrovers diskutiert. Es gibt einerseits vehemente Verfechter für den Beibehalt oder sogar die Verschärfung der Vorschrift, während andere für die Streichung der Vorschrift plädieren.

§ 4 regelt die Arbeitgeberpflichten bei Pflichtuntersuchungen und § 5 seine Pflichten bei Angebotsuntersuchungen.

§ 6 regelt die Pflichten des Arztes.

Zu den Pflichten des Arztes gehört es u.a., dass er sich vor einer Vorsorgeuntersuchung Kenntnisse über die Arbeitsplatzverhältnisse verschafft. Diese Verpflichtung korrespondiert mit der Arbeitgeberpflicht in § 3, dem Arzt die entsprechenden Arbeitsplatzkenntnisse zu verschaffen. Die Kenntnisverschaffung über die Arbeitsplatzverhältnisse wird in dem Entwurf erstmals als eigenständige Arztpflicht normiert.

§ 7 bestimmt, welche Qualifikation die Ärzte haben müssen.

Ärzte, die mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge beauftragt werden, müssen Fachärzte für Arbeitsmedizin sein oder über die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin verfügen. Aus Bestandsschutzgründen lässt Absatz 2 Ausnahmen durch die Länder zu.

§ 8 enthält Bestimmungen über den Umgang mit gesundheitlichen Bedenken.

Diese Vorschrift sichert die Persönlichkeits- und Datenschutzrechte der Beschäftigten ab. Die Weitergabe des Ergebnisses einer Vorsorgeuntersuchung an den Arbeitgeber, d.h. die Mitteilung, ob gesundheitliche Bedenken bestehen, darf nur bei Pflichtuntersuchungen erfolgen. Bei Angebots- und Wunschuntersuchungen unterliegt das Untersuchungsergebnis der

Schweigepflicht, d.h. nur die untersuchte Person erfährt es.

In § 9 wird die Errichtung eines Ausschusses für Arbeitsmedizin festgeschrieben.

Der Ausschuss hat u.a. die Aufgabe, die Regelungen der Verordnung zu konkretisieren und Empfehlungen für Wunschuntersuchungen nach § 11 Arbeitsschutzgesetz auszusprechen, d.h. beispielhafte Anlässe für Wunschuntersuchungen zu benennen. Der neue Ausschuss soll auch Empfehlungen aussprechen, wie die Betriebe über die klassische arbeitsmedizinische Vorsorge hinaus effektiv Gesundheitsvorsorge betreiben können. Viele Betriebe sind in dieser Hinsicht schon sehr aktiv und haben den Nutzen von „Gesundheitscheck-Programmen“ erkannt. Wir möchten solche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ebenfalls unterstützen.

Last but not least soll der Ausschuss für Arbeitsmedizin das BMAS in arbeitsmedizinischen Fragen beraten. In vielen Bereichen fehlen noch gesicherte arbeitsmedizinische Erkenntnisse, wie man neben den klassischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren neuen Risiken wirksam begegnen kann und wie längere Lebensarbeitszeiten gemeistert werden können.

§ 10 schließlich enthält die üblichen Ordnungswidrigkeiten- und Straftatbestände.

Im Anhang der Verordnung sind die Anlässe für Pflicht- und Angebotsuntersuchungen aufgelistet. Die Auflistung der Gefahrstoffe, Biostoffe, physikalischen Einwirkungen und sonstigen Anlässe für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen entspricht den geltenden Untersuchungsanlässen aus Verordnungen,

die auf das Arbeitsschutzgesetz gestützt sind, und den Anlässen aus der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A4). Es ist nichts, was es bisher gab, weggefallen, es wurden aber auch keine neuen Untersuchungsanlässe aufgenommen. Den Betrieben werden durch die neue Verordnung damit keine neuen Belastungen auferlegt.

Verschiedentlich wird die Aufnahme weiterer Untersuchungsanlässe in die Verordnung gefordert. DGUV, DGAUM und VDBW möchten, dass wir z. B. die Untersuchungsanlässe Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten und Arbeiten mit Absturzgefahr in die Verordnung aufnehmen. Das wirft insbesondere für kleine und mittlere Betriebe wirtschaftliche Fragen auf. Außerdem müssen fachliche Fragen geklärt und rechtliche, insbesondere verfassungsrechtliche, Fragen sorgfältig abgewogen werden.

Die schriftliche Anhörungen zu dem Referentenentwurf zeigen: Unser Vorschlag für die Neuregelung wird ganz überwiegend sehr positiv gesehen. Einige wenige müssen noch davon überzeugt werden, dass der Zuschnitt der Verordnung richtig ist und es falsch wäre, die gesamte Arbeitsmedizin, einschließlich Arbeitssicherheitsgesetz (und damit auch BGV A 2), in einer Verordnung unterzubringen. Änderungsvorschläge im Detail werden derzeit geprüft.

II. Auswirkungen aktueller rechtlicher Vorgaben auf die betriebsärztliche Tätigkeit

Betriebsärztliche Betreuung nach der neuen BGV A2

M. Fischer

Grundlage der Einführung der betriebsärztlichen Betreuung ist das Arbeitssicherheitsgesetz aus dem Jahre 1974. Hiermit wurden die Unfallversicherungsträger ermächtigt, den zeitlichen Rahmen der Betreuung aufgrund ihrer branchenspezifischen Mitgliederstruktur auszufüllen. Dies geschah mittels der Unfallverhütungsvorschriften „Betriebsärzte“ sowie „Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“. Aufgrund der europäischen Arbeitsschutzgesetzgebung wurde Mitte der neunziger Jahre die Betreuung auf alle Unternehmensgrößen ausgedehnt. Auch hier entwickelten die Unfallversicherungsträger insbesondere die gewerblichen Berufsgenossenschaften wiederum voneinander unabhängige Regelungen. Im Jahre 2002 wurden die Berufsgenossenschaften vom damaligen Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit aufgefordert, eine Vereinheitlichung der Regelungen vorzunehmen. Ziel war ein abgestimmtes transparentes Konzept mit praktikablen Regelungen, welches gleiche Anforderungen für gleichartige Betriebe ergab, sich an den betrieblichen Gefährdungspotentialen orientierte und die Eigenverantwortlichkeit der Unternehmen stärkte. Es sollten auch die erkannten Schwächen von Mikroeinsatzzeiten bei der Kleinbetriebsbetreuung beseitigt werden.

Das Projekt wurde dem Fachausschuss Organisation des Arbeitsschutzes des damaligen HVBG übertragen. Am Projekt beteiligt sind Bund, Länder, Sozialpartner, Berufsverbände, Spitzenverbände der

gesetzlichen Unfallversicherung und über 20 Berufsgenossenschaften.

Im ersten Schritt wurden Rahmenbedingungen für die Kleinbetriebsbetreuung entwickelt. Ergebnis ist der Mustertext einer Unfallverhütungsvorschrift, der für alle Berufsgenossenschaften bis auf branchenspezifische Besonderheiten verbindlich ist. Es besteht nunmehr für ein kleines Unternehmen mit bis zu 10 Beschäftigten fast bei allen Berufsgenossenschaften die Wahlmöglichkeit zwischen einer alternativen bedarfsorientierten Betreuungsform, dem Unternehmermodell mit Beratungsanforderung, oder der leistungsorientierten Regelbetreuung bestehend aus grund- und anlassbezogener Betreuung. Mittlerweile ist dieses Konzept in den einzelnen BGen durch eine für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit gemeinsame Unfallverhütungsvorschrift der BGV A2 umgesetzt. Bei einigen BGen können auch Unternehmen mit bis zu 50 Beschäftigten die alternative Betreuungsform auswählen. Die Umsetzung und Machbarkeit im Unternehmen der neuen Regelungen werden seit Beginn an durch einen Beirat begleitet und von den einzelnen UV-Träger evaluiert.

Ergänzend zur Einführung der neuen Konzeption der Kleinbetriebsbetreuung wird derzeit die Anschlussreform zur Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten vorbereitet. Dieses zukünftige Betreuungskonzept wird in Analogie zur Kleinbetriebsbetreuung eine individuellere Orientierung des Betreuungsum-

fangs an den in den einzelnen Betrieben auftretenden realen Gefährdungen für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten berücksichtigen. Es besteht deshalb aus der von dem jeweiligen Unfallversicherungsträger festgelegten branchenspezifisch ausgerichteten Grundbetreuung und einem ergänzenden betriebsspezifischen Betreuungsanteil. Dieser betriebsspezifische Betreuungsanteil ist nach Verfahrensvorgaben des UVT vom jeweiligen Betrieb selbst zu ermitteln.

Die Schwerpunktaufgaben des Betriebsarztes erstrecken sich im Rahmen der Grundbetreuung auf:

- Beratung zur Gefährdungsbeurteilung, z. B. hinsichtlich Indikation, Vorsorgeuntersuchungen, etc.,
- Arbeitsmedizinische Untersuchungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 ASiG,
- Beratung zum Gesundheitsschutz,
- Beratung zur Organisation der Ersten Hilfe,
- Beratung hinsichtlich Unterweisungen,
- Beratung bei Arbeitsplatzwechsel oder (Wieder-)Eingliederung,

Die Grundbetreuung umfasst insbesondere die betriebsärztliche Betreuung gemäß § 3 Arbeitssicherheitsgesetz entsprechend den typischen Gefährdungen für Sicherheit und Gesundheit, die im Regelfall in den Betrieben einer Branche anfallen. Der mindestens notwendige Betreuungsumfang der Grundbetreuung ist für alle Betriebe der Branchen in der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und

Unternehmensgröße	Alternative Betreuung	Regelbetreuung
≤ 10 Wahlmöglichkeit	ja (Konzept 2004)	ja (Konzept 2004)
11 ... ≤ 50		ja (Konzept 2007)
> 50	nein	ja (Konzept 2007)

Abbildung 1:
BGV-A2-Betreuungsmodelle nach der Reform 2008

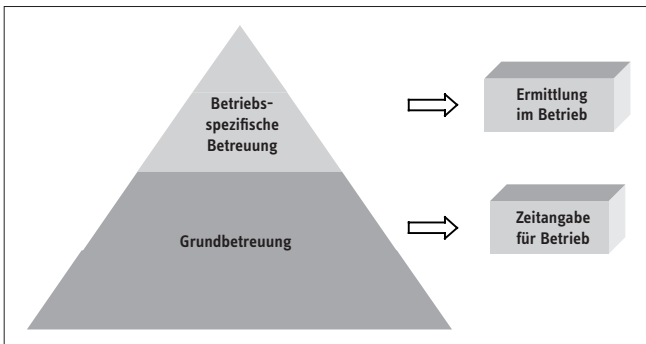


Abbildung 2:
Regelbetreuung für Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigte nach der Reform

Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) Anlage 2 (zu § 2 Absatz 3) Nummer 2 festgelegt.

Der Anteil der betriebsärztlichen Betreuung am Gesamtumfang der Grundbetreuung hat sich durch die Reform bei 55 Prozent der eingereichten UVVen erhöht, bei 30 Prozent ist er gleich geblieben und nur bei 15 Prozent der UVVen hat er sich verringert, wobei es sich hierbei nur um vorläufige Aussagen handeln kann, da seitens des BMAS noch keine Vorgenehmigung erteilt ist. Insgesamt werden sich die Einsatzzeiten der Grundbetreuung gegenüber den Einsatzzeiten der derzeit gültigen Fassungen der Unfallverhütungsvorschrift verringern. Dies liegt darin begründet, dass zukünftig arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach besonderen Rechtsvorschriften in den Zeitangaben der BGV A2 nicht mehr berücksichtigt sein werden und dass der betriebspezifische Betreuungsanteil nicht mehr enthalten ist.

Liegen im Betrieb betreuungsrelevante Gefährdungen vor, die nicht in den Betreuungszeiten der Grundbetreuung berücksichtigt sind, so erhöht sich der Betreuungsumfang um diesen betriebspezifischen Teil. Der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit, die im Betrieb die Grundbetreuung durchführen, unterstützen den Unternehmer bei der Ermittlung, welche Gefährdungen, Tätigkeiten und Prozesse zu betriebspezifischen Aufgabenfeldern führen. Der UVT gibt Entscheidungskriterien vor, wann diese betriebspezifischen Aufgabenfelder im Rahmen der betriebspezifischen betriebsärztlichen beziehungsweise sicherheitstechnischen Betreuung relevant werden. Er gibt ferner vor, welche Zeit oder welche Leistungen mindestens für die betriebspezifische Betreuung aufgebracht werden müssen. Handelt es sich um zeitlich befristete betriebspezifische Aufgaben,

kann auch der Betreuungsaufwand nach Wegfall der Aufgabe entfallen.

Zur Umsetzung des zukünftigen Betreuungskonzepts hat der Fachausschuss Organisation des Arbeitsschutzes der DGUV einen Musternachtrag zur Unfallverhütungsvorschrift entwickelt und mit dem Staat abgestimmt. Die von den einzelnen Berufsgenossenschaften unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen entwickelten Ergänzungen des Musternachtrages zur BGV A2 befinden sich derzeit im Vorgehmungsverfahren des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Die Vorschriften für die neue Regelbetreuung sollen gemäß Vorgabe des Bundesministeriums zum 1. Januar 2009 in Kraft treten. Auch für die Regelbetreuung für Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten ist eine Evaluation der Umsetzung vorgesehen.

Nach Abschluss der Reform der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) ist es gelungen, die individuelle Gefährdungssituation in den Vordergrund zu stellen und damit einen passgenauen Betreuungsumfang für den Betrieb festzulegen. Dies wird unterstützt durch eine Differenzierung nach Branchen. Durch die Stärkung der Eigenverantwortung des Unternehmens und die Flexibilität der betriebspezifischen Betreuung werden Anreize zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit gegeben. Nunmehr stehen die Inhalte der Beratung im Vordergrund und nicht die Erfüllung von Zeiten. Es ist gelungen, die Unfallverhütungsvorschrift bei allen UV-Trägern nach einheitlichen Grundsätzen zu gestalten und es damit auch den UV-Trägern der öffentlichen Hand zu ermöglichen, sie umzusetzen.

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e. V. (DGUV)**

Mittelstraße 51
10117 Berlin
Telefon 030 288763-800
Fax 030 288763-808