

Waldemar Streich

Medizinischer Arbeitsschutz

Von der Kontrolle beruflicher Noxen zum allgemeinen Gesundheits-Screening

Seit zwanzig Jahren verpflichtet das sog. Arbeitssicherheitsgesetz die Arbeitgeber, sich bei Maßnahmen des betrieblichen Arbeitsschutzes durch Arbeitsmediziner unterstützen zu lassen. Eine Folge des Gesetzes ist der Auf- und Ausbau betriebsärztlicher Dienste in den ausgehenden siebziger und achtziger Jahren gewesen. Der damit verbundene Bedarf an qualifiziertem Personal hat der Aus- und Weiterbildung einen deutlichen Schub versetzt. Inzwischen verfügen rund 6000 Ärzte in den alten Bundesländern über die Gebietsbezeichnung »Arbeitsmedizin« oder sind zur Führung der Zusatzbezeichnung »Betriebsmedizin« berechtigt (Stand 1990, zit. nach Lehner/Schiele 1992).¹

Die Praxis des medizinischen Arbeitsschutzes findet ihren sichtbarsten Ausdruck in einer jährlichen Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung über spezielle Vorsorgeuntersuchungen, die bei besonderen Gesundheitsgefährdungen durchzuführen sind. Die Zahl dieser Untersuchungen nach sog. berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen (im folgenden: G-Untersuchungen) ist von 1977, dem Jahr der erstmaligen Veröffentlichung, bis 1992 von rd. 800.000 auf insgesamt 2,8 Mio., d.h. um das 3,5fache gestiegen. (Hauptverband 1993). Der Gesamtumfang der routinemäßig betriebenen Untersuchungstätigkeit dürfte noch erheblich größer sein, weil Untersuchungen nach bestimmten staatlichen Schutzvorschriften (Jugendarbeitsschutz, Strahlenschutz usw.) sowie zu anderen Anlässen (Einstellungen, Gewährung betrieblicher Sozialleistungen, z.B. Kuren, vgl. Straßburger 1990) nicht erfaßt werden.

Die starke Konzentration betriebsärztlicher Tätigkeit auf die Durchführung von Untersuchungen, Insider schätzen ihren Anteil am Zeitbudget auf 80 % und mehr (Karl-Schuch 1993), ist von Anfang an kritisiert worden. Jüngste Äußerungen belegen die uneingeschränkte Aktualität der Kritik, damit zugleich aber auch ihre bisherige Wirkungslosigkeit (Heß-Gräfenberg 1993, MAGS 1991, Müller 1993). Die wichtigsten Argumente sind:

– mangelhafter präventiver Nutzen der Untersuchungsergebnisse,

- mangelhafte Beteiligung an primärpräventiven Maßnahmen des Belastungsabbaus und der Arbeitsgestaltung,
- Unterstützung einer Tendenz zur Individualisierung beruflicher Gesundheitsrisiken und deren sozialer Folgen.

Neuere Entwicklungen weisen auf ein verstärktes Interesse der Arbeitsmedizin an einer Ausweitung ihrer Untersuchungstätigkeit auf den Bereich allgemeiner Gesundheitsrisiken hin. Die seit dem Gesundheitsreformgesetz erweiterten Möglichkeiten der Risikofaktorenprävention, speziell die Einführung des Gesundheits-Check-ups und der Auftrag an die Krankenkassen, sich an betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beteiligen, haben hierfür einen günstigen Nährboden geschaffen.

Die folgenden Ausführungen sollen die Hintergründe dieser Entwicklung beleuchten und ihre möglicherweise problematischen Konsequenzen für einen relevanten Teil der Beschäftigten aufzeigen. Sie werfen die Frage auf, wie die nach wie vor notwendige Perspektiverweiterung des Arbeitsschutzes auf den Bereich der arbeitsbedingten Erkrankungen (Pröll 1993) vor den »Risiken und Nebenwirkungen« einer Risikofaktorenmedizin geschützt werden kann.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen als Pflichtveranstaltung

Betriebsärzte haben nach den Bestimmungen des Arbeitssicherheitsgesetzes unter anderem die Aufgabe, »Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten« (§3 Abs.1 Nr.2). Solche Untersuchungen sollen vor allem dem Ziel dienen, nach medizinischen Gesichtspunkten ungeeignete Personen von bestimmten Tätigkeiten und Belastungen auszuschließen sowie gesundheitliche Veränderungen bei deren längerfristiger Ausführung bzw. Exposition rechtzeitig zu erkennen. Diese Untersuchungs-Logik ist schon einmal als »TÜV-Modell« gekennzeichnet worden, verbunden mit dem Hinweis, daß der TÜV tatsächlich einer der größten Betreiber von arbeitsmedizinischen Dienstleistungszentren ist (Borgers 1982).

Ein Vergleich mit dem bekannten TÜV-System der regelmäßigen verkehrstechnischen Prüfung von Fahrzeugen ist aber noch in anderer Hinsicht aufschlußreich. So wie im Bereich des Verkehrs die Bereitschaft zur freiwilligen Inanspruchnahme solcher Prüfungen als eher gering unterstellt und ein entsprechender Zwang mit abgestuften Sanktionsmöglichkeiten installiert worden ist, gilt auch für

arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen: Ihre Inanspruchnahme wird ebenso durch verschiedene Formen vorzugsweise indirekten Zwangs »gesichert«. Eine zentrale Bedingung hierfür ist die soziale Stellung der Arbeitnehmer als abhängig Beschäftigte. Ihre Bedeutung wird in aller Schärfe da erkennbar, wo noch gar kein (abhängiges) Beschäftigungsverhältnis zustande gekommen ist, also während des Vorgangs einer Einstellung. Nur unter der Rahmenbedingung einer effektiven Nachfrage nach Arbeitskräften kommt hier eine halbwegs gleichgewichtige Verhandlungssituation zustande, in der ein Bewerber bspw. auch einmal die Zumutung einer medizinischen Untersuchung ablehnen kann. Ansonsten befindet sich der (potentielle) Arbeitgeber in der Position, die – selbstverständlich freiwillige – Teilnahme an einer Einstellungsuntersuchung durchsetzen zu können.

Nach erfolgreicher Konstituierung eines Beschäftigungsverhältnisses bleibt dessen Fortsetzung bzw. Infragestellung der wichtigste Ansatzpunkt für die Verpflichtung zur Teilnahme an weiteren Untersuchungen. Zwar richten sich nahezu alle diesbezüglichen Verpflichtungen, soweit sie in den verschiedenen Arbeitsschutzvorschriften formuliert sind, zunächst an den Arbeitgeber, da er für den gesundheitlichen Schutz der ihm unterstellten Beschäftigten verantwortlich ist. Im Ergebnis führen sie jedoch zu einer indirekten Duldungsverpflichtung der Arbeitnehmer, deren persönliche Integrität auf diese Weise mehr oder weniger eingeschränkt wird.

Spezifik und Volumenentwicklung der G-Untersuchungen

Die Idealvorstellung arbeitsmedizinischer Vorsorge geht, analog zum Modell der Berufskrankheit, von einer spezifischen Noxe aus und hat ein zuverlässiges Testverfahren zum Inhalt, mit dem ein Gesundheitseffekt gemessen werden kann. Auf den ersten Blick kommen die eingangs genannten G-Untersuchungen dieser Vorstellung sehr nahe. Ihre Durchführung

- ist an definierte Einwirkungen gebunden,
- setzt eine Ermächtigung des untersuchenden Arztes voraus und
- soll nach detaillierten Regeln (Untersuchungsmethodik, Ergebnisbeurteilung) erfolgen.

Bisher gibt es insgesamt 43 verschiedene Untersuchungsanlässe, die am häufigsten angewendeten listet Abb.1 auf. Ihre primäre Orientierung an industrietypischen Gesundheitsrisiken ist offensichtlich. Die meisten richten sich auf chemische und physikalische Noxen,

eine wenige darüber hinaus auf biologische Krankheitserreger und Krankheiten mit multikausaler Verursachung (G42 bzw. 23/24). Die psycho-mentalenen Beanspruchungskomponenten moderner Arbeitsbedingungen kommen nicht vor. Deshalb werden bestimmte Tätigkeiten auch nur hinsichtlich sekundärer, dafür aber vordergründig spezifizierbarer Einwirkungen erfaßt. Das betrifft vor allem die Bildschirmarbeit (G37), bei der die Kontrolle von Sehkraftveränderungen im Mittelpunkt steht. Der Bildschirm am Postschalter macht dabei keinen Unterschied zum Bildschirm an einem CAD-Arbeitsplatz. Es betrifft aber auch Arbeitsplätze im Gesundheitswesen, insbesondere in den Krankenhäusern, die primär im Hinblick auf ihre Infektionsgefahren kontrolliert werden (G42).

Abb.1: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen ¹⁾ nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen 1992

G-Nr. Berufsgenossenschaftlicher Grundsatz	Zahl der Untersuchungen ²⁾	Entwicklung (Indexwerte 1977=100) ³⁾
1.1 Silikogener Staub	60.867	105
1.2 Asbesthaltiger Staub	34.666	331
2 Blei oder seine Verbindungen	36.332	85
8 Benzol	16.773	114
9 Quecksilber oder seine Verbindungen	5.743	110
10 Methanol	11.154	145
14 Trichlorethylen	5.496	39
15 Chrom-VI-Verbindungen	15.224	239
17 Tetrachlorethylen (Perchlorethylen)	5.225	82
20 Lärm	664.877	180
23 Obstruktive Atemwegserkrankungen	28.715	661
24 Hauterkrankungen	129.030	1212
25 Fahr-, Steuer- u. Überwachungstätigkeiten	315.541	595
26 Atemschutzgeräte	204.444	879
27 Isocyanate	25.858	339
29 Benzolhomologe (Toluol, Xylöle)	67.965	327
30 Hitzearbeiten	33.805	583
31 Überdruck	7.795	3898
32 Cadmium oder seine Verbindungen	6.332	459
33 Aromatische Nitro- oder Aminoverbindungen	18.613	173
35 Arbeitsaufenthalt im Ausland	26.004	125
37 Bildschirm-Arbeitsplätze	441.102	689
38 Nickel oder seine Verbindungen	8.787	143
39 Schweißbrauche	23.999	196
40 Krebserrregende Gefahrstoffe allgemein	22.148	193
41 Arbeiten mit Absturzgefahr	17.312	212
42.1 Infektionskrankheiten Teil 1, "Tuberkuloseerreger"	226.991	250
42.2 Infektionskrankheiten Teil 2, "Hepatitis-A-V"	101.648	
42.3 Infektionskrankheiten Teil 3, "Hepatitis-B-V"	250.992	267
Untersuchungen insgesamt	2852.722	351

1) nur G-Untersuchungen mit Häufigkeiten über 5000

2) nur alte Bundesländer

3) für G 35-40: 1982 = 100, G 41/42: 1987 = 100

Quelle: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften; eigene Berechnungen.

Daneben sind einige G-Untersuchungen von vornherein nicht auf längerfristig wirkende Beanspruchungsaspekte der zugrunde liegenden Tätigkeiten sondern mehr auf potentielle, von sensomotorischen Fähigkeiten bzw. der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung der Betroffenen abhängige Sicherheitsrisiken gerichtet (G25,26). Auch bei den Untersuchungen nach G25 interessieren die erheblichen Differenzen zwischen den Arbeitsbedingungen eines Kraftfahrers im privaten Speditionsgewerbe und denen eines Anlagenführers in der Mineralölindustrie erst einmal nicht.

Die Zahlen in Abb.1 zeigen nun, daß die soeben genannten G-Untersuchungen mit eher kritisch zu bewertender Noxen-Spezifität über die Hälfte (54 %) des Gesamtvolumens ausmachen. Da sie zugleich sehr stark Dienstleistungsberufe repräsentieren, muß an dieser Stelle auch das Bild der vorrangigen Noxen-Kontrolle an industriellen Arbeitsplätzen korrigiert werden. Gäbe es nicht die herausragende Bedeutung der Lärmschutz-Untersuchungen (23 %), dann würde das auf die verbleibenden 38 Untersuchungsanlässe entfallende Volumen auf weniger als ein Viertel (ca. 650000 Untersuchungen) zusammenschrumpfen.

Natürlich spiegelt sich in dieser Verteilung vor allem die Struktur gewerblicher Arbeitsbedingungen wieder. In vielen Branchen der Schwerindustrie und des verarbeitenden Gewerbes sind die Beschäftigtenzahlen in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gesunken, haben neue Produktionsverfahren und technische Rationalisierungen zu einer Verminderung chemisch-physikalischer Belastungen geführt. Entsprechend stagnierten oder sanken die Zahlen zu bestimmten G-Untersuchungen (s. Indexwerte in Abb.1 zu G1,2,14,17). Aktuell dürfte dieser Trend unter den Vorzeichen einer allgemeinen Wirtschaftskrise noch einmal erheblich an Dynamik gewinnen.

Damit verschärft sich für die Arbeitsmediziner in vielen Branchen ein Problem, das zuvor hauptsächlich im Dienstleistungssektor existierte: Das Fehlen spezifischer »Einwirkungen« zur Etablierung eines Systems von obligatorischen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (Streich/Ritz 1988:49 ff., Marschall 1990:93). Dies hat verschiedene Kompensationsstrategien in Gang gesetzt:

- Die Ausweitung von G-Untersuchungen, die keiner verbindlichen Verpflichtung unterliegen (G22-25,37,39,41)
- das Angebot zusätzlicher Tests innerhalb von Pflichtuntersuchungen,
- das Angebot allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen zu Herz-Kreislauf-Risikofaktoren.

Die weit überdurchschnittliche Steigerung der Untersuchungen nach G25 und G37 und deren Neufassung mit Ausweitungen des Anamneseprogramms sind in diesem Sinne zu bewerten (Elsner 1993), ebenso die Hinweise auf eine bevorzugte Kombination von Cholesterin-Messungen in Verbindung mit G-Untersuchungen (Barthenheier et al. 1988, Wendler/Schmahl 1991, Zober/Germann 1992). Besondere Aufmerksamkeit verdient jedoch die letztgenannte Strategie, die betriebsärztliche Untersuchungstätigkeit ganz von der Zielsetzung einer berufsspezifischen Prävention auf eine allgemeine Risikofaktorendiagnostik auszuweiten (Jagemann 1986, Förster 1988).

Risikofaktoren-Screening in der Grauzone zwischen Pflicht und Freiwilligkeit

Die Messung von Blutdruck- und Cholesterinwerten gehört nach den zuletzt zitierten Veröffentlichungen wohl schon seit Jahren zum Praxisalltag von Betriebsärzten. Ihre Verknüpfung mit dem Routineprogramm der G-Untersuchungen scheint dabei eine wichtige Voraussetzung zu sein. In einigen Fällen (G25/G26), bei denen es um die Feststellung der Funktionsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems geht, sind die Messungen zum festen Bestandteil der Untersuchungen geworden. Für viele andere Untersuchungen gilt: Wo immer Blut für diagnostische Zwecke entnommen wird, kann das Labor die Lipidwerte in der Regel gleich mitliefern.

Beispielsweise führt der werksärztliche Dienst eines großen Unternehmens der chemischen Industrie mit etwa 55 000 Beschäftigten jährlich etwa 10 000 G-Untersuchungen sowie etwa 3 000 Untersuchungen bei Schichtarbeitern und 800 Untersuchungen bei leitenden Angestellten durch. In gleicher Größenordnung wird bei solchen »Aktionen« der Lipidstatus bestimmt (Zober/Germann 1992). Die Popularität der sog. Risikofaktoren bietet eine günstige Voraussetzung, diesen »Service« als vertrauenswerbende Maßnahme gegenüber den arbeitsmedizinisch zu betreuenden Beschäftigten einzusetzen. Dieser Aspekt hat nicht zuletzt durch die Einführung des Gesundheits-Check-ups als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich an Bedeutung gewonnen. Der betriebsärztliche Dienst bietet nun eine allgemein anerkannte Vorsorgemaßnahme an, deren Inanspruchnahme in der Regel während der Arbeitszeit und ohne Wartezeiten in der Praxis eines Hausarztes erfolgen kann.

Die Cholesterin-Lobby hat ihrerseits diesen Trittbrettfahrer-Effekt des Cholesterin-Screenings als günstiges Mittel für die Identifikation von Risikofaktor-Patienten entdeckt. Ganz offen werden die gegenüber allgemeinen Screening-Angeboten höheren Teilnahme-Raten als Vorteil hervorgehoben und für eine breite Anwendung geworben (Bartenheier et al. 1988). Auch die Krankenkassen – allen voran die Betriebskrankenkassen – haben das Cholesterin-Screening zu einem wesentlichen Bestandteil ihrer betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten gemacht (Annuß 1992). Sie stehen seit Beginn der neunziger Jahre vor der Aufgabe, ihren neuen gesetzlichen Auftrag zur aktiven Beteiligung an der Prävention beruflicher Gesundheitsrisiken mit Inhalten zu füllen. Ihre relative Ferne zum Betriebsgeschehen macht es ihnen dabei nicht leicht, Konzepte zu entwickeln, die unmittelbar auf Belastungsursachen im Arbeitsprozeß abzielen. Solche Intentionen sind, das wissen die betrieblichen Arbeitsschutzexperten, ohnehin eher konflikträchtig und können deshalb kaum Gegenstand attraktiver Kooperationsangebote sein. Die Attraktivität ist aber um so wichtiger, als unterschiedliche Kassenarten zunehmend miteinander um Marktanteile konkurrieren und hierbei auch Angebote zur (betrieblichen) Gesundheitsförderung benutzen (o.V. 1991). Schon jetzt zeigen sich vor diesem Hintergrund ernste Qualitätsprobleme bei bisher entwickelten Präventions-/PR-Kampagnen (Meierjürgen 1993).

Die bereits erwähnte Popularität des Cholesterin-Messens führt dazu, daß auch freiwillige Angebote im Stile von Reihenuntersuchungen in hohem Maße in Anspruch genommen werden, sofern sie nur während der Arbeitszeit und auf dem Betriebsgelände stattfinden. In Unternehmen mit geringem Anteil untersuchungspflichtiger Beschäftigter sind freiwillige Teilnehmeraten von 60 % (Annuß 1992:19) im Ergebnis sogar effizienter als die Kombination mit G-Untersuchungen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme kann dabei nicht ohne ein deutliches Fragezeichen auskommen. Denn es kann allgemein angenommen werden, daß verschiedene Faktoren Einfluß auf die betreffende Entscheidung nehmen. Hier zählt nicht nur die persönliche Überzeugung von dem Nutzen der Maßnahme selbst, sondern ggfs. auch

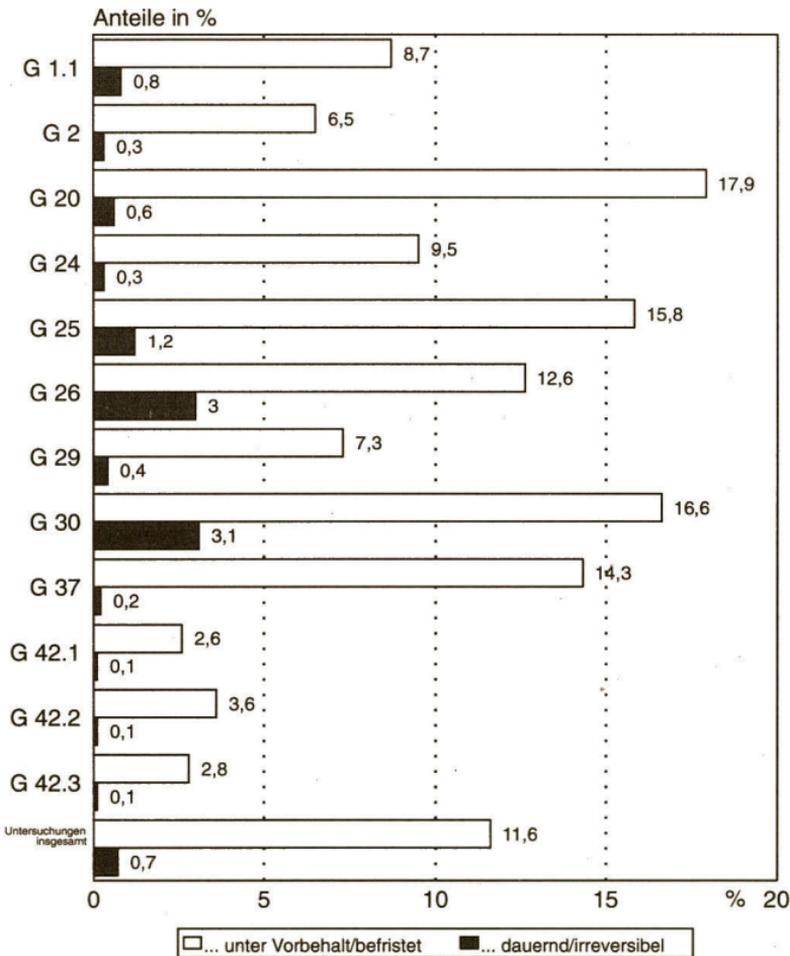
- die Attraktivität einer (bezahlten) Arbeitsunterbrechung,
- die Stärke eines allgemeinen Konformitätsdruckes,
- die Abhängigkeit eventueller Gratifikationen von der Screening-Teilnahme.

Bisher scheinen sich die Gratifikationen auf Informationsmaterial und Kursangebote zu konzentrieren. Zukünftig wären aber auch finanzielle Gratifikationen denkbar, wenn entsprechende Planungen Realität werden und Schule machen sollten (o.V. 1991).

Untersuchungsfolgen: neue Qualität iatrogenen Risiken?

Das Verfahren der G-Untersuchungen ist per Definition weitgehend auf personelle Maßnahmen ausgerichtet. Jede Untersuchung setzt voraus, daß die ihr zugrundeliegende Gesundheitsgefährdung nicht durch technische oder arbeitsorganisatorische Maßnahmen beseitigt

Abb.2: Negative Untersuchungsergebnisse bei den zehn häufigsten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen 1992



werden kann. Die Möglichkeiten solcher primärpräventiven Arbeitsschutzmaßnahmen sollen vielmehr ausgeschöpft sein. Die personellen Maßnahmen dienen dem Ziel individueller Schadensbegrenzung sowie der Vermeidung von Folgerisiken. Der Arzt ist gegenüber dem Arbeitgeber verpflichtet, gesundheitliche Bedenken gegen die Weiterbeschäftigung einer untersuchten Person an ihrem bisherigen Arbeitsplatz anzumelden, wenn die arbeitsmedizinische Beurteilung der Untersuchungsergebnisse negativ ausfällt. Er kann diese Bedenken zurückstellen, wenn eine Überprüfung der Befunde nach Ablauf einer festzulegenden Frist sinnvoll erscheint oder wenn durch Einhaltung bestimmter Auflagen eine weitere Verschlechterung des medizinischen Befunds verhindert werden kann.

Abb. 2 zeigt, warum diese potentiell folgenreiche Untersuchungspraxis so enorm ausgeweitet werden konnte, ohne dabei auf ernstesten Widerstand zu treffen. Nur in durchschnittlich 7 von 1000 Untersuchungsfällen werden dem Arbeitgeber gesundheitliche Bedenken mitgeteilt, die ihn zu einer personellen Maßnahme verpflichten. Dieser Umfang personalplanerischen Handlungsbedarfs dürfte wohl nur in Ausnahmefällen zu Bewältigungsproblemen führen. Vielmehr ist anzunehmen, daß er in der Regel genau den Rahmen innerbetrieblicher Umsetzungsmöglichkeiten ausschöpft, der zur Weiterbeschäftigung leistungsgeminderter Arbeitnehmer üblicherweise notwendig ist.

Auffallend höher ist der Anteil negativer Untersuchungsergebnisse, die keine unmittelbaren Konsequenzen für die Beschäftigung der Betroffenen haben. In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle werden die gesundheitlichen Bedenken unter dem Vorbehalt der Einhaltung bestimmter Auflagen zurückgestellt. Typische Beispiele sind die Anweisung der konsequenteren Benutzung von Gehörschutz bei bereits eingetretenem Hörverlust an einem lärmbelasteten Arbeitsplatz oder die Empfehlung zur Korrektur der Brillengläser bei einer Veränderung der Sehkraft an einem Bildschirmarbeitsplatz.

Die Diskrepanz zwischen endgültig ausgesprochenen und vorsorglich angemeldeten gesundheitlichen Bedenken kann, wie das Beispiel Lärm zeigt, als Ausdruck der beschränkten Handlungsmöglichkeiten des arbeitsmedizinischen Gesundheitsschutzes interpretiert werden. Das Beispiel zur Bildschirmarbeit verdeutlicht aber auch eine Tendenz, mit der Formulierung recht banal erscheinender Auflagen einen marginalen Nutzen der Untersuchungen zu demonstrieren.

Die weitgehende Folgenlosigkeit der Untersuchungen gibt nun keinen Anlaß, diese Form des arbeitsmedizinischen Gesundheitsschutzes positiv als besonders sozialverträglich zu bewerten. Von den verschiedenen Argumenten einer Kritik an der

- (wenn auch seltenen) Selektion gesundheitlich angeschlagener Arbeitnehmer mit ggfs. gravierenden sozialen Folgen (Elsner 1993),
 - Stigmatisierung von Arbeitnehmern, denen Anzeichen gesundheitlicher Defekte bescheinigt werden, die noch keine unmittelbare (personalplanerische) Handlungsrelevanz haben (Müller 1993),
 - Erzeugung eines ggfs. trügerischen Bewußtseins individueller Sicherheit durch das medizinische Untersuchungsritual (Borgers 1982),
 - Fehlleitung arbeitsmedizinischer Betreuungskapazität auf einen ineffizienten Routineleerlauf (Gensch 1986),
- muß insbesondere das letztgenannte besonders hervorgehoben werden.

Mit der Verlagerung der arbeitsmedizinischen Untersuchungspraxis auf das Feld eines allgemeinen Risikofaktoren-Screenings kommt nun eine neue Dimension problematischer Untersuchungsfolgen hinzu. Primär verantwortlich sind hierfür die üblicherweise benutzten Grenzwerte, nach denen untersuchte Personen als behandlungsbedürftig identifiziert werden.

Die veröffentlichten Ergebnisse zu betrieblichen Cholesterin-Screenings zeigen – wie nicht anders zu erwarten (Borgers 1993: 102ff.) – einen potentiellen Behandlungsbedarf bei 20-30 % der Fälle (Annuß 1992, Barthenheier et al. 1988, Zober/Germann 1992). Diesen Personen wird in der Regel der Besuch ihrer Hausärzte zur weiteren Klärung und ggfs. Behandlung ihrer Gesundheitsrisiken empfohlen, was von einem erheblichen Teil – nach eigener Auskunft ca. 50 % (Annuß 1992:25) – auch befolgt wird. Wie viele Personen damit letztlich einer Dauermedikation ihres Cholesterinspiegels zugeführt werden, bleibt unbekannt. Es können aber deutlich mehr als die laut referierter Statistik im Promillebereich liegende Zahl derjenigen sein, die aufgrund irreversibler gesundheitlicher Bedenken von innerbetrieblicher Umsetzung, Einkommensverlust und schlimmstenfalls Entlassung bedroht sind. Die Risiken und Nebenwirkungen einer jahrelangen medikamentösen Therapie sind andererseits weitaus gravierender als diejenigen einer Befolgung der beispielhaft genannten Gesundheitsschutz-Auflagen (Borgers 1993:76ff.).

Die Fragwürdigkeit ihres Nutzens wird gegenwärtig zunehmend diskutiert, ohne daß bisher eine Resonanz in der medizinischen Fachöffentlichkeit erkennbar geworden ist.

Beachtung epidemiologischer Standards und Ausbau des Persönlichkeitsschutzes

Die beschriebene Entwicklung offenbart eine Tendenz, die mit den Intentionen des Arbeitssicherheitsgesetzes kaum noch in Einklang zu bringen ist. Dessen Ziel war die Erweiterung der betrieblichen Prävention beruflicher Gesundheitsrisiken über den engen Rahmen der Unfallgefahren und Berufskrankheiten auslösenden Noxen hinaus. Der arbeitsmedizinische Beitrag zum Abbau von Belastungen und zur Gestaltung der Arbeitsorganisation sollte sich auch auf solche Faktoren richten, denen eine Beteiligung an der Verursachung chronischer (»arbeitsbedingter«) Erkrankungen zugeschrieben werden kann. Allem Anschein nach löst die Zuwendung der Arbeitsmedizin zu diesen Krankheiten aber weniger innerbetriebliche als außerbetriebliche (Be-)Handlungsprozesse aus.

Nun kann diese Kritik allen denen gleichgültig sein, denen es letztlich um eine größtmögliche Effizienz präventiver Bemühungen und weniger um das Festhalten an ursprünglichen Aufgabenzuweisungen in Gesetzen bzw. die Konsistenz von Ort und sachlichem Inhalt betrieblicher Maßnahmen geht. Warum nicht den Interessen der Arbeitsmedizin an einer Ausweitung ihrer Untersuchungspraxis freien Lauf lassen, wenn sie sich unter dieser Voraussetzung vielleicht sogar von einigen unsinnigen G-Untersuchungen zu lösen bereit wäre? Es könnten gleich zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen werden, indem die verbleibenden G-Untersuchungen mit dieser überwiegend allgemeinen Gesundheitsvorsorge gleichgestellt und ihr Pflichtcharakter für die Arbeitnehmer aufgehoben würde. Die problematische Praxis der Vermischung von Pflicht- und freiwilligen Untersuchungen wär so ebenfalls zu Ende. Kritiker der bestehenden Arbeitsschutzregelungen haben mit Hinweis auf bereits gültige EG-Rahmenrichtlinien gefordert, daß alle Untersuchungen nur noch auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden sollten. Die Arbeitgeber wären lediglich verpflichtet, entsprechende Angebote vorzuhalten (Elsner 1993).

Gegen eine solche doppelte Liberalisierung arbeitsmedizinischer Vorsorge sind mehrere Einwände zu erheben. Zunächst einmal wäre zu erwarten, daß die Unternehmen gern darauf eingingen, um im

nächsten Zug die Frage aufzuwerfen, warum sie die kompletten Kosten dieses modifizierten Vorsorge-Angebots weiterhin allein tragen sollten. Arbeitsmedizinische Dienste müßten folglich Vertragspartner der Krankenkassen und – offensichtlicher als bisher – zu Konkurrenten der niedergelassenen Ärzte werden. Letztere werden aber wohl spätestens dann ihre eigene Zuständigkeit für die Durchführung allgemeiner Check-up-Untersuchungen reklamieren.

Die Freiwilligkeit der Nutzung von Untersuchungsangeboten würde nichts an der Existenz beruflicher Gesundheitsrisiken und der mangelhaften Absicherung ihrer sozialen Folgen ändern. Einzig und allein der Automatismus von Risikodefinition, Prüfung gesundheitlicher Effekte und ggfs. Einleitung personalplanerischer Maßnahmen wäre aufgehoben. Seine Ingangsetzung läge in der Verantwortung des Arbeitnehmers, wie dies bereits bei akuter Erkrankung durch den Gang zum Hausarzt geschieht. Nur daß die Hemmschwellen aufgrund der völlig anderen Gewichtung von akutem Leidensdruck und potentiellen Folgen des Arztbesuchs um ein Vielfaches höher liegen können.

Die Aufhebung aller Untersuchungspflichten macht nur einen Sinn, wenn ihr präventiver Nutzen gänzlich in Frage gestellt wird. Ein solches Pauschalurteil geht aber sicherlich zu weit. Die Entscheidung über nützliche und überflüssige bzw. schädliche Tests kann nur nach fachlichen Kriterien erfolgen. Die Epidemiologie hält dazu international anerkannte Beurteilungskriterien für die Durchführung von Früherkennungsprogrammen und anderen medizinischen Maßnahmen an Gesunden bereit (Borgers 1982:116ff.).

Eine ganze Reihe von G-Untersuchungen, zumindest aber Teile ihrer Diagnostik dürften diesen Kriterien wohl nicht genügen. Gleiches gilt für das allgemeine Risikofaktoren-Screening, speziell zum Cholesterin. Ein mit Hilfe epidemiologischer Effizienzkriterien entrümpeltes Untersuchungsprogramm sollte aber für die Arbeitgeber verbindlich bleiben, damit sie ihrer Verantwortung für den Gesundheitsschutz der ihnen unterstellten Beschäftigten nachkommen.

Die angeführten Zweifel an der positiven Schutzfunktion einer liberalisierten Untersuchungspraxis führen schließlich zu der Überlegung, das Instrument der verbindlichen Verpflichtung auch in entgegengesetzter Richtung, nämlich im Sinne einer Unterlassungsverpflichtung vorzusehen. Schon das Arbeitssicherheitsgesetz enthält ein solches Unterlassungsgebot in bezug auf Untersuchungen zur Überprüfung von Krankmeldungen (§3 Abs.3). Künftig soll nach vorliegenden Entwürfen zur Neuregelung des Arbeitsschutzes in

einem entsprechenden Rahmengesetz auch der Anwendungsbereich von Genom-Analysen beschränkt werden. Solche Reglementierungen sind unter den sich zuspitzenden Rahmenbedingungen abhängiger Beschäftigungsverhältnisse mehr denn je unverzichtbar.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Soz. Waldemar Streich
IDIS, Westerfeldstraße 35-37, D-33611 Bielefeld

Anmerkung

- 1 In den neuen Bundesländern existierten vor der sog. Wende rund 3 400 Betriebsgesundheitseinrichtungen für 8,9 Mio. Erwerbstätige (Stand: Dez. 1988). Für 3 100 Erwerbstätige stand rechnerisch ein »Betriebsbereichsarzt« zur Verfügung (MG 1989:248). Der radikale Abbau von Arbeitsplätzen und der Umbau des Gesundheitswesens haben zu einer weitgehenden Auflösung dieser Einrichtungen geführt. Vermutlich ist ein wesentlicher Teil der Ärzte in andere Versorgungsbereiche gewechselt, denn 1990 wurden nur noch rd. 1 000 Arbeitsmediziner – d.h. weniger als ein Drittel der ursprünglichen Zahl – registriert (Lehnert/Schiele 1992: C 1809). Die weiteren Ausführungen des Beitrags können auf diese besondere Situation nicht eingehen.

Literatur

- Annuß, R. (1992): Das Modellprogramm »Hab' ein Herz für Dein Herz.« Evaluationsbericht zum Abschluß der Pilotphase des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms. In: Murza/Laaser: Hab' ein Herz für Dein Herz. Bielefeld, 7-65
- Barthenheier, W. et al. (1988): Projekt IRIS. Studie zur Herz-Kreislauf-Primärprävention im betriebsärztlichen Bereich. In: ASP 3/1988, 71-74
- Borgers, D. (1982): Epidemiologische Kriterien für die präventivmedizinische Praxis in überbetrieblichen Zentren. In: Hauß, F. (Hrsg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik. Frankfurt/New York, 115-126
- Borgers, D. (1993): Cholesterin: Das Scheitern eines Dogmas. Berlin
- Demmer, H. (1993): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Betriebsärzte und -ärztinnen – Neue Impulse und Kooperationschancen durch den § 20 SGB V. In: ErgoMed 2/1993, 58-62
- Elsner, G. (1993): Vorsorgeuntersuchungen – Instrumente der Selektion? Bremen (unveröffentlichtes Vortragsmanuskript)
- Förster, S. (1988): Vorsorgeprogramm zur Früherkennung der Hypertonie. In: BAD aktuell 4/1988, 5
- Gensch, R. (1986): »Arbeitsmedizinische Vorsorge« in der Praxis – Gesundheitsschutz oder Arbeitsplatzverlust. In: Elsner, G. (Hrsg.): Vorbeugen statt Krank schreiben. Betriebsärzte in der Praxis. Hamburg, 51-59
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (1993): (Hrsg.): Arbeitsunfallstatistik für die Praxis. Berlin, 1993

- Heß-Gräfenberg, R. (1993): Kritische Stellungnahme zum Beitrag Lehnert/Schiele 1992. In: Deutsches Ärzteblatt 27/1993, C1288
- Jagemann, K. (1986): Blutfette erhöht – Was tun? In: BAD aktuell 4/86, 1-3
- Karl-Schuch, W. (1993): 20 Jahre Arbeitssicherheitsgesetz. Gesund zur Arbeit/krank fürs Leben? BAD-inform 3/93, 4-7
- Lehnert, G.; Schiele, R. (1992): Grundlagen arbeitsmedizinischer Vorsorge-Untersuchungen. In: Deutsches Ärzteblatt 40/1992, C1808-C1811
- Marschall, B. (1990): Intensivierung und Erweiterung des betriebsärztlichen Aufgabenspektrums. In: Brandenburg et al. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Dortmund, 91-99
- Meierjürgen, R. (1993): Gesundheitsförderung und Krankenkassenwettbewerb. Wuppertal (Manuskript, Veröffentlichung in Vorbereitung)
- MAGS (1991): Jahresbericht der Gewerbeaufsicht 1991, Köln (Hrsg.: Min. f. Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW)
- MG (1989): Das Gesundheitswesen der DDR 1989, Berlin (Hrsg.: Min. f. Gesundheitswesen /DDR)
- Müller, R. (1993): Arbeitsmedizin als Testmedizin, Bremen (unveröffentlichtes Manuskript)
- o.V. (1984): Risikofaktoren für arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: ASP 8/1984, 180-187
- o.V. (1991): AOK Hamburg und Beiersdorf AG: Zehn-Millionen-Pilotprojekt will Gesundheit im Betrieb fördern und Krankenstand senken. In: Arbeit und Ökologie-Briefe, Nr. 20/1991
- Pröll, U. (1993): Von der Gewerbe Polizei zum Vorsorgemanagement. Funktionswandel staatlichen Handelns in der betrieblichen Prävention. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 20, 150-163.
- Straßburger, K.U. (1990): Gesundheitsvorsorge – Möglichkeiten für den Werksarzt in einem Großbetrieb. In: Brandenburg et al. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Dortmund, 208-214
- Streich, W.; Ritz, H.-G. (1988): Arbeitsmedizinische Betreuung im öffentlichen Dienst. Dortmund (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz Fb 557)
- Wendler, D.; Schmahl, F.W. (1991): Bestimmung von Serumlipidwerten in der Arbeitsmedizin: Hinweise für die betriebsärztliche Praxis. In: ASP 26/1991, 70-73
- Zerlett, G. (1990): Präventivmaßnahmen im Betrieb. In: Brandenburg et al. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Dortmund, 30-36
- Zober, A.; Germann, Ch. (1992): Zur Prävalenz der Hypercholesterinämie und weiterer koronarer Risikofaktoren bei Mitarbeitern eines deutschen Großunternehmens. In: Deutsches Ärzteblatt 31/32 (1992), C1443-C1447
- Zober, A.; Pluto, R.-P. (1991): Primärprävention – Ein Aufgabenfeld für die Arbeitsmedizin. In: ASP-Sonderheft 15/1991, 55ff.