

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) in sechs Ländern der Europäischen Union

Tagungsdokumentation

Tagungsdokumentation

**Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
(AMVU) in sechs Ländern der Europäischen Union**

Workshop vom 03./04.06.2005 in Berlin

Diese Veröffentlichung ist der Tagungsbericht des Projektes „Vorgehensweise und Zielstellungen arbeitsmedizinischer Vorsorge in den Ländern der Europäischen Union – Vergleich und Eruiierung innovativer Konzepte der medizinischen betrieblichen Individualprävention: normative Vorgaben, geforderte Qualifikationen und spezielle Kompetenzen, Daten arbeitsmedizinischer Vorsorge als Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung“ – F 1906 – im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Dipl. Soz.-Wiss. Judith Berger
Dr. Yvonne Grabbe
Dr. Stefan Loos
Dipl.-Psych. Hans-Dieter Nolting
Dr. med. Norbert Will, Clariant AG, Sulzbach am Taunus
IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Wichmannstraße 5, D-10787 Berlin
Telefon: (0 30) 230 80 90
Telefax: (0 30) 230 80 911
E-Mail: iges@iges.de
Dr. med. Barbara Matschke, BAuA Berlin

Projektbegleitung
seitens der BAuA/
Tagungsleitung: Dr. med. Barbara Matschke
E-Mail: matschke.barbara@baua.bund.de

Technische
Bearbeitung: Gerda Schmietendorf, André Brodehl, BAuA Berlin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, D-44149 Dortmund
Telefon: (02 31) 90 71 – 0
Telefax: (02 31) 90 71 – 24 54
E-Mail: poststelle@baua.bund.de
Internet: www.baua.de
Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, D-10317 Berlin
Telefon: (0 30) 5 15 48 – 0
Telefax: (0 30) 5 15 48 – 41 70
Dresden:
Proschhübelstr. 8, D-01099 Dresden
Telefon: (03 51) 56 39 – 50
Telefax: (03 51) 56 39 – 52 10

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kurzreferat	5
1 Ziele des Projekts B. Matschke	6
2 Gegenstand, Ziele und Kriterien zur Bewertung von AMVU-Systemen – Problemaufriss zur Einführung in den Workshop H.-D. Nolting	12
2.1 Begriffsklärung und Eingrenzung des Gegenstands	13
2.2 Ziele von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen	19
2.3 AMVU als Maßnahme der Sekundärprävention	20
2.4 Diskussion von zwei Beispielen	25
2.5 Folgerungen und Kriterien für die Bewertung von AMVU bzw. AMVU-Systemen	35
2.6 Ziele des Workshops innerhalb des Gesamtprojekts	38
3 Szenario „Arbeitswelt 2015“: Eine Vergegenwärtigung bekannter Entwicklungen und Prognosen S. Loos	40
4 Erläuterung der Vorgehensweise in den Arbeitsgruppen N. Will	47
5 Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 1: Deutschland und Dänemark N. Will	49
5.1 Arbeitsmedizinische Vorsorge in Dänemark	49
5.2 Stärken- und Schwächenanalyse	52
6 Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 2: Deutschland und Finnland Y. Grabbe	57
6.1 Arbeitsmedizinische Vorsorge in Finnland	57
6.2 Stärken- und Schwächenanalyse	63
6.3 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in Globalien: Empfehlungen der Arbeitsgruppe Finnland	66
7 Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 3: Deutschland und Frankreich H.-D. Nolting	72
7.1 Arbeitsmedizinische Vorsorge in Frankreich	72
7.2 Stärken- und Schwächenanalyse	77

8	Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 4: Deutschland und Niederlande	86
	J. Berger	
8.1	Arbeitsmedizinische Vorsorge in den Niederlanden	86
8.2	Stärken- und Schwächenanalyse	91
8.3	Chancen-Risiko-Analyse	95
8.4	Empfehlungen für das System „Globalien“	99
9	Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 5: Deutschland und Großbritannien	103
	S. Loos	
9.1	Arbeitsmedizinische Vorsorge in Großbritannien	103
9.2	Stärken- und Schwächenanalyse	107
9.3	Empfehlungen	112
10	Moderierte Plenumsdiskussion	114
	B. Matschke, H.-D. Nolting	
	Programm	116
	Autoren	117

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) in sechs Ländern der Europäischen Union

Bewertung im Hinblick auf innovative Konzepte der arbeitsmedizinischen Individualprävention

Kurzreferat

Im Rahmen eines BAuA-Forschungsvorhabens wurde eine vergleichende Untersuchung der rechtlichen Regelungen sowie der praktischen Implementierung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) in sechs EU-Ländern durchgeführt (Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande).

Ziel des Forschungsvorhabens war es, die unterschiedlichen nationalen Regelungen und Praktiken im Hinblick auf innovative Ansätze zu bewerten und Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des AMVU-Systems für Deutschland zu ziehen. An diesem Bewertungsprozess wurden im Rahmen eines Workshops Vertreter wichtiger Institutionen, die mit AMVU bzw. den Zielsetzungen von AMVU direkt oder indirekt befasst sind, sowie praktisch tätige Betriebsärzte beteiligt.

Im Mittelpunkt des anderthalbtägigen Workshops standen Bewertungen der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken von unterschiedlichen AMVU-Systemen in Europa sowie der Umsetzbarkeit von Elementen dieser Systeme in Deutschland. Die Bewertungen wurden durch die Workshopteilnehmer in fünf Seminargruppen erarbeitet. Jede Gruppe bewertete vergleichend das deutsche und ein weiteres der oben genannten europäischen AMVU-Systeme.

Die Arbeit in den Gruppen wurde durch Moderatoren angeleitet und durch schriftliches Material zu den AMVU-Systemen der betrachteten EU-Länder vorbereitet, welches den Teilnehmern vorab zugesandt wurde. Den Abschluss des Workshops bildete eine Plenumsdiskussion.

Der vorliegende Tagungsband enthält neben den Einführungsreferaten die Ergebnisse der fünf Arbeitsgruppen und der Diskussion im Plenum.

Schlagwörter:

Arbeitsmedizinische Vorsorge, Vorsorgeuntersuchungen, innovative Konzepte, Vergleich, Europäische Union, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Niederlande

1 Ziele des Projekts

Dr. Barbara Matschke

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

Forschungsvorhaben F 1906
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Projektthema:
 Vorgehensweise und Zielstellungen **arbeitsmedizinischer Vorsorge in den Ländern der Europäischen Union**
 Vergleich und Eruiierung innovativer Konzepte der medizinischen betrieblichen Individualprävention

Beginn: 09/2000
 Ende: 07/2005

2 BAuA-Workshop: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) Berlin, 03./04.06. Dr. Barbara Matschke

baua:

Abb. 1.1 Projektthema des Forschungsvorhabens

Anlass für das BAuA - Forschungsvorhaben F1906 (vgl. Abb.1.1) war die Hypothese, dass es erforderlich ist, die arbeitsmedizinische Vorsorge auf Grund starker Veränderungen der Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt sowie der europaweiten Harmonisierung der Aktivitäten für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit bedarfsangepasst zu aktualisieren und weiterzuentwickeln.

Neue Technologien und neue Formen der Arbeitsorganisation führen vielfach zu Erleichterungen und Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen, sie erzeugen aber auch neue Belastungen. Während traditionelle Wirtschaftszweige an Bedeutung verlieren, werden völlig neue Arbeitsmethoden hervorgebracht. Hinzu kommt der gesellschaftliche Wandel: die Verschiebung der Alterspyramide und vermehrte Wanderbewegungen von Arbeitskräften verändern die Anforderungen an Qualifikation, Integration und Rehabilitation.

Für die Länder der Europäischen Gemeinschaft sind Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit essentieller Bestandteil ihrer Politik und eines ihrer erklärten Ziele. Zahlreiche europäische Richtlinien, nicht zuletzt die Rahmenrichtlinie 89/391/EWG „Über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit“ geben den Stellenwert des Gesundheitsschutzes für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor und sind von

allen Mitgliedstaaten in nationales Recht übertragen worden. Weichen diese nationalen gesetzlichen Vorgaben auch voneinander ab, so sind die praktischen Probleme, auf die ihre Umsetzung in der Arbeitswelt stößt, doch sehr ähnlich. Im Zuge der angestrebten Harmonisierung und gemeinsamen Weiterentwicklung sinnvoller Handlungsstrategien liegt es deshalb auch hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsschutzkonzepte nahe, einerseits national Bewährtes zu erhalten und auf europäischer Ebene weiterzuverbreiten, andererseits gute Erfahrungen und innovative Beispiele aus anderen europäischen Regionen aufzunehmen und im eigenen Land nutzbar zu machen (vgl. Abb. 1.2).

<p style="text-align: center;">Forschungsvorhaben F 1906 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin</p> <p style="text-align: center;">Ausgangspunkt des Vorhabens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veränderungen in der Arbeitswelt (neue Technologien, neue Formen der Arbeitsorganisation) - Gesellschaftlicher Wandel (Verschiebung der Alterspyramide, vermehrte Wanderbewegung von Arbeitskräften, Veränderungen der Anforderungen an Qualifikation, Integration und Rehabilitation) - Gemeinsamer Bezugsrahmen: Europäische Richtlinien zum Arbeitsschutz <p style="font-size: small;">3 BAuAWorkshop: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) Berlin, 03./04.06. Dr. Barbara Matschke baua:</p>	
--	--

Abb. 1.2 Ausgangspunkt des Forschungsvorhabens

Wichtiger Bestandteil eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsschutzkonzeptes ist die betriebsärztliche Betreuung. Teil der betriebsärztlichen Betreuung ist die medizinische betriebliche Individualprävention, d. h. arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen mit dem Ziel, arbeitsbedingte Erkrankungen, Erkrankungsrisiken und übermäßige physische, psychische und soziale Belastungen frühzeitig zu erkennen und durch Beratung zu verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen an deren Beseitigung oder Minderung mitzuwirken.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge wird in den verschiedenen Ländern der Europäischen Union unterschiedlich gehandhabt. Das gilt nicht nur z. B. für den Umfang der Untersuchungen, für den Kreis der zur Durchführung Berechtigten oder für die Kostenübernahme. Auch hinsichtlich der rechtsstaatlichen Möglichkeiten zur arbeitnehmerseitigen gesetzlichen Verpflichtung zu personenbezogenen Überwachungsmaßnahmen, sei es zum Schutz der Person vor Gesundheitsschäden, zum Schutz des Arbeitgebers vor wirtschaftlichen Nachteilen oder zum Schutze Dritter, bestehen unterschiedliche Auffassungen.

Ziel dieser Studie (vgl. Abb. 1.3) war es, die unterschiedlichen nationalen Regelungen und Praktiken im Hinblick auf innovative Ansätze zu bewerten und Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des AMVU-Systems in Deutschland zu ziehen.

Folgende drei Aspekte interessierten uns dabei im Besonderen:

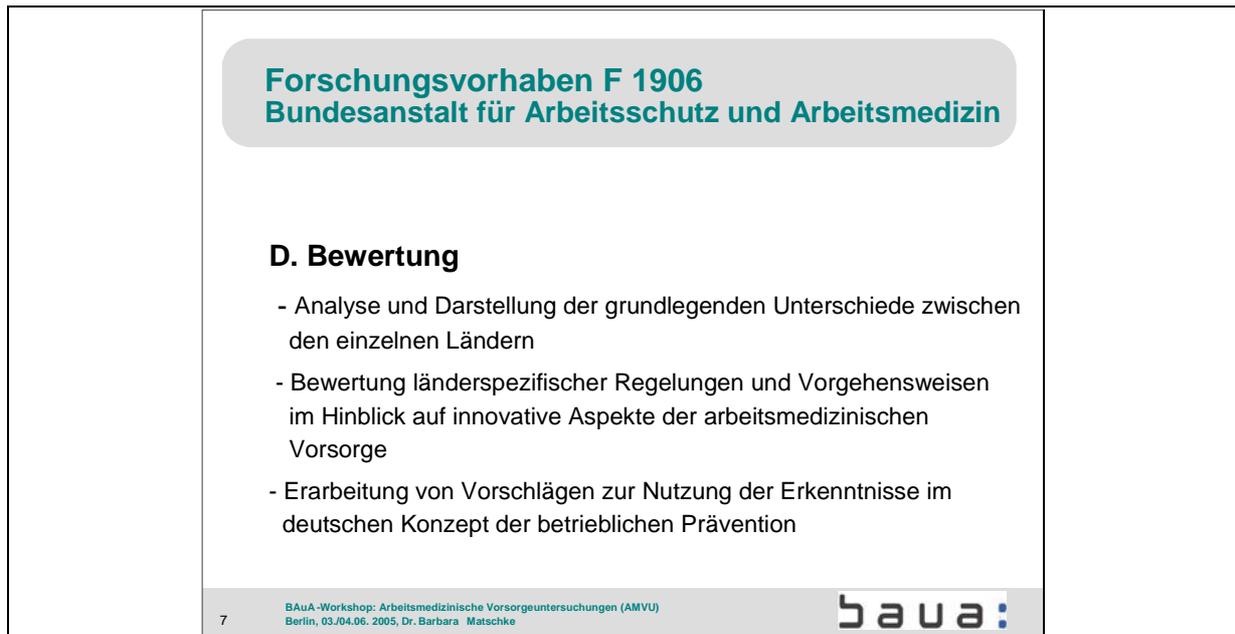
- Welche normativen Vorgaben für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen gibt es in den anderen Ländern der Europäischen Union? Welche vorrangigen Ziele werden mit den jeweiligen Regelungen verfolgt?
- Welche Qualifikation, welche allgemeinen und speziellen Kompetenzen werden als Voraussetzung für die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen gefordert? Welche Möglichkeiten der Einflussnahme und welche Pflichten sind für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte damit verbunden? Eine Anpassung und Harmonisierung der betriebsärztlichen Qualifizierung ist auch im Blick auf die Möglichkeit der freien Wahl des Arbeitsplatzes innerhalb Europas wünschenswert, und zwar bezüglich der Mobilität der zu betreuenden Arbeitnehmer als auch der Mobilität der Arbeitsmediziner selbst.
- Wie können Daten aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen für die nationale Gesundheitsberichterstattung nutzbar gemacht werden? Wo und in welcher Weise haben sie bereits wirksam Eingang gefunden in politische und gesellschaftliche Handlungskonzepte? Welche Regelungen und Konzepte gibt es für die Dokumentation und Verwendung der Daten?

<p>Forschungsvorhaben F 1906 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin</p> <p>Ziele des Projekts:</p> <p>A. Darstellung normativer Vorgaben (Ziele, rechtliche Vorgaben, Dokumentation und Verwendung der Daten)</p> <p>B. Darstellung geforderter Qualifikationen und spezieller Kompetenzen: Qualifikationsvoraussetzungen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen</p> <p>C. Analyse der Umsetzung der arbeitsmedizinischen Vorsorge</p> <p>D. Bewertung</p> <p style="font-size: small;">6 BAuA-Workshop: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) Berlin, 03./04.06. 2005, Dr. Barbara Matschke</p> 

Abb. 1.3 Ziele des Projekts

Bei der Bewertung der Rechercheergebnisse interessierten vordergründig folgende Aspekte (vgl. Abb. 1.4):

- Herausarbeitung grundlegender Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern, einschließlich notwendiger Erläuterungen zum politischen, wirtschaftliche, sozialen und kulturellen Hintergrund.
- Bewertung der länderspezifischen Regelungen und Vorgehensweisen im Hinblick auf innovative Aspekte der arbeitsmedizinischen Vorsorge.
- Überlegungen zur Nutzung der Erkenntnisse auch im deutschen Konzept des betrieblichen Gesundheitsschutzes, Erläuterung der Möglichkeiten und Schwierigkeiten und Formulierung von entsprechenden Vorschlägen.



Forschungsvorhaben F 1906
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

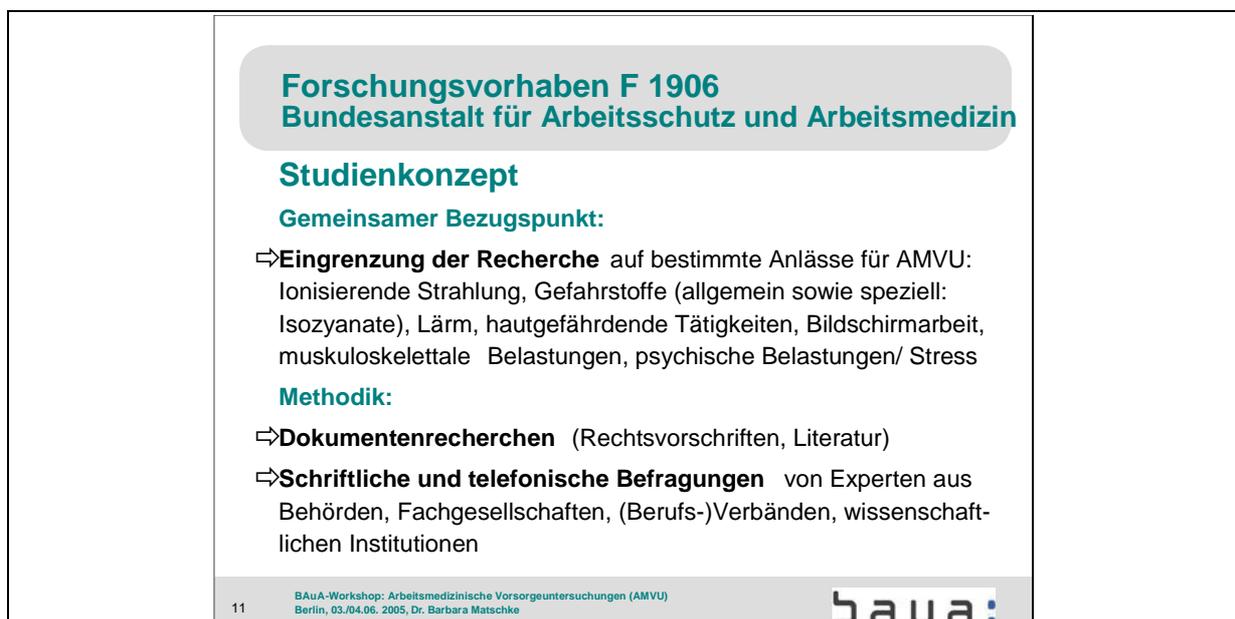
D. Bewertung

- Analyse und Darstellung der grundlegenden Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern
- Bewertung länderspezifischer Regelungen und Vorgehensweisen im Hinblick auf innovative Aspekte der arbeitsmedizinischen Vorsorge
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Nutzung der Erkenntnisse im deutschen Konzept der betrieblichen Prävention

7 BAuA-Workshop: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU)
Berlin, 03./04.06. 2005, Dr. Barbara Matschke **baaa:**

Abb. 1.4 Bewertung der Rechercheergebnisse

Dem Studienkonzept zufolge sollte die Recherche auf bestimmte Anlässe für AMVU begrenzt werden. Neben Dokumentationsrecherchen sollten Befragungen und Interviews durchgeführt (vgl. Abb. 1.5).



Forschungsvorhaben F 1906
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Studienkonzept

Gemeinsamer Bezugspunkt:

⇒ **Eingrenzung der Recherche** auf bestimmte Anlässe für AMVU:
Ionisierende Strahlung, Gefahrstoffe (allgemein sowie speziell: Isozyanate), Lärm, hautgefährdende Tätigkeiten, Bildschirmarbeit, muskuloskelettale Belastungen, psychische Belastungen/ Stress

Methodik:

⇒ **Dokumentenrecherchen** (Rechtsvorschriften, Literatur)

⇒ **Schriftliche und telefonische Befragungen** von Experten aus Behörden, Fachgesellschaften, (Berufs-)Verbänden, wissenschaftlichen Institutionen

11 BAuA-Workshop: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU)
Berlin, 03./04.06. 2005, Dr. Barbara Matschke **baaa:**

Abb. 1.5 Studienkonzept

Aus forschungspraktischen Gründen sollten die in Abbildung 1.6 dargestellten sechs Länder in die Studie einbezogen werden.

Forschungsvorhaben F 1906
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

In die Studie einzubeziehende Länder:

- Dänemark
- Finnland
- Frankreich
- Großbritannien
- Niederlande
- Deutschland

8 BAuAWorkshop: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU)
 Berlin, 03./04.06. Dr. Barbara Matschke **baa:**

Abb. 1.6 In die Studie einzubeziehende Länder

Abbildung 1.7 listet die Auftragnehmer sowie die fachliche Begleitung des Forschungsvorhabens auf.

Forschungsvorhaben F 1906
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Auftragnehmer:

Hans-Dieter Nolting, Désirée Niemann, Stefan Loos
 IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung,
 Dr.med. Norbert Will, Leitender Werksarzt der Clariant GmbH

Fachliche Begleitung

Dr.med. Barbara Matschke, Leiterin FB 3.2 - Methoden der
 Prävention, Sozialer Arbeitsschutz, BAuA
 Projektbeirat bei der BAuA

9 BAuAWorkshop: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU)
 Berlin, 03./04.06. Dr. Barbara Matschke **baa:**

Abb. 1.7 Auftragnehmer und fachliche Begleitung

Der zur Unterstützung der Projektarbeit installierte Projektbeirat setzte sich aus Vertretern der mit der Arbeitsmedizin befassten Institutionen zusammen (vgl. Abb. 1.8).

Forschungsvorhaben F 1906 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Projektbeirat bei der BAuA:

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
- Ländervertreter
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
- Bundesärztekammer
- Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte

10 BAuAWorkshop: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU)
Berlin, 03./04.06. Dr. Barbara Matschke



Abb. 1.8 Projektbeirat

2 Gegenstand, Ziele und Kriterien zur Bewertung von AMVU-Systemen – Problemaufriss zur Einführung in den Workshop

Hans-Dieter Nolting

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

Zur Einleitung in den Workshop wird im ersten Schritt eine Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes vorgenommen (vgl. die Gliederung des Vortrags in Abb. 2.1).

Gliederung

- **Begriffsklärung und Eingrenzung des Gegenstands**
- **Ziele von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen**
- **AMVU als Maßnahmen der Sekundärprävention**
- **Diskussion von zwei Beispielen**
- **Folgerungen und Kriterien für die Bewertung von AMVU bzw. AMVU-Systemen**
- **Ziele des Workshops innerhalb des Gesamtprojekts**

3 ■ 3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 2.1 Gliederung des Vortrags

Nicht zuletzt die Diskussionen im Beirat des Projekts „Vorgehensweise und Zielstellungen arbeitsmedizinischer Vorsorge in sechs Ländern der Europäischen Union“ haben gezeigt, dass die Frage der Definition bzw. Abgrenzung des Gegenstandes dieses Forschungsvorhabens bereits unmittelbar in die sachlich-inhaltlichen Probleme führt.

Im zweiten Teil des Vortrags werden die Ziele von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) nach deutschem Verständnis dargestellt.

Daran anknüpfend wird im dritten Schritt das zentrale Ziel der Früherkennung von arbeitsbedingten Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten vertiefend diskutiert. Zunächst werden die wissenschaftlichen Kriterien erläutert, die grundsätzlich an Früherkennungsuntersuchungen anzulegen sind. Anschließend wird an zwei Beispielen geprüft, inwieweit bestimmte AMVU diesen Kriterien gerecht werden.

Die Diskussion dieser Beispiele stützt sich auf eine Anfang 2005 publizierte Arbeit von B. KÜTTING, T. DIEPGEN, K. SCHMID und H. DREXLER, die sich mit Konsequenzen für AMVU (Hauterkrankungen, obstruktive Atemwegserkrankungen) befasst, die sich nach Ansicht dieser Autoren aus der Novellierung der Gefahrstoffverordnung ergeben.

Aus der Diskussion der Argumente von KÜTTING et al., werden im nächsten Schritt Folgerungen für die Bewertung von AMVU gezogen. Diese Folgerungen sollen gleichzeitig als konzeptioneller Ausgangspunkt für die Arbeit im Workshop dienen. Zu diesem Zweck werden mehrere Arbeitshypothesen präsentiert, die u. E. einen sinnvollen theoretischen Rahmen für den Vergleich der AMVU-Systeme der untersuchten EU-Länder ergeben.

2.1 Begriffsklärung und Eingrenzung des Gegenstands

Abbildung 2.2 zeigt die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in der Ausschreibung des Forschungsvorhabens gestellte Aufgabe. Im Hinblick auf die Frage der Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes sei besonders auf die Formulierung im Ausschreibungstext – „medizinische betriebliche Individualprävention“ – hingewiesen.

Aufgabe

Vergleich und Eruierung innovativer Konzepte der medizinischen betrieblichen Individualprävention in sechs Ländern der Europäischen Union:

1. Darstellung der rechtlichen Regelungen und der praktischen Implementierung
2. Bewertung im Hinblick auf innovative Ansätze
3. Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des AMVU-Systems in Deutschland ziehen

4

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 2.2 Aufgabenstellung des Projekts gemäß Ausschreibung der BAuA

Wählt man einen gewissermaßen explorativen Zugang zur Frage des Projektgegenstandes, so wird man auf die in Abbildung 2.3 dargestellten Begriffe und Themen stoßen:

- *Arbeitsmedizinische Vorsorge* ist der potenziell am weitesten gefasste Begriff, unter den sich auch Maßnahmen subsumieren lassen, die keine Untersuchungen von individuellen Beschäftigten sind.

- AMVU zählen zwar zu den *arbeitsmedizinischen Untersuchungen*, der Begriff geht jedoch darüber hinaus und umfasst auch Untersuchungen, die nicht der Vorsorge i.e.S. dienen (z. B. Einstellungsuntersuchungen).
- Der Terminus „Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ wird in Deutschland in verschiedenen Rechtsvorschriften verwendet. Es wird unterschieden zwischen „allgemeinen“ und „speziellen“ AMVU, wobei letztere für das Projekt sicher von primärem Interesse sind.
- In Rechtsvorschriften der EU wird der Begriff der „präventivmedizinischen Überwachung“ verwendet.
- Im Zusammenhang mit neueren deutschen Rechtsvorschriften – wie etwa der jüngst novellierten Gefahrstoffverordnung – gewinnt ferner die durch das EU-Recht vorgegebene Unterscheidung zwischen „Pflicht-“ und „Angebotsuntersuchungen“ an Bedeutung.

Was ist Gegenstand des Projekts?
(deutsche Perspektive)

- Arbeitsmedizinische Vorsorge
- Arbeitsmedizinische Untersuchungen
- Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
- Allgemeine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
- Spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
- betriebsärztliche Untersuchungen von Arbeitnehmern (§ 3 ASiG)
- präventivmedizinische Überwachung (Art. 14, 89/391/EWG)
- „(...) Neukonzeption der arbeitsmedizinischen Vorsorge (...) Differenzierung nach Pflicht- und Angebotsuntersuchungen“ (Begründung zum Entwurf GefStoffV)

- „medizinische betriebliche Individualprävention“ (BAuA, F1906)

5

3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.3 Begriffe und Themen, die für den Gegenstand des Projekts relevant sind

Bei einem internationalen Systemvergleich ist die Frage der Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes von elementarer Bedeutung, weil sie die weiteren Recherche- und Datenerhebungsstrategien determiniert:

Legt man eine enge Definition von AMVU zugrunde und sucht in den anderen EU-Ländern ausschließlich nach Entsprechungen zu AMVU, wie sie in deutschen Rechtsvorschriften definiert und verstanden werden, so läuft man Gefahr, wesentliche Ziele des Vorhabens – insbesondere die Eruiierung innovativer Ansätze in anderen Ländern – nicht zu erreichen. Umgekehrt droht die Gefahr einer zu großen Erweiterung des Themengebietes (Abb.2.4).

Vor- und Nachteile unterschiedlicher Abgrenzungen

Enge Definition des Gegenstands (z.B. im Sinne von Rechtsvorschriften):

- Eventuell keine oder nur marginale Entsprechung in anderen Ländern
- Alternative Konzepte in anderen Ländern bleiben außerhalb der Untersuchung
- Ungeeignet, um innovative Konzepte zu entdecken

Weite Definition des Gegenstands:

- Problem der Abgrenzung zu anderen Maßnahmen des Arbeitsschutzes (z.B. betriebsärztliche Betreuung nach ASiG bzw. den entsprechenden nationalen Vorschriften)
- Problem der Abgrenzung zur allgemeinen gesundheitlichen Prävention oder Versorgung

6

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.4 Vor- und Nachteile einer engen oder weiten Definition des Untersuchungsgegenstandes

Abbildung 2.5 zeigt die für die konkrete Projektbearbeitung vorgenommene Abgrenzung:

- Im deutschen Kontext befasst sich das Projekt mit arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, wobei sowohl allgemeine, als auch spezielle AMVU, Angebots- und Pflichtuntersuchungen einbezogen sind.
- Im internationalen Kontext der fünf untersuchten EU-Länder werden zum einen die unmittelbaren Entsprechungen zu den deutschen AMVU, aber auch analog zu sehende bzw. intendierte Maßnahmen berücksichtigt werden.

Eingrenzung des Gegenstands

Aus deutscher Perspektive:

- **Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen**
allgemeine, spezielle, Angebotsuntersuchungen, Pflichtuntersuchungen

Europäische Perspektive:

- **„Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“**
oder analog zu sehende bzw. „gemeinte“
- **individuenbezogene Präventionsmaßnahmen** im Rahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes
(„medizinische betriebliche Individualprävention“)

7

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.5 Eingrenzung des Projektgegenstandes aus deutscher und europäischer Perspektive

Sowohl in deutscher, als auch in europäischer Perspektive werden einheitliche definitorischen Merkmale an den Untersuchungsgegenstand angelegt, die in Abbildung 2.6 aufgelistet sind.

Durch diese definitorischen Merkmale werden bspw. Untersuchungen ausgeschlossen, die nur im Interesse des Arbeitsgebers liegen (Einstellungsuntersuchungen) oder die ganz überwiegend dem Schutz von Drittinteressen dienen.

Definitorische Merkmale

Gemeinsame Merkmale:

- Verknüpfung mit dem Beschäftigtenstatus
- Primäres Ziel soll der Schutz der Beschäftigten sein
(nicht Drittschutz, Interesse des Arbeitgebers)
- Untersuchung von individuellen Beschäftigten muss eine Rolle spielen, wobei es sich nicht zwangsläufig um ärztliche Untersuchungen handeln muss.

8

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.6 Einheitliche definitorische Merkmale

Im Zusammenhang mit der geschilderten Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes ist die methodische Vorgehensweise des Projekts zu sehen (Abb. 2.7):

- Zunächst wurden Informationen über die gesamte Organisation und Systematik des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bzw. der „Betrieblichen Gesundheitsdienste“ erhoben.
- Um einerseits den Analysen der Situation in den fünf EU-Ländern nicht von vorne herein einen möglicherweise einengenden deutschen Systemgesichtspunkt überzustülpen, andererseits aber einen einheitlichen Vergleichsrahmen zu gewinnen, wurde eine Liste von sieben potenziellen Anlässen für AMVU bzw. individualpräventive Maßnahmen erarbeitet.
- In jedem untersuchten Land wurde ermittelt, welche rechtlichen Regelungen und tatsächlichen Praktiken im Hinblick auf diese sieben Anlässe bestehen.

Umsetzung im Rahmen der Recherchen über die 6 EU-Länder

- Allgemeine Organisation und Systematik der „Betrieblichen Gesundheitsdienste“ (Occupational Health Services, OHS)
 - Arbeitsmedizinische Betreuung, Regelungen zu arbeitsmedizinischen Untersuchungen im Allgemeinen
- Nationale Regelungen und Praktiken bei sieben festgelegten Anlässen:
 - Ionisierende Strahlung
 - Chemische Gefahrstoffe, ggf. Musterfall „Isocyanate“
 - Lärm
 - Hautgefährdende Tätigkeiten
 - Bildschirmtätigkeit
 - Muskulo-skelettale Belastungen
 - Stress/Psychische Belastungen

Einheitlicher Bezugsrahmen für die Recherche von
„individuenbezogenen Präventionsmaßnahmen“

9

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.7 Konsequenzen für die Vorgehensweise im Rahmen der Recherchen über die untersuchten EU-Länder

2.2 Ziele von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

Im Hinblick auf die Ziele von AMVU nach deutschem Verständnis ist es sinnvoll, zwischen primären und sekundären Zielen zu unterscheiden. Als primär ist sicherlich das in der Gefahrstoffverordnung aufgeführte Ziel der Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten anzusehen. Diese und weitere in der Literatur häufig anzutreffende Formulierungen zeigt Abbildung 2.8.

Ziele arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen
(nach deutschem Verständnis)

Primäre Ziele:

- „Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten“
(GefStoffV)

- Erkennung von Krankheiten im prä- oder subklinischen Stadium, damit durch geeignete Maßnahmen das Entstehen einer klinisch manifesten bzw. klinisch relevanten berufsbedingten Erkrankung verhütet werden kann

- AMVU sind eine Maßnahme der Sekundärprävention

11

3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.8 Zielformulierungen AMVU nach deutschem Verständnis: Primäre Ziele

Abbildung 2.9 zeigt ergänzend eine Reihe von weiteren Zielen, die in diesem Zusammenhang häufig genannt werden, die aber gegenüber dem primären Früherkennungsziel i. d. R. als nachrangig bezeichnet werden.

Ziele arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen
(nach deutschem Verständnis)

Sekundäre Ziele:

- Erkennen einer besonderen Disposition zur Entwicklung einer BK (Untersuchungen vor Aufnahme der Beschäftigung)
- Beratung und Unterweisung des untersuchten Beschäftigten, um die individuelle Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zu verbessern
- Mittel zur Überprüfung der Wirksamkeit und zur Verbesserung der betrieblichen Arbeitsschutzmaßnahmen
- Erkennen von unentdeckt gebliebenen Gefährdungen
- Gewinnung von Erkenntnissen über Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen
- Erleichterung der Beweissicherung im BK-Verfahren

12

3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.9 Zielformulierungen AMVU nach deutschem Verständnis: Sekundäre Ziele

Im Folgenden befasst sich der Vortrag vertiefend mit dem in Deutschland als primär gekennzeichneten Ziel der Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten durch AMVU.

Mit dieser Fokussierung sollen die anderen Zielsetzungen nicht als unwichtig bezeichnet werden. Im Gegenteil: Ein Ergebnis der Analyse wird sein, dass manchen dieser vermeintlich sekundären Ziele ein höheres Gewicht beizumessen ist.

2.3 AMVU als Maßnahme der Sekundärprävention

Die Gesundheitswissenschaften haben Modelle für die systematische Zuordnung unterschiedlicher Interventionskonzepte (präventiv, kurativ, rehabilitativ) zu den Stadien eines idealtypischen Krankheitsprozesses entwickelt. In Abbildung 2.10 ist ein solches Modell dargestellt, das einem Public-Health-Lehrbuch entnommen wurde.

Die oben (Abb. 2.8) erwähnte Formulierung des primären Ziels von AMVU – Erkennung von Krankheiten im prä- oder subklinischen Stadium – entspricht der systematischen Einordnung von Früherkennungsuntersuchungen, wie sie in den Gesundheitswissenschaften vorgenommen wird. AMVU sind immer dann indiziert, wenn eine Gefährdung durch primärpräventive Maßnahmen der Expositionsvermeidung oder -verminderung nicht hinreichend kontrolliert werden kann. Die frühzeitige Entdeckung von präklinischen Krankheitsfällen soll es ermöglichen, geeignete Maßnahmen einzuleiten, die eine Progression zum symptomatischen Stadium verhindern können.

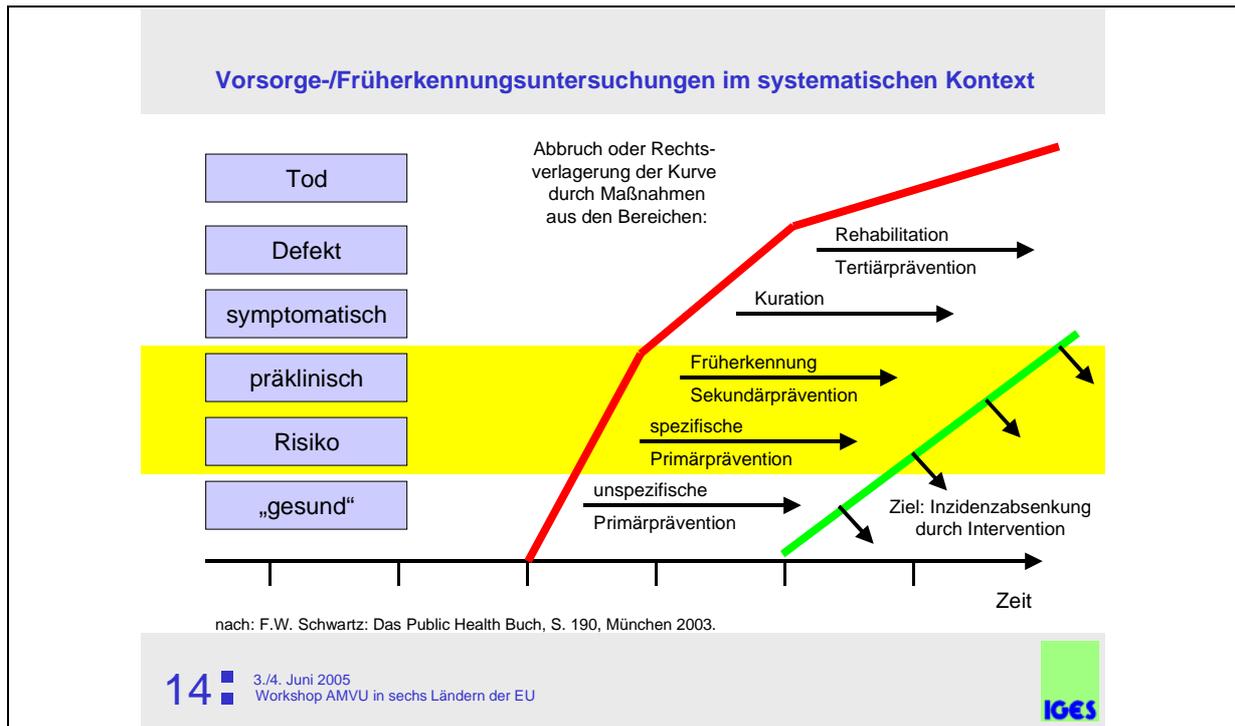


Abb. 2.10 Systematische Einordnung von Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen
(Quelle: IGES nach F.W. Schwartz (Hrsg.): Das Public Health Buch, S. 190, München: Urban & Fischer 2003)

Wenn man AMVU im systematischen gesundheitswissenschaftlichen Sinne als Früherkennungsuntersuchungen auffasst, dann resultieren daraus die in Abbildung 2.11 dargestellten Konsequenzen.

Insbesondere ist es gerechtfertigt, die wissenschaftlich anerkannten Kriterien für Früherkennungsuntersuchungen auf AMVU anzuwenden.

Konsequenzen im Hinblick auf das primäre Ziel von AMVU

- Eine AMVU ist ein Diagnostikum, mit dem eine (oder mehrere) definierte Krankheiten entdeckt werden sollen und zwar früher, als es ohne diese Untersuchungen der Fall wäre.

Konsequenzen:

- Die Sinnhaftigkeit einer Früherkennung muss im Hinblick auf die betreffenden Krankheiten begründbar sein

- Die einzelne AMVU ist gemäß der anerkannten Kriterien für die Qualität diagnostischer Tests zu konzipieren

15

3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.11 Konsequenzen aus Zielsetzung von AMVU

Im ersten Schritt sind eine Reihe von grundsätzlichen Kriterien zu prüfen, ob eine Früherkennungsuntersuchung im Hinblick auf eine gegebene Krankheit oder Gesundheitsstörung überhaupt sinnvoll ist. Die wichtigsten dieser Kriterien sind in Abbildung 2.12 und Abbildung 2.13 dargestellt.

Kriterien für die grundsätzliche Sinnhaftigkeit von Früherkennung

- Die Krankheit muss eine präklinische Phase von hinreichender zeitlicher Länge haben (Length-Time-Bias):
 - je länger die Verweildauer in der präklinischen Phase, desto größer die Chance der Entdeckung durch eine Untersuchung

- Die Früherkennungsuntersuchung muss zu einer deutlichen Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts gegenüber der Situation ohne Untersuchung führen (Lead-Time-Bias)
 - je mehr zusätzliche Zeit für eine Früh-Intervention gewonnen wird, desto besser

16

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.12 Kriterien für Früherkennungsuntersuchungen (Teil 1)

Kriterien für die grundsätzliche Sinnhaftigkeit von Früherkennung

- Es muss eine wirksame Intervention geben, die den weiteren Verlauf der Krankheit gegenüber der Situation ohne Untersuchung signifikant verbessert.

- Es muss einen effizienten diagnostischen Test geben.

- Kosten-Nutzen-Relation: Der Gesamtaufwand für die Früherkennung muss in angemessenem Verhältnis zum gesundheitlichen Nutzen stehen
 - Opportunitätskosten: Lässt sich mit einer gleich aufwändigen anderen Maßnahme ein größerer Nutzen erreichen?

17

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.13 Kriterien für Früherkennungsuntersuchungen (Teil 2)

Im Hinblick auf das oben genannte Kriterium, dass es einen effizienten diagnostischen Test geben muss (vgl. Abb. 2.13), sind die aus der klinischen Epidemiologie geläufigen Gütekriterien anzuwenden, die in Abbildung 2.14 in einer Übersicht zusammengestellt sind.

Kriterien für die Qualität diagnostischer Tests

- Positiver und negativer Vorhersagewert:
 - Wie viele positiv (negativ) Getestete sind wirklich positiv (negativ)?
 abhängig von:
- Sensitivität und Spezifität des Tests:
 - Sensitivität: Zu welchem Anteil sind die wirklich Positiven auch im Test positiv?
M.a.W. wie vollständig werden die Kranken durch den Test entdeckt?
 - Spezifität: Zu welchem Anteil sind die wirklich Negativen auch im Test negativ?
M.a.W. wie präzise von dem Test werden **nur** die Kranken entdeckt?
- Prävalenz der Krankheit, die durch den Test entdeckt werden soll
 - je seltener die Krankheit in der untersuchten Population ist, desto schwieriger ist es, vertretbare Vorhersagewerte zu erhalten

18

■ 3./4. Juni 2005
■ Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.14 Gütekriterien für diagnostische Tests

Die gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen und Kriterien für Früherkennungsuntersuchungen bzw. diagnostische Tests im Allgemeinen wurden an dieser Stelle in Erinnerung gerufen, weil die folgende Darstellung und Diskussion einer Publikation, die sich kritisch mit zwei AMVU auseinandersetzt darauf Bezug nimmt.

2.4 Diskussion von zwei Beispielen

Im Folgenden wird die Argumentation einer jüngst erschienenen Publikation von B. KÜTTING, T. DIEPGEN, K. SCHMID und H. DREXLER (vgl. die bibliographischen Angaben in Abb. 2.15) nachvollzogen, die sich kritisch damit auseinandersetzt, inwieweit die AMVU nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen (G-Untersuchungen) für Hauterkrankungen (G24) und obstruktive Atemwegserkrankungen (G23) geeignet sind, die durch die neue Gefahrstoffverordnung an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen.

Unsere Paraphrasierung dieser Arbeit stellt die vorgebrachten Argumente in den zuvor aufgespannten gesundheitswissenschaftlichen Kontext (vgl. Abb. 2.10 bis Abb. 2.14). Dabei soll deutlich werden, dass sich die kritischen Einwände von KÜTTING et al. als Hinweise auf Insuffizienzen im Hinblick auf die wissenschaftlich anerkannten Kriterien für Früherkennungsuntersuchungen verstehen lassen.

Die Diskussion der Arbeit von KÜTTING et al. soll die Aufmerksamkeit vor allem auf folgende Problematik lenken:

- AMVU haben in Deutschland vielfach einen rechtlichen Status (z. B. Veranlassung durch den Arbeitgeber als Beschäftigungsvoraussetzung), aus dem sich sehr hohe Anforderungen an die wissenschaftliche Dignität dieser Untersuchungen *als diagnostische Tests bzw. Früherkennungsuntersuchungen* ergeben.
- Dabei stellt sich zum einen die Frage, ob bzw. wie diese Anforderungen methodisch adäquat – ggf. durch Modifikation der Verfahren – erfüllt werden können.
- Zum anderen – und dieser Aspekt ist u. E. der wichtigere – ist jedoch zu fragen, ob die „Befrachtung“ der AMVU mit Aufgaben, denen sie unzureichend gerecht werden können, nicht das Erreichen anderer wichtiger Ziele von AMVU beeinträchtigt.

KÜTTING et al. machen darauf aufmerksam, dass die bis vor kurzem in keiner Rechtsvorschrift verbindlich vorgeschriebenen AMVU für Hauterkrankungen (G24) und obstruktive Atemwegserkrankungen (G23) durch die zum 01.01.2005 in Kraft getretene novellierte Gefahrstoffverordnung nunmehr bei Vorliegenden bestimmter Bedingungen rechtsverbindlich geworden sind (Abb. 2.15).

Das bedeutet vor allem auch, dass bei Nicht-Erfüllung von Untersuchungspflichten bzw. bei Feststellung von „dauerhaften gesundheitlichen Bedenken“ nunmehr Rechtsfolgen eintreten können.

Arbeit von:**B. Kütting, T. Diepgen, K. Schmid, H. Drexler:**

Überlegungen zu notwendigen Konsequenzen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durch die Novellierung der Gefahrstoffverordnung am Beispiel der Vorsorgeuntersuchungen für Hauterkrankungen und obstruktive Atemwegserkrankungen.
Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 40 (2005) 308-312

- AMVU in Bezug auf Hauterkrankungen (G24) und obstruktive Atemwegserkrankungen (G23) erhalten durch die neue GefStoffV Rechtsverbindlichkeit
- Z.B.: ab regelmäßig 4 h Feuchtarbeit muss der Arbeitgeber AMVU veranlassen (Pflichtuntersuchung)
- Die Nicht-Erfüllung der Untersuchungspflicht oder das Untersuchungsergebnis „dauerhafte gesundheitliche Bedenken“ können jetzt weit reichende Rechtsfolgen nach sich ziehen

20

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.15 Titel und Thema der Publikation (Quelle: IGES nach KÜTTING et al.)

Abbildung 2.16 zitiert die von KÜTTING et al. behandelte Fragestellung im Original und stellt die Thematik in den Kontext der zuvor in diesem Vortrag geführten Diskussion über Früherkennungsuntersuchungen bzw. diagnostische Tests.

Die neue potenzielle Bedeutung der AMVU nach G23/G24

Frage von *Kütting et al.*:

- „[...] *ob, hinsichtlich ihres neuen Stellenwertes, die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach den Grundsätzen G23 und G24 - mit einem möglicherweise aus dem Untersuchungsergebnis resultierenden Beschäftigungsverbot - das geeignete Instrument darstellen, nach denen die in der neuen Gefahrstoffverordnung geforderten Untersuchungen durchgeführt werden sollten.*“

(Implizit) thematisierte Einzelfragen:

- Sind die Untersuchungen G23 und G24 geeignete diagnostische Tests für die neue Aufgabe?
- Ist eine Früherkennungsuntersuchung in diesem Zusammenhang überhaupt ein geeignetes Instrument?

21

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.16 Fragestellung der Arbeit von KÜTTING et al.
 (Quelle: IGES nach KÜTTING et al.)

Um die einzelnen Argumente von KÜTTING et al. zuordnen zu können, werden die AMVU nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen G23 bzw. G24 in Abbildung 2.17 entsprechend einer allgemein auf Früherkennungsuntersuchungen anwendbaren Logik in fünf Abschnitte gegliedert.

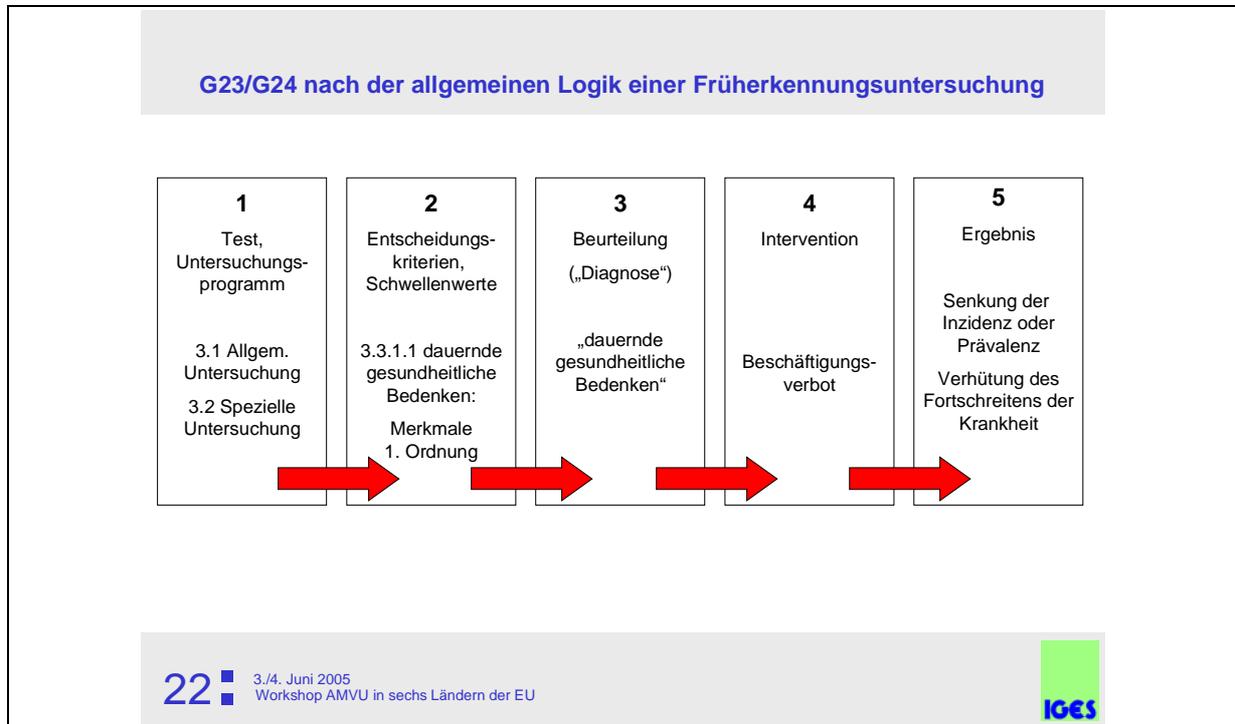


Abb. 2.17 Gliederung der Vorsorgeuntersuchungen nach G23/G24 nach der allgemeinen Logik einer Früherkennungsuntersuchung

Dabei wird teilweise (Schritte 1 und 2) auf die maßgebliche Publikation zu den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen¹ Bezug genommen, die die einzelnen Untersuchungen in einer einheitlichen Gliederung beschreibt:

1. In den Abschnitten 3.1 und 3.2 der Publikation der BG-Grundsätze wird jeweils das bei einem Grundsatz durchzuführende Untersuchungsprogramm beschrieben. Aus der Perspektive der Systematik von Früherkennungsuntersuchungen wird hier also vorgegeben, welche Daten mit welchen Verfahren für den diagnostischen Test zu erheben sind.
2. Im Abschnitt 3.3 werden die arbeitsmedizinischen Kriterien aufgeführt, die bei der jeweiligen Untersuchung zu den Beurteilungen „dauerhafte gesundheitliche Bedenken“ (Abschnitt 3.3.1.1), „befristete gesundheitliche Bedenken“, „keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen“ oder „keine gesundheitlichen Bedenken“ führen. In systematischer Perspektive handelt es sich um die Schwellenwerte oder Entscheidungskriterien für ein positives Testergebnis.

¹ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.): Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. 3. Aufl., Stuttgart: Gentner Verlag 2004

3. Als positives Testergebnis wird von KÜTTING et al. vor allem die Beurteilung „dauerhafte gesundheitliche Bedenken“ analysiert. Bei anderen Früherkennungsuntersuchungen handelt es sich um die Stellung einer Diagnose. Bei AMVU werden Diagnosen ausschließlich zwischen Arzt und Beschäftigten erörtert, aber keinesfalls dem Arbeitgeber mitgeteilt und auch nicht auf den für Dritte vorgesehenen Bescheinigungen vermerkt.
4. Als vierter Schritt muss – jedenfalls bei einer sinnvollen Früherkennungsuntersuchung – auf ein positives Testergebnis immer eine Intervention folgen, die geeignet ist, eine Progression des Krankheitsbildes zu verhüten. KÜTTING et al. diskutieren vor allem die aus Ihrer Sicht zumindest theoretisch mögliche Folge eines Beschäftigungsverbots bei dauerhaften gesundheitlichen Bedenken bzw. bei Nicht-Erfüllung der Untersuchungspflicht. (Inwieweit die Einschätzung von KÜTTING et al. im Hinblick auf die Rechtsfolge eines Beschäftigungsverbots juristisch zutreffend ist, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden.)
5. Als Ergebnis des gesamten Verfahrens sollte die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung dazu führen, dass die Inzidenz bzw. Prävalenz von fortgeschrittenen Stadien oder Vollbildern der betreffenden Krankheit abnehmen.

Bezugnehmend auf diese Systematisierung werden im Folgenden die einzelnen Argumente von KÜTTING et al. dargestellt.

Das erste hier vorgestellte Argument betrifft den fünften und letzten Aspekt in unserer Systematik:

KÜTTING et al. werfen im Hinblick auf die obstruktiven Atemwegserkrankungen die Frage auf, ob durch die betrachtete Intervention (Beschäftigungsverbot) das Ziel einer Senkung von Inzidenz bzw. Prävalenz der Zielerkrankungen überhaupt erreicht werden kann.

Damit wird das für die Sinnhaftigkeit einer Früherkennungsuntersuchung grundlegende Kriterium der Beeinflussbarkeit des weiteren Krankheitsverlaufs (nachdem die Früherkennung gelungen ist), in Frage gestellt.

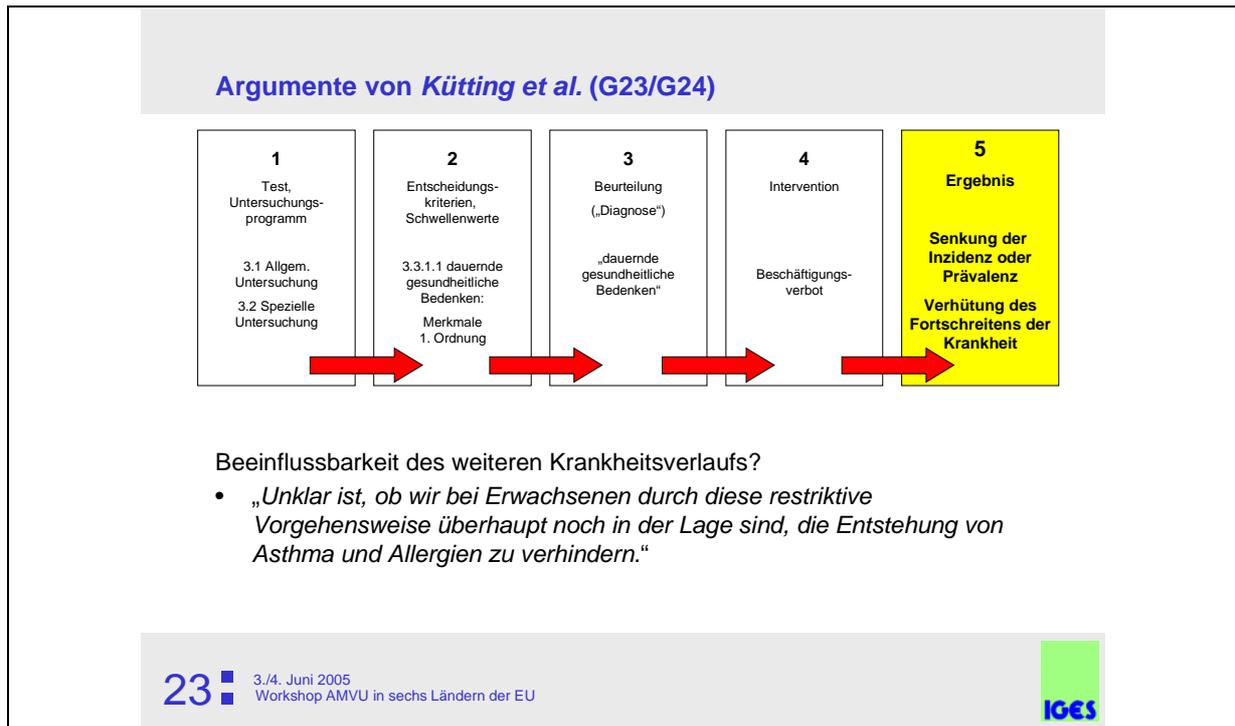


Abb. 2.18 Fragliche Beeinflussbarkeit der Krankheitsprogression
(Quelle: IGES nach KÜTTING et al.)

Das nächste Argument hängt eng mit dem zuvor dargestellten zusammen und betrifft die Frage, ob die im Anschluss an ein positives Testergebnis durchzuführende Intervention wirksam ist.

KÜTTING et al. vertreten die Auffassung, dass eine so „invasive“ Intervention wie ein Beschäftigungsverbot nur zu rechtfertigen ist, wenn ihre Wirksamkeit im Hinblick auf die Senkung von Inzidenz bzw. Prävalenz der Zielerkrankungen nach den strengen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin belegt worden ist.

Die Autoren berichten über eine diesbezügliche Literaturrecherche, die erfolglos geblieben ist.

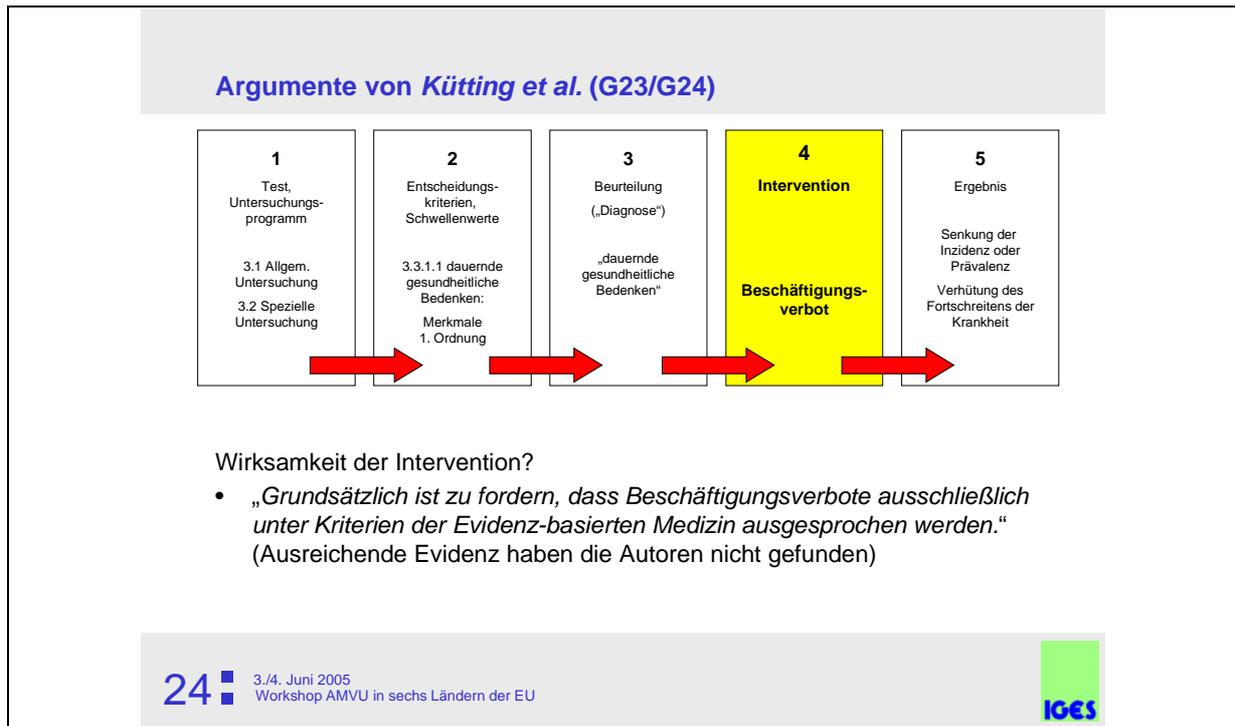


Abb. 2.19 Nicht belegte Wirksamkeit der Intervention (Quelle: IGES nach KÜTTING et al.)

Das vierte Argument (Abb. 2.20) betrifft die Spezifität der G23-/G24-Untersuchung, also Gütekriterien für diagnostische Tests, auf die in Abbildung 2.14 hingewiesen worden ist.

Die für AMVU nach G23 bzw. G24 geltenden Kriterien für die Feststellung dauerhafter gesundheitlicher Bedenken würden zu einer großen Zahl von positiven Testergebnissen führen. Dabei geben die Autoren implizit zu verstehen, dass es sich ihrer Auffassung nach dabei zu einem großen Teil um „falsch positive“ Ergebnisse im Hinblick auf den Sachverhalt dauerhafter Bedenken gegen eine Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit bzw. die damit u. U. verbundenen Rechtsfolgen handeln würde. M.a.W. bei Anwendung der geltenden Kriterien würden viele Beschäftigte fälschlicherweise als gefährdet eingestuft und mit Konsequenzen konfrontiert, die un gerechtfertigt wären.

Aus der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive wird damit eine – im Hinblick auf die „harte Diagnose“ dauerhafter gesundheitlicher Bedenken – mangelhafte Spezifität der Untersuchungen nach G23/G24 konstatiert.

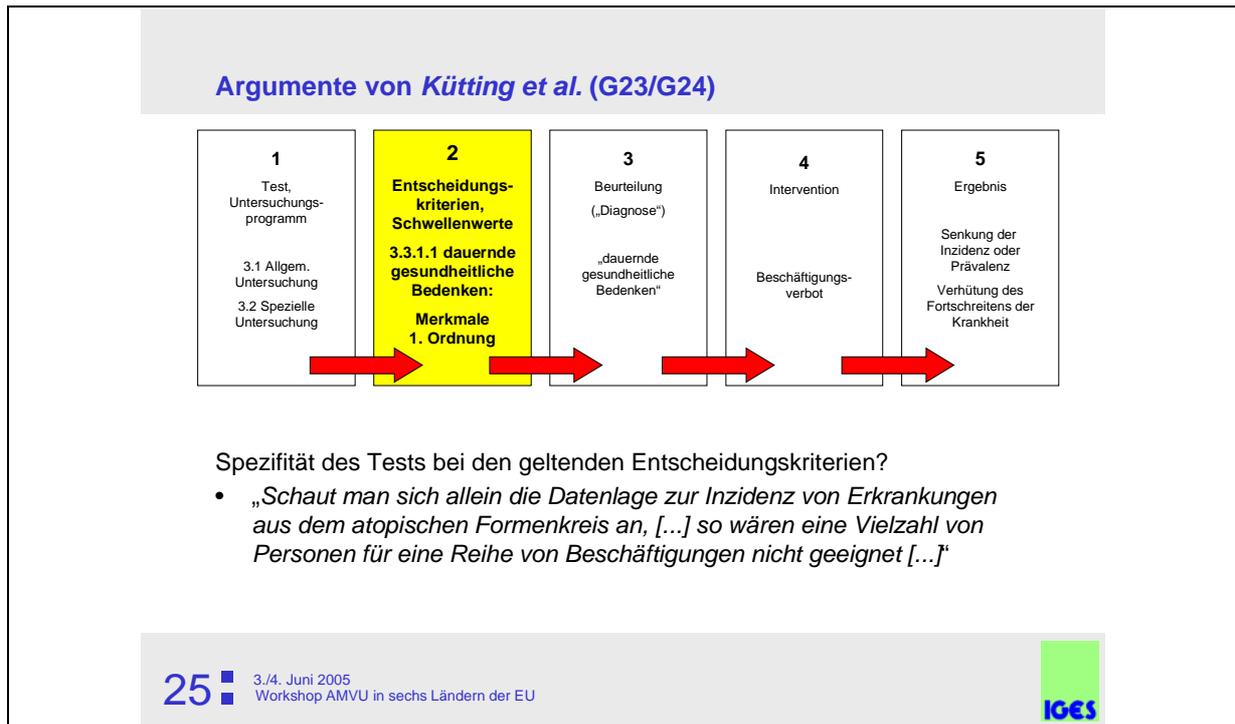


Abb. 2.20 Unzureichende Spezifität des Tests (Quelle: IGES nach KÜTTING et al.)

Mit einem weiteren Argument stellen KÜTTING et al. schließlich in Frage, ob die beiden G-Untersuchungen überhaupt mit dem Ziel konzipiert worden sind, eine Früherkennung in dem hier skizzierten Sinne – und damit auch im Sinne der Aufgabe, die ihnen durch die neue Gefahrstoffverordnung zugewachsen ist – zu leisten (Abb. 2.21).

Das eigentliche Ziel dieser Untersuchungen sei es, das Risiko der Entstehung einer arbeitsbedingten Erkrankung für den einzelnen Beschäftigten zu minimieren, indem man ihn im Zusammenhang mit der Untersuchung gezielter arbeitsmedizinisch beraten kann.

Sofern es aber nicht darum geht, mit großer Präzision eine diagnostische Aussage zu treffen, die bei positivem Befund zu hochgradig invasiven Folgemaßnahmen führen müsste, sind für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit dieser beiden Untersuchungen andere Kriterien relevant, als die bisher diskutierten.

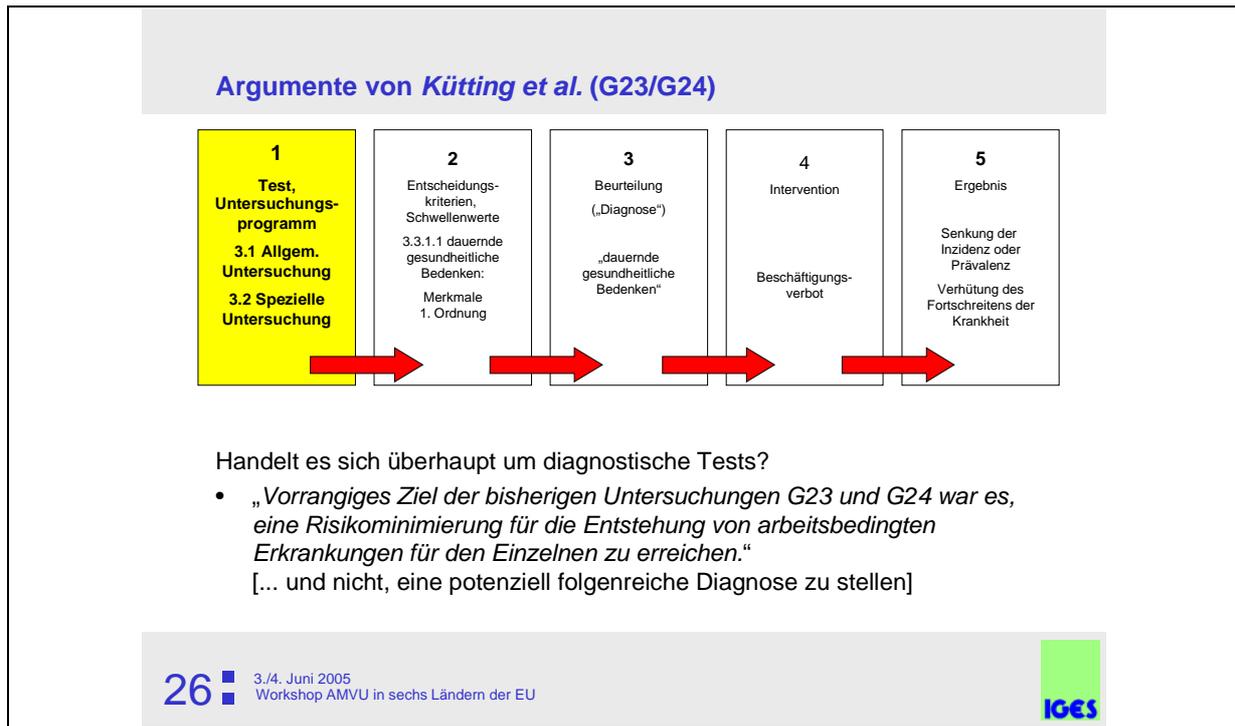


Abb. 2.21 Eignung der Untersuchungen nach G23/G24 als diagnostische Tests
 (Quelle: IGES nach KÜTTING et al.)

Bei konsequenter Befolgung der durch die neue Gefahrstoffverordnung initiierten Untersuchungspflichten resultiert eine erhebliche Zahl von untersuchungspflichtigen Beschäftigten und von Arbeitsstunden die von Arbeitsmedizinern zu leisten und von den Beschäftigten für die Untersuchungsteilnahme aufzuwenden sind (Abb. 2.22). Allein für die AMVU für Hauterkrankungen schätzen KÜTTING et al. den Aufwand auf 1 Mio. Beschäftigte und 0,5 Mio. Arbeitsstunden.

Die Kosten-Nutzen-Relation dieses Verfahrens erscheint den Autoren ungünstig und sie schlagen vor, den Aufwand durch ein zweistufiges Untersuchungsverfahren zu reduzieren.

Diesem Vorschlag wäre auch aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht beizupflichten, da sequenzielle Testverfahren grundsätzlich auch die Spezifität erhöhen würden.

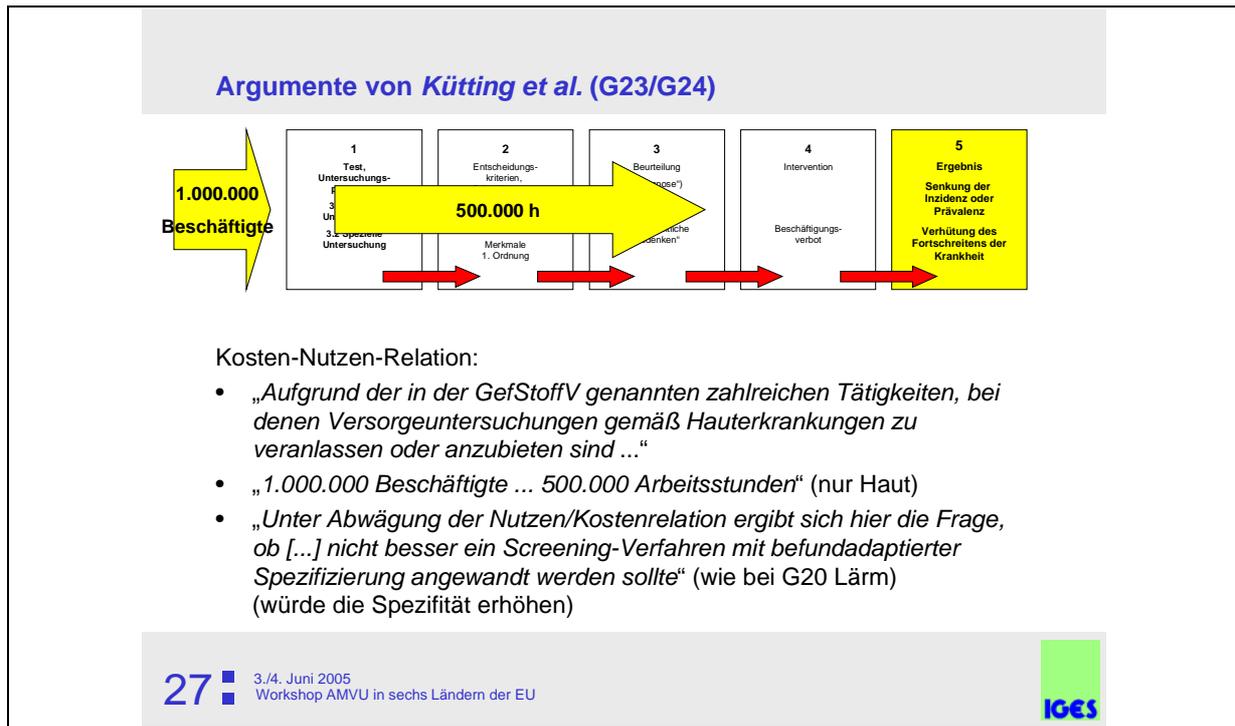


Abb. 2.22 Kosten-Nutzen-Relation (Quelle: IGES nach KÜTTING et al.)

Der letzte, gegen eine starke Zunahme von AMVU nach G23/G24 infolge der Neuregelungen in der Gefahrstoffverordnung, vorgebrachte Einwand stellt eine Opportunitätskostenbetrachtung an: Ließe sich mit den für diese AMVU erforderlichen Mitteln bei einer alternativen Verwendung ein größerer Nutzen im Sinne der Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen stiften?

KÜTTING et al. sind der Auffassung, dass es wirkungsvoller im Hinblick auf die Verhütung von Hauterkrankungen wäre, die Implementierung von Hautschutzprogrammen voranzutreiben, anstatt in eine Ausweitung von Vorsorgeuntersuchungen für Hauterkrankungen zu investieren.

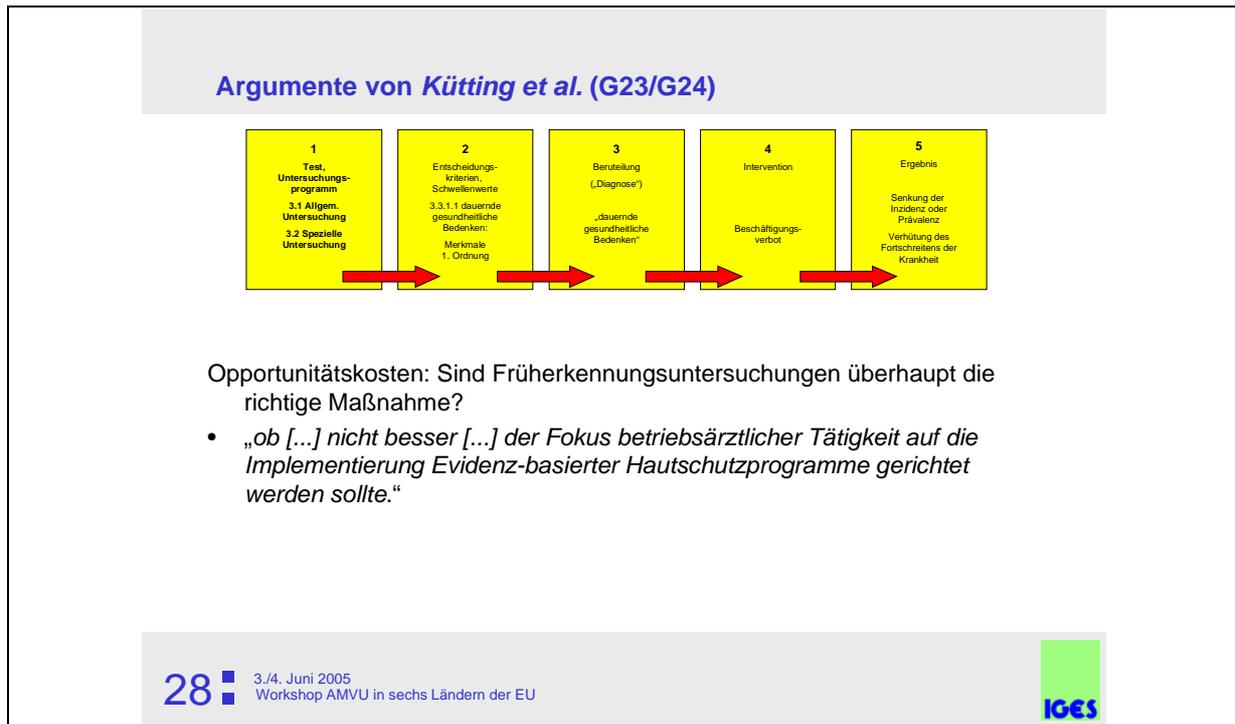


Abb. 2.23 Opportunitätskostenbetrachtung (Quelle: IGES nach KÜTTING et al.)

Die wichtigsten Einwände und Argumente der Arbeit von KÜTTING et al. sind in Abbildung 2.24 noch einmal zusammengefasst.

Der wohl zentrale Einwand betrifft den Grad der wissenschaftlichen Absicherung der beiden beispielhaft untersuchten AMVU nach G23/G24 – und zwar stets im Hinblick auf die durch die Gefahrstoffverordnung diesen Untersuchungen auferlegten Aufgaben bzw. die damit verbundenen Rechtsfolgen.

Die Autoren ziehen – so verstehen wir sie jedenfalls – den Nutzen der G23/G24 als arbeitsmedizinische Instrumente, die einen wichtigen Beitrag zur Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen leisten keineswegs in Frage. In Zweifel gezogen wird lediglich ihre Eignung als rechtsverbindlich vorgeschriebene Untersuchungen, mit denen sich „dauerhafte gesundheitliche Bedenken“ sowie die daran geknüpften Rechtsfolgen hinreichend sicher begründen lassen.

Zusammenfassung der Argumente von Kütting et al.

- Ist der positive Vorhersagewert einer auf G23/G24 beruhenden Feststellung „dauernder gesundheitlicher Bedenken“ angesichts der potenziellen „Invasivität“ der Folgen gut genug?
- Falls nein, besteht die Gefahr, dass viele Personen, die nie eine BK o.ä. bekommen werden, mit gravierenden Rechtsfolgen bedroht werden.
- Sind Früherkennungsuntersuchungen bzgl. Hauterkrankungen und obstruktiven Atemwegserkrankungen wissenschaftlich ausreichend begründbar, so dass es gerechtfertigt ist, die Veranlassung solcher Untersuchungen rechtsverbindlich zu machen?

29

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.24 Zusammenfassung der Argumente von Kütting et al.

2.5 Folgerungen und Kriterien für die Bewertung von AMVU bzw. AMVU-Systemen

Die ausführliche Darstellung bzw. systematische Paraphrasierung des Beitrags von KÜTTING et al. sollte vor dem Ziel dienen, Kriterien herauszuarbeiten, die den im Rahmen dieses Projekts bzw. des Workshops zu leistenden internationalen Systemvergleich leiten können.

Wie den Länderdossiers zu entnehmen ist, wird arbeitsmedizinischen Untersuchungen in den sechs analysierten Ländern ein unterschiedlich großes Gewicht beigegeben. In manchen Ländern genießen AMVU einen hohen Stellenwert im Gesamtkontext des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, sind mit hoher rechtlicher Verbindlichkeit ausgestattet und werden bei vergleichsweise vielen Anlässen durchgeführt (Frankreich, Finnland, Deutschland). In anderen Ländern sind AMVU nach deutschem Verständnis dagegen auf ein Minimum beschränkt und werden als ausgesprochen nachrangig angesehen (insbesondere Großbritannien).

Um die Vor- und Nachteile bzw. die genauen Intentionen der jeweiligen nationalen Regelungen und Praktiken angemessen zu würdigen, ist es u. E. sinnvoll, strikt funktionale Kriterien anzulegen.

Abbildung 2.25 und Abbildung 2.26 präsentieren vier u. E. sinnvolle Gesichtspunkte für die Bewertung von AMVU bzw. analogen Maßnahmen der Individualprävention.

Folgerungen für die Bewertung von AMVU

1. AMVU sollten nur bei Anlässen durchgeführt werden, wo dieses Instrument ein nennenswertes präventives Potenzial hat
 - Welche zusätzlichen gesundheitlichen Gewinne (Inzidenz, Prävalenz usw.) sind durch AMVU (oder analoge individuenbezogene Maßnahmen) erzielbar?
 - Lässt sich durch eine alternative Maßnahme mehr gesundheitlicher Nutzen stiften (Opportunitätskosten)?

2. Aus dem präventiven Potenzial müssen die konkreten Ziele einer AMVU abgeleitet werden:
 - Früherkennungsuntersuchung?
 - oder
 - Risikominimierung durch gezieltere Beratung?
 - usw.

31

3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.25 Kriterien für die Bewertung von AMVU (Teil 1)

Folgerungen für die Bewertung von AMVU

3. Die Inhalte der Untersuchung müssen dem Ziel angemessen sein
 - geprüfte Indikatoren zur vollständigen und präzisen Detektion von Merkmalsträgern?
 - breite Berücksichtigung von Risikofaktoren unterschiedlicher Relevanz?

4. Die Rahmenbedingungen der Implementierung der AMVU sollten der Realisierung des präventiven Potenzials förderlich sein
 - Definition und Eingrenzung der Zielgruppen
 - Steuerung der Inanspruchnahme (Pflicht? Angebot?)
 - Rechtsfolgen

32

3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.26 Kriterien für die Bewertung von AMVU (Teil 2)

Bei der Bearbeitung des Projekts und der Vorbereitung des Workshops wurde die in Abbildung 2.27 gezeigte Arbeitshypothese zugrunde gelegt. Von dieser Ausgangshypothese her sollten einzelne Untersuchungen, Untersuchungsanlässe und -ausgestaltungen unter den vier eben genannten Kriterien geprüft werden.

Arbeitshypothese zu AMVU

AMVU stellen innerhalb des Gesamtkontextes des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ein Instrument neben anderen dar, dem ein spezifisches „präventives Potenzial“ zukommt, das durch andersartige Präventionsmaßnahmen nicht oder gegenwärtig nur theoretisch substituiert werden kann.

33

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.27 Arbeitshypothese zu AMVU

Bezogen auf nationale AMVU-Systeme lassen sich vor diesem Hintergrund zwei Arbeitshypothesen formulieren (Abb. 2.28).

Arbeitshypothesen zu AMVU-Systemen

- Das nationale „AMVU-System“ - im Sinne von Rechtsvorschriften, Anreizen und Steuerungsimpulsen, Beteiligten, Qualifikationen, fachlichen Inhalten usw. - sollte so gestaltet werden, dass die präventiven Potenziale dieses Instruments möglichst ausgeschöpft werden können.
- Es gibt Über-, Unter- und Fehlversorgung mit AMVU.

34

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.28 Arbeitshypothesen zu AMVU-Systemen

2.6 Ziele des Workshops innerhalb des Gesamtprojekts

Im ersten Teil der Projektbearbeitung wurden durch Dokumentenstudien und Interviews mit Fachleuten und Praktikern in den untersuchten Ländern die wichtigsten Elemente und Regelungen zu AMVU herausgearbeitet. Eine Zusammenfassung der Rechercheergebnisse zu jedem Land ist den Workshop-Teilnehmern im Vorfeld zugeleitet worden.

Im Mittelpunkt des Workshops steht die Aufgabe der vergleichenden Bewertung der unterschiedlichen AMVU-Systeme bzw. einzelner Elemente und Regelungen im Hinblick auf innovative Ansätze. Zum Abschluss des Workshops sollen Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Systems der arbeitsmedizinischen Vorsorge gezogen werden.

Aufgabe

Vergleich und Eruiierung innovativer Konzepte der medizinischen betrieblichen Individualprävention in sechs Ländern der Europäischen Union:

1. Darstellung der rechtlichen Regelungen und der praktischen Implementierung
2. Bewertung im Hinblick auf innovative Ansätze
3. Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des AMVU-Systems in Deutschland ziehen

36

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 2.29 Aufgabenstellungen des Projekts

Der Workshop folgt einer besonderen Methodik: Es werden keine Vorträge zu Projektergebnissen gehalten, sondern die Teilnehmer sollen in fünf Länder-Arbeitsgruppen in die Bewertung der unterschiedlichen AMVU-Systeme einbezogen werden.

Die spezielle Methodik in den Arbeitsgruppen wird im übernächsten Vortrag erläutert.

Ziele des Workshops

- Keine herkömmliche Präsentation von Projektergebnissen (Vorträge mit 10 Minuten Diskussion)
- Arbeitsworkshop: Die Teilnehmer sollen Elemente von unterschiedlichen AMVU-Systemen diskutieren und bewerten
- Spezielle Methodik der Arbeit in den fünf „Länder-Arbeitsgruppen“ wird vor der Mittagspause kurz dargestellt.
- Der nächste Vortrag „Szenario Arbeitswelt 2015“ liefert einen zusätzlichen Hintergrund für die Arbeit in den „Länder-Arbeitsgruppen“

37 ■ 3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 2.30 Ziele des Workshops

Der unmittelbar folgende Vortrag „Szenario Arbeitswelt 2015“ spielt eine wichtige Rolle innerhalb der Konzeption des Workshops: Wir wollen die AMVU-Systeme nicht nur unter aktuellen Perspektiven diskutieren, sondern vor allem im Hinblick auf die Frage, welche AMVU-Systeme am ehesten geeignet sind, die absehbaren Herausforderungen in der Arbeitswelt der Zukunft zu meistern.

3 Szenario „Arbeitswelt 2015“: Eine Vergegenwärtigung bekannter Entwicklungen und Prognosen

Dr. Stefan Loos

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

Eine Reform der arbeitsmedizinischen Vorsorge muss berücksichtigen, dass sich auch die Arbeitswelt und die Gesellschaft verändern. So ist davon auszugehen, dass die Arbeitswelt im Jahre 2015 anders aussehen wird als dies heute der Fall ist und damit auch andere Anforderungen an die arbeitsmedizinische Vorsorge erwachsen. Auf einige dieser Entwicklungstrends und die sich wandelnden Anforderungen wird im Folgenden stichwortartig eingegangen.

Zunächst einmal werden sich die Tätigkeitsschwerpunkte der Beschäftigten noch weiter in Richtung einer wissensintensiven Dienstleistungsgesellschaft verschieben (vgl. Abb. 3.1).

Die wissensintensive Dienstleistungsgesellschaft

- Die große Mehrheit der Erwerbstätigen leistet Informationsarbeit.
- Sie gehen Tätigkeiten nach, deren Ressourcen, Werkzeuge und Ergebnisse aus Informationen bestehen.
- Der wichtigste Wettbewerbsfaktor in den Sektoren mit höher qualifizierten Beschäftigten ist die Geschwindigkeit, mit der aus vorhandenem Wissen innovative Produkte und Dienstleistungen erzeugt werden können.
- Weil Wissen heute überall verfügbar ist und ständig neu entsteht, sind Lernfähigkeit und Geschwindigkeit der Wissensverwertung dort die entscheidenden Faktoren für Erfolg im Arbeitsleben.
- Es ist eine Vielzahl neuer Tätigkeitsfelder und Berufsbilder in den Bereichen Pflege, Gesundheit, Freizeit, Reisen entstanden.

4

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 3.1 Dominierende Arbeitstätigkeiten

Während der Anteil der Beschäftigten in produktionsorientierten Tätigkeiten 1985 noch bei 35,6 % lag, war dieser Anteil 1995 bundesweit auf 30,7 % gesunken; für das Jahr 2010 wird ein Anteil von 24,0 % erwartet.²

² Vgl. BT-DS 14/9200, S. 214

Damit wachsen auch die Qualifikationserwartungen an die Arbeitnehmer: Von ihnen wird häufig nicht mehr nur die angeleitete Bearbeitung klar abgegrenzter und vordefinierter Aufgaben erwartet, sondern die eigenständige und umfassende, wissensbasierte Lösung von Problemen: Während bei Hilfstätigkeiten ein Rückgang von 20,1 % im Jahr 1991 auf 15,7 % aller Erwerbstätigen im Jahr 2010 erwartet wird, rechnet man bei den hochqualifizierten Tätigkeiten mit einer Steigerung von 19,3 % auf 24,1 %.³ Damit sind auch die entsprechenden Anforderungen an die Mitarbeiter stark gewachsen (vgl. Abb. 3.2).

Die Bedeutung der Humanressourcen ist stark gewachsen

- Das Leistungsvermögen der Beschäftigten ist zum wichtigsten Produktionsfaktor geworden.
- Die Erhaltung und Steigerung von Wissen, Motivation, Flexibilität, Kreativität, Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Teamfähigkeit der Beschäftigten sind zentrale Aufgaben für das Management
- Von den Beschäftigten wird nicht mehr die Erledigung von abgegrenzten und klar definierten Arbeitsaufgaben erwartet, sondern die eigenverantwortliche Lösung von Problemen
- Arbeitstätigkeiten sind umfassender und vollständiger geworden. Viele Arbeitnehmer müssen heute unmittelbar mit Kunden kommunizieren.

5

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 3.2 Wandel der Anforderungen an die Mitarbeiter

Verbunden mit dem Wandel der Tätigkeiten und der Anforderungen an die Mitarbeiter ist auch ein fortschreitender Wandel der Unternehmensstrukturen (vgl. Abb. 3.3).

³ Vgl. BT-DS 14/8800, S. 75

Die Zahl kleiner und kleinster Unternehmen ist sehr groß

- Viele ehemals große Unternehmen konzentrieren sich auf ihre Kernkompetenzen.
- Soweit möglich, wurden die unterstützenden Funktionen an Subunternehmen und externe Dienstleister ausgelagert.
- Die vielen Kleinunternehmen unterliegen einem enormen Wettbewerbsdruck und haben oft nur kurze Lebensdauern.
- Manche Subunternehmen werden von ihren großen und qualitätsbewussten Kunden in deren integrierte Managementsysteme eingebunden und müssen sich den dort geltenden Standards unterwerfen.

6

3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 3.3 Wandel der Unternehmensstrukturen (I)

Zudem können Unternehmen dank moderner Kommunikationstechnologien weltweit agieren und miteinander kooperieren (vgl. Abb. 3.4). Mitarbeiter eines Teams müssen sich physisch nie begegnen, sie können sogar ganz unterschiedlichen Unternehmen angehören, die sich projektspezifisch zusammengeschlossen haben. Die einzelnen Mitarbeiter arbeiten häufig noch nicht einmal in den Unternehmen, sondern können dies auch von zuhause aus tun.

Viele Unternehmen arbeiten verteilt, vernetzt und virtuell

- Die Telekommunikation ermöglicht es, dass Unternehmen rund um die Uhr an unterschiedlichen Standorten in der Welt arbeiten lassen.
- Mehrere Einzel-Unternehmen schließen sich zu Kooperationen zusammen (virtuelle Unternehmen).
- Die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern erfolgt häufig ausschließlich über digitale Medien (Telearbeit).

7 ■ 3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 3.4 Wandel der Unternehmensstrukturen (II)

Auch die Arbeitnehmerschaft wandelt sich und wird infolge des gesellschaftlichen und demographischen Wandels sowohl älter als auch weiblicher (vgl. Abb. 3.5).

Älter und weiblicher

- Die Altersstruktur der Beschäftigten hat sich weiter verschoben: Die 50- bis 60-Jährigen stellen die weitaus größte Gruppe.
- Die Erwerbstätigkeit von Frauen ist stark gestiegen.

⇒ Unter den Unternehmen herrscht ein harter Wettbewerb um die Gewinnung von jungen, qualifizierten Arbeitskräften.

⇒ Unternehmen entwickeln Strategien, um ältere Beschäftigten möglichst lange im Beruf zu halten.

8 ■ 3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 3.5 Wandel der Arbeitnehmerschaft

Die Alterung hängt zum einen damit zusammen, dass die Geburtenziffer mit etwa 1,4 Kindern pro Frau im gebärfähigen Alter in Deutschland seit langem sehr niedrig ist, mit der Folge, dass nicht genügend junge Menschen nachwachsen.

Zum anderen ist die Lebenserwartung der älteren Menschen in den zurückliegenden Jahrzehnten merklich gestiegen: beispielsweise bei Frauen im früheren Bundesgebiet seit 1960 von 72 auf 81 Jahre. Bis zum Jahr 2050 wird mit einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung um mindestens vier Jahre gerechnet.⁴

Daraus resultiert zum einen ein verschärfter Wettbewerb zwischen den Unternehmen um junge, qualifizierte Arbeitnehmer; zum anderen versuchen die Unternehmen mit verschiedenen Strategien, ältere Beschäftigte möglichst lange im Beruf zu halten.

Aufgrund der steigenden Erwerbsquote von Frauen wird die Belegschaft auch deutlich weiblicher: So wird für das Jahr für die 20- bis 54-jährigen Frauen eine Erwerbsquote von 81,6 % prognostiziert (2005: 78,8 %).⁵

Die Beschäftigungsverhältnisse sind noch unstabiler und weniger planbar geworden (vgl. Abb. 3.6).

Beschäftigungsverhältnisse sind weniger stetig und planbar

In zahlreichen Dienstleistungsbranchen sind die Gehälter sehr niedrig, so dass viele Beschäftigte mehrere Jobs haben oder zusätzliche Transfereinkommen erhalten.

- Insgesamt sind die Beschäftigungsverhältnisse in vielen Bereichen sehr viel unsicherer und weniger planbarer geworden: befristete und geringfügige Beschäftigungen sowie Leiharbeit haben zugenommen.
- Teams werden flexibel und projektbezogen zusammengestellt und neu gruppiert. Ein Teil der Beschäftigten arbeitet von zu Hause aus (Telearbeit).
- Das Angebot sowie die Nachfrage nach Teilzeitarbeit sind stark gestiegen.

9

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 3.6 Wandel der Beschäftigungsverhältnisse

Die Anzahl der sogenannten „Normalarbeitsverhältnisse“ in Deutschland ist schon zwischen 1991 und 2000 von 25,5 auf 22,3 Mio. zurückgegangen (-12,5 %). Die Zahl

⁴ Vgl. BT-DS 14/8800, S. 15.

⁵ Vgl. dazu BT-DS 14/8800, S. 63ff.

der Teilzeitbeschäftigten, der geringfügig oder befristet Beschäftigten sowie der Leiharbeiter haben entsprechend deutlich zugenommen.⁶

Aus all diesen Änderungen resultieren auch veränderte Krankheitsbilder (vgl. Abb. 3.7).

Krankheit und Gesundheit

- Psychische Erkrankungen - insbesondere depressive und Angststörungen - gehören zu den drei wichtigsten Krankheitsgruppen.
- Soziale Konflikte am Arbeitsplatz sind eine wichtige Ursache von Arbeitsunfähigkeiten.
- Wegen der Alterung der Belegschaften kommt Maßnahmen der Sekundärprävention bzw. der Früh-Rehabilitation große Bedeutung zu.
- In der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sind die früher streng getrennten Sektoren viel durchlässiger geworden: Auch Prävention und Kuration werden stärker integriert.

10

3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 3.7 Wandel der Gesundheitsprobleme

Psychische Erkrankungen gehören zu den drei wichtigsten Krankheitsgruppen und soziale Konflikte am Arbeitsplatz sind eine wichtige Ursache von Arbeitsunfähigkeiten.

Damit ist auch der Arbeitsschutz vor neue Herausforderungen gestellt (vgl. Abb. 3.8).

⁶ Vgl. BT-DS 14/9200, S. 216f.

Einerseits zersplittert, andererseits integriert

- In den vielen Kleinunternehmen haben Arbeits- und Gesundheitsschutz nur geringen Stellenwert: keine klaren Verantwortlichkeiten, wenig Kenntnisse, wenig finanzielle Spielräume usw.
- Die vielen Kleinbetriebe stellen die Aufsichtsbehörden bei der Kontrolle der Einhaltung von Vorschriften vor große Probleme.
- In den qualitätsbewussten Unternehmen ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz ein ganz normaler Bestandteil innerhalb der integrierten Managementsysteme.
- Arbeits- und Gesundheitsschutz ist Teil des Bereichs „Human Resources“-Management, der wegen der hohen Bedeutung des Leistungsvermögens der Beschäftigten und des wachsenden Fachkräftemangels in den Unternehmen sehr wichtig ist.

11 ■ 3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

Abb. 3.8 Voraussetzungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die geringe Betriebsgröße der meisten Unternehmen lässt zum einen nur wenig innerbetrieblichen Spielraum für den Arbeitsschutz, zum anderen stellen gerade diese Unternehmen Aufsichtsbehörden vor erhebliche Kontrollprobleme. Daneben gibt es jedoch auch Großbetriebe, die den Arbeits- und Gesundheitsschutz als integrierten Bestandteil mit in ihre Managementsysteme aufgenommen haben und der für sie einen wichtigen Wettbewerbsfaktor im Bericht des Human Resources Management darstellt.

4 Erläuterung der Vorgehensweise in den Arbeitsgruppen

Dr. Norbert Will

Clariant AG, Sulzbach am Taunus

Zur Vorbereitung auf die Arbeitsgruppensitzungen wurden die Teilnehmer gebeten, sich vorzustellen, sie lebten in einer fiktiven Republik Globalien (vgl. Abb. 4.1).



Abb. 4.1 Willkommen in Globalien

Dieses Land hat bisher keinerlei Regelungen zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, möchte aber demnächst der EU beitreten. Globalien muss daher einerseits rechtliche Regelungen zu AMVU beschließen, andererseits will Globalien auch faktisch im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu den Besten in Europa gehören.

Die Teilnehmer wurden weiter gebeten, sich vorzustellen, sie seien Mitglied einer globalischen Kommission, die Vorschläge für ein möglichst optimales System erarbeiten soll.

Dazu wurden alle Teilnehmer in fünf Arbeitsgruppen aufgeteilt, die jeweils – unterstützt durch einen Moderator – die Konzepte zweier Länder (Deutschland und ein anderes Land) bewerten sollen. Die Arbeitsgruppen wurden schon vorab so zusammengesetzt, dass in den einzelnen Gruppen jeweils die wichtigsten „Stakeholder“ (staatliche Institutionen, Arbeitsmediziner, arbeitsmedizinische Dienste, Sozialpartner, Fachgesellschaften, Berufsverbände, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen) vertreten waren.

Da Vertreter der Arbeitnehmer und -geber deutlich unterrepräsentiert waren, wurden einzelne Kommissionsmitglieder gebeten, diese Rollen zu spielen.

Die Kommissionen hatten nun drei Aufgaben. Zunächst sollten sie die beiden Systeme der arbeitsmedizinischen Vorsorge einer Stärken-Schwächen-Analyse vor dem Hintergrund der heutigen Situation unterziehen. Anschließend sollten sie – ausgehend vom dem in Kapitel 3 geschilderten Szenario „Arbeitswelt 2015“ – bewerten, welche Chancen und Risiken sich für die beiden Systeme angesichts dieses Szenarios ergeben.

Schließlich wurden die Kommissionsmitglieder noch gebeten, Empfehlungen für die Gestaltung des globalischen Systems der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu erarbeiten.

Bei allen drei Aufgaben sollten die Kommissionsmitglieder jeweils die folgenden fünf Dimensionen eines Systems der arbeitsmedizinischen Vorsorge im Auge behalten:

- Zielstellung, Anlässe, Inhalte von AMVU
- Rechtlicher Status der AMVU
- Art, Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer
- Finanzierung und Steuerung von AMVU
- Durchdringungsgrad

5 Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 1: Deutschland und Dänemark

Dr. Norbert Will

Clariant AG, Sulzbach am Taunus

5.1 Arbeitsmedizinische Vorsorge in Dänemark

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind in Dänemark grundsätzlich als Angebotsuntersuchungen spezifiziert (vgl. Abb. 5.1).

1 Zielstellung, Anlässe und Inhalte

- **AMVU grundsätzlich als Angebotsuntersuchungen spezifiziert**
Pflichtuntersuchungen gibt es nur bei ionisierender Strahlung und besonderen Gefahrstoffen (wie z.B. Blei).
- **Kaum formale Verfahrensleitlinien für Durchführung der AMVU**
Es existieren lediglich informelle Leitlinien für zentrale Untersuchungsanlässe.
- **Keine besonderen Regelungen für ‚neue‘ Risikofaktoren**
Für den Bereich der psychischen Belastungen und der muskulo-skelettalen Erkrankungen gibt es keine verbindlichen Regeln; allerdings sind psychische Belastungen als Berufskrankheit anerkannt.

4 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 5.1 Dänemark: Ziele, Anlässe und Inhalte

Pflichtuntersuchungen gibt es nur bei ionisierender Strahlung und besonderen Gefahrstoffen, wie z. B. Blei. Für „neue“ Risikofaktoren gibt es keine besonderen Regelungen, allerdings sind psychische Belastungen als Berufskrankheit anerkannt.

Für die Durchführung der AMVU gibt es kaum formale Leitlinien, so dass die Ärzte relativ frei in ihrem Handeln sind.

AMVU werden in Dänemark meist von externen Dienstleistern erbracht (vgl. Abb. 5.2).

2 Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

- **Fokus auf externe Dienstleister**
AMVU werden vorwiegend von externen Diensten/Ärzten durchgeführt, Arbeitsmedizinisch tätige Ärzte sind meist an Krankenhäusern angesiedelt.
- **Multidisziplinarität der Dienste gesetzlich vorgeschrieben**
Neben Ärzten sind auch Krankenschwestern, Physiotherapeuten und Psychologen ausdrücklich an der betriebsmedizinischen Versorgung beteiligt.
- **Akkreditierung der Betriebsgesundheitsdienste**
Akkreditierung durch nationale Akkreditierungsstelle für 5 Jahre ist rechtlich vorgeschrieben.
- **Qualifizierung der Leistungserbringer**
Es existieren rechtlich vorgeschriebene Qualifikationsanforderungen für Ärzte und Schwestern.

5

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 5.2 Dänemark: Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

Die Multidisziplinarität dieser Dienstleister und die Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer sind gesetzlich vorgeschrieben. Betriebsmediziner finden sich in solchen Diensten eher selten; sie sind meist an Krankenhäusern angesiedelt. Damit betriebsmedizinische Dienste ihre Leistungen anbieten und erbringen dürfen, müssen sie durch eine nationale Akkreditierungsstelle zugelassen werden.

Die Untersuchungsergebnisse von AMVU werden an die zuständigen Behörden gemeldet (vgl. Abb. 5.3).

3 Konsequenzen

- **Meldung des Untersuchungsergebnisses an Arbeitsschutzbehörde**
Die Arbeitsaufsichtsbehörde informiert den Betrieb darüber, inwieweit die Ergebnisse Anlass zu Maßnahmen geben.
- **Durchführung der Untersuchung nur in seltenen Fällen (z.B. Bleiexposition) Voraussetzung für Aufnahme der Arbeit**
- **Beschäftigungsverbot nur in seltenen Fällen**
Nur in seltenen Fällen (Bleikonzentration im Blut) ist ausdrücklich geregelt, dass ein Arbeitnehmer nicht weiter beschäftigt werden darf.

6 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 5.3 Dänemark: Konsequenzen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen

Arbeitsrechtliche Konsequenzen resultieren jedoch nur in seltenen Fällen aus den AMVU.

In Dänemark herrscht ein vergleichsweise niedriger Verpflichtungs- und Regulierungsgrad im Bereich der Arbeitsmedizin: Viele Aspekte sind nur in Ansätzen rechtlich vorgegeben, die konkrete Ausformung bleibt den Einzelnen überlassen (vgl. Abb. 5.4).

4 Steuerung und Finanzierung

- **Vergleichsweise niedriger Verpflichtungs- und Regulierungsgrad im Bereich der Arbeitsmedizin**
- **Wandel der Steuerung hin zu einem Screening-/Zertifizierungssystem**
- **Zertifizierte Betriebe benötigen keinen Betriebsgesundheitsdienst**
Auch Unternehmen, deren Arbeitsschutzsystem zertifiziert wurde, sind von der Verpflichtung zur Vorhaltung eines Betriebsgesundheitsdienstes befreit.
- **Übergang zu einem ‚earned autonomy‘/‘reputation based‘ System**
‚Wohilverhalten‘ führt zur Befreiung von Verpflichtungen, ‚Fehlverhalten‘ wird sanktioniert und öffentlich bekannt gemacht.
- **Arbeitgeberfinanzierung mit staatlicher Erstattungsmöglichkeit**
Die Kosten der AMVU werden zunächst von den Unternehmern getragen; diese können aber staatliche Subventionen erhalten.

7

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 5.4 Dänemark: Steuerung und Finanzierung

Insgesamt befindet sich das arbeitsmedizinische System in Dänemark gerade in einer Übergangsphase von einem staatlich regulierten und überwachten System hin zu einem Screening-/Zertifizierungssystem: Unternehmen, bei denen im Rahmen einer Kontrolle keine Mängel des Arbeitsschutzsystems entdeckt wurden oder die ein zertifiziertes Arbeitsschutzmanagementsystem vorweisen können, werden staatlich nicht mehr kontrolliert und müssen keinen Betriebsgesundheitsdienst mehr engagieren (earned autonomy, d. h. „selbst verdiente Eigenständigkeit“). Wenn es allerdings zu Auffälligkeiten in den Betrieben kommt, wird dies öffentlich bekannt gemacht und die Firmen müssen sich durch einen Betriebsgesundheitsdienst unterstützen lassen.

Die Kosten für die betriebsmedizinische Betreuung und die AMVU werden von den Arbeitgebern getragen; allerdings können diese staatliche Subventionen erhalten.

5.2 Stärken- und Schwächenanalyse

Aus Sicht des Referenten konnte das Ergebnis der Gruppenarbeit dahingehend zusammengefasst werden, dass Globalien in den wesentlichen Grundzügen das deutsche System übernehmen sollte, da es als das effektivste System angesehen wird, um die anstehenden Aufgaben bis zum Jahr 2015 zu lösen (vgl. Abb. 5.5).

Empfehlung für Globalien

Globalien sollte im wesentlichen das deutsche System übernehmen, da es für das effektivste angesehen wird, um die anstehenden Aufgaben bis 2015 zu lösen. Detailverbesserungen sind wünschenswert (z.B. bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilungen).

6 ■ 3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 5.5 Dänemark: Allgemeine Empfehlungen für Globalien

Im Rahmen der Gruppenarbeit gelang es nicht allen Teilnehmern, sich von dem deutschen Bezugspunkt zu lösen und ein System für ein fiktives Land zu entwickeln. Die Diskussion wurde häufig unter den derzeit geltenden deutschen Regelungen und unter dem Aspekt „Machbarkeit“ geführt. Insoweit hat sich die Gruppe nur teilweise auf eine freie Neukonzeption einlassen können. Aus Sicht des Referenten lautete die eigentliche Aussage der Gruppe, dass Deutschland das bisherige System in den wesentlichen Grundzügen beibehalten sollte.

In Abbildung 5.6 sind die Stärken und Schwächen des dänischen Systems dargestellt.

Stärken - Schwächen des dänischen Systems	
Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Zertifizierung nach internationalen Standards (aber: nur falls betriebsärztlicher Sachverstand bei Gefährdungsbeurteilungen integriert) • Branchenspezifische Leitfäden • Kontrolle durch (nationale) Behörde • <i>Mitteilung Untersuchungsergebnis über nationale Behörde</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine strukturierten Vorgaben für AMVU • Vorgaben für die Art der Zusammensetzung arbeitsmedizinischer Dienste • (Branchenspezifische Vor-Ort Betrachtungen) • <i>Mitteilung Untersuchungsergebnis über nationale Behörde</i>
 	

Abb. 5.6 Dänemark: Stärken und Schwächen

Bei der Betrachtung des dänischen Systems wurde das Konzept der Zertifizierung nach internationalen Standards als sinnvoll begrüßt. In diesem Zusammenhang wurde jedoch angemerkt, dass unbedingt das Einfließen von betriebsärztlichem Sachverstand bei der Gefährdungsbeurteilung sichergestellt sein müsse.

Die regelmäßigen Kontrollen durch nationale Behörden wurden von der Arbeitsgruppe ebenfalls als sehr sinnvolles Instrument bewertet. Dem stimmte auch die Person zu, die die Rolle des Unternehmers übernommen hatte.

In Dänemark wird das Untersuchungsergebnis nicht dem Unternehmer direkt, sondern einer nationalen Behörde mitgeteilt, die ihrerseits den Unternehmer informiert, sofern Handlungsbedarf gegeben ist. Dieses Vorgehen wurde kontrovers diskutiert. Ein Teil der Gruppenteilnehmer hielt dies für ein sinnvolles Konzept, da die Behörde direkt von problematischen Situationen erfahre. Ein anderer Teil der Gruppe bewertete dieses Verfahren als zu umständlich und lehnte es aus diesem Grund ab.

Die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an den Unternehmer (unabhängig von einem möglichen Zwischenschritt über eine Behörde) wurde ebenfalls kontrovers diskutiert. Ein Teil der Gruppe, dem auch die Person mit der Rolle des Unternehmers angehörte, forderte dies uneingeschränkt (d. h. eine gesonderte Einwilligung des Untersuchten sei nicht erforderlich), da nur so Konsequenzen aus dieser vom Unternehmer finanzierten Untersuchung gezogen werden könnten. Ein anderer Teil der Gruppe wollte eine Mitteilung des Untersuchungsergebnisses in jedem Fall von der Zustimmung des Untersuchten abhängig machen. Als Kompromiss zeichnete sich ab, bei Angebotsuntersuchungen nur mit Zustimmung des Untersuchten, bei Pflichtuntersuchungen immer eine Mitteilung an den Unternehmer zu machen.

Die nicht vorhandenen strukturierten Vorgaben für AMVU wurden von der gesamten Gruppe als Schwäche des dänischen Systems bewertet. Das deutsche Konzept der strukturierten Untersuchungsprofile (G-Untersuchungen) wurde eindeutig bevorzugt.

Die in Dänemark staatlich vorgegebene Zusammensetzung der Arbeitsmedizinischen Dienste wurde als Schwäche des Systems bewertet. Grundsätzlich wurde eine multi-professionelle Zusammensetzung von arbeitsmedizinischen Diensten begrüßt. Es wurde jedoch gefordert, dass der Arzt hier (im Gegensatz zum dänischen System) die dominierende Rolle spielen müsse. Welche unterschiedlichen Professionen in einem Dienst vorhanden sind, sollte nicht staatlich vorgegeben, sondern anhand der tatsächlichen Notwendigkeiten bzw. der vorhandenen Nachfrage entschieden werden. Insofern wurde hier der marktwirtschaftlichen Sicht gegenüber einer dirigistischen Sicht der Vorzug eingeräumt.

Branchenspezifische Leitfäden wurden als Stärke eines Systems bewertet. Sofern eine branchenspezifische Vor-Ort-Betreuung gefordert würde (was in dem dänischen System jedoch nicht der Fall ist), wäre dies nach Ansicht einiger Teilnehmer insbesondere bei der Betreuung von Kleinbetrieben als Schwäche eines Systems anzusehen.

Die Empfehlungen für ein ideales System sind in Abbildung 5.7 dargestellt.

Empfehlungen für Globalien

- AMVU nach „Ampelmodell“
- Keine allgemeinen AMVU ohne konkreten Anlass
- Keine allgemeinen AMVU zur allgemeinen Prävention (geteilte Meinungen, teils auch Auffassung, dass allgemeine Prävention sinnvoll sei, sofern die Kosten durch Dritte (z.B. Krankenkasse) übernommen werden)
- Die Übernahme von kurativen Aufgaben von Betriebsärzten sollte weder positiv noch negativ geregelt werden.
- Arbeitgeber sollte die Kosten für die AMVU komplett übernehmen, sofern lediglich Untersuchungen aufgrund gegebener Belastungen durchgeführt werden (kontroverse Diskussion, ob die Kosten direkt oder in Form des Solidaritätsprinzips durch die rein durch Arbeitgeber finanzierten Berufsgenossenschaften (Solidarprinzip) übernommen werden sollten).

9

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 5.7 Dänemark: Empfehlungen

Die AMVU sollten nach dem „Ampelmodell“ veranlasst werden. Dabei bedeutet „Grün“, dass keine allgemeinen oder spezifischen Gefährdungen vorliegen und demnach auch keine AMVU durchzuführen oder anzubieten wäre. Bei „Gelb“ lägen zwar grundsätzlich Gefährdungen vor, diese wären jedoch als gering eingestuft. In diesem Fall sollten AMVU angeboten werden, eine Teilnahme wäre für den Beschäftigten freiwillig. Bei gegebenen relevanten Gefährdungen („rot“) sollten Pflichtuntersuchungen veranlasst werden.

Allgemeine AMVU ohne konkreten Anlass wurden als nicht sinnvoll angesehen.

Untersuchungen zur allgemeinen Gesundheitsprävention (ohne konkreten Bezug zum Arbeitsplatz) wurden kontrovers diskutiert. Ein Teil der Gruppe war der Meinung, dass dies zu fordern sei, damit so der allgemeine Gesundheitszustand der Beschäftigten verbessert würde. Von der dadurch erwarteten Reduktion der Fehlzeiten und einer Verringerung der Belastungen der Krankenkasse würden auch die Arbeitgeber profitieren.

Der andere Teil der Gruppe wandte dagegen ein, dass die allgemeine Gesundheitsprävention nicht zu den Aufgaben der Unternehmer gehöre, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstelle. Insofern sei den Unternehmen der hiermit verbundene Aufwand nicht zumutbar. Als möglicher Kompromiss zeichnete sich ab, eine allgemeine Prävention in ohnehin stattfindende AMVU zu integrieren, sofern die hiermit verbundenen Kosten durch Dritte (z. B. Krankenkasse) übernommen würden.

Im Rahmen der Diskussion um die Möglichkeit der Übernahme kurativer Aufgaben durch den Betriebsarzt wurde darauf hingewiesen, dass der Betriebsarzt auch solche Aufgaben übernehmen könne, wenn es sich im Rahmen seiner Tätigkeit anbiete (z. B. als angestellt er Betriebsarzt bei einem Unternehmen). Die Gruppe war der Auffassung, dass hierzu kein gesonderter Regelungsbedarf bestehe.

Die Kosten für die AMVU sollten nach einhelliger Meinung der Gruppe komplett durch den Unternehmer getragen werden, sofern diese Untersuchungen ausschließlich aufgrund gegebener Belastungen veranlasst werden. Diese komplette Kostenübernahme durch den Unternehmer wurde als eine wirksame Steuerungsmöglichkeit angesehen, die Arbeitsbedingungen kontinuierlich zu verbessern. Diese Art der Steuerung setze allerdings voraus, dass die Kosten für die AMVU dann von dem Unternehmer komplett eingespart werden könnten, wenn die Arbeitsbedingungen soweit verbessert wurden, dass keine konkreten Gefährdungen mehr vorhanden sind.

Die Art der Kostenübernahme wurde kontrovers diskutiert. Ein Teil der Gruppe favorisierte die direkte Verrechnung zwischen Leistungserbringer und Unternehmer. Nur so wäre das o. g. Steuerungsinstrument wirksam. Ein anderer Teil der Gruppe sprach sich für eine Kostenübernahme durch die rein von den Arbeitgebern finanzierte Berufsgenossenschaft aus. Dieses Modell nach dem Solidaritätsprinzip erlaube eine effektive Betreuung der Kleinbetriebe, die ansonsten nicht möglich sei. Gegenüber diesem Vorteil sei die zusätzliche Belastung der Großbetriebe hinzunehmen. Der fehlende Anreiz über die Einsparmöglichkeit von Kosten zur AMVU, die bei diesem Modell für den einzelnen Betrieb nicht gegeben ist, wurde ebenfalls als nicht relevant angesehen. Die Entscheidung eines Unternehmers zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen hänge nicht wesentlich davon ab, ob er hiermit Folgekosten für nicht mehr erforderliche AMVU einsparen könne.

Im Zusammenhang mit der Veranlassung von AMVU wurde auch die Gefährdungsbeurteilung in Kleinbetrieben diskutiert. Die Gruppe war einhellig der Meinung, dass hier gegenüber der in Deutschland vorzufindenden Praxis Verbesserungen erforderlich seien. In welcher Form diese Verbesserungen erreicht werden könnten wurde u. a. aus Zeitgründen nicht mehr diskutiert.

6 Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 2: Deutschland und Finnland

Dr. Yvonne Grabbe

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

6.1 Arbeitsmedizinische Vorsorge in Finnland

Die Besonderheit des finnischen Systems ist der sehr umfassende Ansatz der arbeitsmedizinischen Vorsorge mit einem vergleichsweise hohen Anteil an Pflichtuntersuchungen. Im Fokus der AMVU stehen nicht nur arbeitsbedingte Risiken, sondern generell alle Risikofaktoren, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit eines Beschäftigten beeinträchtigen können.

1 Zielstellung, Anlässe und Inhalte

- **Sehr umfassender Ansatz arbeitsmedizinischer Vorsorge**
Berücksichtigung finden alle Risikofaktoren, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten beeinträchtigen können.
- **Vergleichsweise hoher Anteil von Pflichtuntersuchungen**
Pflichtuntersuchungen bei ionisierender Strahlung, Gefahrstoffen, Nacharbeit, Lärm, Druckluft, Vibratoren, Hitze, Kälte und Stäube.
- **Detaillierte Verfahrensleitlinien für Durchführung der AMVU**

4 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 6.1 Finnland: Ziele, Anlässe und Inhalte

Für nahezu alle Untersuchungsanlässe gibt es detaillierte Verfahrensleitlinien über Untersuchungshäufigkeiten und -anlässe. Neben den „klassischen Risikofaktoren“ sind auch psychische Belastungsfaktoren, z. B. im Rahmen von Stress-Assessments, häufig Bestandteil von AMVU.

Gerade bei älteren Beschäftigten werden „aus Tradition“ vermehrt Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, ohne dass es hierfür explizite Standards gibt.

Anders als in Deutschland sind das allgemeine Gesundheitssystem und die arbeitsmedizinische Versorgung in Finnland eng verknüpft. Zum einen können Beschäftigte ihren Betriebsarzt auch als Hausarzt wählen, zum anderen können Betriebsmediziner auch Dienstleistungen der medizinischen Grundversorgung anbieten.

1 Zielstellung, Anlässe und Inhalte

- **Enge Verknüpfung von Diagnostik und kurativen Maßnahmen**
Beschäftigte können ihren Betriebsarzt auch als Hausarzt wählen.
- **Keine besonderen Regelungen für ‚neue‘ Risikofaktoren**
Für den Bereich der psychischen Belastungen und der muskulo-skelettalen Erkrankungen gibt es keine verbindlichen Regeln.
- **Stress-Assessment jedoch häufig freiwillig Bestandteil der AMVU**

5

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 6.2 Finnland: Ziele, Anlässe und Inhalte (Fortsetzung)

AMVU werden in der Regel von externen betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzdiensten durchgeführt. Mehr als die Hälfte der Betriebe (60 %) nehmen kommunale Einrichtungen, 33 % private Medizinzentren in Anspruch.

Insgesamt arbeiten 5.300 Personen verschiedener Disziplinen im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Neben Ärzten sind auch Krankenschwestern, Psychologen, Physiotherapeuten und andere Fachrichtungen beteiligt. Die meisten AMVU werden von Betriebskrankenschwestern durchgeführt.

Nur qualifizierte Fachkräfte dürfen im Arbeits- und Gesundheitsschutz arbeiten. Die arbeitsmedizinische Qualifikation wird zusätzlich zur Grundqualifikation durch einen siebenwöchigen Kurs in Arbeitsmedizin erbracht. Es obliegt den Arbeitgebern, sicher zu stellen, dass die Betroffenen ihr fachliches Können alle drei Jahre durch Weiterbildungsmaßnahmen erhalten.

2 Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

- **Fokus auf externe Dienstleister**
AMVU werden vorwiegend von externen Diensten/Ärzten durchgeführt, meist von kommunalen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (61% aller Unternehmen im Jahr 2000).
- **Multidisziplinäre Dienste**
Neben Ärzten sind auch Krankenschwestern, Physiotherapeuten und Psychologen ausdrücklich an der betriebsmedizinischen Versorgung beteiligt.
- **Professionalisiertes System**
Sowohl Allgemeinärzte als auch Betriebskrankenschwestern, die (jeweils) mindestens einen 7-wöchigen Kurs in Arbeitsmedizin absolviert haben, dürfen AMVU durchführen.

6

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 6.3 Finnland: Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

Neben der Durchführung von Untersuchungen gehören zu den Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsschutzes auch regelmäßige Arbeitsplatzbegehungen und -besichtigungen sowie die Beratung der Betriebe hinsichtlich einer gesundheitsfördernden Gestaltung der Arbeitsbedingungen, der Rehabilitation behinderter Beschäftigter und der Unterstützung von Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit.

Das umfassende System arbeitsmedizinischer Versorgung bringt einen hohen Bedarf an Arbeitsmedizinern mit sich. Gegenwärtig sind etwa 4 % der finnischen Ärzte in der betrieblichen Gesundheitsfürsorge tätig. Schon jetzt besteht ein Mangel an Arbeitsmedizinern, im Jahr 2001 hatten nur rund 38 % der 1.000 arbeitsmedizinischen Dienste einen Arbeitsmediziner. Diese Situation wird sich verschärfen, wenn nicht entsprechende Gegenmaßnahmen getroffen werden.

2 Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

- **Unterversorgung an spezialisierten Arbeitsmedizinern**
Der jetzt schon bestehende Mangel an Arbeitsmedizinern (im Jahr 2001 hatten nur rund 38 % der 1.000 AMD einen Arbeitsmediziner) wird sich noch verstärken, wenn nicht entsprechende Gegenmaßnahmen getroffen werden.

7 ■ 03.06.2005
■ Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 6.4 Finnland: Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer (Fortsetzung)

Sowohl die Beschäftigten als auch die Arbeitgeber, das Arbeitsplatzsicherheitskomitee und die Arbeitsschutzbeauftragten haben Anrecht auf Informationen, die im Zusammenhang mit der Gesundheit der Beschäftigten und der Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen stehen. Daher sollen die Dienstleister den Arbeitgebern auch Bericht über ihre medizinischen Untersuchungen erstatten, wenn die Resultate wichtig für den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten sind.

Neben dem Arbeitnehmer erhält auch der Arbeitgeber zu jeder Pflichtuntersuchung eine Bescheinigung, die Aufschluss über die gesundheitliche Befähigung des Arbeitnehmers zur Ausübung der Tätigkeit gibt. Die Ergebnisse der AMVU können zur Notwendigkeit der Modifikation des Arbeitsplatzes, zu einer Versetzung des Arbeitnehmers oder dazu führen, dass der Arbeitnehmer die Tätigkeit nicht weiter ausführen kann.

Von einem Beschäftigten darf keine Weiterarbeit verlangt werden, wenn eine AMVU erbracht hat, dass bei einer Weiterbeschäftigung die Gesundheit dieses Beschäftigten gefährdet werden würde.

3 Konsequenzen

- **Meldung des Untersuchungsergebnisses an den Arbeitgeber**
Neben dem Arbeitnehmer erhält auch der Arbeitgeber zu jeder (Pflicht-)Untersuchung eine Bescheinigung der „gesundheitlichen Befähigung“.
- **Kein Zwang zu gesundheitsgefährdender Arbeit**
Wird bei einer AMVU ein Gesundheitsrisiko entdeckt, darf von dem Beschäftigten keine Weiterarbeit verlangt werden.

8 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 6.5 Finnland: Konsequenzen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen

Das finnische Gesundheitswesen wird überwiegend aus Steuermitteln und nur zu einem geringen Teil aus Krankenkassenbeiträgen und Selbstbezahlungen der Versicherten finanziert. Das Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit ist die oberste normsetzende Behörde für Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Abteilung für Arbeitssicherheit und Gesundheit (OSH) überwacht, kontrolliert und verwaltet den Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Die (im Vergleich zu anderen Ländern in hoher Anzahl vertretenen) Pflichtuntersuchungen müssen sowohl von den Arbeitgebern bereit gestellt, als auch von den Arbeitnehmern wahrgenommen werden. Grundsätzlich tragen die Arbeitgeber die Kosten der AMVU. Aufgrund des breiten Aufgabenspektrums der Betriebsmedizin in Finnland können für kurative Maßnahmen jedoch (bis zu 50 %) der betrieblichen Ausgaben für Betriebsmedizin durch den Staat refinanziert werden.

4 Steuerung und Finanzierung

- **Vergleichsweise hoher Anteil von Pflichtuntersuchungen**
- **Auch Arbeitnehmer werden gesetzlich zur Teilnahme an AMVU verpflichtet**
- **Detaillierte, einheitliche Vorgaben für Untersuchungshäufigkeiten und -inhalte**
- **Arbeitgeberfinanzierung mit staatlicher Erstattungsmöglichkeit**
Die Kosten der AMVU werden zunächst von den Unternehmern getragen; diesen können vom Staat bis zu 50% der Kosten erstatten werden.

9

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 6.6 Finnland: Steuerung und Finanzierung

Folgende Punkte stehen im Zusammenhang mit AMVU aktuell zur Diskussion: Inhalte und Anlässe, Evaluation und Qualifikation.

Die inhaltlichen Standards für die Inhalte der AMVU sind umfassend überarbeitet worden und wurden eingeführt. Darüber hinaus wird in vielen AMVU schon jetzt das Instrument zur Erfassung der psychischen und körperlichen Arbeitsfähigkeit (WAI: Work Ability Index) eingesetzt. Der Ansatz der AMVU zur Förderung der körperlichen und psychischen Arbeitsfähigkeit aller Beschäftigter soll ausgeweitet werden.

Aktuell wird auch die Evidenzbasierung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen diskutiert. Hierzu wurde eine Kooperation mit der Cochrane Collaboration angestoßen.

Ein kritischer Punkt ist auch die vergleichsweise geringe Qualifikation der Leistungserbringer bei gleichzeitig bestehendem Mangel an Arbeitsmedizinern. In einem aktuellen Strategiepapier „Occupational Health 2015“ stehen daher insbesondere eine verbesserte Ausbildung der Leistungserbringer und eine stärkere Präventionsorientierung des Vergütungssystems im Vordergrund.

5 Aktuelle Diskussion und Perspektiven

- **Stärkere Evidenzbasierung der AMVU wird gefordert, insbesondere bei niedrigen Expositions-Niveaus**
- > Zusammenarbeit mit Cochrane-Collaboration: <http://www.cohf.fi/>
- **Weiterer Ausbau des „Work- ability“-Ansatzes**
- **Anstieg der Anzahl privater Anbieter von arbeitsmedizinischer Dienste, Rückgang betriebseigener und kommunaler Anbieter**
- **Strategie-Papier „Occupational Health 2015“**
Verbesserte Ausbildung und ein präventionsorientiertes Vergütungssystem stehen im Vordergrund legislativer Bemühungen.
- **Allgemein hoher Durchdringungsgrad**
Insgesamt haben rund 90% aller Arbeitnehmer Zugang zu AMD, Schwächen gibt es jedoch vor allem bei Kleinbetrieben und in der Landwirtschaft

10

■ 03.06.2005
■ Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 6.7 Finnland: Aktuelle Diskussion und Perspektiven

6.2 Stärken- und Schwächenanalyse

Nach der einleitenden Präsentation zur arbeitsmedizinischen Vorsorge in Finnland wurden die Stärken und Schwächen dieses Systems im Vergleich zum deutschen System herausgearbeitet. Die Hauptergebnisse sind in Abbildung 6.8 zusammengefasst und werden im Folgenden erläutert.

Vor- und Nachteile des finnischen Systems

Besondere Pluspunkte

- umfassender „Public Health“ - Ansatz
- hoher Anteil an Pflichtuntersuchungen
- hoher Durchdringungsgrad

Nachteile

- Vergleichsweise geringe Qualifikation der Leistungserbringer

3

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 6.8 Zusammenfassung: Stärken und Schwächen des finnischen Systems der arbeitsmedizinischen Versorgung

Bezüglich der **Anlässe und Ziele** arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen wurde der umfassende „Public-Health“ – Ansatz in Finnland besonders positiv herausgestellt.

Für gut befunden wurde prinzipiell auch die starke Vernetzung verschiedener Disziplinen und die praktizierte Kooperation von Arbeitsmedizinern und anderen medizinischen Fachrichtungen. Dennoch sollten kurative und arbeitsmedizinische Leistungen nicht (wie in Finnland) „aus einer Hand“ erbracht werden. Hierdurch könnte insbesondere auch die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patienten, bzw. Arbeitnehmer gestört werden und auf Seiten des Arztes könnten Rollenkonflikte entstehen.

Bezüglich des **rechtlichen Status** wurde sowohl in Finnland als auch in Deutschland der hohe Anteil an Pflichtuntersuchungen aus Sicht der Arbeitsmedizin als Pluspunkt gewertet. Als Schwäche für Deutschland wurde genannt, dass die Untersuchungsanlässe und -häufigkeiten des Öfteren nicht der Schwere der Erkrankung angemessen seien. Die umfassende Dokumentation der Inhalte und Durchführungsvorschriften in Finnland wurde begrüßt. Aus Perspektive der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen sind Pflichtuntersuchungen jedoch grundsätzlich in Frage zu stellen.

Die Arbeitgebervertretungen brachten ein, dass sowohl in Deutschland als auch in Finnland Pflichtuntersuchungen nur dann zu rechtfertigen sind, wenn die Kausalität zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen abgesichert und die Konsequenzen aus den Ergebnissen von AMVU transparent geregelt sind und eingehalten werden. Die Arbeitnehmer lehnten Pflichtuntersuchungen grundsätzlich ab, da sie eine Verletzung der Persönlichkeitsrechte der Beschäftigten sahen.

Von allen Teilnehmern wurde am finnischen System die obligatorische Meldung der Untersuchungsergebnisse an den Arbeitgeber kritisiert, da hier ein deutlicher Konflikt mit den Persönlichkeitsrechten der Arbeitnehmer gesehen wurde.

Als Schwäche beider Systeme wurde das Fehlen transparenter und eindeutiger Regelungen im Umgang mit „neuen“ Risikofaktoren wie psychischer und muskuloskeletaler Belastungen gesehen, wobei diese Anlässe im finnischen System zumindest schon Berücksichtigung finden.

Hinsichtlich der **Qualifikation der Leistungserbringer** wurde die hohe Professionalität und Qualifikationserfordernisse der deutschen Arbeitsmediziner als Stärke des deutschen Systems herausgestellt.

Die Zusatzqualifikationen der Arbeitsmediziner in Finnland wurden als nicht hinreichend befunden. Was jedoch das Assistenzpersonal in Person der qualifizierten Betriebskrankenschwestern angeht, hat das finnische System Vorteile, zumal auch in Deutschland viele Untersuchungen trotz der formalen Arztzentrierung in der Praxis von Hilfspersonal durchgeführt werden.

Ein weiterer Pluspunkt des finnischen Systems ist die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, insbesondere auch die Integration von Psychologen und Physiotherapeuten in die arbeitsmedizinische Versorgung.

Im Hinblick auf die **Steuerung, Organisation und Finanzierung** arbeitsmedizinischer Versorgung kam die Gruppe zu dem Schluss, dass eine weitere Stärke des finnischen Systems in der Steuerung durch ein Ministerium liegt: Die Abteilung Arbeitssicherheit und Gesundheit ist im Ministerium für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten integriert. Ebenfalls begrüßenswert erschien der hohe Durchdringungsgrad des finnischen Systems und die Organisationsform der medizinischen Gesundheitszentren.

Hinsichtlich der Finanzierung sind die beiden Systeme kaum vergleichbar, da die Inhalte finnischer Vorsorgeuntersuchungen sehr viel umfassender sind und nicht – wie in Deutschland – auf dem reinen Kausalitätsprinzip beruhen. Daher ist es plausibel, dass in Finnland eine Verteilung der Kosten auf Staat und Arbeitgeber praktiziert wird, während die finanzielle Last in Deutschland allein vom Arbeitgeber getragen wird. Eine Evidenzbasierung der Vorsorgeuntersuchungen ist aber allerdings in beiden Systemen einzufordern.

Im Vergleich wurde dem finnischen System eine höhere Transparenz als dem deutschen System attestiert.

6.3 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in Globalien: Empfehlungen der Arbeitsgruppe Finnland

Ausgehend von der Stärken-Schwächen-Analyse wurden Empfehlungen für ein System der arbeitsmedizinischen Vorsorge in Globalien abgeleitet.

Das System arbeitsmedizinischer Vorsorge soll auf vier Grundprinzipien basieren: Transparenz, Einheitlichkeit, Dokumentation und Evaluation. (Abb. 6.9). Die Prinzipien Transparenz und Dokumentation sind dabei eng miteinander verknüpft, denn nur ein gut dokumentiertes System kann transparent sein. Besonders der Nachweis der Angemessenheit und der Zielerreichung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen wird als wichtig erachtet.

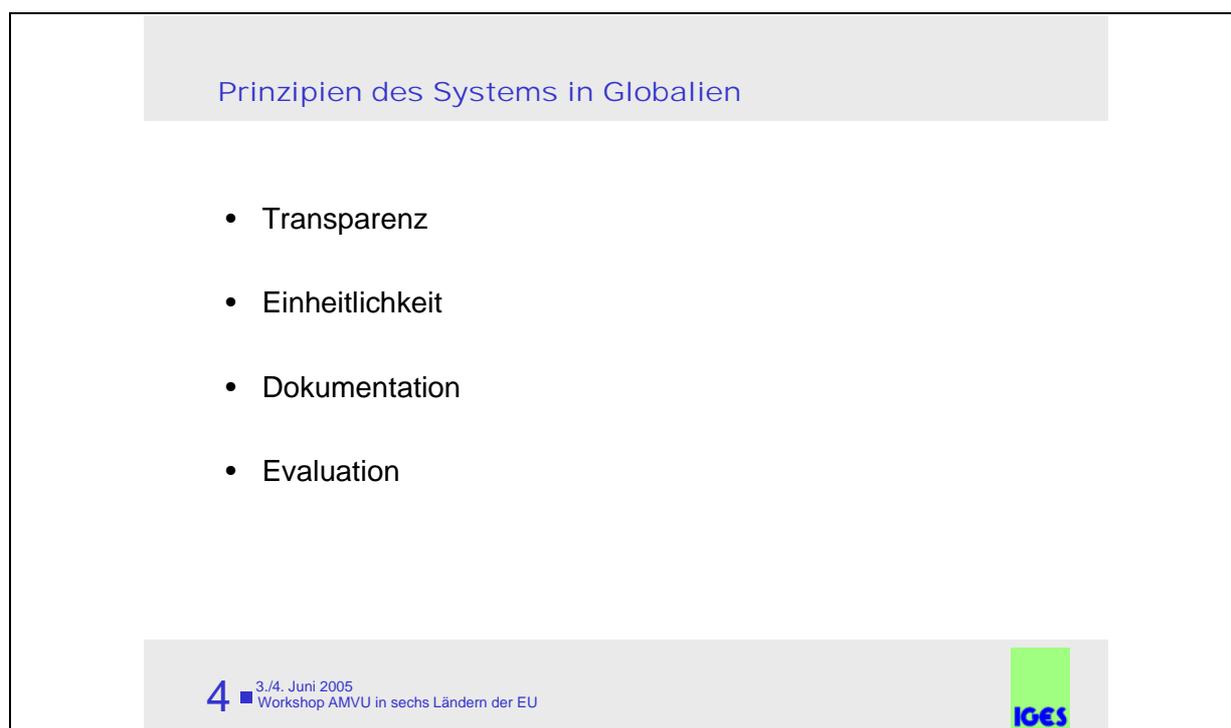


Abb. 6.9 Empfehlungen: Prinzipien des Systems in Globalien

Hinsichtlich der Ziele, Anlässe und Inhalte lehnt sich das System in Globalien stark an das finnische System an. Auch in Globalien wird ein breiter „Public-Health“-Ansatz verfolgt.

Ziel arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen sind dementsprechend Erhalt und Förderung der psychischen und körperlichen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit aller Beschäftigter. Psychische und psychosomatische Risikofaktoren werden explizit mit aufgenommen, da davon auszugehen ist, dass in der Arbeitswelt der Zukunft psychischen Belastungsfaktoren eine noch größere Bedeutung zukommen wird als heute. Die Faktoren müssen nicht notwendigerweise arbeitsbedingt sein.

Angedacht sind effiziente, kurze Basisuntersuchungen mit Hilfe validierter Checklisten.

Ziele, Anlässe und Inhalte

- Ziel: Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit aller Beschäftigten („public health“ - Ansatz)
- Risikofaktoren müssen nicht notwendigerweise durch die Arbeit bedingt sein (äquivalent zu Finnland)
- Einbezug „neuer“ Risikofaktoren, z.B. psychische Faktoren
- Pathogenese und Salutogenese
- effiziente, kurze Basisuntersuchung mit Hilfe von Checklisten

5

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 6.10 Empfehlungen: Ziele, Anlässe und Inhalte

Angestrebt wird eine enge Vernetzung der Arbeitsmedizin mit den anderen medizinischen Fachdisziplinen, wobei medizinische Grundversorgung und arbeitsmedizinische Leistungen jedoch nicht in einer Hand liegen. Es soll auch eine enge Kooperation zwischen Medizinern und anderen Fachdisziplinen (z. B. Psychologen, Physiotherapeuten) stattfinden, die durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) realisiert werden soll, in denen der Arbeitsmediziner als Konsiliarier anderer Fachdisziplinen agiert. In den medizinischen Versorgungszentren sind Qualitätsmanagement-Systeme etabliert.

Die MVZ werden vor allem deshalb als Modell der Zukunft angesehen, da voraussichtlich der Anteil an kleinen Unternehmen mit einer geringen Anzahl an Mitarbeitern weiter ansteigen wird. Durch MVZ können auch Beschäftigte kleiner Unternehmen eine qualitativ hochwertige, arbeitsmedizinische Versorgung erhalten. Grundsätzlich sollen aber auch andere Organisationsformen wie Einzelpraxen von Arbeitsmedizinern zugelassen sein.

Organisation der Leistungserbringer

- Enge Vernetzung von Arbeitsmedizin und kurativer Medizin
- Interdisziplinarität, Integrierte Versorgung,
- MVZ mit Arbeitsmedizinern, der Arbeitsmediziner als Konsiliarius
- Integration von QM
- multiple Ansätze: auch Einzelpraxen von Arbeitsmedizinern, Selbständige

7 3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 6.11 Empfehlungen: Organisation der Leistungserbringer

Das System in Globalien zeichnet sich durch hoch qualifizierte Leistungserbringer aus. Die Arbeits- und Betriebsmedizin ist wie in Deutschland zu großen Teilen in Händen von Ärzten mit Zusatzqualifikation. Allerdings besteht die Notwendigkeit die Qualifikationen (Kursbuch) an die erweiterten Ziele und Inhalte anzupassen.

Den Arbeitsmedizinern wird hoch qualifiziertes Assistenzpersonal, vergleichbar mit den finnischen „Public Health Nurses“ zur Seite gestellt. Das Berufsbild für das Assistenzpersonal ist allerdings noch zu entwickeln.

Qualifikation der Leistungserbringer

- hohe Qualifikation der Leistungserbringer und Arztzentriertheit wie im deutschen System erhalten, aber an die erweiterten Ziele der AMVU anpassen (Kursbuch)
- hochqualifiziertes Assistenzpersonal
- Entwicklung eines Berufsbildes für das Assistenzpersonal

8 3./4. Juni 2005
■ Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 6.12 Empfehlungen: Qualifikation der Leistungserbringer

Das System der arbeitsmedizinischen Versorgung in Globalien basiert auf einer transparenten Mischfinanzierung nach dem Verursacherprinzip, d. h. dann wenn eine Kausalität zwischen Arbeitsbedingungen und Krankheit nachgewiesen ist, sind die Kosten von den Arbeitgebern zu zahlen, in anderen Fällen sind weitere Kostenträger heranzuziehen.

Die weiteren Kostenträger sind noch zu bestimmen: Diskutiert wurden hauptsächlich Staat, Krankenkassen und Privatpersonen.

In Globalien ist außerdem ein Bonusmodell für gesundheitsfördernde Betriebe vorgesehen, in dem Betriebe mit einem besonders umfassenden System der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgezeichnet und belohnt werden.

Finanzierung und Steuerung

Transparente Mischfinanzierung mit Verursacherprinzip:

- Was vom Betrieb, bzw. arbeitsbedingt verursacht ist, ist vom Betrieb (Arbeitgeber) zu zahlen
- Private Inanspruchnahme ist von privat zu zahlen
- Weitere mögliche Kostenträger: Krankenkassen (?), Staat (?)
- Bonusmodell für gesundheitsfördernde Betriebe

Abb. 6.13 Empfehlungen: Finanzierung und Steuerung

Ein hoher Durchdringungsgrad soll in Globalien durch eine regionalisierte Verteilung von Arbeitsmedizin erzielt werden. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass der Ausbau der interdisziplinären medizinischen Versorgungszentren zu einem erleichterten Zugang zu AMVU auch bei flexiblen Arbeitszeitmodellen und Kleinstbetrieben führt.

Durchdringungsgrad

- Regionalisierte Verteilung von Arbeitsmedizin
- erleichtertes Zugang zu AMVU auch bei flexiblen Arbeitsmodellen und Kleinbetrieben durch Interdisziplinarität, Vernetzung und MVZ

10 ■ 3./4. Juni 2005
Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 6.14 Empfehlungen: Durchdringungsgrad

Abschließend ist festzuhalten, dass das System in Globalien viele Elemente des finnischen, aber auch einige Kernelemente des deutschen Systems übernimmt (z. B. im Hinblick auf die Qualifikation der Leistungserbringer). Die Arbeitsgruppe hat darüber hinaus eigene innovative Ideen entwickelt, wenn weder das finnische noch das deutsche System für zielführend, praktikabel und zukunftsgerecht gehalten wurde.

7 Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 3: Deutschland und Frankreich

Hans-Dieter Nolting

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

7.1 Arbeitsmedizinische Vorsorge in Frankreich

Besonders charakteristisch für das französische AMVU-System sind die risikounabhängigen und für alle Beschäftigten verpflichtenden arbeitsmedizinischen Routineuntersuchungen (Abb. 7.1). Bis zum Jahr 2003 wurden diese Untersuchungen jährlich durchgeführt, erst 2004 wurde ein zweijähriger Rhythmus eingeführt.

1 Zielstellung, Anlässe und Inhalte

- **Risikounabhängige verpflichtende Routineuntersuchung**
Zwei-jährliche Routineuntersuchung aller Beschäftigten. Jährliche Untersuchungen, wenn Betriebsärzte dies für notwendig erachten. Ferner Untersuchungen bei Anlässen, wie Arbeitsunfähigkeit von mehr als 21 Tagen.
- **Hoher Anteil von Pflichtuntersuchungen**
Pflichtuntersuchungen bei ionisierender Strahlung, Gefahrstoffen, Lärm und Bildschirmtätigkeit.
- **Vergleichsweise geringe Regulierung der Untersuchungsinhalte**
Es gibt einen vorgegebenen Rahmen des INRS, innerhalb dessen die Ärzte relativ frei agieren können. Bemühungen um mehr Harmonisierung werden von Betriebsärzten tendenziell als Beschneidung Ihrer Unabhängigkeit empfunden

4

03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 7.1 Frankreich: Ziele, Anlässe und Inhalte

Darüber hinaus kennt das französische System auch verbindliche AMVU nach Ereignissen wie Arbeitsunfällen oder einer längerdauernden krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit.

Neben einem im Vergleich zu anderen Ländern hohen Anteil von Pflichtuntersuchungen bei spezifischen Expositionen (z. B. auch bei Bildschirmarbeit) zeichnet sich Frankreich dadurch aus, dass die Arbeitnehmer ein grundsätzliches Recht auf AMVU haben, wenn sie ihre Gesundheit durch die Arbeit für gefährdet halten.

1 Zielstellung, Anlässe und Inhalte

- **Grundsätzliches Recht der Arbeitnehmer auf AMVU**
- **Keine besonderen Regelungen für ‚neue‘ Risikofaktoren**
Für den Bereich der psychischen Belastungen und der muskulo-skelettalen Erkrankungen gibt es keine verbindlichen Regeln, ebenso wenig für hautgefährdende Erkrankungen.

5 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 7.2 Frankreich: Ziele, Anlässe und Inhalte (Fortsetzung)

AMVU werden ausschließlich durch Arbeitsmediziner erbracht, die staatlich festgelegte Weiterbildungsgänge absolviert haben. Alle Arbeitsmediziner müssen bei einer staatlichen Stelle registriert sein.

Die Betreuung wird durch betriebsmedizinische Dienste erbracht, die von den Unternehmen ab einer bestimmten Größe selbst eingerichtet werden müssen oder denen sich die Unternehmen anschließen. Die Arbeitsmediziner bzw. betriebsmedizinischen Dienste stehen gegenüber den Unternehmen jedoch nicht in einem Angestellten- bzw. Dienstleistungsverhältnis, was den Diensten große Unabhängigkeit gegenüber den Unternehmen sichert (vgl. dazu auch weiter unten die Ausführungen zur Finanzierung).

Im Zuge von Reformvorhaben soll das bestehende System der arbeitsmedizinischen Vorsorge in Richtung einer stärkeren Multidisziplinarität weiterentwickelt werden. Bis vor kurzem arbeiteten in den arbeitsmedizinischen Diensten ausschließlich Ärzte und ärztliches Hilfspersonal. In Zukunft sollen die Dienste um Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Arbeitspsychologen usw. erweitert werden („Pluridisziplinarität“).

2 Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

- **Fokus auf externe Dienstleister**
AMVU werden vorwiegend von externen Betriebsgesundheitsdiensten/Ärzten durchgeführt.
- **Ein stark arztzentriertes System wird reformiert**
Auf dem Weg zur „Pluridisziplinarität“: Aus „service médicaux de travail“ werden „service de santé au travail“.
- **Hochprofessionalisiertes System mit klaren Anforderungen**
Voraussetzungen für die Tätigkeit als Betriebsarzt sind gesetzlich festgelegt (4 Jahre Facharzt-Weiterbildung für Diplom, 2 Jahre für Zertifikat), Arbeitsmediziner müssen sich zusätzlich registrieren lassen.

6

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 7.3 Frankreich: Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

Französische Arbeitsmediziner sollen laut Gesetz mindestens ein Drittel ihrer Arbeitszeit vor Ort in den Betrieben verbringen (sog. „Tiers temps“-Regelung). Diese Regelung verdankt sich der Tatsache, dass der traditionell starken Dominanz der Vorsorgeuntersuchungen im Tätigkeitsspektrum der Arbeitsmediziner entgegen gewirkt werden soll.

Die jüngst eingeleiteten Reformvorhaben (Verlängerung des Zeitintervalls zwischen den Routineuntersuchungen, Pluridisziplinarität) im Bereich der arbeitsmedizinischen Betreuung stehen auch im Zusammenhang mit einem für die nahe Zukunft absehbaren Mangel an Arbeitsmedizinern.

2 Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

- **Vorgaben zur Zahl der Betriebe / Beschäftigten und zur Aufteilung der Arbeitszeit**
Betriebsärzte können sowohl nur für einzelne Unternehmen als auch firmenübergreifend tätig werden, jedoch nur für max. 3.300 Beschäftigte / 450 Betriebe jährlich. Vorgaben zum Anteil der Arbeitszeit, die vor Ort im Betrieb geleistet werden muss (1/3 der Arbeitszeit).
- **Sinkende Anzahl an Betriebsärzten**
Ihre Zahl wird in den nächsten 10 Jahren von z.Zt. 6.500 auf 3.000 zurückgehen. Deshalb können seit 2002 in Ausnahmefällen auch Ärzte ohne Diplom oder Zertifikat Betriebsärzte werden.

7

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 7.4 Frankreich: Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer (Fortsetzung)

Auch in Frankreich erstellen die Arbeitsmediziner bei jeder AMVU eine Bescheinigung, auf der – vergleichbar dem Verfahren in Deutschland – das Untersuchungsergebnis vermerkt ist und von der der Arbeitgeber eine Kopie erhält.

Bei gesundheitlichen Bedenken gegen einen Fortführung der Tätigkeit greift ein mehrstufiges Verfahren, bei dem der Arbeitsmediziner eine aktive Rolle spielt, insofern er dem Arbeitgeber vorschlägt, was getan werden sollte (z. B. Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz oder Veränderung des gegenwärtigen Arbeitsplatzes). Der Arbeitgeber muss explizit begründen, wenn er diesen Vorschlägen nicht folgen will oder kann. Staatliche Aufsichtsbehörden können in das Verfahren eingeschaltet werden.

Im äußersten Fall, wenn keine andere Lösung gefunden wurde, kann das Arbeitsverhältnis beendet werden. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des französischen Arbeitsrechts zum Kündigungsschutz etc.

3 Konsequenzen

- **Ärztliche Bescheinigung des Untersuchungsergebnisses auch an den Arbeitgeber**
Neben dem Arbeitnehmer erhält auch der Arbeitgeber eine Bescheinigung über das Untersuchungsergebnis bzw. die gesundheitliche „Befähigung“ (fiche d'aptitude).
- **Arbeitsmediziner kann gesundheitliche Bedenken bis zum Beschäftigungsverbot formulieren („inaptitude“)**
Arbeitsmediziner macht konkrete Vorschläge zur Arbeitsplatzmodifikation oder betriebsinternen Umsetzung, der Arbeitgeber muss ggf. begründen, warum keine Lösung möglich.

8 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 7.5 Frankreich: Konsequenzen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen

Das französische AMVU-System ist weitgehend durch staatliche Rechtsvorschriften reguliert und zeichnet sich im europäischen Vergleich durch einen hohen Verpflichtungsgrad aus.

Die Finanzierung von AMVU bzw. der arbeitsmedizinischen Betreuung erfolgt ausschließlich durch die Arbeitgeber, die gesetzlich verpflichtet sind, einen bestimmten Teil der Lohn- und Gehaltssumme für Aufgaben wie die betriebsmedizinische Betreuung aufzuwenden.

4 Steuerung und Finanzierung

- **Problematisches Nebeneinander von Staat und Selbstverwaltung**
Die Steuerung durch den Staat spielt in Frankreich eine stärkere Rolle, die Aufgabenabgrenzung zwischen Staat und Selbstverwaltung ist teilweise unklar und konfliktreich.
- **Hoher Regulierungs- und Verpflichtungsgrad**
- **Arbeitgeberfinanzierung**
Die Kosten der AMVU werden von den Unternehmern getragen.
Aber: Die Unternehmen sind gesetzlich verpflichtet, einen bestimmten Anteil der Lohnsumme für Aufgaben wie die betriebsmedizinische Betreuung aufzuwenden.

9

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 7.6 Frankreich: Steuerung und Finanzierung

7.2 Stärken- und Schwächenanalyse

Breiten Raum nahm in der Arbeitsgruppe die Diskussion über die periodischen, risikounabhängigen Pflichtuntersuchungen ein. Die Meinungen dazu waren kontrovers:

- Einerseits wurde bemängelt, dass solche obligatorischen Untersuchungen für alle Arbeitnehmer einen unververtretbaren Zwang bedeuteten und wegen der Risiko-unabhängigkeit letztlich ohne klare Zielsetzung seien und mit einer Verschwendung von Ressourcen einher gingen.
- Andererseits wurde hervorgehoben, dass ein solcher Ansatz sinnvoll sein könnte, wenn die Zielsetzung auf die allgemeine gesundheitliche Prävention erweitert würde.
- Die französische Teilnehmerin in der Arbeitsgruppe machte demgegenüber geltend, dass eine solche Erweiterung auf die allgemeine Prävention nicht sinnvoll sei, da nach ihren Erfahrungen eine 20-minütige Untersuchung in 2-jährigem Rhythmus gar nicht ausreiche, um alle gesundheitlichen Fragen im Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit mit dem Beschäftigten erörtern zu können. Aus ihrer Sicht ist die periodische Untersuchung ein notwendiges und sinnvolles Instrument der arbeitsmedizinischen Vorsorge.
- Ergänzend wurde der Vorschlag einer periodischen Angebotsuntersuchung für Arbeitnehmer gemacht, die mit sowohl arbeitsmedizinischer als auch allgemeinpräventiver Zielsetzung in Kooperation von Betriebs- und Hausärzten durchgeführt werden könnte.

Ziele, Anlässe, Inhalte:	Stärken-Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Periodische risikounabhängige Pflichtuntersuchungen in Frankreich: 	
<ul style="list-style-type: none"> ☹ Zuviel Zwang ☹ Verschwendung von knappen ärztlichen Ressourcen ☹ Ziele dieser Untersuchungen unklar, „Gießkannenprinzip“ 	
<ul style="list-style-type: none"> ☺ Wäre ein gutes Konzept, wenn die Ziele auf den gesamten Bereich der allgemeinen Prävention erweitert würden 	
<ul style="list-style-type: none"> ☺ 20 Minuten alle 2 Jahre reichen gar nicht aus, um alle relevanten arbeitsassoziierten Fragen mit dem Beschäftigten zu klären. 	
<ul style="list-style-type: none"> ☺ Eventuell als Anrecht der Arbeitnehmer auf eine regelmäßige Untersuchung - z.B. in Kooperation von Betriebs- und Hausärzten. 	
<p>2 ■ 3./4. Juni 2005 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU</p>	

Abb. 7.7 Frankreich: Stärken und Schwächen bzgl. Zielen, Anlässen und Inhalten von AMVU

Demgegenüber wurde die Verknüpfung von AMVU mit definierten Risiken sowie die Notwendigkeit zur Begründung von Untersuchungspflichten durch vorgängige Gefährdungsbeurteilungen als Stärke des deutschen AMVU-Systems hervorgehoben.

Dagegen wurde kritisch eingewandt, dass vielfach nicht sichergestellt sei, dass die Gefährdungsbeurteilungen von den Unternehmen auch tatsächlich durchgeführt würden. Eine Stärke des französischen Systems sei es daher, dass die Beschäftigten unabhängig von der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen durch ihr Unternehmen in den Genuss von AMVU kommen.

Ziele, Anlässe, Inhalte:	Stärken-Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Eingrenzung von AMVU auf definierte Anlässe in Deutschland: <ul style="list-style-type: none"> ☺ Begrenzung von AMVU auf klar definierte Risiken ist angemessener, zumal die Betriebsärzte andere wichtige Aufgabe („Gesundheitsmanagement“) erfüllen müssen. ☺ Begründung der Notwendigkeit von AMVU aufgrund von vorgängig durchzuführenden „objektiven“ Maßnahmen ist sinnvolles Konzept ☺ Wie ist sicher gestellt, dass die Betriebe die erforderlichen Gefährdungsbeurteilungen, die die Untersuchungspflichten begründen auch tatsächlich durchführen? 	
<p>3 ■ 3./4. Juni 2005 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU</p>	

Abb. 7.8 AG Frankreich: Stärken und Schwächen bzgl. Zielen, Anlässen und Inhalten von AMVU (Fortsetzung)

Eine Mehrheit in der Arbeitsgruppe Frankreich befürwortete die in Abbildung 7.9 gezeigten Empfehlungen für das AMVU-System Globalien. Diese Empfehlungen würden aus deutscher Perspektive eine Straffung der Anlässe für AMVU bei gleichzeitiger Verschärfung des Verpflichtungscharakters bedeuten.

Ferner bestand in der AG Konsens darüber, dass die Untersuchungsinhalte (BG-Grundsätze) verbindlich vorgegeben werden sollten.

Ziele, Anlässe, Inhalte:	Empfehlungen für Globalien
<ul style="list-style-type: none"> • Eine kleine Zahl von Pflichtuntersuchungen, begrenzt auf das absolut notwendige Minimum (z.B. Gefahrstoffe, BiostoffV, Strahlen, Drittgefährdung). • Die (wenigen) Pflichtuntersuchungen sollten jedoch <ul style="list-style-type: none"> – sehr hohen Verpflichtungscharakter haben (für AG: Beschäftigungsvoraussetzung für AN: Teilnahmepflicht) – die Konsequenzen bei Bedenken sollten klar und eindeutig geregelt und gehandhabt werden • Die Inhalte dieser Untersuchungen (Grundsätze) sollten verbindlich vorgegeben werden. 	
<p>4 ■ 3./4. Juni 2005 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU</p>	

Abb. 7.9 Frankreich: Empfehlungen bzgl. Zielen, Anlässen und Inhalten von AMVU

Kontrovers waren die Meinungen im Hinblick auf die Abgrenzung zur allgemeinen gesundheitlichen Prävention: Teilweise wurde eine Zuständigkeit der Arbeitsmediziner für alle Präventionsaufgaben gefordert, teilweise wurde eine Konzentration auf arbeitsmedizinische Fragen befürwortet.

Einige Teilnehmer wollten AMVU sehr strikt auf Anlässe begrenzt wissen, bei denen eine Gesundheitsüberwachung wegen der gravierenden Risiken unverzichtbar ist.

Von einem Vertreter der Krankenkassen wurde empfohlen, die Ziele von AMVU auf Fragen der Leistungsentwicklungsbeurteilung bzw. des Erhalts der Arbeitsfähigkeit zu erweitern.

Ziele, Anlässe, Inhalte:	Empfehlungen für Globalien
<ul style="list-style-type: none"> • Kontrovers: – Arbeitsmediziner sollten für die gesamte gesundheitliche Prävention zuständig sein und dementsprechend auch allgemeinpräventive Untersuchungen durchführen – AMVU sollten strikt begrenzt werden auf unverzichtbare Gesundheitsüberwachung von Arbeitnehmern • Forderung der Krankenkassen: – Erweiterung der Ziele auf Leistungsentwicklungsbeurteilung, Arbeitsfähigkeit 	
<p>5 ■ 3./4. Juni 2005 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU</p>	

Abb. 7.10 Frankreich: Empfehlungen bzgl. Zielen, Anlässen und Inhalten von AMVU (Fortsetzung)

Die Empfehlungen zum rechtlichen Status von AMVU knüpften zum einen an den – aus Sicht der Teilnehmer – unklaren und unübersichtlichen rechtlichen Status der AMVU in Deutschland an: Hier wurde angeregt, sämtliche AMVU betreffenden Fragen in einer einzigen Rechtsvorschrift zu regeln.

Ferner sollte die Verbindlichkeit der AMVU – die gemäß obiger Empfehlung auf wenige unverzichtbare Anlässe begrenzt werden sollten – klarer und konsequenter geregelt werden und die Einhaltung auch entsprechend stringent kontrolliert werden.

Die Teilnehmer waren sich einig darüber, dass die ärztliche Bescheinigung – abgesehen von sehr wenigen Ausnahmen – nur noch die Durchführung der AMVU, aber nicht mehr das Ergebnis ausweisen sollte.

Rechtlicher Status: Empfehlungen für Globalien

- Der gesamte Komplex sollte in einer einzigen Rechtsvorschrift klar geregelt werden.
- Verbindlichkeit von Pflichtuntersuchungen klarer und konsequenter (s.o.)
- Es sollten starke Kontrollen der Einhaltung der Vorschriften durchgeführt und Verstöße (z.B. Nichtdurchführung von AMVU) sollten schärfer sanktioniert werden.
- Bescheinigung für den Arbeitgeber:
 - Bei Untersuchungen, die ausschließlich dem Gesundheitsschutz des Beschäftigten dienen sollte die Bescheinigung nur die Angabe „untersucht“ enthalten.
 - Nur wenn wichtige Eignungsfragen eine Rolle spielen (Z.B. Feuerwehrleute), sollte der Arbeitgeber eine Information über die gesundheitliche Eignung erhalten.

6

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 7.11 Frankreich: Empfehlungen zum rechtlichen Status von AMVU

Die Organisation der betriebsmedizinischen Dienste in Frankreich sowie die daraus resultierende Stellung des Betriebsmediziners wurden als ausgesprochene Stärke des französischen Systems bewertet. Es sichert dem Betriebsarzt deutlich mehr Unabhängigkeit und Einflussmöglichkeiten auf die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen als in Deutschland.

Auch die ausgeprägten staatlichen Kontroll- und Überwachungsfunktionen staatlicher Stellen in Frankreich wurden in der Arbeitsgruppe als Stärken bewertet, einschließlich der Pflicht zur Akkreditierung der Betriebsmediziner.

Organisation und Qualifikation:	Stärken-Schwächen
	<ul style="list-style-type: none"> ☺ Stellung des Betriebsmediziners in Frankreich: Große Unabhängigkeit, quasi-staatliche Stellung und Befugnisse, daher auch große Einflussmöglichkeiten ☺ Hohe Kontrollfrequenz der Einhaltung der Vorschriften zu AMVU in Frankreich durch die „Inspection du Travail“. ☺ Pflicht zur Akkreditierung der Betriebsärzte bei den staatlichen Behörden. ☺ „Tiers temps-Regelung“ zur Verhinderung eines Übergewichts der Untersuchungen: In F ist gesetzlich vorgeschrieben, dass ein Betriebsarzt ein Drittel seiner Arbeitszeit vor Ort im Betrieb arbeiten muss. ☹ Betriebsärzte sind in D nicht unabhängig genug, weil das Unternehmen den Betreuungsvertrag kündigen kann
7 ■ 3./4. Juni 2005 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU	

Abb. 7.12 Frankreich: Stärken und Schwächen bzgl. Organisation und Qualifikation

Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe leiten sich teilweise unmittelbar aus der Stärken-Schwächen-Analyse ab („Tier-temps-Regelung“, Akkreditierung von Arbeitsmedizinern, vgl. Abb. 7.13).

Kein einheitliches Meinungsbild gab es zu der Frage der Trennung zwischen Arbeitsmedizin und kurativer Medizin.

Ebenfalls kontrovers wurden Vorschläge zur stärkeren Einbindung anderer Berufsgruppen bzw. zum Aufbau einer „Basisbetreuung“ diskutiert.

Organisation und Qualifikation: Empfehlungen für Globalien

- Grundsätzlich wird ein hohes ärztliches Qualifikationsniveau gefordert.
- Evtl. auch: Ausschluss von Nicht-Arbeitsmedizinern bzw. eindeutige Trennung vom kurativen Sektor, wie in Frankreich.
- Überprüfung, welche Teile von AMVU von nicht-ärztlichen Fachleuten durchgeführt werden können. Konzentration der Ärzte auf die Untersuchungsteile, bei denen ärztliche Qualifikation unverzichtbar ist.
- Einführung einer „Tiers temps“-Regel
- Akkreditierung bei den staatlichen Arbeitsschutzbehörden
- Kontrovers:
 - Entwicklung einer stärkeren Basisbetreuung durch kompetente Personen im Betrieb, Selbst-Checks der Beschäftigten oder „Präventionsberater“.
Begründung: Kleinbetriebe sind anders nicht zu erreichen.
 - Konzentration der Ärzte auf schwierigere Fälle

8

3./4. Juni 2005
 Workshop AMVU in sechs Ländern der EU



Abb. 7.13 Frankreich: Empfehlungen bzgl. Organisation und Qualifikation

Als im Detail noch zu prüfender Vorschlag wurde angeregt, die Finanzierung der arbeitsmedizinischen Vorsorge in ähnlicher Weise zu gestalten wie in Frankreich, also an die Stelle von Dienstleistungs- oder Angestelltenverträgen wie in Deutschland eine Finanzierung über eine Abgabe der Unternehmen in fixierter Höhe treten zu lassen.

Die Teilnehmer erwarten von einem solchen Finanzierungssystem eine Verbesserung der Unabhängigkeit der Betriebsmediziner.

Finanzierung und Steuerung: Empfehlungen für Globalisten

- Es sollte geprüft werden, ob die Finanzierung nicht auf ein System ähnlich wie in Frankreich umgestellt werden könnte, das dem Arbeitsmediziner größere Unabhängigkeit sichert.
- Z.B. Mittelaufbringung durch eine Unternehmensabgabe und Bezahlung der Ärzte durch den Staat.

9 ■ 3./4. Juni 2005
■ Workshop AMVU in sechs Ländern der EU

IGES

Abb. 7.14 Frankreich: Empfehlungen bzgl. Finanzierung und Steuerung

8 Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 4: Deutschland und Niederlande

Judith Berger

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

8.1 Arbeitsmedizinische Vorsorge in den Niederlanden

Besonders charakteristisch für das niederländische System ist, dass der Staat sich aus der AMVU völlig heraushält und nahezu keinerlei Vorschriften erlassen hat. Fast alle AMVU sind Angebotsuntersuchungen. Lediglich bei ionisierender Strahlung sind Pflichtuntersuchungen vorgeschrieben (Abb. 8.1).

1 Zielstellung, Anlässe und Inhalte

- **AMVU sind grundsätzlich Angebotsuntersuchungen**
Pflichtuntersuchungen sind nur bei ionisierender Strahlung vorgeschrieben.
- **Kaum formale Verfahrensleitlinien für Durchführung der AMVU**
Es existieren lediglich informelle Leitlinien für wichtige Untersuchungsanlässe.
- **Keine besonderen Regelungen für ‚neue‘ Risikofaktoren**
Für den Bereich der psychischen Belastungen und der muskulo-skelettalen Erkrankungen gibt es keine verbindlichen Regeln.
- **Starke Fokussierung auf Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung/-beratung**
Niederländische Betriebsärzte sind 70-80% ihrer Zeit mit Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen/-beratungen beschäftigt.

1

03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 8.1 Niederlande: Ziele, Anlässe und Inhalte

Auch für „neue“ Risikofaktoren, wie psychische Belastungen und muskulo-skelettale Erkrankungen gibt es keine Regelungen. Der Schwerpunkt der Tätigkeit niederländischer Betriebsärzte liegt vielmehr auf der Beratung der Arbeitgeber hinsichtlich des betrieblichen Krankenstands sowie einer Beurteilung der Arbeitsunfähigkeiten.

AMVU werden in den Niederlanden ausschließlich durch mulitdisziplinäre Dienste erbracht, die ihrerseits durch private Zertifizierungsgesellschaften zertifiziert werden (Abb. 8.2). Die Durchführung obliegt medizinischem Assistenzpersonal, die Rolle der Ärzte ist nachrangig.

2 Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

- **Multidisziplinäre Dienste mit nachrangiger Rolle des Arztes**
AMVU werden i.d.R. zunächst von medizinischem Assistenzpersonal durchgeführt.
- **Externe Dienste werden durch private Zertifizierungsgesellschaften zertifiziert.**
- **Fokus auf externe Dienstleister gerichtlich gerügt**
AMVU/Betriebsmedizinische Betreuung erfolgt vorwiegend durch externe Dienste; das dem zugrunde liegende Gesetz wurde vom EuGH als unvereinbar mit der Richtlinie 89/391/EWG gerügt.
- **Vierjährige Weiterbildung zum Arbeitsmediziner**
Nach 6- bis 7-jährigem Medizinstudium sind vier Jahre Weiterbildung nötig.

2

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 8.2 Niederlande: Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

Dieser Fokus auf externe Dienste wurde 2003 durch den EuGH gerügt. Kritisiert wurde, dass das Prinzip der „Subsidiarität“ nicht eingehalten werde, da Betriebe nicht die Möglichkeit haben, betriebseigene Betriebsmediziner mit der AMVU zu betrauen. Dieses Verfahren sei unvereinbar mit der Rahmenrichtlinie 89/391/EWG. Die Niederlande sind daher aufgefordert, die vorgeschriebene Verpflichtung externer Dienste bis zum 01.07.2005 umzustellen, und den Betrieben die Zusammenarbeit mit betriebsinternen Betriebsärzten zu ermöglichen.

Die Qualifizierung zum Arbeitsmediziner setzt in den Niederlanden ein 6- bis 7-jähriges Studium sowie eine anschließende 4-jährige Weiterbildung voraus.

Es gibt in den Niederlanden nahezu keine direkten Konsequenzen aus gesundheitlichen Bedenken, die im Rahmen von AMVU festgestellt werden. Beschäftigungsverbote als Konsequenz einer AMVU sind äußerst selten (Abb. 8.3).

3 Konsequenzen

- **Kaum Beschäftigungsverbote bei gesundheitlichen Bedenken**
Beschäftigungsverbote als Konsequenz einer AMVU sind äußerst selten.

3 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 8.3 Niederlande: Konsequenzen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen

Konsequenzen für den Arbeitgeber bestehen lediglich indirekt darin, dass er im Falle von Krankheit zu 2-jähriger Lohnfortzahlung verpflichtet ist (vgl. Abb. 8.4).

4 Steuerung und Finanzierung

- **Marktwirtschaftlicher Steuerungsansatz**
Private arbeitsmedizinische Dienste und private Zertifizierungsgesellschaften für diese Dienste
- **Finanzierung durch Arbeitgeber und freie Preisverhandlung mit den Diensten**
- **Arbeitgeber sind zu 2-jähriger Lohnfortzahlung verpflichtet**
- **Geringer Verpflichtungsgrad der Regeln**
Kaum Pflichtuntersuchungen, keine formalen Vorgaben für Untersuchungsinhalte und kaum rechtlich definierte Konsequenzen von AMVU

4 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 8.4 Niederlande: Steuerung und Finanzierung

Arbeitsmedizinische Dienste sind in den Niederlanden ausschließlich privatwirtschaftlich organisiert. Auch die Qualitätssicherung dieser Dienste obliegt privaten Zertifizierungsgesellschaften (Abb. 8.4).

Da die Arbeitgeber die Dienste selbst finanzieren müssen und die Preise frei aushandeln können, werden meistens preisgünstige Angebote gewählt, die vielfach mit entsprechenden Einbußen an Qualität einhergehen. Ein indirekter Anreiz für die Arbeitgeber besteht lediglich insofern, als diese bei Erkrankungen der Arbeitnehmer zu einer bis zu 2-jährigen Lohnfortzahlung verpflichtet sind.

5 Aktuelle Diskussion und Perspektiven

- **Folgen des EuGH-Urteils vom 22.05.03 (Umsetzung bis zum 01.07.05)**
Reorganisation der arbeitsmedizinischen Dienste führen zu Entlassungen bei externen Diensten.
- **Die Qualität der arbeitsmedizinischen Dienste wird kritisiert**
Häufig nur formale/formalistische Prüfung der Erfüllung von Qualitätsanforderungen. Ein formal hoher Durchdringungsgrad geht mit Kritikern zufolge mit einer tatsächlich niedrigen Betreuungsqualität einher.
- **Höherer Verpflichtungsgrad für AMVU**
Gegenwärtig wird diskutiert, inwieweit Beschäftigte, die hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, zu AMVU verpflichtet werden können.
- **Verbesserung der Kooperation zwischen Betriebs- und Hausärzten**
Es gibt verschiedene Ansätze zur Verbesserung dieser Kooperation, ihre Reichweite ist jedoch (noch) gering.

5

03.06.2005
 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 8.5 Niederlande: Aktuelle Diskussion und Perspektiven

Die Reorganisation der arbeitsmedizinischen Dienste im Zuge der Umsetzung des EuGH-Urteil vom 22.05.03 wird voraussichtlich zur Schließung vieler Dienste und zu einer großen Zahl von Entlassung führen. In welchem Umfang auf der anderen Seite Arbeitsmediziner von Unternehmen direkt verpflichtet werden, ist fraglich.

Eine Reformierung des AMVU-Systems im Hinblick auf eine Erweiterung bzw. Neueinführung von Pflichtuntersuchungen für Beschäftigte, die hohen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, wird derzeit diskutiert.

Ansätze zur Verbesserung der Kooperation zwischen Betriebs- und Hausärzten sind zur Zeit in der Erprobung und (noch) von geringer Reichweite.

8.2 Stärken- und Schwächenanalyse

Im Rahmen der Stärken-Schwächen-Analyse wurden Vorzüge und Nachteile der AMVU-Systeme unter den gegenwärtigen Bedingungen diskutiert. Die Ergebnisse der Diskussion wurden auf Metaplan-Tafeln zusammengefasst. Die grauen Karten dokumentieren Positionen mit Bezug auf das niederländische System, die weißen Karten beziehen sich auf Positionen zum deutschen System.

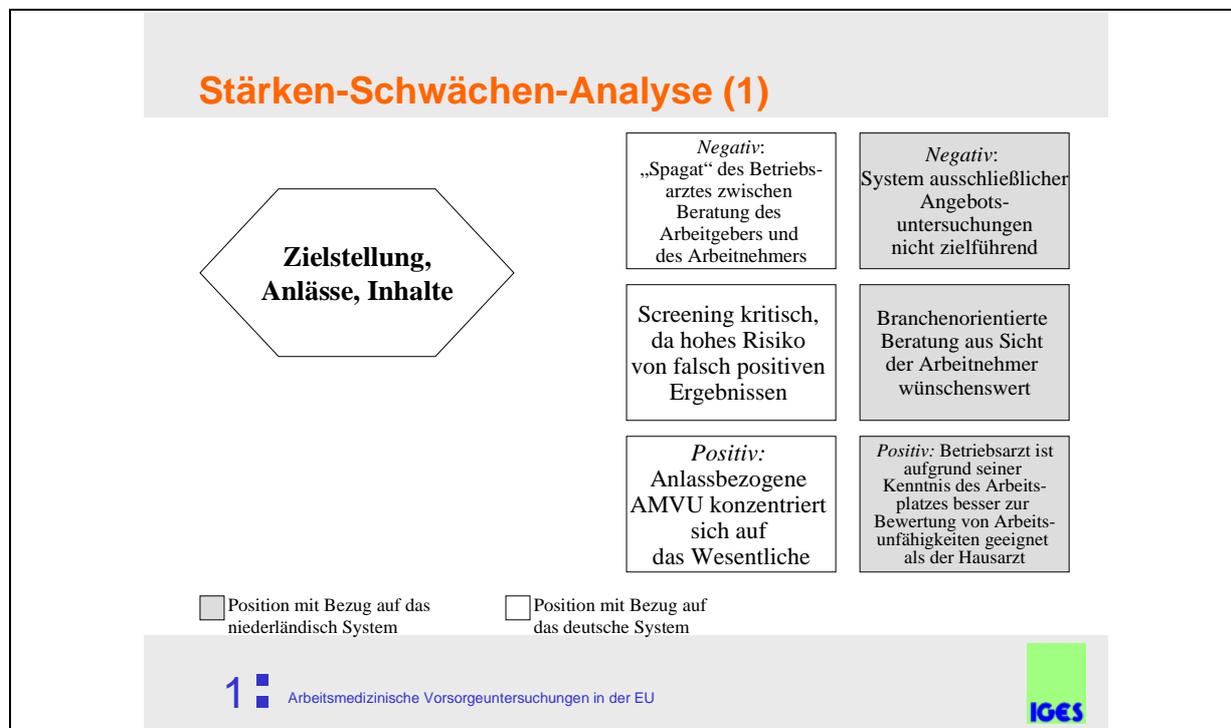


Abb. 8.6 Stärken-Schwächen-Analyse: Zielstellung, Anlässe, Inhalte

Hinsichtlich der Zielstellung von AMVU wurde im deutschen System die Rolle des Betriebsarztes problematisiert: Dieser sei aufgrund seiner Nähe und ökonomischen Abhängigkeit vom Arbeitgeber insbesondere dann in einer schwierigen Situation, wenn eine Beratung des Arbeitnehmers den Interessen des Arbeitgebers zuwider laufe. Die Rolle des Betriebsarztes im niederländischen System habe dagegen den Vorteil, dass dieser aufgrund seiner größeren Nähe und Kenntnis des Arbeitsplatzes im Falle von Arbeitsunfähigkeit den Arbeitnehmer besser beraten könne, als dies über einen Hausarzt möglich sei.

Der niederländische Ansatz, nahezu ausschließlich Angebotsuntersuchungen durchzuführen, wurde einhellig abgelehnt. Das Prinzip der anlassbezogenen AMVU dagegen befürwortet. Zu breit angelegte Screenings seien hingegen abzulehnen, da hier das Risiko falsch positiver Ergebnisse zu hoch sei.

Im Hinblick auf die Aufgaben und Qualifikation der Leistungserbringer wurde im deutschen System die „neutralere“ Position des Betriebsarztes positiv herausgestellt. Wenngleich auch hier eine – zumindest ökonomische Abhängigkeit – vom Arbeitgeber bestehe (s. o.), so war es nach Ansicht der Teilnehmer jedoch nicht wünschenswert, dass der Betriebsarzt, wie im niederländischen System, AU-Bescheinigungen auf ihre Richtigkeit hin überprüfe. Es dürfe nicht dazu kommen, dass der Betriebsarzt

eine „Detektivfunktion“ für den Arbeitgeber übernehmen und damit die Vertrauensbasis zum Patienten gestört werde.

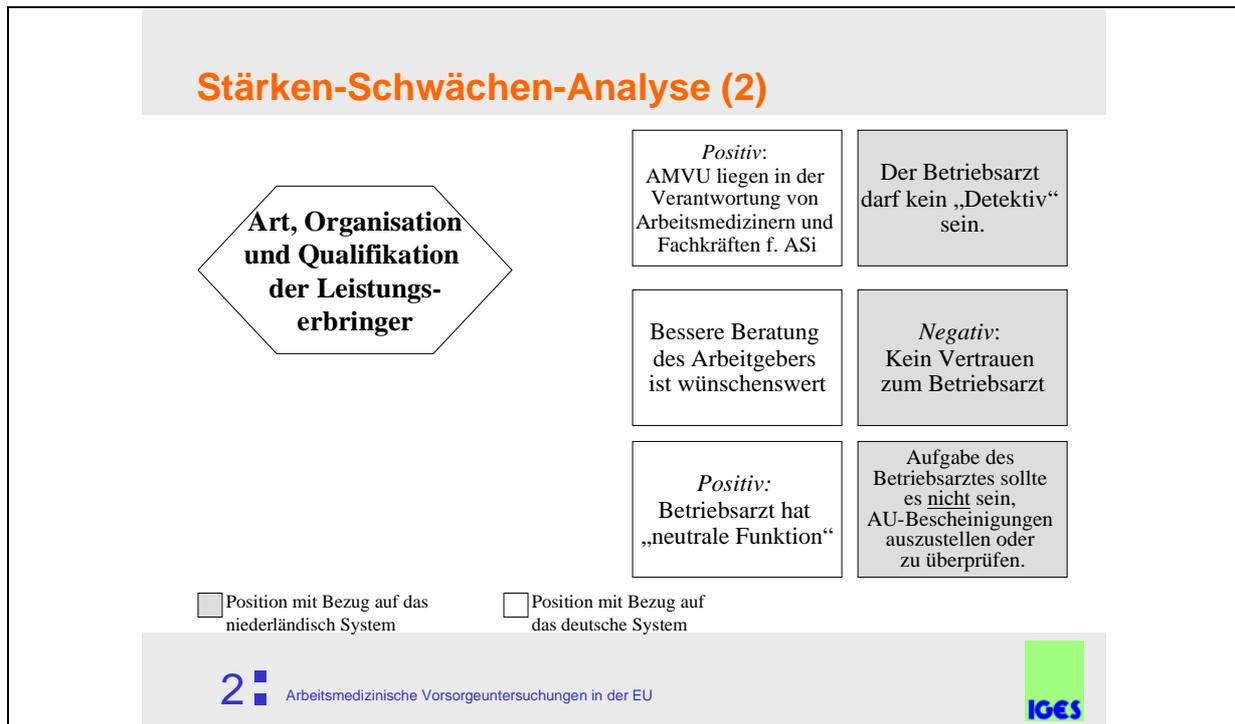


Abb. 8.7 Stärken-Schwächen-Analyse: Art, Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

Die Beratung des Arbeitgebers im Hinblick auf eine gesundheitsgerechte Arbeitsplatzgestaltung könne jedoch auch im deutschen System noch weiter verbessert werden.

Positiv herausgestellt wurde im deutschen System die Durchführung der AMVU durch qualifizierte Arbeitsmediziner und Fachkräfte für Arbeitssicherheit.

Bei der Diskussion um die Finanzierung und Steuerung der jeweiligen AMVU-Systeme wurde das differenzierte System in Deutschland gelobt, das den für die Arbeitssicherheit und -gesundheit zuständigen Stellen die Finanzierung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen überträgt. Jedoch wurde auch dem niederländischen System eine positive Anreizwirkung auf den Arbeitgeber zuerkannt, der im Falle von Arbeitsunfähigkeit zu bis zu 2 Jahren Lohnfortzahlung verpflichtet ist.

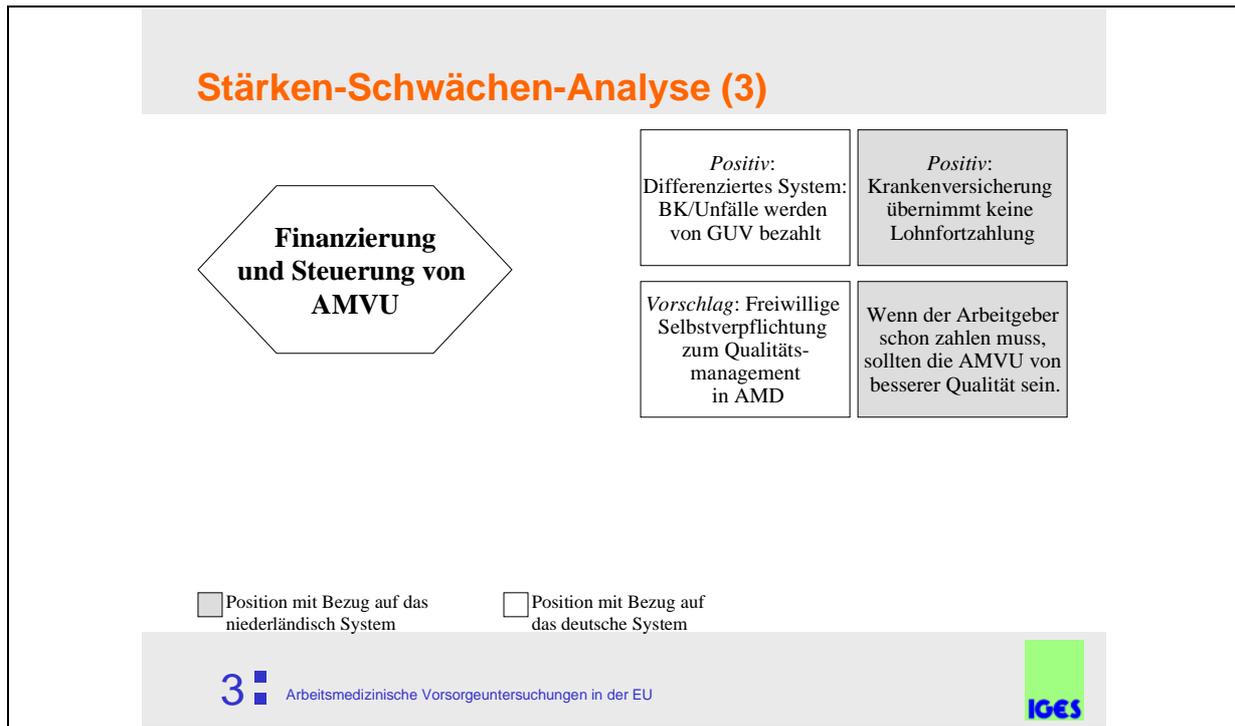


Abb. 8.8 Stärken-Schwächen-Analyse: Finanzierung und Steuerung von AMVU

Hinsichtlich der Qualitätssicherung von AMVU war man einhellig der Meinung, dass die über private Zertifizierungsgesellschaften sicherzustellende Qualität der ebenfalls privaten Anbieter von AMVU offenbar wenig wirksam sei. Für das deutsche System wäre daher z. B. eine freiwillige Selbstverpflichtung der Arbeitsmedizinischen Dienste zur Qualitätssicherung der erbrachten Dienstleistungen ein erfolgversprechenderer Weg.

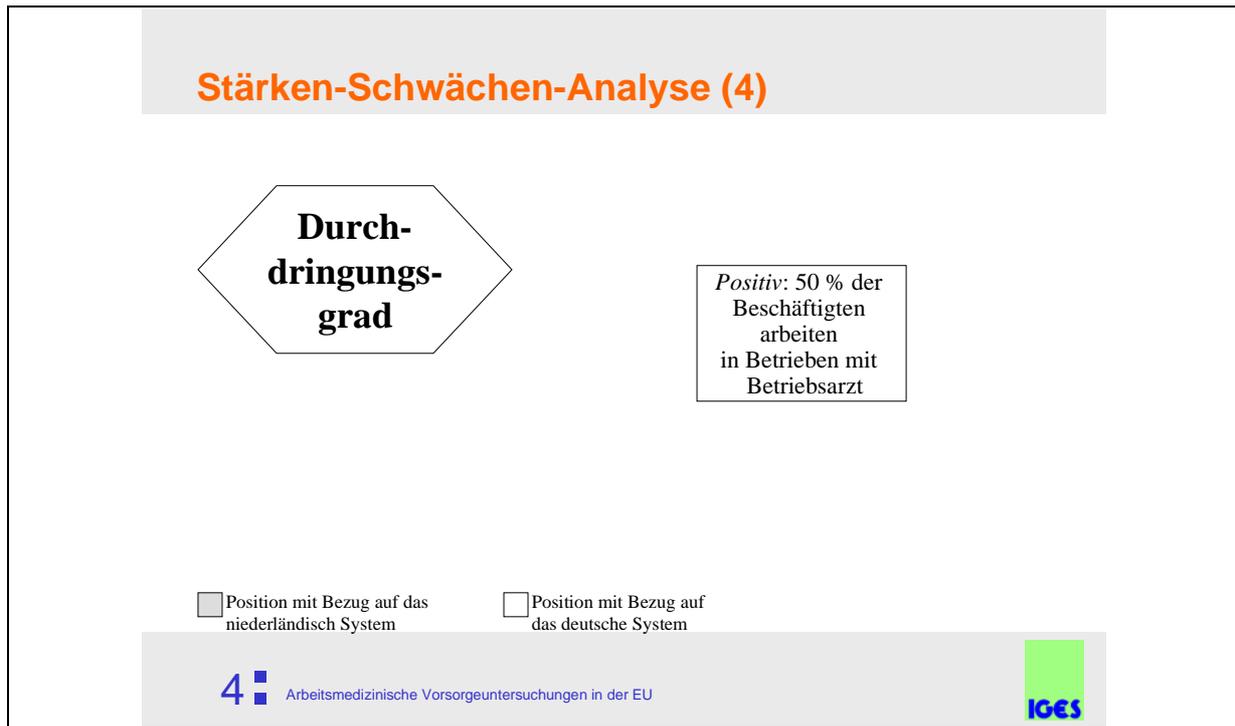


Abb. 8.9 Stärken-Schwächen-Analyse: Durchdringungsgrad

Der vergleichsweise hohe Durchdringungsgrad, der über das deutsche System erreicht wurde (50 % der Beschäftigten arbeiteten in Großbetrieben mit eigenem Betriebsarzt) wurde in der Diskussion positiv herausgestellt.

8.3 Chancen-Risiko-Analyse

In einem zweiten Schritt wurde die Diskussion der Chancen und Risiken der beiden AMVU-Systeme auf ein in der Zukunft liegendes Szenario übertragen. Berücksichtigt werden sollten nun auch zukünftig zu erwartende Entwicklungen und Veränderungen der Arbeitswelt, neue Erkenntnisse der Arbeitswissenschaften und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung insgesamt.

Den Rahmen der Diskussion bildete das Szenario, die AMVU-Systeme müssten den zukünftigen Anforderungen eines fiktiven gesellschaftlichen Systems in „Globalien“ gerecht werden.

Chancen-Risiko-Analyse (1)				
Zielstellung, Anlässe, Inhalte		Erhalt der Arbeitsfähigkeit als Ziel der AMVU	Erhalt der Arbeitsfähigkeit bis ins hohe Alter z.B. durch Blutzucker-Screening	Aufgabe des Betriebsarztes: Arbeitsfähigkeit der Human-Ressource erhalten
Ziel	Ziel: Erfassung von präklinischen Stadien arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	Ziel der AMVU: Primär-Prävention, Expositionsquellen suchen	AMVU ist ein Baustein der „Präventionskultur“	AMVU erst dann wirksam, wenn primärpräventive Konsequenzen gezogen werden
Inhalte	Arbeitsbedingte Risiken in AMVU einbeziehen	AMVU sollte die Arbeitsorganisation einbeziehen --> Verhältnisprävention	Erforschung von Zusammenhängen von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen	Umsetzung bereits existierender Erkenntnisse in die Praxis
Anlässe	AMVU: Einbestellen von Arbeitnehmern zu Screening für alle verpflichtend!	Screening auf Erwerbsbevölkerung beschränken --> Aufgabe des Betriebsarztes	Gefahr durch Screeningmethoden: Beschäftigungseinschränkungen	Anlassbezogene Betriebsbegehungen auf Basis branchentypischer Kenntnisse

5 ■ Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU IGES

Abb. 8.10 Chancen-Risiko-Analyse: Zielstellung, Anlässe, Inhalte

Hinsichtlich der Zielstellung von AMVU waren sich die Teilnehmer darin einig, dass der Erhalt der Arbeitsfähigkeit insbesondere älterer Arbeitnehmer das zentrale Ziel von AMVU sein muss.

Eine interessante Diskussion entspann sich hingegen um die Frage, in wie weit somit auch (primär-)präventive Aufgaben Bestandteil von AMVU sein müssten. Dies würde in der Konsequenz bedeuten, dass neben Fragen der Arbeitsorganisation (Verhältnisprävention) auch die Erfassung präklinischer Stadien arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in den Verantwortungsbereich des Betriebsarztes fallen würden. Expositionsquellen müssten – auf Basis von Arbeitsplatzbegehungen durch Arbeitsmediziner mit branchenspezifischen Kenntnissen – erfasst und beseitigt werden, noch bevor überhaupt eine gesundheitliche Gefährdung des Arbeitnehmers auftreten könne. Hierzu sei weitere Forschung und Kenntnisse über Zusammenhänge von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen eine wichtige Voraussetzung. Bereits existierende Erkenntnisse müssten konsequenter in die Praxis umge-

setzt werden. AMVU würde damit zu einem wichtigen Baustein der „Präventionskultur“.

Auch die Anlässe von AMVU waren Gegenstand einer längeren Diskussion. So war ein Teil der Teilnehmer der Ansicht, AMVU sollten weiterhin bei bestimmten Anlässen verpflichtend sein. Die Zielgruppe müsse sich jedoch auf die Erwerbsbevölkerung beschränken, da breiter angelegte Screenings die Zuständigkeit des Betriebsmediziners überschritten (diskutiert wurde hier auch das Szenario einer verpflichtenden Blutzuckeruntersuchung für die gesamte Bevölkerung, um z. B. altersspezifische Zuckererkrankungen frühzeitig erkennen zu können). Aus der Perspektive der Arbeitnehmer wurde kritisch eingewandt, dass die Ergebnisse zu umfassender Screenings im Hinblick auf den „Erhalt der Erwerbsfähigkeit bis ins hohe Alter“ den Beschäftigteninteressen auch zuwider laufen könnten, wenn beispielsweise Beschäftigungsverbote ausgesprochen werden müssten.

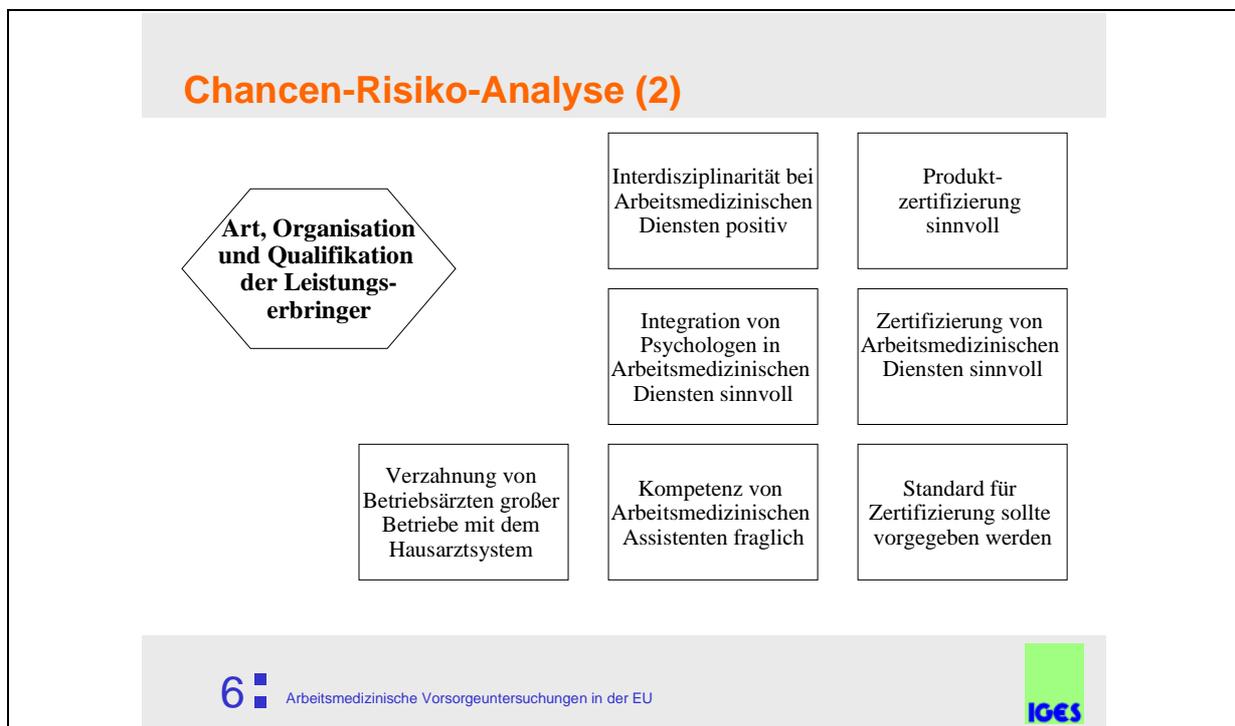


Abb. 8.11 Chancen-Risiko-Analyse: Art, Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

Hinsichtlich der Organisation arbeitsmedizinischer Dienste wurde eine möglichst hohe Interdisziplinarität, die auch eine Integration von Psychologen einschließt, begrüßt. Die Durchführung der AMVU durch arbeitsmedizinische Assistenten, wie derzeit im niederländischen System der Fall, wurde dagegen in Frage gestellt.

Die Qualitätssicherung der Dienstleistung arbeitsmedizinischer Dienste wurde einhellig als erstrebenswert angesehen. Hierzu sollten geeignete Standards vorgegeben werden.

Eine bessere Kooperation von Betriebsärzten in großen Betrieben mit dem Hausarztsystem sei überdies wünschenswert.

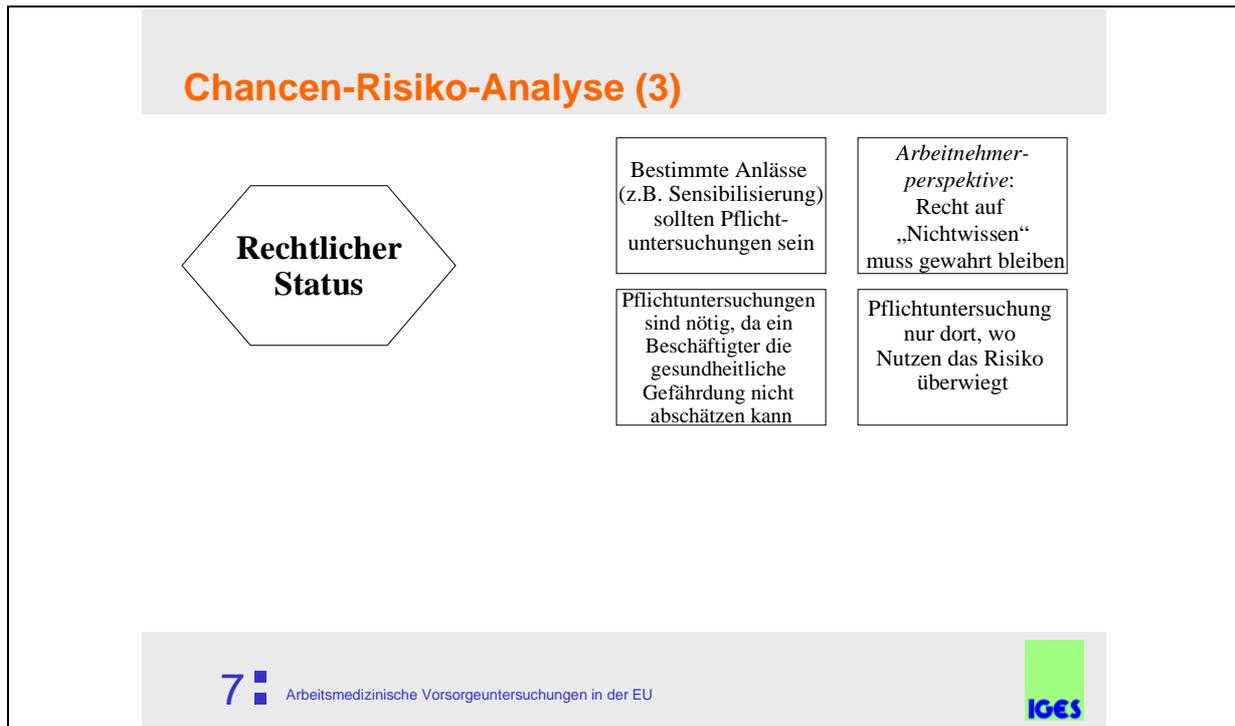


Abb. 8.12 Chancen-Risiko-Analyse: Rechtlicher Status

Die rechtliche Verbindlichkeit von AMVU wurde kritisch diskutiert. Nur bestimmte Anlässe sollten AMVU verpflichtend vorsehen. Es müsse abgewogen werden, wo Pflichtuntersuchungen nötig seien, weil die Beschäftigten ihr gesundheitliches Risiko nicht eigenverantwortlich abschätzen könnten und wo das Arbeitnehmerrecht auf „Nicht Wissen“ gefährdet werde. Pflichtuntersuchungen sollten überdies nur dann durchgeführt werden, wenn der Nutzen einer solchen Untersuchung die ggf. damit verbundenen gesundheitlichen Risiken bzw. das Risiko falsch positiver Ergebnisse übersteige.

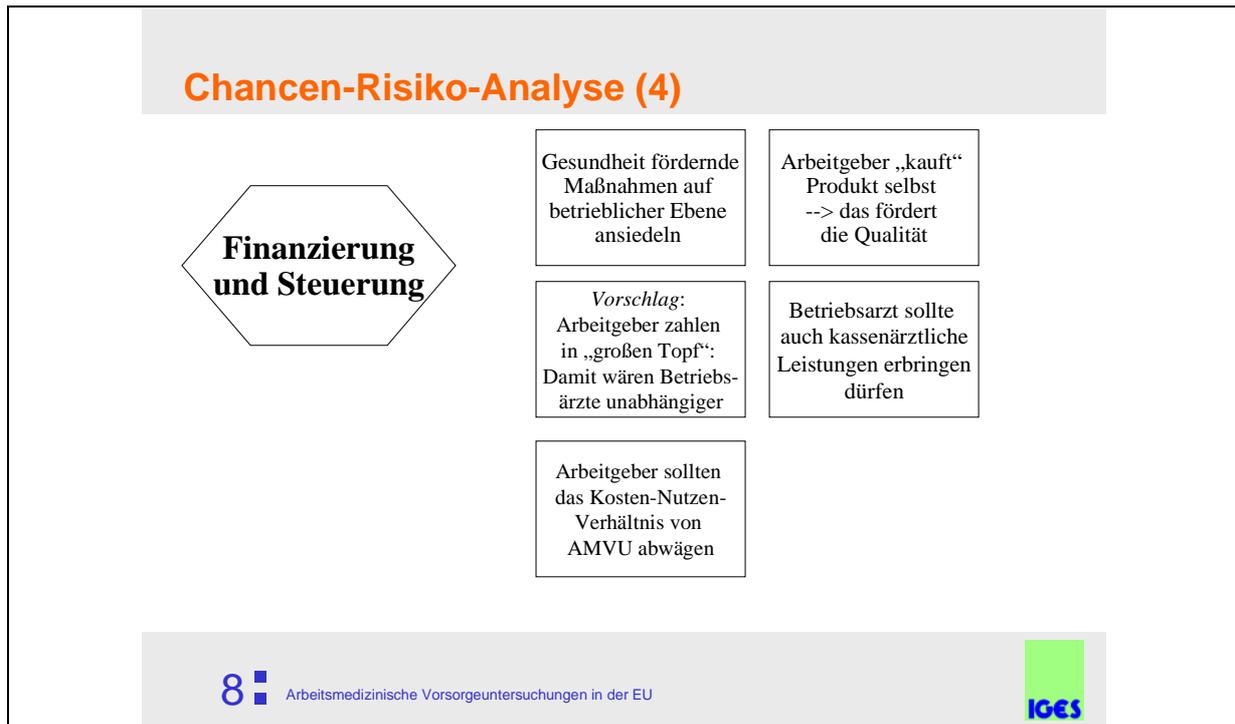


Abb. 8.13 Chancen-Risiko-Analyse: Finanzierung und Steuerung

Zur Finanzierung des AMVU-Systems wurde folgender Vorschlag gemacht: Um eine größere Unabhängigkeit der Betriebsmediziner gegenüber den Arbeitgebern zu gewährleisten, sollten die Arbeitgeber einen bestimmten Betrag – ähnlich der berufsgenossenschaftlichen Beitragszahlung – zentral einzahlen. Aus diesem „Topf“ sollten dann die Betriebsmediziner bezahlt werden. Auf der anderen Seite wurde eingewandt, dass durch die direkte Finanzierung der AMVU durch den Arbeitgeber eine bessere Qualität des Produktes gefördert werde.

Die Arbeitgeber sollten das Kosten-Nutzen-Verhältnis von AMVU besser abwägen. Die aufgewandten Mittel könnten ggf. sinnvoller z. B. für primärpräventive Aufgaben genutzt werden. Es sei in diesem Zusammenhang sinnvoll, gesundheitsfördernde Maßnahmen grundsätzlich auf der betrieblichen Ebene anzusiedeln.

Die scharfe Trennung von betriebsärztlichen (und damit arbeitgeberfinanzierten) Leistungen und kassenfinanzierten Leistungen sollte aufgehoben werden.

8.4 Empfehlungen für das System „Globalien“

Aus der oben dargestellten Diskussion ergeben sich die folgenden Empfehlungen für das System „Globalien“, die von der Gruppe im Konsens formuliert wurden:

Empfehlungen zu Zielen, Anlässen, Inhalten

- ⇒ **AMVU umfasst Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention**
- ⇒ **AMVU sind qualitätsgesichert (Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität)**

1 ■ Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 8.14 Empfehlungen zu Zielen, Anlässen, Inhalten (1)

Die Inhalte von AMVU sollten auf den gesamten Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ausgeweitet werden.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der AMVU sollten umfassend qualitätsgesichert werden.

Empfehlungen zu Zielen, Anlässen, Inhalten

⇒ Pflichtuntersuchungen bei bestimmten Anlässen

aber: Nutzen soll Aufwand/Risiko überschreiten

aber: Prinzip der Freiwilligkeit und „Recht auf nicht wissen“

AN-Position

⇒ Optimierung der Zusammenarbeit zwischen arbeitsmedizinischer Praxis und wissenschaftlichen Erkenntnissen

2 ■ Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 8.15 Empfehlungen zu Zielen, Anlässen, Inhalten (2)

Das Verfahren, Pflichtuntersuchungen bei bestimmten Anlässen vorzuschreiben, sollte unter Abwägung von Aufwand und Nutzen unter Berücksichtigung der Arbeitnehmerinteressen beibehalten werden.

Arbeitsmedizinische Erkenntnisse sollten systematischer in die arbeitsmedizinische Praxis einfließen, aber auch umgekehrt die Erfahrungen aus der Praxis wieder in die arbeitsmedizinische Forschung zurückfließen.

Empfehlungen zu Art, Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

⇒ **Interdisziplinarität**

⇒ **Funktion des Arbeitsmediziners:**

- „Herr“ des Verfahrens
- medizinische Diagnostik
- Beurteilung
- Beratung (AG und AN)

3 ■ Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 8.16 Empfehlungen zu Art, Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

Interdisziplinarität und hier besonders die Integration psychologischen Sachverständigen sollte angesichts des steigenden Anteils psychischer Belastungen eine größere Bedeutung erhalten.

Zu den Kernaufgaben des Arbeitsmediziners sollten weiterhin das „Management“ des Verfahrens, die medizinische Diagnostik und die Beurteilung der Ergebnisse der AMVU sowie die fachkundige Beratung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gehören.

Empfehlungen zur Finanzierung und Steuerung

- ⇒ Finanzierung der AMVU durch den AG
- ⇒ ggf. Eigenanteil des Versicherten AG-Position
- ⇒ Betriebsarzt darf auch kassenärztliche Leistungen erbringen
(z. B. AU-Bescheinigungen ausstellen)
- ⇒ Umlageverfahren:
AG zahlen in einen „großen Topf“
(Vorteile für Kleinbetriebe ähnlich der „Pool-Betreuung“)

Keine direkte Kontrolle der Produktqualität durch den AG

4

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 8.17 Empfehlungen zur Finanzierung und Steuerung

Die Finanzierung der AMVU solle weiterhin dem Arbeitgeber übertragen bleiben. Die Position, die Arbeitnehmer ggf. mit einem Eigenanteil zu beteiligen, fand keine Mehrheit.

Der Betriebsarzt solle auch kassenärztliche Leistungen erbringen dürfen. So sei es z. B. sinnvoll, dem Arbeitsmediziner aufgrund seiner besseren Kenntnisse der Arbeitssituation auch zu erlauben, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen.

Eine Finanzierung der AMVU-Leistungen über ein Umlageverfahren aus einem „großen Topf“ wurde mehrheitlich als sinnvoll angesehen. Die dadurch fehlende Sicherung der Produktqualität müsse alternativ durch Auflagen zur Qualitätssicherung gewährleistet werden.

9 Gruppenarbeit Arbeitsgruppe 5: Deutschland und Großbritannien

Dr. Stefan Loos

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

9.1 Arbeitsmedizinische Vorsorge in Großbritannien

In Großbritannien gibt es kaum Verpflichtungen zur Durchführung von ärztlichen AMVU. Nur bei wenigen Anlässen (z. B. bei ionisierender Strahlung und Blei) wird explizit eine „medical surveillance“ unter Beteiligung von Ärzten gefordert. Meist wird nur „health surveillance“ nach Maßgabe der Gefährdungsbeurteilung des Arbeitgebers gefordert, die eher selten von Ärzten durchgeführt wird (vgl. Abb. 9.1).

1 Zielstellung, Anlässe und Inhalte

- **Kaum Verpflichtungen zur Durchführung von ärztlichen AMVU**
Nur bei wenigen Anlässen (z.B. bei ionisierender Strahlung und Blei) wird explizit eine „medical surveillance“ unter Beteiligung von Ärzten gefordert.
- **Meist wird nur „health surveillance“ nach Maßgabe der Gefährdungsbeurteilung des Arbeitgebers gefordert.**
„Health surveillance“ wird eher selten von Ärzten durchgeführt.
- **Verfahrensleitlinien mit Empfehlungscharakter für Durchführung der AMVU**
Die fachgemäße Durchführung wichtiger AMVU soll durch Leitlinien - sog. Approved Codes of Practice (ACoPs) - erleichtert werden.
- **Keine besonderen Regelungen für ‚neue‘ Risikofaktoren**
Für den Bereich der psychischen Belastungen und der muskulo-skelettalen Erkrankungen gibt es keine verbindlichen Regeln.

4

03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU



Abb. 9.1 Großbritannien: Zielstellungen, Anlässe und Inhalte

Die fachgemäße Durchführung wichtiger AMVU soll durch Leitlinien – sogenannte Approved Codes of Practice (ACoPs) – erleichtert werden, die lediglich empfehlenden Charakter haben. Für AMVU bei „neuen“ Risikofaktoren (psychische Belastungen, muskulo-skelettale Erkrankungen) gibt es keine verbindlichen Regeln.

Insgesamt sind in Großbritannien die Qualifikationsanforderungen an Leistungserbringer von AMVU kaum geregelt. Die Durchführung der „Health Surveillance“ wird in erster Linie durch „kompetente Personen“ (häufig Vorgesetzte) und die Beschäftigten selbst (in Form von Self checks) durchgeführt (vgl. Abb. 9.2).

2 Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

- **„Self checks“ der Beschäftigten und Untersuchungen durch „kompetente Personen“**
Maßnahmen der „health surveillance“ werden in erster Linie durch betriebsinterne Personen (häufig Vorgesetzte) sichergestellt.
- **Spezialisierte Krankenschwestern sind die wichtigste Profession**
AMVU werden primär von betriebsmedizinisch ausgebildeten Krankenschwestern (occupational health nurses) und nur in komplizierten Fällen von Ärzten durchgeführt. Insgesamt sind die Anforderungen, wer welche Untersuchungen durchführt, kaum geregelt.

5 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 9.2 Großbritannien: Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

Danach sind spezialisierte Krankenschwestern (occupational health nurses) die wichtigste Profession; Ärzte führen AMVU nur in komplizierteren Fällen durch (vgl. Abb. 9.3).

2 Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

- **Teilweise übernehmen Allgemeinärzte des NHS ohne besondere arbeitsmedizinische Qualifikation arbeitsmedizinischen Aufgaben.**
- **Staatlicher Beratungsdienst EMAS**
Es gibt einen staatlichen arbeitsmedizinischen Dienst (EMAS), der allerdings personell nur sehr gering ausgestattet ist.

6 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 9.3 Großbritannien: Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer (II)

Teilweise übernehmen auch Allgemeinärzte des NHS ohne besondere arbeitsmedizinische Qualifikation arbeitsmedizinische Aufgaben. Zwar gibt es einen staatlichen Beratungsdienst EMAS (Employment Medical Advisory Service), doch dieser ist personell nur sehr gering ausgestattet.

Beschäftigungsverbot oder Beschäftigung unter Auflagen sind mögliche Folgen der „medical surveillance“ bei ionisierender Strahlung und bestimmten, besonders gefährlichen Gefahrstoffen (vgl. Abb. 9.4).

3 Konsequenzen

- **Beschäftigungsverbot oder Beschäftigung unter Auflagen als mögliche Folgen der ‚medical surveillance‘ bei ionisierender Strahlung und bestimmten, besonders gefährlichen Gefahrstoffen**
- **Information und Beratung der Beschäftigten als mögliche Folge der Health Surveillance**
- **Untersuchung von ähnlich exponierten Beschäftigten**

7 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 9.4 Großbritannien: Konsequenzen

Ansonsten kommt es im Anschluss an durchgeführte Health surveillance-Maßnahmen in der Regel zu einer Information und Beratung der Beschäftigten sowie ggf. zu einer Untersuchung von ähnlich exponierten Beschäftigten.

In Großbritannien überwiegt ein „persuasiver“ Steuerungsansatz (vgl. Abb. 9.5).

Staatliche Stellen sehen ihre Aufgabe primär in der Beratung, Überzeugung („Persuasion“) und Unterstützung („Guidance“) von Arbeitgebern bei der Durchführung ihrer Arbeitsschutzmaßnahmen; entsprechend gibt es für britische Arbeitgeber kaum verpflichtende arbeitsmedizinische Regelungen, und die Umsetzung der vorhandenen Regeln wird nur unzureichend kontrolliert. Die vorhandenen Regeln beschränken sich in der Regel auf Ziel- statt Verfahrensvorgaben.

Von Kritikern wird teilweise mehr Regulierung und „Zwang“ gefordert, und die unzureichende Personalausstattung der staatlichen Stellen, die die Durchführung von AMVU überwachen sollen, wird kritisiert. Auch hat in Großbritannien nur eine Minderheit von Beschäftigten Zugang zur arbeitsmedizinischen Betreuung (vgl. Abb. 9.6).

4 Steuerung und Finanzierung

- **Hoher Anteil ‚persuasiver‘ Steuerung**
Staatliche Stellen sehen ihre Aufgabe primär in der Beratung und Unterstützung („Guidance“) von Arbeitgebern bei der Durchführung ihrer Arbeitsschutzmaßnahmen
- **Geringe Regelungsdichte**
Es gibt für britische Arbeitgeber kaum verpflichtende arbeitsmedizinische Regelungen, und die Umsetzung der vorhandenen Regeln wird unzureichend kontrolliert.
- **Ziel- statt Verfahrensvorgaben**
- **Arbeitgeberfinanzierung**
Die Kosten der Gesundheitsüberwachung werden von den Unternehmern getragen.

8 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 9.5 Großbritannien: Steuerung und Finanzierung

5 Aktuelle Diskussion und Perspektiven

- **Sehr niedriger Durchdringungsgrad wird kritisiert**
Nur eine Minderheit von Beschäftigten hat Zugang zur arbeitsmedizinischen Betreuung.
- **Ärzte sollen sich alle 5 Jahre rezertifizieren lassen.**
- **Teilweise wird mehr Regulierung und „Zwang“ gefordert**
,Das System basiert zu sehr auf Information, Weiterbildung und Überzeugung der Arbeitgeber und zu wenig auf Zwang und Kontrolle.'
- **Unzureichende Personalausstattung der staatlichen Stellen, die die Durchführung von AMVU überwachen sollen**
- **Vorschlag: Arbeitnehmer erhalten vom Arbeitgeber eine Bescheinigung über ihre Gefährdungen**
Arbeitnehmer können sich dann individuell arbeitsmedizinisch beraten lassen.

9 ■ 03.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 9.6 Großbritannien: Aktuelle Diskussion und Perspektiven

Um die Qualität der medizinischen Versorgung durch Ärzte zu sichern, wird gegenwärtig diskutiert, dass sich alle Ärzte im 5-Jahres-Rhythmus rezertifizieren lassen müssen, um weiter praktizieren zu dürfen.

9.2 Stärken- und Schwächenanalyse

Nach der einleitenden Präsentation zur arbeitsmedizinischen Vorsorge in Großbritannien wurden die Stärken und Schwächen dieses Systems im Vergleich zum deutschen System diskutiert (vgl. Abb. 9.7).

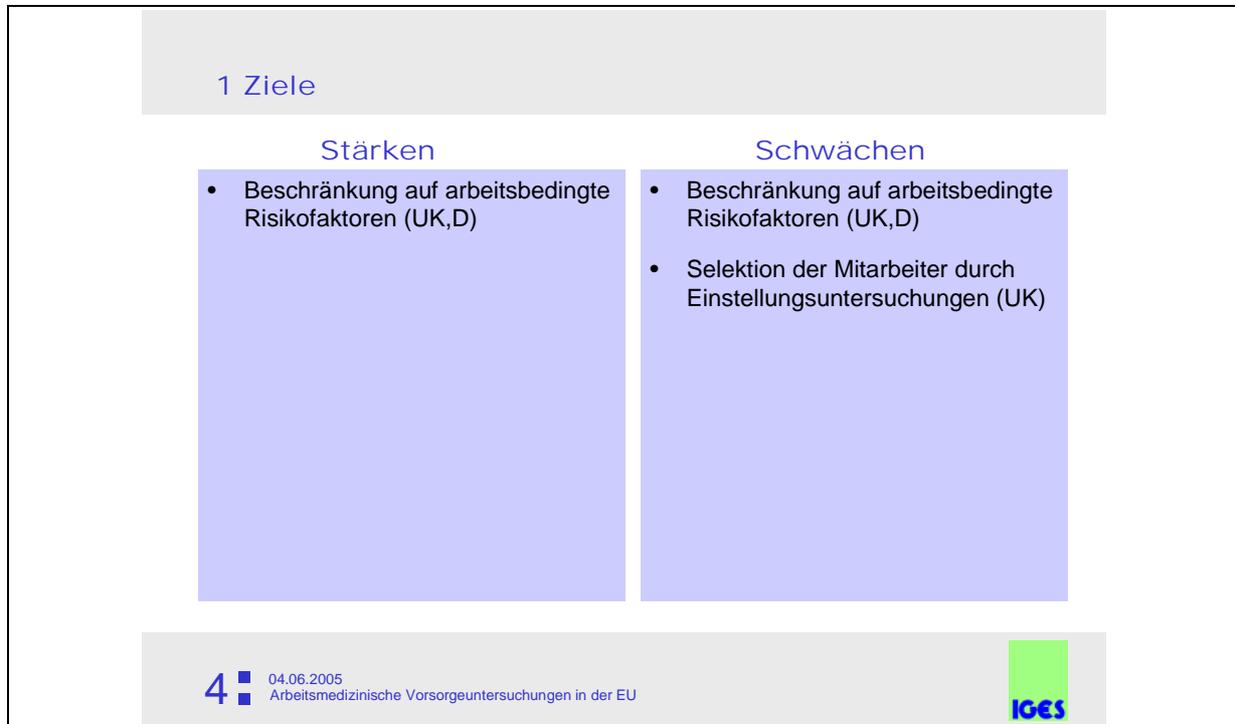


Abb. 9.7 Stärken und Schwächen bezüglich der Ziele von AMVU

Es bestand Uneinigkeit zwischen den Diskussionsteilnehmern, ob die in beiden Ländern existierende Beschränkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge auf arbeitsbedingte Risikofaktoren als Stärke oder Schwäche zu sehen sei. Während die eine Seite argumentierte, dass das eigentlich Ziel der arbeitsmedizinischen Vorsorge in der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit liege und deshalb auch nicht-arbeitsbedingte Risikofaktoren in den Untersuchungen berücksichtigt werden müssten, sah die andere Seite in diesem engeren Fokus einen Vorteil.

Als Schwäche des britischen Systems wurde der Umstand gesehen, dass Einstellungsuntersuchungen dort zur Selektion von Mitarbeitern eingesetzt werden könnten; dies sollte nach Ansicht der Diskussionsteilnehmer in jedem Fall vermieden werden.

Hinsichtlich der Anlässe von AMVU sahen die Diskussionsteilnehmer eine Reihe von Schwächen in beiden Ländern (vgl. Abb. 9.8 und Abb. 9.9 Stärken und Schwächen bezüglich der Anlässe von AMVU).

1 Anlässe

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Guter Zugang des AN zu AMVU aufgrund § 11 ASiG (D) • Beteiligung eines Betriebsarztes an der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung (D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu viele nicht indizierte Untersuchungen (D) • zu geringe Treffgenauigkeit wg. fehlender konkreter Gefährdungsanalyse (D) • Zufällig Auswahl der Untersuchungsanlässe (D) • Umsetzungsprobleme bei der Gefährdungsbeurteilung (D)

5 ■ 04.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 9.8 Stärken und Schwächen bezüglich der Anlässe von AMVU

1 Anlässe

Stärken	Schwächen
	<ul style="list-style-type: none"> • AMVU wird mißbraucht, um Zeit für Betreuung zu schaffen (D) • G 46 noch nicht als Angebot (D) • Gefährdungsbeurteilung ohne Beteiligung der Betriebsärzte (UK) • zu wenig konkret definierte Anlässe (UK) • AN ist AG bei Gefährdungsbeurteilung ausgeliefert (UK)

6 ■ 04.06.2005
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der EU

IGES

Abb. 9.9 Stärken und Schwächen bezüglich der Anlässe von AMVU (Fortsetzung)

So wurde für Deutschland kritisiert, dass es zu viele medizinisch nicht-indizierte Untersuchungen gäbe und dass die Auswahl der in den einschlägigen Rechtsnormen vorgegebenen Untersuchungsanlässe eher unsystematisch sei. Es wurde eingeräumt, dass die arbeitsmedizinische Vorsorge teilweise dazu dienen müsse, die

betriebsmedizinische Betreuung der Beschäftigten in ausreichendem Maße sicherzustellen.

Kritisiert wurde auch die Praxis der Gefährdungsanalyse in Deutschland: diese sei oft zu unkonkret oder werde nicht fachgerecht durchgeführt.

Als konkrete Schwäche des deutschen Systems wurde angesehen, dass der Grundsatz G 46 „Belastungen des Muskel- und Skelettsystems“ noch nicht verabschiedet worden sei.

Die Kritik am britischen System deckte sich teilweise mit der am deutschen: auch hier wurden Schwächen in der Gefährdungsbeurteilung gesehen, insbesondere dann, wenn die Gefährdungsbeurteilung vom Arbeitgeber selbst ohne Beteiligung eines Betriebsmediziners durchgeführt werde.

Die Organisation der arbeitsmedizinischen Vorsorge, die Qualifikation der Leistungserbringer und die Qualitätssicherung wurden kontrovers diskutiert (vgl. Abb. 9.10).

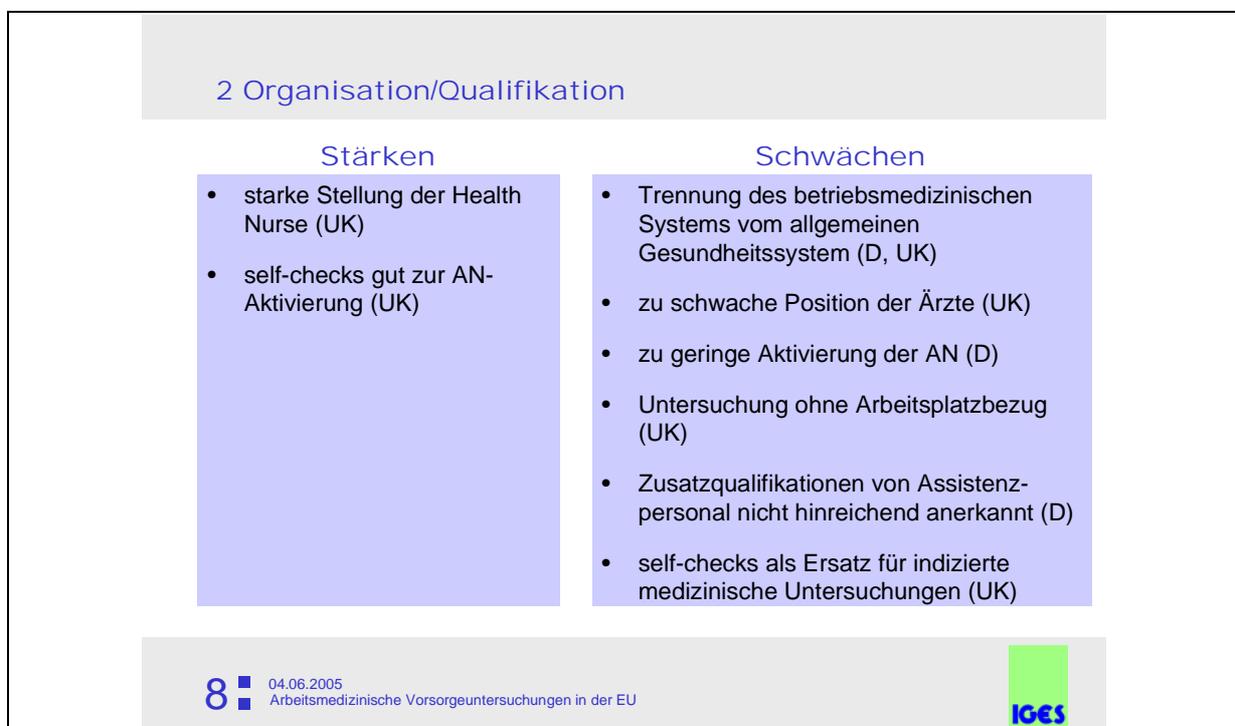


Abb. 9.10 Stärken und Schwächen bezüglich Organisation, Qualifikation und Qualitätssicherung

Als Stärke des britischen Systems wurde die starke Stellung der Betriebskrankenschwester („Health Nurse“) in der arbeitsmedizinischen Vorsorge angesehen. Viele Aufgaben könnten von ihr eigenständig und hochqualifiziert übernommen werden. Demgegenüber würden in Deutschland Zusatzqualifikationen des ärztlichen Assistenzpersonals nicht hinreichend anerkannt.

Als Stärke des britischen Systems wurde weiter die Aktivierung des Arbeitnehmers in der arbeitsmedizinischen Vorsorge in Form von Selbstuntersuchungen (Ausfüllen von Fragebögen, Beobachtung der Haut, Achten auf Symptome etc.) gesehen; dies

sei eine sinnvolle Ergänzung zu medizinischen Vorsorgeuntersuchungen durch eine Fachkraft, ohne diese jedoch umfassend ersetzen zu können.

Als gravierender Mangel sowohl des deutschen als auch des britischen Systems wurde die strikte Trennung von betriebsmedizinischem und allgemeinem Gesundheitssystem gesehen; hier gäbe es zu wenig Kooperation und Informationsaustausch, um eine optimale Vorsorge der Beschäftigten gewährleisten zu können. Auch wurde kritisiert, dass Vorsorgeuntersuchungen in Großbritannien häufig ohne den notwendigen unmittelbaren Praxisbezug stattfänden.

Die Planungen, nach denen sich alle Ärzte im 5-Jahres-Rhythmus rezertifizieren lassen müssen, wurde als sinnvoller Ansatz gesehen (vgl. Abb. 9.11).

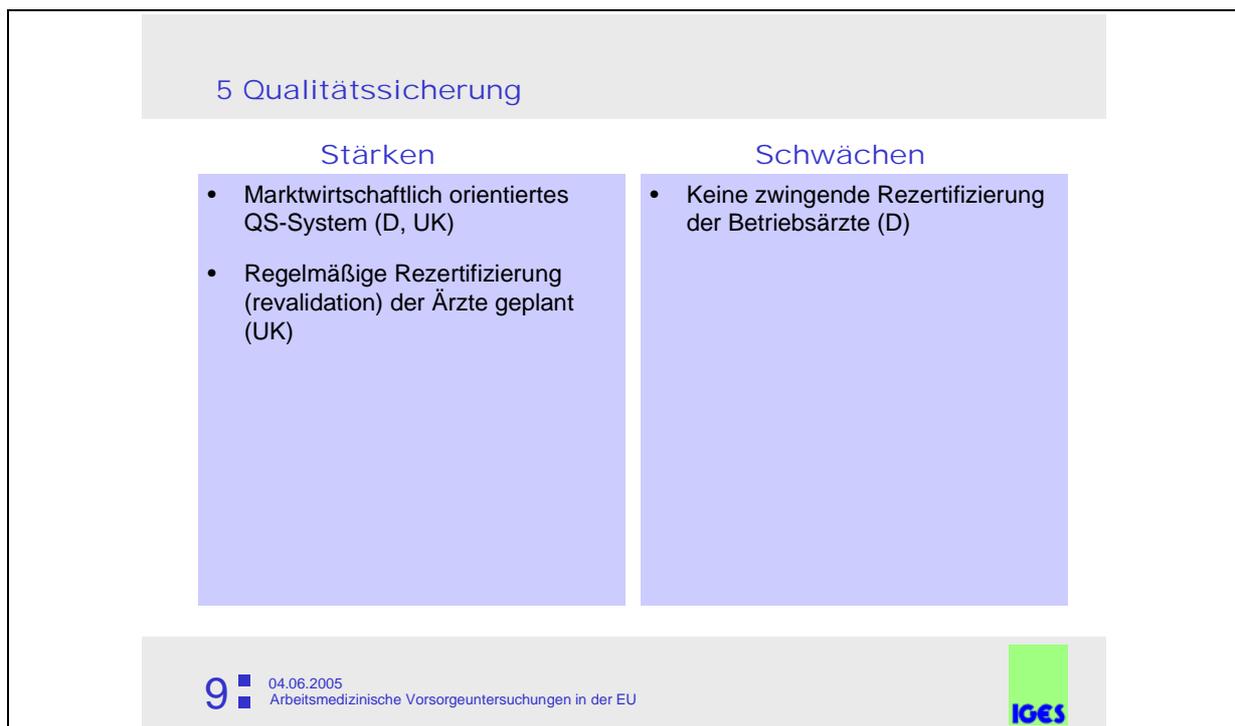


Abb. 9.11 Stärken und Schwächen bezüglich der Qualitätssicherung

Als Stärke wurde überwiegend gesehen, dass es kein verbindlich vorgeschriebenes System zur Qualitätssicherung gäbe, sondern Konzepte auf freiwilliger Basis (z. B. Gütesiegel des VDBW in Deutschland).

Hinsichtlich der rechtlichen Verbindlichkeit von AMVU waren die Teilnehmer überwiegend der Ansicht, das Verhältnis von Pflicht- zu Angebotsuntersuchungen sei in Deutschland angemessen, in Großbritannien hingegen gäbe es zu wenig Pflichtuntersuchungen. Nur eine Minderheit sah die geringe Anzahl der Pflichtuntersuchungen als Stärke des britischen Systems an (vgl. Abb. 9.12).

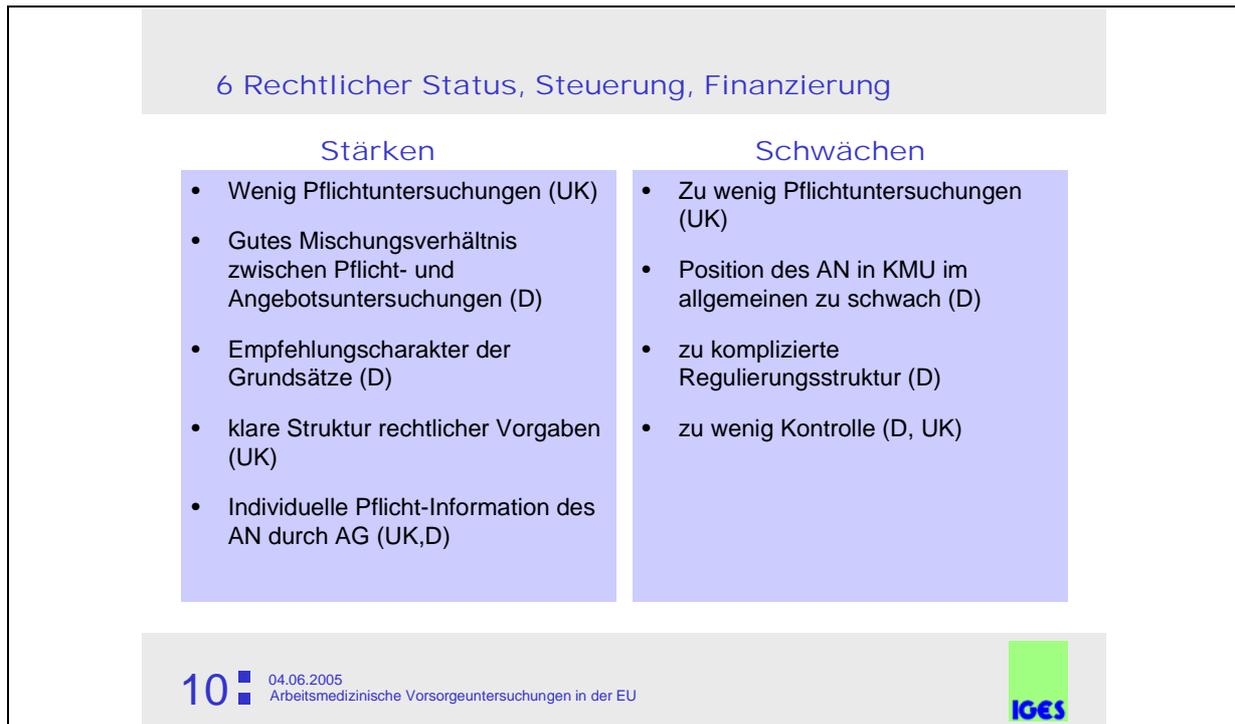


Abb. 9.12 Stärken und Schwächen bezüglich des rechtlichen Status, der Steuerung und Finanzierung (I)

Als Stärke des deutschen und britischen Systems wurde angesehen, dass die Durchführungsgrundsätze für die AMVU (G-Grundsätze bzw. Guidances) „nur“ empfehlenden Charakter haben und damit die Therapiefreiheit des Arztes nicht einschränken.

Zwar wurde es als Stärke sowohl des britischen als auch des deutschen Systems angesehen, dass Arbeitnehmer über die Ergebnisse der AMVU informiert werden müssen; jedoch habe der Arbeitnehmer im deutschen System zu wenige Rechte.

Weiter wurde die komplizierte Regulierungsstruktur in Deutschland bemängelt; diese sei in Großbritannien übersichtlicher.

An beiden Ländern bemängelten die Teilnehmer, dass zu wenig Ressourcen zu Verfügung stünden, um die Einhaltung der AMVU-Vorschriften zu überwachen.

Als Vorteil des britischen gegenüber dem deutschen System wurde die Tatsache gesehen, dass es für britische Arbeitgeber deutlichere finanzielle Anreize zur Einhaltung der arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften gäbe als in Deutschland (vgl. Abb. 9.13).

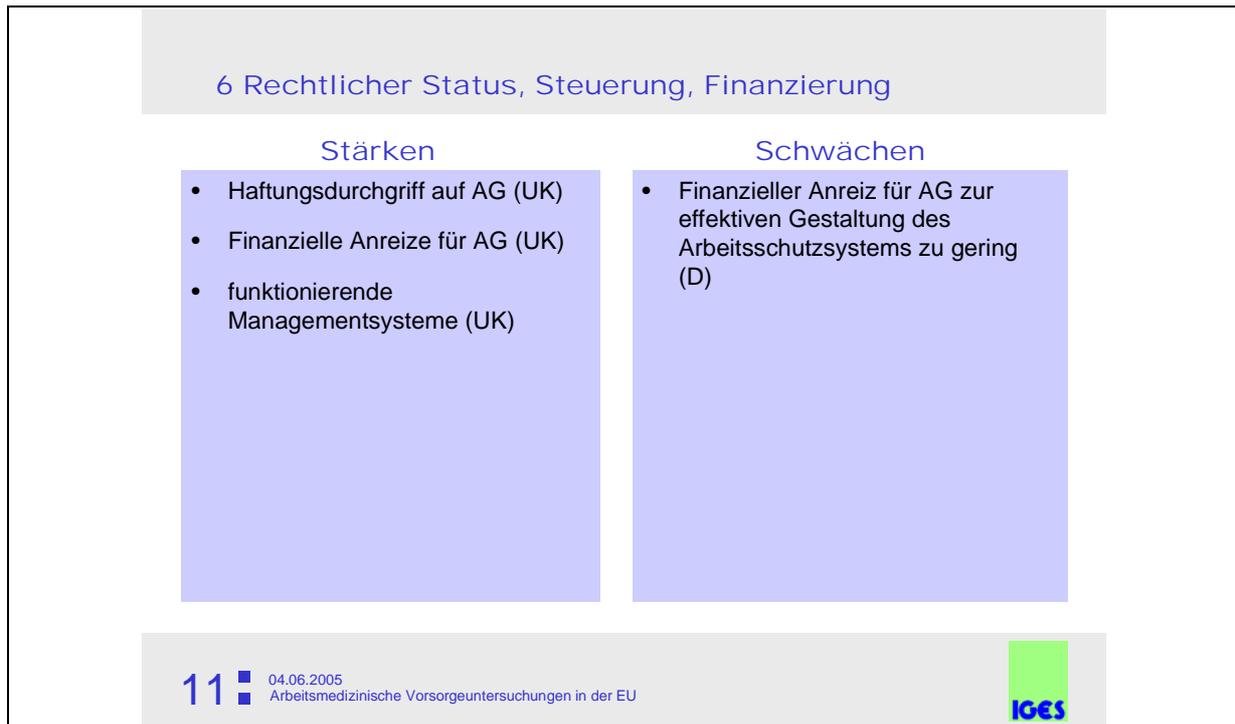


Abb. 9.13 Stärken und Schwächen bezüglich des rechtlichen Status, der Steuerung und Finanzierung (II)

9.3 Empfehlungen

Für ein neu zu gestaltendes System der AMVU wurden von den Teilnehmern folgende explizite Empfehlungen formuliert:

- Ziele/Inhalte: Die Beratung und Information des Arbeitnehmers über arbeitsbedingte Gefahren sollte unter Berücksichtigung nicht-arbeitsbedingter Faktoren erfolgen.
- Anlässe: Gefährdungsbeurteilungen sollten flächendeckend unter (verpflichtender) Einbeziehung von Betriebsärzten, Sicherheitsfachkräften und Arbeitnehmern erfolgen.
- Organisation: Bei der Prävention sollten Betriebsärzten enger mit dem übrigen Gesundheitssystem kooperieren.
- Qualifikation: Die Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer sollten möglichst klar und eindeutig formuliert sein.
- Steuerung: Dort, wo Arbeitsschutzvorschriften notwendig sind, sollte ihre Einhaltung auch effektiv überwacht werden.
- Steuerung/Finanzierung: Um das Interesse des Arbeitgebers an einem qualitativ hochwertigen Arbeitsschutz zu steigern, sollten deutliche finanzielle Anreize geschaffen werden.

- Finanzierung: Für allgemeinpräventive Aufgabenanteile sollten alternative Finanzierungsquellen ausgeschöpft werden.

Abgeleitet aus der Stärken-Schwächen-Analyse lassen sich zudem noch folgende weitere Empfehlungen ableiten:

- Anlässe: Die Zielgenauigkeit (Sensitivität, Spezifität) von AMVU sollte verbessert werden, um ihre Kosten-/Nutzen-Relation zu steigern.
- Inhalte: Zu den Untersuchungsinhalten sollten keine allzu rigiden Vorgaben gemacht werden, damit die Inhalte dem konkreten Versorgungsbedarf angepasst werden können.
- Organisation: Die Stellung medizinischer Assistenzberufe sollte gestärkt werden.
- Organisation: Die Kooperation zwischen dem Unfallversicherungssystem und dem Krankenversicherungssystem sollte verbessert und gestärkt werden.
- Organisation: Arbeitnehmer sollten verstärkt als Eigenverantwortliche für ihre Gesundheit aktiviert werden.

10 Moderierte Plenumsdiskussion

Dr. Barbara Matschke

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

Hans-Dieter Nolting

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

Die Schlussdiskussion drehte sich zunächst um die Konzeption des Forschungsprojekts: Hier wurde die Frage gestellt, inwieweit ein engerer Fokus auf die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach deutschem Verständnis nicht sinnvoller gewesen wäre als eine breitere Einbettung dieses Gegenstandes in das Feld der „betrieblichen Gesundheitsüberwachung“ (so der Begriff der EU-Rahmenrichtlinie). Hier wurde jedoch – wie schon einleitend in Kapitel 2 – darauf verwiesen, dass eine stärkere Einengung des Untersuchungsgegenstandes nach deutschem Verständnis kaum eine Vergleichsbasis mit anderen Ländern geboten hätte, um innovative Ansätze zu entdecken.

Was die Ziele der arbeitsmedizinischen Vorsorge angeht, so wurde der finnische „Public Health“-Ansatz weitgehend begrüßt: Gerade im Hinblick auf eine älter werdende Gesellschaft – mit älter werdenden Arbeitnehmern – sei es sinnvoll, nicht einzelne berufsbedingte Risikofaktoren, sondern – final orientiert – den Erhalt der Arbeitsfähigkeit (Work ability) des Beschäftigten zum Ziel der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu machen. Dafür spreche schon allein die zunehmende Zahl von arbeitsmitbedingten Krankheiten im Berufskrankheiten-Verfahren.

Kritisch gegenüber einer solchen Ausdehnung der Ziele arbeitsmedizinischer Vorsorge wurde angemerkt, dass die Aufgabe der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und beispielsweise der Wiedereingliederung in anderen Bereichen der Sozialversicherung geregelt sei und deshalb nicht ohne weiteres Gegenstand der arbeitsmedizinischen Vorsorge werden könne.

Weiter wurde eingewandt, dass dann zumindest auch die Finanzierung der arbeitsmedizinischen Vorsorge geändert werden müsse, da die Finanzierung der Entdeckung nicht-arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken nicht vom Arbeitgeber verlangt werden könne.

Von anderer Seite wurde dazu angemerkt, dass eine solche Reform der Finanzierungsstrukturen auch geeignet sein könne, dem Arbeitsmediziner in seiner Arbeit mehr Unabhängigkeit gegenüber dem Arbeitgeber zu verschaffen; jedenfalls müsse – so ein anderer Teilnehmer – die direkte Kontrahierung des Arbeitsmediziners durch den Arbeitgeber zumindest abgeschwächt werden.

Hinsichtlich der Inhalte arbeitsmedizinischer Vorsorge wurde die sogenannte „Einengung auf eine Untersuchungsmedizin“ kritisiert; dabei gerate der Arbeitnehmer als „ganzer Mensch“ zu sehr aus dem Blickfeld. Insbesondere die soziale Anamnese komme – so ein Arbeitsmediziner – häufig zu kurz.

Weiter solle – so ein anderer Teilnehmer – die arbeitsmedizinische Vorsorge stärker in eine ganzheitliche betriebliche Präventionsstrategie eingebunden werden. Und nur wenn die Untersuchungen stärker mit den daraus abzuleitenden Folgen verknüpft würden, könnten sie tatsächlich Sinn machen. Ein Teilnehmer schlug hier vor, die Arbeitsmedizin ähnlich wie in Finnland zur kurativen Versorgung zuzulassen, was zu der Frage führte, ob Arbeitsmediziner dazu da seien, die Mängel des allgemeinen Gesundheitssystems zu kompensieren.

Angezweifelt wurde vielfach die Evidenzbasierung von Maßnahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge. Hier bestehe noch großer Forschungs- und – insbesondere gegenüber den Arbeitgebern – auch Aufklärungsbedarf bezüglich des Kosten-/Nutzen-Verhältnisses arbeitsmedizinischer Vorsorge: auch kleinere und mittlere Unternehmen wären – so ein Teilnehmer – grundsätzlich zu mehr Arbeitsschutz bereit, wenn der Nutzen deutlicher gemacht würde.

Die Organisation der arbeitsmedizinischen Vorsorge war Gegenstand einer breiten Diskussion. Hier wurde zum einen angemerkt, dass die Kooperation mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen vielfach nicht vorgesehen sei und dort, wo sie gefordert werde – etwa bei Wiedereingliederungsmaßnahmen – häufig nicht funktioniere. Hier bestehe dringender Handlungsbedarf, die Verzahnung der Arbeitsmedizin etwa mit Krankenkassen, niedergelassenen Ärzten oder dem MDK zu verbessern.

Die Frage, wie dem drohenden Ärztemangel in der Arbeitsmedizin zu begegnen sei, wurde unterschiedlich beantwortet: Einerseits wurde die Arbeitsmedizin grundsätzlich als wenig attraktives Beschäftigungsfeld für Mediziner gesehen, etwa weil keine kurative Tätigkeit möglich sei. Auf der anderen Seite wurde von Seiten der ärztlichen Standesvertretung die Ansicht vertreten, dass es nicht zu wenige interessierte Ärzte, sondern zu wenige Stellen in der Arbeitsmedizin gäbe; entsprechend könne man dem Ärztemangel entgegenwirken, indem man die Stellen- und Karriereangebote für Ärzte in der Arbeitsmedizin verbessere.

Programm

Freitag, 3. Juni 2005	
10.30	Begrüßung Ziele des Projektes Frau Dr. Matschke, BAuA, Berlin
11.00	Ziele, Kriterien für AMVU-Systeme Herr Nolting, IGES, Berlin
11.30	Diskussion
11.45	Szenario „Arbeitswelt 2015“ Herr Nolting, Herr Dr. Loos, IGES, Berlin
12.10	Erläuterung der Vorgehensweise in den Arbeitsgruppen Herr Nolting, Herr Dr. Loos, IGES, Berlin
12.30	Mittagsimbiss
13.30	Gruppenarbeit: Arbeitsgruppe 1: Deutschland + Dänemark Arbeitsgruppe 2: Deutschland + Finnland Arbeitsgruppe 3: Deutschland + Frankreich Arbeitsgruppe 4: Deutschland + Niederlande Arbeitsgruppe 5: Deutschland + Großbritannien Moderatoren
15.00	Kaffeepause
15.15 – 17.00	Gruppenarbeit (Fortsetzung) Moderatoren

Samstag, 4. Juni 2005	
09.00	Zusammenfassungen der Ergebnisse der fünf Arbeitsgruppen Ziele des Projektes Moderatoren der jeweiligen Arbeitsgruppe
10.30	Kaffeepause
10.45 - 13.00	Schlussfolgerungen: Moderierte Plenumsdiskussion Frau Dr. Matschke, BAuA, Berlin Herr Nolting, IGES, Berlin

Autoren

Dipl. Soz.-Wiss. Judith Berger

Dr. Yvonne Grabbe

Dr. Stefan Loos

Dipl.-Psych. Hans-Dieter Nolting

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Wichmannstraße 5, D-10787 Berlin

Dr. med. Norbert Will

It. Werksarzt Clariant AG

Clariant AG, D-65840 Sulzbach am Taunus

Dr. med. Barbara Matschke

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Nöldnerstr. 40-42, D-10317 Berlin