

H.-D. Nolting
D. Niemann
St. Loos
N. Will

**Arbeitsmedizinische Vorsorge
in sechs Ländern der Europäischen Union**

Diese Veröffentlichung ist eine Zusammenfassung des Abschlussberichts zum Projekt „Vorgehensweise und Zielstellungen arbeitsmedizinischer Vorsorge in sechs 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“ – Projekt F 1906 – im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Hans-Dieter Nolting, Dipl.-Psych.
Désirée Niemann, Dipl. Kff., MPH
Dr. Stefan Loos, Dipl. Verw.wiss.
IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Wichmannstr. 5, 10787 Berlin

Dr. med. Norbert Will, FA für Arbeitsmedizin
Leitender Werksarzt der Clariant GmbH
65840 Sulzbach am Taunus

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund
Telefon: 0231 9071-0
Telefax: 0231 9071-2454
E-Mail: poststelle@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, 10317 Berlin
Telefon: 030 51548-0
Telefax: 030 51548-4170

Dresden:
Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden
Telefon: 0351 5639-50
Telefax: 0351 5639-5210

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

Arbeitsmedizinische Vorsorge in sechs Ländern der Europäischen Union

Einleitung

Als arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (AMVU) bezeichnet man ärztliche Untersuchungen von Arbeitnehmern, die das Ziel haben, die betreffenden Beschäftigten vor gesundheitlichen Gefahren zu schützen, die im Zusammenhang mit ihrer Arbeit auftreten können. Die Anforderungen an die AMVU sind einem deutlichen Wandel unterworfen, bedingt zum einen durch den Strukturwandel in Arbeitswelt und Gesellschaft¹, zum anderen durch die Harmonisierungsbestrebungen im Rahmen der Europäischen Union.² Die Länder der Europäischen Union sind dem wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Strukturwandel sowie dem Einfluss der Europäischen Union in vergleichbarem Maße ausgesetzt. Dennoch haben sich in den EU-Ländern z. T. recht unterschiedliche Modelle des betrieblichen Gesundheitsschutzes etabliert. 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 Ländern aufzunehmen und im eigenen Land nutzbar zu machen. Dies gilt auch für den Bereich der arbeitsmedizinischen Vorsorge als bedeutendem Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsschutzes.

Ziele und Fragestellungen der Studie

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht deshalb ein Vergleich zwischen sechs europäischen Ländern hinsichtlich ihrer rechtlichen Regelungen zu AMVU³, der Gewichtung von AMVU als Instrument der Prävention in der Arbeitswelt durch die jeweiligen nationalen Experten sowie der tatsächlichen Bedeutung von AMVU in der Praxis des jeweiligen Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems. Ziel der Untersuchung ist es, aus der vergleichenden Analyse des rechtlichen und praktischen Stellenwerts von AMVU in anderen EU-Ländern Hinweise auf neuartige Konzepte der Individualprävention sowie alternative Regelungs- und Steuerungsansätze zu gewinnen. Die Untersuchung steht somit im Kontext einer Diskussion über die Zukunftsperspektiven der arbeitsmedizinischen Vorsorge insgesamt sowie speziell der Vorsorgeuntersu-

¹ Vgl. dazu insbesondere (Deutscher Bundestag 2002a), (Deutscher Bundestag, 2002b), (Kreditanstalt für Wiederaufbau, 2004) und (Deutsche Angestellten-Krankenkasse, 2005).

² Von zentraler Bedeutung sind die Rahmenrichtlinie (89/391/EWG) sowie eine Vielzahl von Einzelrichtlinien, in denen sich Ausführungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge finden. Auch wenn die EU-Richtlinien in den Mitgliedsstaaten auf unterschiedliche nationalstaatliche Systeme treffen und entsprechend uneinheitlich umgesetzt werden (Walters, 2002), lässt sich doch ein deutlicher harmonisierender Effekt der EU-Richtlinien auf die nationalen Systeme des Arbeitsschutzes nachweisen (Europäische Kommission, 2004).

³ Bei einer international vergleichenden Studie stellt sich grundsätzlich die Frage, inwieweit es sinnvoll und möglich ist, den Untersuchungsgegenstand mit der in einem Land geltenden Definition zu identifizieren. Aus diesem Grund bilden die AMVU nach deutschem Verständnis den Kern des Untersuchungsgegenstandes. Darüber hinaus werden alle sonstigen individuenbezogenen Präventionsmaßnahmen in die Analyse einbezogen, die vergleichbaren Zielen wie die gegenwärtigen AMVU dienen oder die als potenzielle Erweiterungen der Zielsetzungen von AMVU in Betracht kommen könnten.

chungen in Deutschland. Bei den Recherchen und Analysen standen folgende sechs Fragestellungen im Vordergrund:

- Welche Zielstellungen werden in den anderen EU-Ländern mit AMVU bzw. analog zu sehenden Maßnahmen verfolgt?
- Inwieweit werden in anderen EU-Ländern AMVU bzw. analog zu sehende Maßnahmen bei Gefährdungen durchgeführt, für die es in Deutschland bislang keine AMVU gibt?
- Welche Regelungen bestehen in anderen EU-Ländern im Hinblick auf den rechtlichen Status von AMVU – insbesondere den Verpflichtungscharakter – und welche Erfahrungen werden diesbezüglich gemacht?
- Von wem werden AMVU durchgeführt (Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer)?
- Welche Steuerungskonzepte und ökonomischen Anreize sind im Zusammenhang mit AMVU in den einzelnen Ländern wirksam?
- Inwieweit werden im Zusammenhang mit AMVU Daten zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten sowie ihren Expositionen am Arbeitsplatz erhoben und für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung nutzbar gemacht?

Methodik

Für einen Vergleich mit Deutschland wurden die fünf Länder Dänemark, Finnland, Frankreich, Vereinigtes Königreich und die Niederlande ausgewählt, nachdem Voruntersuchungen ergeben hatten, dass diese Länder ein hinreichend breites und vielfältiges Spektrum an heterogenen Sichtweisen, Regelungen und Praktiken im Bereich der arbeitsmedizinischen Vorsorge bieten. Die Untersuchung stützt sich auf Dokumentenrecherchen, schriftliche und telefonische Interviews mit Experten und Praktikern aus den fünf anderen EU-Ländern sowie einen Workshop mit Vertretern der wichtigsten Beteiligten und Interessengruppen („Stakeholder“) im deutschen Arbeits- und Gesundheitsschutz-System. Das Forschungsprojekt wurde zudem durch einen Beirat begleitet. Um die Recherchen zum Thema AMVU in den sechs Ländern zu fokussieren, wurden sieben potenzielle Anlässe zur Durchführung von AMVU ausgewählt und besonders untersucht: ionisierende Strahlung; Exposition gegenüber Gefahrstoffen im Allgemeinen sowie beispielhaft Isocyanaten; Lärm; hautgefährdende Tätigkeiten; Bildschirmtätigkeit; Muskulo-skelettale Belastungen; arbeitsbedingter Stress und psychische Belastungen. Durch diese Auswahl sollte mit rechtlich hochgradig verbindlichen Untersuchungsanlässen (ionisierende Strahlung), reinen Angebotsuntersuchungen (Bildschirmtätigkeit) und zwei potenziell neuen Anlässen (muskulo-skelettale Belastungen, Stress/psychische Belastungen) ein möglichst breites Spektrum an Untersuchungsanlässen erfasst werden.

Ergebnisse

Ziele der arbeitsmedizinischen Vorsorge

In allen untersuchten Ländern gibt es AMVU, die – entsprechend den speziellen AMVU in Deutschland – der Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsschäden durch spezifische und klar definierte Einwirkungen am Arbeitsplatz dienen. Darüber hinaus gibt es hinsichtlich der Zielstellungen von AMVU vor allem in Frankreich und Finnland wichtige Besonderheiten. In Frankreich soll durch regelmäßige (alle zwei Jahre bzw. bei erhöhter Gefährdung jährliche), gefährdungsunabhängige und für alle Beschäftigten verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen ermittelt werden, ob die gesundheitliche Eignung für die Ausübung der betreffenden Tätigkeit (noch) gegeben

ist oder ob ggf. Modifikationen des Arbeitsplatzes oder gar ein Arbeitsplatzwechsel erforderlich sind. In Finnland wird zusätzlich zu den an spezifischen Gefährdungen orientierten AMVU ein final orientierter, allgemeinpräventiver Ansatz verfolgt: Ziel ist die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten. Damit können im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen auch solche Risiken berücksichtigt werden, die nicht überwiegend arbeitsbedingt sind. Eine Erweiterung der Zielstellung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen auf Fragen der Allgemeinprävention bzw. die Problematik des Erhalts der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wie in Finnland wird auch in Deutschland von Fachleuten und Verbänden intensiv diskutiert (Scheuch und Panter, 2004).

Anlässe für AMVU

Hinsichtlich der Anlässe für AMVU sollte die vorliegende Studie vor allem klären, ob in anderen EU-Ländern im Vergleich zu Deutschland Vorsorgeuntersuchungen bei zusätzlichen bzw. neuartigen Anlässen durchgeführt werden. Vom Untersuchungskonzept wurden explizit die beiden potenziellen Anlässe „Muskulo-skelettale Belastungen“ und „Psychische Belastungen/Stress“ berücksichtigt. Tabelle 1 zeigt zunächst, dass es bezüglich der sieben untersuchten Anlässe deutliche Unterschiede zwischen den sechs Ländern gibt. Bei den klassischen Gefährdungen „Ionisierende Strahlung“ und „Gefahrstoffe“ sind in allen untersuchten Ländern AMVU vorgesehen. Dies ist allerdings auch darauf zurück zu führen, dass diese Bereiche durch das EU-Recht weitgehend vereinheitlicht wurden. Bei gesundheitsgefährdender Lärmbelastung sind in vier der sechs Länder AMVU vorgesehen. Ähnlich ist es bezüglich der Bildschirmarbeit; auch hier gibt es in den meisten Ländern, dieses Mal mit Ausnahme von Finnland, AMVU. Bei hautgefährdenden Tätigkeiten ist Deutschland – infolge der novellierten Gefahrstoffverordnung – das einzige Land, in dem aus diesem Anlass AMVU vorgesehen sind. Bei den ausgewählten potenziellen Anlässen, den muskulo-skelettalen und den psychischen Belastungen, gibt es bisher in keinem der untersuchten Länder spezifische Regelungen zu AMVU. In Deutschland ist mit der Veröffentlichung des Berufsgenossenschaftlichen Grundsatzes für eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung G 46 „Belastungen des Muskel- und Skelettsystems“ (MILDE und PONTO, 2005) ein Schritt in Richtung einer neuen speziellen AMVU getan worden. Die Bekämpfung arbeitsbedingter psychischer Belastungen nimmt zwar einen zentralen Platz in den europäischen und nationalen Arbeitsschutz-Strategiepapieren ein. Die Einführung einer diesbezüglichen AMVU steht jedoch in keinem untersuchten Land auf der Agenda.

Rechtlicher Status von AMVU

Die Untersuchungsfragen zum rechtlichen Status von AMVU betreffen zum einen den Verpflichtungscharakter der Vorsorgeuntersuchungen – inwieweit sind in den anderen EU-Ländern AMVU als Beschäftigungsvoraussetzungen konzipiert bzw. ggf. in anderer Weise verpflichtend ausgestaltet – und zum anderen die rechtlichen Konsequenzen, die sich im Zusammenhang mit AMVU ergeben können, insbesondere die Möglichkeit eines Beschäftigungsverbots. Zum anderen sind in diesem Kontext die Regelungen zur Information des Arbeitgebers über das Untersuchungsergebnis von Belang.

Tabelle 1 Übersicht zu den Untersuchungsanlässen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in den sechs europäischen Ländern

| Risikofaktoren | Deutschland | Dänemark | Finnland | Frankreich | Vereinigtes Königreich | Niederlande |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Ionisierende Strahlung | Pflichtuntersuchung | Pflichtuntersuchung | Pflichtuntersuchung | Pflichtuntersuchung | Pflichtuntersuchung | Pflichtuntersuchung. |
| Gefahrstoffe | Pflicht- und Angebotsuntersuchungen | Angebotsuntersuchung; nur in seltenen Ausnahmefällen (Asbest- und Bleiexposition) Pflichtuntersuchungen | Pflichtuntersuchung | Pflichtuntersuchung | Pflichtuntersuchung bei bestimmten Arbeitsprozessen mit 7 verschiedenen Substanzgruppen (z. B. Fertigung von Auramin oder Magenta; Fertigung von Natrium- und Kaliumchromat/-dichromat) und nach individueller Gefährdungsbeurteilung | Angebotsuntersuchung |
| Lärm | Pflichtuntersuchung | k.b.V. | Pflichtuntersuchung | Pflichtuntersuchung | Seit 4. April 2006: neue Verordnung („The Control of Noise at Work Regulations 2005): Pflichtuntersuchung (Health Surveillance in Form von Hörtests) für alle Beschäftigten, die einem Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, d.h. ab regelmäßiger Belastung von 85 dB(A) und mehr sowie nach individueller Gefährdungsbeurteilung | Angebotsuntersuchung |
| Hautgefährdende Tätigkeiten | Pflicht- und Angebotsuntersuchungen z. B. bei Feuchtarbeit | k.b.V. | k.b.V. | k.b.V. | k.b.V. | k.b.V. |
| Bildschirmtätigkeit | Angebotsuntersuchung | Angebotsuntersuchung | k.b.V. | Pflichtuntersuchung | Untersuchung auf Verlangen des Beschäftigten | Angebotsuntersuchung |
| Muskulo-skelettale Belastungen | Pflichtuntersuchung | k.b.V. | k.b.V. | k.b.V. | k.b.V. | k.b.V. |
| Stress/Psychische Belastungen | k.b.V. | k.b.V. | k.b.V.; häufig aber freiwill. Assessment | k.b.V. | k.b.V. | k.b.V. |

k.b.V. = keine besonderen Vorschriften

Die sechs untersuchten EU-Länder teilen sich bei diesen Fragen in zwei Gruppen: Eine vergleichbare Zahl von Pflichtuntersuchungen wie in Deutschland existiert auch in Finnland und Frankreich. In Dänemark, dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden sind Pflichtuntersuchungen dagegen nur bei sehr wenigen Anlässen (ionisierende Strahlung, Blei- oder Asbestexposition) vorgesehen. Besonders deutlich sind die Unterschiede im Gefahrstoffbereich (vgl. Tab. 1). Angesichts der Tatsache, dass alle sechs Länder den gleichen Rahmenvorgaben der EU unterliegen, sind die Unterschiede primär auf divergierende Auffassungen zum grundsätzlichen Stellenwert von AMVU im Rahmen der arbeitsmedizinischen Prävention zurückzuführen. Die Interviews haben sehr deutlich gezeigt, dass dem Instrument der AMVU von den Experten und Praktikern aus Frankreich und Finnland – ähnlich wie in Deutschland – grundsätzlich ein größerer Stellenwert im Rahmen des Gesamtspektrums der arbeitsmedizinischen Prävention eingeräumt wird. Die Interviewpartner aus der zweiten Gruppe von Ländern waren dagegen deutlich skeptischer bzw. sahen AMVU als eine ausgesprochen nachrangige Maßnahme an. Wegen der aus ihrer Sicht geringen Wirksamkeit von AMVU wurden von den Experten aus diesen Ländern Untersuchungspflichten überwiegend abgelehnt bzw. nur bei den wenigen aktuell bestehenden Anlässen als gerechtfertigt erachtet. Der zweite in diesem Zusammenhang relevante Themenkomplex betrifft die Konsequenzen, die bei Feststellung gesundheitlicher Bedenken durch eine AMVU vorgesehen sind bzw. eintreten können. In den drei Ländern, wo Pflichtuntersuchungen keine nennenswerte Rolle spielen, existieren zu dieser Fragestellung nur in den wenigen Ausnahmefällen, bei denen auch Pflichtuntersuchungen vorgeschrieben sind (z. B. Bleiexposition), explizite rechtliche Regelungen. In Finnland und Frankreich gibt es allgemeine Regelungen, wie bei gesundheitlichen Bedenken vorzugehen ist. Auch in diesen beiden Ländern wird jedoch nicht genau geregelt, was geschieht, wenn Maßnahmen wie Arbeitsplatzmodifikation und Versetzung ausgeschöpft oder nicht möglich sind. In Frankreich bestehen hinsichtlich der Information des Arbeitgebers über das Ergebnis von AMVU sehr ähnliche Regelungen wie in Deutschland. In Dänemark wird das Untersuchungsergebnis nicht dem Unternehmer direkt, sondern einer nationalen Behörde mitgeteilt, die ihrerseits den Unternehmer informiert, sofern Handlungsbedarf gegeben ist.

Organisation und Qualifikation der Leistungserbringer

In Deutschland und auch in Frankreich werden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen grundsätzlich nur von speziell ausgebildeten Ärzten durchgeführt, die dabei von medizinischem Assistenzpersonal unterstützt werden. In anderen Ländern werden dagegen verstärkt andere Berufsgruppen eigenständig an der arbeitsmedizinischen Vorsorge beteiligt. Im Vereinigten Königreich sind die gesetzlichen Anforderungen an die Leistungserbringer arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen relativ weit und unspezifisch gefasst: Gefordert wird prinzipiell die Durchführung der Untersuchungen durch eine „kompetente Person“, die im konkreten Einzelfall der Beschäftigte selbst, der Arbeitgeber, eine Betriebskrankenschwester oder auch ein Arzt sein kann. Eine derart unspezifische Regelung ermöglicht eine flexibel auf die konkrete Qualifikationsanforderung zugeschnittene Auswahl des Leistungserbringers. Sie birgt aber auch die Gefahr in sich, dass Arbeitgeber aus ökonomischen Gründen eine Unterausstattung mit arbeitsmedizinisch qualifizierten Fachkräften in Kauf nehmen, ohne unmittelbare Sanktionen befürchten zu müssen, da die Frage der Regeleinhaltung aufwendig im Einzelfall geklärt werden müsste. In der Folge hat dies im Vereinigten Königreich zu einem grundsätzlichen Mangel arbeitsmedizinisch

hochqualifizierter Fachkräfte geführt, ein Problem, welches jedoch auch in Deutschland, Dänemark, Finnland und Frankreich aktuell ist. Die Aus- und Weiterbildungsanforderungen und -möglichkeiten für Arbeitsmediziner sind in allen untersuchten Ländern umfassend und grundsätzlich einheitlich geregelt. Im Vereinigten Königreich gibt es allerdings keine klare Verknüpfung von ärztlicher arbeitsmedizinischer Qualifikation und der Erlaubnis zur Durchführung von AMVU. Häufig existieren keine systematischen arbeitsmedizinischen Aus- und Fortbildungsangebote für Nicht-Ärzte (z. B. Psychologen),⁴ oder diese werden nicht hinreichend anerkannt. Eine Ausnahme stellt die Ausbildung zur *Betriebskrankenschwester* (Occupational Health Nurse) im Vereinigten Königreich und z. T. auch in Dänemark und Finnland dar. Um einer drohenden Personalknappheit entgegenzuwirken, wurden etwa in Frankreich die Qualifikationsmöglichkeiten für die arbeitsmedizinische Betreuung erweitert. Auch in Finnland denkt man darüber nach, durch solche Maßnahmen einer drohenden Personalknappheit entgegenzuwirken. Besondere Qualifikations- und Zugangsvoraussetzungen gibt es bei arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen aufgrund ionisierender Strahlung. Entsprechend der EU-Richtlinie 96/29 dürfen diese nur von besonders ermächtigten Ärzten/Diensten durchgeführt werden.

Steuerung und ökonomische Anreize

Die Finanzierung der arbeitsmedizinischen Vorsorge und der betrieblichen Gesundheitsdienste liegt – gemäß dem Verursacher-Prinzip – überwiegend und unmittelbar in der Hand der Arbeitgeber. Lediglich in den beiden untersuchten skandinavischen Ländern Finnland und Dänemark übernimmt der Staat einen gewissen Anteil der Kosten für die Vorhaltung eines betrieblichen Gesundheitsdienstes. Ferner kommt es dadurch, dass öffentliche Einrichtungen in Dänemark, Finnland und im Vereinigten Königreich betriebsmedizinische Betreuung anbieten, dort zu einer gewissen Co-Finanzierung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge durch den Staat bzw. die Steuerzahler.

Die Überwachung der Einhaltung der arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften ist in den untersuchten Ländern unterschiedlich organisiert: In Finnland und den Niederlanden erfolgt die Kontrolle ausschließlich durch besondere, den jeweils zuständigen Ministerien unterstehende Arbeitsschutz-Einrichtungen. Im Vereinigten Königreich teilen sich staatliche Arbeitsschutzverwaltung und die Kommunen die Überwachungsaufgaben, während in Deutschland und Frankreich sowohl staatliche Einrichtungen, als auch Akteure der Selbstverwaltung an der Kontrolle beteiligt sind. Allgegenwärtig war in den untersuchten Ländern das Problem mangelnder Kontrollressourcen: Die entsprechenden Stellen, insbesondere im Vereinigten Königreich, verfügten über zu wenig Personal, um die Unternehmen wirksam überwachen zu können; nach einer Inspektion dauert es oft mehrere Jahre, bevor ein Unternehmen erneut kontrolliert wird.

Hinsichtlich der politischen Steuerung der arbeitsmedizinischen Vorsorge geht es um die Frage, mit welchem Ziel, wie und in welchem Umfang der Staat oder auch Akteure der Selbstverwaltung versuchen, Einfluss auf die Durchführung von AMVU zu nehmen. Zunächst geht es darum, ob der Staat den Arbeitgeber bei der – freiwilligen – Durchführung AMVU informiert, berät und überzeugt (persuasive Steuerung) oder ob er ihn zur Durchführung der Untersuchungen unter Strafandrohung zwingt (regu-

⁴ So auch (Hämäläinen 2001, S. 13).

lative Steuerung). Die Kombination dieser Steuerungsformen fällt von Land zu Land unterschiedlich aus, wofür sowohl unterschiedliche Problemdefinitionen als auch politische und wirtschaftliche Interessen ausschlaggebend sein können. Von den untersuchten Ländern waren das Vereinigte Königreich und die Niederlande die beiden Länder, in denen der persuasive Steuerungsansatz am konsequentesten verfolgt wird: Pflichtuntersuchungen sind dort selten, dafür gibt es – insbesondere im Vereinigten Königreich – eine Vielzahl von Materialien, Empfehlungen und Angeboten, die den Arbeitgeber bei der Durchführung seiner arbeitsschutzrechtlichen Pflichten unterstützen sollen. Wo gesetzliche Regelungen zur Anwendung kommen, sind sie häufig so gestaltet, dass sie den Arbeitgeber nicht zu einer bestimmten Maßnahme verpflichten, sondern ihm einen breiten Ermessensspielraum eröffnen, innerhalb dessen er tätig werden kann. Die AMVU im Vereinigten Königreich ist damit deutlich weniger strikt reguliert, als es etwa die europäische Rahmenrichtlinie vorsieht. Eine andere Kombination von persuasiver und regulativer Steuerung verfolgen v. a. Länder wie Frankreich und Deutschland. Hier spielen Pflichtuntersuchungen und detaillierte gesetzliche Vorgaben darüber, wann, wie und von wem AMVU durchzuführen sind, eine deutlich größere Rolle als im Vereinigten Königreich. Verbunden mit dieser Frage, was der Staat tun sollte, um die Umsetzung arbeitsschutzrechtlicher Vorschriften sicherzustellen, stellt sich die Frage nach den dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen. So lässt sich eine zunehmende Inkongruenz zwischen Problemstrukturen und entsprechenden Steuerungsstrukturen zur Bewältigung dieser Probleme beobachten: Es werden nicht nur die Belastungssituationen für Beschäftigte vielfältiger und unübersichtlicher (etwa durch das Aufkommen psychischer Belastungen, die Mehrfachbelastung durch unterschiedlichste Schadstoffe etc.); auch die Unternehmensstrukturen und Beschäftigungsverhältnisse werden flexibler und durchlässiger. In einem Staat, der nur mit beschränkten Ressourcen zur Normsetzung und Normüberwachung ausgestattet ist, führt dies in der Realität dazu, dass Gesetze und Verordnungen der realen Gefährdungssituation hinterherhinken und ihre Einhaltung nur unzureichend kontrolliert werden kann. Ein vor allem in Deutschland etablierter Ansatz, um mit dieser begrenzten Steuerungskapazität des Staates umzugehen, ist die korporatistische Einbindung der Selbstverwaltung (der Unfallversicherungsträger) in die Normsetzung und Überwachung. Dadurch erweitern sich nicht nur die personellen und finanziellen Steuerungsressourcen; auch das branchenspezifische Fachwissen kann stärker in den Steuerungsprozess eingebunden werden. Neben dieser Einbindung der Selbstverwaltung auf einer mittleren Ebene gibt es vermehrt Ansätze, die auf eine weitgehende Selbststeuerung in den Betrieben setzen. Ein Schritt in diese Richtung ist die Einführung eines konkreten Risikoassessments als Basis für die arbeitsmedizinische Vorsorge. Ein anderer Schritt ist, wie oben schon am Beispiel Vereinigtes Königreich geschildert, die staatliche Vorgabe von Ermessensspielräumen, innerhalb derer ein Arbeitgeber bzw. ein Betriebsarzt selbst entscheiden kann, welche Maßnahme in der konkreten Situation angezeigt ist. Mit diesen beiden Beispielen sind zwei Formen der staatlichen Gestaltung betrieblicher Selbststeuerung benannt: Zum einen die Prozess-Steuerung und im zweiten Fall eine Rahmen-Steuerung. Im ersten Fall schreibt der Staat einen bestimmten Prozess (etwa des Risikoassessments, der Zertifizierung oder der Qualitätskontrolle) vor. Im zweiten Fall benennt der Staat einen inhaltlichen Rahmen, innerhalb dessen sich die betrieblichen Maßnahmen bewegen sollen (z. B. Durchführung der Untersuchungen durch eine „kompetente Person“). Eine besondere Form der Prozess-Steuerung als Kombination von Fremd- und Selbststeuerung wurde gerade in Dänemark eingeführt. Nach dem Konzept der „Earned Autonomy“ (verdienten Auto-

nomie) werden Firmen, die ein zertifiziertes Arbeitsschutzsystem nachweisen können, grundsätzlich von staatlichen Kontrollen befreit. Dadurch sollen sich staatliche Kontrollen stärker auf Problemfälle unter den Firmen konzentrieren können. Eine weitere Form der Rahmen-Steuerung ist das Setzen finanzieller Anreize für Unternehmen durch staatliche Akteure oder die Selbstverwaltung. Beispiele sind hier die Beitragszu- und -abschläge zur Unfallversicherung in Deutschland, die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Zahlung des Krankengeldes über zwei Jahre in den Niederlanden und der finanzielle Haftungsdurchgriff auf Unternehmen im Schadensfall im Vereinigten Königreich. Im Vereinigten Königreich und Dänemark wurden sogenannte Reputation based-Ansätze (ansehensbasierte Ansätze) umgesetzt. Diese beruhen darauf, dass die Namen von Firmen, die sich im Bereich des Arbeitsschutzes durch besonders gute oder schlechte Leistungen hervorgetan haben, an mehr oder weniger prominenter Stelle, z. B. auf Internet-Seiten, veröffentlicht werden.

Dokumentation und Datenanalyse

Die Dokumentationsanforderungen an die arbeitsmedizinische Vorsorge auf individueller Beschäftigtenebene sind in vielen Fällen europarechtlich normiert. So sind etwa für die untersuchten Beschäftigten Gesundheitsakten anzulegen und fristgemäß aufzubewahren. Auf überbetrieblicher Ebene gibt es in allen Ländern eine Vielzahl von Dokumentationsinitiativen, die jedoch primär darauf ausgerichtet sind, Daten zur Inzidenz und Prävalenz von Unfällen und Krankheiten zu sammeln. Eine umfassende Darstellung und Auswertung von Daten zur Durchführung und den Folgen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen liegen in keinem Land vor. Schlussfolgerungen über die Effektivität und Effizienz der AMVU können somit nicht gezogen werden. Auch ein fundierter Vergleich zwischen den untersuchten Ländern – etwa hinsichtlich der Häufigkeit von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen – ist aufgrund des geringen Harmonisierungsniveaus gegenwärtig noch nicht möglich. Entsprechende Bemühungen auf europäischer Ebene wurden aber eingeleitet.

Empfehlungen und Ausblick

Ziele

Die Vermeidung eines vorzeitigen gesundheitsbedingten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben ist angesichts des demographischen Wandels von eminenter Bedeutung. Die neue arbeitsmedizinische Präventionsaufgabe „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ lässt sich nicht allein durch kollektive bzw. bedingungsbezogene Handlungsansätze umsetzen, sondern erfordert individuenbezogene Methoden der Untersuchung und Beratung von Beschäftigten. Deshalb sollte die Einführung einer final orientierten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zum Problemkomplex „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ geprüft werden. Eine solche Untersuchung könnte beispielsweise als vom Arbeitgeber in festgelegten Zeitintervallen anzubietende Vorsorgeuntersuchung konzipiert werden. Bei dieser Untersuchung sollten neben den arbeitsbedingten Risikofaktoren auch arbeitsbezogene und nicht-arbeitsbedingte Risikofaktoren berücksichtigt werden, die zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen können. Als ein Instrument könnte u. a. der international etablierte und auch in Deutschland eingesetzte Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index, WAI; Tuomi et al., 2001) dienen, der eine hohe Vorhersagekraft hinsichtlich des Risikos einer Frühverrentung hat.

Anlässe

Für die Frage der Festlegung von Anlässen für AMVU in Deutschland sind folgende grundsätzliche Aspekte von Bedeutung: Potenzielle Anlässe für AMVU sollten nach Maßgabe der Kriterien geprüft werden, die der Unterausschuss „Arbeitsmedizin“ des Ausschusses für Gefahrstoffe im Zusammenhang mit der Novellierung der Gefahrstoffverordnung entwickelt hat (AGS, 2003). Demnach kommt eine AMVU in Betracht, wenn (a) ein erhebliches Gefährdungspotenzial vorliegt, (b) geeignete diagnostische Methoden verfügbar sind und (c) Präventionsmöglichkeiten bestehen. Die Kriterien des AGS stehen in Verbindung mit den anerkannten wissenschaftlichen Kriterien für diagnostische Verfahren im Allgemeinen: Sofern die Früherkennung einer Gesundheitsstörung bei den exponierten Beschäftigten das primäre Ziel der betreffenden Untersuchung ist, sollte die methodische Qualität – im Sinne der klinisch-epidemiologischen Kriterien für die Leistungsfähigkeit diagnostischer Verfahren (Sensitivität, Spezifität, positiver/negativer Vorhersagewert usw., Feinstein, 1985) – nachgewiesen sein. Dies sollte für neue AMVU gelten, aber sukzessive auch für bereits existierende AMVU-Anlässe geklärt werden. Auch wenn das primäre Ziel einer AMVU nicht die Frühdiagnostik von Krankheiten, sondern die besonders intensive Beratung von exponierten Beschäftigten ist, sollte gewährleistet sein, dass dieses vergleichsweise aufwendige Verfahren nur bei einem gefährdungsbedingt überdurchschnittlich hohen Beratungsbedarf zum Einsatz kommt. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen bei muskulo-skelettalen bzw. psychischen Belastungen dürften vor allem das Ziel der intensivierten Beratung verfolgen. Für die Auswahl von Beschäftigten, für die die neue AMVU nach dem BG-Grundsatz G 46 (BGG 904-46) in Frage kommt, wurden bereits Kriterien veröffentlicht (BGI 504-46), durch die ein möglichst gezielter Einsatz dieser speziellen Vorsorgeuntersuchung gewährleistet werden soll. Im Hinblick auf psychische Belastungen ist derzeit weder in Deutschland noch in einem der anderen untersuchten EU-Länder eine AMVU in Vorbereitung. Dies ist angesichts der vielen noch ungelösten definitorischen und diagnostischen Fragen im Hinblick auf psychische Belastungen bzw. arbeitsbedingten Stress einerseits nachvollziehbar. Andererseits sind sich die Arbeitswissenschaften weitgehend einig, dass die Veränderung der Arbeitswelt mit einer weiteren Zunahme von psychischen Belastungen einhergehen wird. Inwieweit dies auch zu einer erhöhten Inzidenz und Prävalenz von dadurch bedingten Gesundheitsstörungen führen wird, ist unklar. Eine spezielle AMVU zu psychischen Belastungen oder arbeitsbedingtem Stress erscheint daher gegenwärtig nicht sinnvoll. Gleichwohl sollte verstärkt nach adäquaten Verfahren der individuenbezogenen Prävention bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen gesucht und die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten genutzt werden. Eine systematische Unterstützung der Beschäftigten bei der Wahrnehmung ihres Rechts auf arbeitsmedizinische Untersuchungen gemäß Arbeitsschutzgesetz (§ 11 ArbSchG) könnte in diesem Zusammenhang eine sinnvolle Option sein. Anknüpfend an die im Vereinigten Königreich verbreiteten Verfahren der Selbstbeobachtung („Self-checks“) könnten Beschäftigte, die ausweislich der Gefährdungsbeurteilung nennenswerten psychischen Belastungen bei der Arbeit ausgesetzt sind, regelmäßig mit validierten Screening-Verfahren (Fragebögen) auf stressbedingte Gesundheitsstörungen untersucht werden. Die Beschäftigten sollten explizit auf die Möglichkeit einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung gemäß § 11 ArbSchG bei einem positiven Screening-Befund hingewiesen werden. Dieser Einsatz von Verfahren zur Selbstbeobachtung durch die Beschäftigten bzw. von Untersuchungsmethoden, die durch nicht-ärztliche kompetente Personen angewandt werden können, stellt bei signifikanten Gefährdungen keinen adäquaten Ersatz für AMVU dar.

Gleichwohl sollte diesen unaufwendigen und vielfach methodisch gut dokumentierten Handlungsansätzen in Deutschland größere Aufmerksamkeit zuteil werden. Dies gilt zum einen für die Gesundheitsüberwachung bei unklaren Gefährdungen wie z. B. psychischen Belastungen. Zum anderen sind diese Ansätze für die Nutzung in Kleinbetrieben besonders geeignet.

Rechtlicher Status

Das präventive Potenzial von AMVU – insbesondere wenn man die oben angesprochenen neuen Ziele und Aufgabenstellungen hinzunimmt – wird sich nur realisieren lassen, wenn es gelingt, dieses Präventionsinstrument vom Charakter des rechtlichen Zwangs so weit wie möglich zu befreien. Die Zahl der Pflichtuntersuchungen sollte daher, so weit wie irgend vertretbar, begrenzt werden. Die automatische Information des Arbeitgebers über das Untersuchungsergebnis sollte auf Untersuchungen beschränkt bleiben, bei denen nicht nur die Durchführung, sondern auch das Ergebnis der AMVU Voraussetzung für die (Weiter-)Beschäftigung ist. Dies sind nur die AMVU bei Arbeiten in Druckluft sowie im Kontrollbereich ionisierender Strahlung. Bei allen anderen Pflichtuntersuchungen sollte der Arbeitnehmer selbst entscheiden, ob er das Untersuchungsergebnis an den Arbeitgeber kommuniziert. Der Arbeitgeber sollte obligatorisch lediglich über die Durchführung der Untersuchung informiert werden. Die möglichen Nachteile eines Verzichts auf eine automatische Information des Arbeitgebers werden durch die Vorteile eines Vertrauensgewinns für die AMVU deutlich aufgewogen. Wenn AMVU – wie in der neuen Gefahrstoffverordnung explizit vorgesehen – im Regelfall durch den nach § 2 ASiG bestellten Betriebsarzt durchgeführt werden, dann bestehen für den Arzt aufgrund seiner Funktion bereits Möglichkeiten, auf Veränderungen an den betreffenden Arbeitsplätzen hinzuwirken, die es nicht zwingend erfordern, den betroffenen Beschäftigten gegenüber dem Arbeitgeber namhaft zu machen. Ferner ist nicht auszuschließen, dass Beschäftigte, bei denen gesundheitliche Bedenken festgestellt wurden, zwecks Durchsetzung der erforderlichen Maßnahmen einer Mitteilung an den Arbeitgeber zustimmen.

Organisation und Qualifikation

Dem drohenden Ärztemangel in der Arbeitsmedizin sollte nicht dadurch versucht werden entgegenzuwirken, dass die Qualifikationsanforderungen für arbeitsmedizinisch tätige Ärzte abgesenkt oder Ärzte des allgemeinen Gesundheitswesens in die Durchführung der AMVU eingebunden werden. Statt dessen sollten dem arbeitsmedizinisch tätigen Arzt verstärkt andere Leistungserbringer zur Seite gestellt werden, die in der Lage sind, bestimmte Leistungsbereiche eigenständig zu übernehmen. Hier könnte insbesondere das im Vereinigten Königreich praktizierte Modell der „Occupational Health Nurse“ als Vorbild für eine arbeitsmedizinisch ausgebildete Fachkrankenschwester dienen. In Klein- und Mittelbetrieben sollte die Bindung der arbeitsmedizinischen Leistungserbringung an die Betriebe noch verstärkt werden. Die Qualifikationsanforderungen an die verschiedenen Leistungserbringer im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge sollten weiterhin ausdrücklich und eindeutig formuliert werden. Eine ‚offenere‘ Regelung der Qualifikationsanforderungen wie etwa im Vereinigten Königreich ist abzulehnen, da sie primär einer qualitativ unterdurchschnittlichen Versorgung Vorschub leistet. Um die Attraktivität der arbeitsmedizinischen Vorsorge auch für nicht-ärztliche Berufsgruppen zu steigern, sollten berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für diese Gruppen deutlich aufgezeigt werden.

Steuerung und ökonomische Anreize

Bei drei zentralen Diskussionsthemen wurde deutlich, dass Handlungsbedarf bezüglich der Weiterentwicklung der Finanzierung von AMVU besteht. Zum einen die Frage der Finanzierung einer um Aspekte der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit erweiterten Arbeitsmedizinischen Vorsorge: Hier muss überlegt werden, ob eine rein arbeitgeberfinanzierte AMVU noch vertretbar ist, wenn mit diesen Untersuchungen Ziele verfolgt werden, die nicht (ausschließlich) im Verantwortungsbereich des Arbeitgebers liegen. Zum anderen die Frage der Finanzierung der arbeitsmedizinischen Vorsorge in Klein- und Mittelbetrieben: Hier wurden von Workshopteilnehmern Formen der Poolfinanzierung diskutiert, um auch in Klein- und Mittelbetrieben die Durchführung von AMVU finanzieren zu können. Und schließlich die Frage der ökonomischen Anreizwirkung unterschiedlicher Finanzierungskonzepte: Hier gilt es zu überlegen, wie die Anreize für den Arbeitgeber, die Arbeit so sicher wie möglich zu gestalten, durch eine Reform finanzieller Anreizstrukturen (z. B. ausgeweitete Bonus-/Malus-System) noch erhöht werden können. Insgesamt sollten – neben einer Überarbeitung und Vereinfachung des regulativen Steuerungsansatzes – alternative Steuerungsformen stärker gefördert und gleichzeitig systematisch evaluiert werden. Ein genereller Steuerungsverzicht oder Rückbau der Steuerung kann vor diesem Ziel jedenfalls nicht empfohlen werden.

Dokumentation und Datenanalyse

Es sollte weiter darauf hingewirkt werden, dass die Berufskrankheiten- und Arbeitsunfähigkeits-Statistiken auf europäischer Ebene vergleichbar gestaltet werden. Nur dann können auch Effektivitätsvergleiche unterschiedlicher Systeme durchgeführt werden. Die Datenlage zur AMVU in Deutschland sollte verbessert werden. Die Einrichtung eines arbeitsmedizinischen Vorsorge-Registers und die routinemäßige, zentralisierte und umfassende Sammlung von Daten aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist jedoch keine sinnvolle Option: Zum einen würden gravierende epidemiologisch-methodische Einschränkungen die Nutzbarkeit dieses Datenmaterials stark reduzieren, selbst wenn es gelänge, die Dokumentation zu standardisieren. Zum anderen kann von den Arbeitgebern nicht verlangt werden, dass sie neben der Durchführung der AMVU noch die arbeitsmedizinische Forschung finanzieren. Statt dessen erscheint es sinnvoll, zu bestimmten Fragestellungen gezielte, drittmittelfinanzierte Forschungsprogramme zu initiieren und die Datenerhebung und Auswertung auch genau auf die Fragestellung hin zuzuschneiden.

Literatur

Deutsche Angestellten Krankenkasse: DAK-Gesundheitsreport 2005. Hamburg 2005

Deutscher Bundestag: Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Berlin 2002a. Bundestags-Drucksache 14/8800

Deutscher Bundestag: Schlussbericht der Enquete-Kommission „Globalisierung der Weltwirtschaft – Fragen und Antworten“. Berlin 2002b. Bundestags-Drucksache 14/9200

Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Innenausschusses zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / Die Grünen - Entwurf

eines Gesetzes zur Neuordnung der Versorgungsabschlage. Berlin 2000. Bundestags-Drucksache 15/4620

Europäische Kommission: Mitteilung der Europäischen Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die praktische Durchführung der Bestimmungen der Richtlinien über Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 89/391 (Rahmenrichtlinie), 89/654 (Arbeitsstätten), 89/655 (Arbeitsmittel), 89/656 (persönliche Schutzausrüstungen), 90/269 (manuelle Handhabung von Lasten) und 90/270 (Bildschirmgeräte). Brüssel: KOM(2004)0062 endg.

Feinstein, A. R.: Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Philadelphia (PA), London, Toronto u.a.: 1985

Giesen, T.: Ärztliche Untersuchungen von Arbeitnehmern. Zbl. Arb.med. 46 (1996), 287-299

Hämäläinen, R.-M.; Husman, K.; Räsänen, K.; Westerholm, P.; Rantanen, J.: Survey of the Quality and Effectiveness of Occupational Health Services in the European Union and Norway and Switzerland. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health 2001

Kreditanstalt für Wiederaufbau: KfW-Mittelstandsmonitor 2004. Frankfurt a. M. 2004

Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi): Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. Berlin: 2005

Milde, J.; Ponto, K.: Der neue Berufsgenossenschaftliche Grundsatz G 46: Belastungen des Muskel- und Skelettsystems. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 40 (2005), 8, 428 – 440

Scheuch, K.; Panter, W.: Zukunft der Arbeitsmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung. Position der Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. und des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 39 (2004), 626-629

Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Jahkola, A.; Katajarinne, L.; Tulkki, A.: Arbeitsbewaltigungsindex – Work Ability Index. Schriftenreihe der Bundesanstalt fr Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2001

Walters, D. (Ed.): Regulating Health and Safety Management in the European Union. A Study of the Dynamics of Change. Brssel: Peter Lang 2002