

Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz: arbeitsbedingte Krankheiten in der Dokumentation der Krankenkassen

Ferber, Liselotte von

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Ferber, L. v. (1979). Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz: arbeitsbedingte Krankheiten in der Dokumentation der Krankenkassen. In R. Mackensen, & F. Sagebiel (Hrsg.), *Soziologische Analysen: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979)* (S. 228-240). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-135999>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz - Arbeitsbedingte Krankheiten in der Dokumentation der Krankenkassen

Liselotte von Ferber

Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sind nur auf organisatorischer Ebene wirkungsvoll. Als Leistungen an Individuen sind sie von der Motivation zu gesundheitsbewußtem Verhalten abhängig und daher ineffektiv.

Die Maßnahmen der Krankenkassen zur Vorsorge und Früherkennung nach § 181 RVO sind ein freibleibendes Angebot. Die Vorsorge-
maßnahmen der Betriebe und Berufsgenossenschaften nach der gesetzlichen Unfallversicherung sowie nach anderen Gesetzen und Verordnungen zum Arbeitsschutz besitzen dagegen eine organisatorische Grundlage und begründen daher konkrete Verpflichtungen.

Drei Gegebenheiten sichern den Erfolg der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütung und Berufskrankheitenvorsorge:

1. Vorsorgemaßnahmen auf organisatorischer Ebene erfassen viele Personen, ohne deren individuelle Motivation kalkulieren zu müssen.
2. Sanktionen und Honorierungen in Abhängigkeit vom Erfolg der Gesundheitsvorsorge sichern die Motivation des vorsorgenden Betriebes.
3. Die Verhütungsmaßnahmen sind bis ins einzelne in den Verordnungen zum Arbeitsschutz und zur Arbeitssicherheit festgelegt.

Diese Vorsorgeverpflichtungen der Betriebe und Berufsgenossenschaften beziehen sich allein auf Unfälle und Berufskrankheiten.

Maßnahmen bei "Arbeitsbedingten Krankheiten"

Chronisch degenerative Krankheiten, für die sich eine enge Beziehung zur Berufstätigkeit nachweisen läßt, die aber weder zu

den Unfällen noch zu den Berufskrankheiten gehören, nennen wir "Arbeitsbedingte Krankheiten".

Arbeitsbedingte Krankheiten sind anders als Berufskrankheiten und Unfälle bisher nicht im Gesetzes- oder Verordnungswege definiert. §3 Arb.Sich.G. spricht zum ersten Mal von Arbeitsbedingten Krankheiten.

§ 3 1d Arb.Sich.G. besagt, welche Arbeitsbedingungen zur Verhütung Arbeitsbedingter Krankheiten vom Betriebsarzt zu beachten sind: Er hat den Arbeitgeber in arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen, arbeitshygienischen Fragen insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung zu beraten.

Die Maßnahmen bei arbeitsbedingten Krankheiten sind im Arb. Sich.G. §3.3c geregelt. Danach haben Betriebsärzte insbesondere die Aufgabe, die Ursache von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen.

§ 9 und 10 regeln die Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat und den Fachkräften für Arbeitssicherheit. Die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben bei der Erfüllung ihrer Aufgaben mit dem Betriebsrat zusammenzuarbeiten, und sie haben den Betriebsrat über wichtige Angelegenheiten des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu unterrichten.

Die enge Beziehung zwischen Berufsarbeit und arbeitsbedingten Krankheiten läßt sich in den Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsstatistiken sowie den Statistiken zu den Heilmaßnahmen der Rentenversicherungsträger und in den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Betriebe nachweisen.

Im Vordergrund stehen hier Diagnosegruppen wie:

Erkrankungen des Herzkreislaufsystems,
Erkrankungen des Bewegungsapparates,
Erkrankungen der Atmungsorgane,
Erkrankungen des Verdauungstraktes.

Nähere Bestimmung der arbeitsbedingten Krankheiten:

Aus unserer Primärerhebung zu den "psychosozialen Bedingungen chronischer Krankheit" können wir folgende nähere Bestimmung arbeitsbedingter Krankheiten geben:

1. a) Arbeitsbedingte Krankheiten haben anders als Unfälle und Berufskrankheiten eine multifaktorielle Genese. Es handelt sich also anders als bei Unfällen und Berufskrankheiten nicht um eine einfache Kausalbeziehung zwischen den Arbeitsbedingungen und der Krankheitsentstehung.
b) Das Gefüge der Faktoren, die diese Krankheiten bedingen und verstärken, gehörten zu den psychosozialen Krankheitsursachen. (§ 3.1 Arb.Sich.G.)
c) Es fehlen Normen und Maßsysteme zum Arbeitsschutz dieser Erkrankungen.
2. Bei den im Arbeitssicherheitsgesetz genannten Arbeitsbedingungen handelt es sich um alltägliche, ubiquitäre psychosoziale Belastungen, die Krankheitswert erst durch ihre Summation und Konstellation in dem multifaktoriellen Belastungsgefüge gewinnen.
3. Vor allem aber werden arbeitsbedingte Krankheiten erst nach jahrzehntelanger gleichförmiger Belastung manifest. Wir fanden daher vorwiegend die älteren Arbeitnehmer davon be-

troffen und diejenigen, die selten wechseln und wenigstens ein Jahrzehnt in der gleichen Arbeitsumgebung standen. Der natürliche Alterungsprozeß hat die Organe bereits vorgeschädigt, und so können bereits unterschwellige Belastungen, die sich durch ihre Kombination verstärken, zur Überforderung führen.

Aus der Primärerhebung "psycho-soziale Bedingungen chronischer Krankheit" kennen wir die Belastungsgefüge, die von chronisch-degenerativ Kranken wahrgenommen werden. Es stehen Hetze, Konzentration und die statischen Belastungen: Sitzen und Stehen an erster Stelle. Es sind die wichtigsten Belastungen, denen sich Arbeitnehmer in den modernen Industriebetrieben ausgesetzt sehen. Diese drei Belastungsarten stehen in enger Beziehung zueinander. Sie deuten auf eine hohe Arbeitsintensität mit aktiver Konzentration, ohne die Möglichkeit, sich Bewegungsausgleich zu schaffen. Für Herzinfarkt-, Herzbeschwerdepatienten, Apoplektiker und Wirbelsäulenpatienten fanden wir eine charakteristische Belastung aus der Belastungskombination an erster Stelle. (von Ferber 1979).

Während Herzinfarktpatienten Hetze am häufigsten wahrnehmen, nennen Apoplektiker die mentalen Belastungen: Konzentration und schlechtes Gedächtnis an erster Stelle.

Für die Wirbelsäulenpatienten schließlich bedeutet vor allem statische Belastung ein besonderes Problem. Sie bezeichnen am häufigsten das viele Sitzen und Stehen als belastend.

Diese drei zentralen Belastungen werden ergänzt durch weitere Belastungen zu krankheitstypischen Belastungskombinationen.

Die Koronarsklerotiker sehen sich häufig durch eine hohe Arbeitsintensität belastet, die zudem noch durch Konzentration, Verantwortungspflichten und interpersonelle Probleme verstärkt wird. Diesem psychomentalen Streß war der Herzinfarktler vor dem Insult über Jahre ausgesetzt. Unmittelbar kreislaufbelastend kommen Sauerstoffmangel, Hitze und Bewegungsmangel hinzu und bereiten den Weg zur Dekompensation.

Die Schlaganfallpatienten nennen die Konzentration und das schlechte Gedächtnis als besondere Belastungen. Diese mentalen Belastungen werden durch die Arbeitsintensität: Hetze, Unruhe, Unterbrechungen verschärft und bedeuten für den verlangsamten Hirnsklerotiker, dessen Gedächtnisleistungen bereits eingeschränkt sind, eine Überforderung. Seine Langsamkeit bemüht er sich mit Überstunden auszugleichen.

Für die Patienten mit Wirbelsäulenbeschwerden bedeutet vor allem die statische Belastung ein Problem, die durch die Arbeitsintensität, durch Hetze und Konzentration spannungsreich wird. Personen mit Wirbelsäulenbeschwerden reagieren auf die verschiedensten Streßbelastungen mit erhöhter Spannung ihrer Extremitäten-Muskulatur (Wolff, Harrer). Auch auf Lärm scheinen sie in dieser Weise zu reagieren, denn sie geben auffallend häufig Lärmbelastungen an. Auch hier müssen wir davon ausgehen, daß die erhöhte Muskelspannung bereits veränderte Gelenke und Sehnenansätze trifft, bei diesen Personen wird also ein circulus vitiosus zwischen Muskelspannung und Gelenk- und Bänderapparatveränderungen eingeleitet.

Für die Früherkennung und Verhütung sind, wie im Arbeitssicherheitsgesetz festgelegt, Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure, Betriebsärzte und die Betriebsleitung verantwortlich.

Es fehlen aber bisher Indikatoren, die die gefährdeten Personen einerseits und die gefährdeten Arbeitsplätze andererseits an-

zeigen, denn hier sollten dann die gezielten Vorsorgemaßnahmen ansetzen. In dem hier vorgestellten Forschungsvorhaben versuchen wir eben diese Indikatoren gefährdeter Personen und gefährdeter Arbeitsplätze zu entwickeln.

Die Untersuchung setzt in zwei Organisationsbereichen des Betriebes ein:

- der Betriebsorganisation
- der Betriebskrankenkasse

Die Arbeitsorganisation kennt Bewertungsnormen für Arbeitsanforderungen und Umgebungseinflüsse. Herr Slesina wird Ihnen im Anschluß berichten, wie wir versucht haben, die Anforderungen so zu dokumentieren, daß Sie Belastungen anzeigen und Belastungsgefüge und Überforderungen, die zu Krankheiten disponieren, abgelesen werden können. Auf diese Weise können betriebsorganisatorische Maßnahmen zur Verhütung von arbeitsbedingten Krankheiten durch Eliminierung gefährdender Arbeitsplätze begründet werden.

Ich selbst möchte im folgenden zeigen, wie die Unterlagen der Krankenkassen so aufbereitet werden können, daß sie Aufschluß über den Krankheitsverlauf, über die Behandlungsgeschichte und das Arbeits- und Berufsschicksal geben und daher geeignete Unterlagen sind, um systematische Maßnahmen zur Vorsorge gefährdeter Personen zu organisieren.

Die in den Krankenkassen gelagerten und von uns ausgewerteten Unterlagen sind:

- die Leistungskarte
- die Leistungsbelege.

Sie enthalten in chronologischer Reihenfolge personenbezogen: medizinische Informationen wie

- Beschwerden
- Befunde und Diagnosen

Informationen über die Krankheitsbewältigung wie
Dauer und Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeiten
Informationen zur Behandlungsgeschichte
die Fachrichtung des behandelnden Arztes
Informationen zu Kuren und Heilmaßnahmen
Krankenhausaufenthalten

Informationen zur Berufsgeschichte wie
Ausbildung
Arbeitsplatz z.Zt. des Eintritts in die Kasse
jetziger Arbeitsplatz
seit wann an diesem Arbeitsplatz

Diese Informationen lassen sich chronologisch und patientenbe-
zogen zu

Krankheitsverläufen
Geschichte der Krankheitsbewältigungen und
Berufsgeschichten systematisieren.

In der Patientenkarriere sind die Informationen aus den drei ver-
schiedenen Bezugssystemen zusammengefaßt.

Die Bearbeitung der Krankenkassenunterlagen zu Patientenkarrieren
wirft folgende methodische Probleme auf:

1. Es handelt sich um die Bearbeitung von Sekundärdaten
in einem anderen als dem primär intendierten Zusammen-
hang.
2. Patientenkarrieren sollen ein Erklärungsmodell
liefern, das die zusammengefaßten Krankheits-,
Verhaltens- und Berufsverläufe für Vorsorgemaßnahmen
öffnet.

Wir wollen unter Verwendung der Leistungskarten der Krankenkassen
Patientenkarrieren erstellen, um durch chronisch-degenerative

Krankheiten gefährdete Personen bezeichnen zu können und gezielt Vorsorge ansetzen zu können. Diagnosen auf Leistungskarten sind als Sekundärdaten aus folgenden Gründen zu diesem Zweck besonders geeignet:

1. Unsere Untersuchung ist nicht als Querschnittserhebung angelegt. Wir wollen Krankheitsentwicklungsprozesse und ihre Verursachung durch Arbeitsbedingungen verfolgen. Insofern handelt es sich hier um eine retrospektive Längsschnittuntersuchung.
2. Wir untersuchen Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen auf Leistungskarten, die chronologisch über Jahre bzw. Jahrzehnte Versicherten zugeordnet wurden. Diese Diagnosezeitreihen eröffnen:
 - a) die Möglichkeit, Krankheitsentwicklungen zu verfolgen
 - b) die Möglichkeit, die Reliabilität der Diagnosen zu prüfen.
- Sie ist gegeben, wenn verschiedene Ärzte nacheinander zu den gleichen Diagnosen kommen.
3. Wir sehen die AUF - Diagnose nicht allein als Träger medizinischer Sachverhalte, sondern vielmehr als das Ergebnis des Aushandlungsprozesses zwischen Arzt und Patient um die Interpretation von Befunden, Beschwerden und Leistungsfähigkeiten.
 - a) Die AUF - Zeit, die Arbeitsbefreiung durch den Arzt ist eine Strategie der Bewältigung von Arbeitsmühe und Überforderung bei gegebener, evtl. bereits durch chronische Krankheit eingeschränkter Leistungsfähigkeit.
 - b) Die vom Patienten aufgesuchte Institution gibt Aufschluß über das Gewicht, das er seinen Beschwerden beigemessen hat.
 - c) Die AUF - Diagnose ist die vom Arzt sanktionierte und damit gesellschaftlich akzeptierte Begründung einer Schonungszeit bei körperlicher Krankheit. Die Krankheitssymptome hat der Patient dem Arzt demonstriert.Diese Aspekte machen die AUF-Diagnose auf den Leistungskarten

zu einer idealen Grundlage der Patientenkarriere:

1. AUF - Diagnosen enthalten in ihrer chronologischen Abfolge verlässliche medizinische Aussagen.
2. Die AUF - Zeiten und AUF - Diagnosen sind geeignet, zu Krankheits- und Arbeitsbewältigungsstrategien Aussagen zu machen und insofern soziologische Informationen zu geben.
3. Sind auf den Leistungskarten Informationen zum Berufsweg verzeichnet, die die Patientenkarriere vervollständigen.

Hierin unterscheiden sich Diagnosen auf Krankenscheinen eindeutig von Diagnosen auf Leistungskarten:

Diagnosen auf Krankenscheinen sind nicht patientenbezogen geordnet und können daher keine Aussage zur Patientenkarriere geben.

Krankenscheine werden Stichtageweise gesammelt und sind aus diesem Grunde nur geeignet für Querschnitts-Fragestellungen. Patientenkarrieren, also Längsschnitt-Aussagen, lassen sich nur mit den Leistungskarten-Daten machen.

Siehe hierzu das Gutachten von Pflanz und Schwarz zum Velbert-Projekt.

Patientenkarrieren wurden bisher nur als Patientengeschichten geführt. Sie hielten sich an fachwissenschaftliche Deutungsmuster.

Die klinische Medizin hat sich mit der Krankheit beschäftigt, mit Krankheitsverläufen als naturwissenschaftlichem Prozeß und mit Krankengeschichten als der Entwicklung eines Krankheitsbildes durch die Auseinandersetzung des Kranken mit seiner Krankheit. (F.Hartmann, Cremerius)

Die Soziologie hat sich mit den gesellschaftlichen Folgen von Krankheit und Behinderung befaßt (U.Gerhardt) sowie mit den gesellschaftlichen Definitionsprozessen, die psychische Krankheit begleiten und beeinflussen.

Wir versuchen in der Patientenkarriere die Verknüpfung der medizinischen, soziologischen und der arbeitswissenschaftlichen Aspekte. Die Konstruktion einer Patientenkarriere verlangt also ein interdisziplinäres Konzept, das es erlaubt,

die synchronen Informationen einander so zuzuordnen, daß gegenseitige Erklärungen möglich werden. Die Interessenhorizonte der an der Patientenkarriere beteiligten Wissenschaften sind allerdings so verschieden, daß eine sprachliche Verständigung über Begriffskonventionen und paradigmatische Verständnisse hinweg zu einem ernst zu nehmenden wissenschaftlichen Problem wird. (L. von Ferber, 1976)
Theorie und Methodik von Brückenkonzepten und Brückenbegriffen und deren Dimensionen stehen gegenwärtig in ihren Anfängen. Ich kann hier nur auf dieses Problem aufmerksam machen und andeuten, wie wir es zu lösen versuchten.

Theorie und Methodik interdisziplinärer Forschung ist ein so schwerwiegendes Problem, daß es hier nicht in einem Nebensatz abgehandelt werden kann.

Wir benutzen hier als Brückenbegriffe:

1. Die Zeit. Wir können in der Zeit die unterschiedlichsten Lebensereignisse einander zuordnen:
 - den die Medizin interessierenden Krankheitsverlauf
 - die soziologisch relevante Berufskarriere
 - die sozialpsychologisch zu erfassenden Bewältigungsstrategien
 - die arbeitswissenschaftlich zu ordnenden Anforderungen, Belastungen nach Intensität und Qualität.Die Zeit hat in allen beteiligten Wissenschaften die gleiche Dimension.
2. Die Mechanik. In der Arbeitsbewertung beurteilte mechanische Anforderungen werden als körperliche Belastungen wahrgenommen und bewirken mechanische Überforderungen des Halte- und Stützapparates, wie medizinisch nachweisbar. Auch die Mechanik hat in allen beteiligten Wissenschaften die gleichen Dimensionen.
3. Die Dimension des Verhaltens in den unterschiedlichen

Lebensbereiche:

das Verhalten gegenüber beruflichen Anforderungen und Belastungen wird mit phänomenologischer Methode dem Verhalten in der Krankheit gegenübergestellt und mit den Bewältigungsstrategien verglichen.

geb. 1938

erlernter Beruf: Feintäschner

jetziger Beruf: Industriebuchbinder; seit 1961 Prägepresse seit 18J.

Au-Tage Jahr	Fall	Jahr	Wirbelsäulen- beschwerden	Grippale Infekte	Blasen-Nieren- entzündungen	Sonstige Er- krankungen
0		1961				
0		62				
0		63				
0		64				
21	21	1965			Blasen-Nierenbeckenentz. Arzt I	
0		66				
0		67				
0		68				
8	8	1969	Lumbalgie			
7	7	1970	Arzt I	Gripp. Infekt		Stirnplatzwunde
14	14	1971	Lumboschialgie	Arzt I		F.A. Allgem. II
9	9	1972	F.A. Allgem. II	hochfieberh. Infekt		
11	4	1972		F.A. Allgem. II		
7	7	1973	Rheumat. HWS Syndr.			Kopfschmz. u. Depress. Zustände
7	7	1974	F.A. Allgem. II			F.A. Allgem. II
14	7	1974	Rheumat. Beschwerden			
22	14	1975	F.A. Allgem. II	Gripp. Infekt	Nierenbeckenentzündung F.A. Allgem. II	
0	8	76		Rachenentz. Arzt III		
33	25	1977	Chron. WS-Syndrom			Herzbrüune F.A. Allgem. II
	8	1977	F.A. Orthop. IV			
	26	1978	Lumboschialgie			
			F.A. Allgem. II			
			recidiv. Lumbalgie			
			Vetr. Arzt			
	11	1978	akut. Lumboschialg.			
	25	1978	F.A. Orthop. IV			
			akut. Lumboschialg.			
			F.A. Orthop. IV			

Literaturverzeichnis:

- Cremerius, Johannes
Zur Theorie und Praxis der psychosomatischen Medizin
Suhrkamp Taschenbuch 1978
Wissenschaft 255
- Ferber, Liselotte von
Kur und Rehabilitation
Die Kurerfolgsbeurteilung der Kur S. 692 ff
Aus: Handbuch der Sozialmedizin Band III, Enke-Verlag Stuttgart 1976
Hrsg.: M. Blohmke, Chr. v. Ferber, K.P. Kisker, H. Schäfer
- Ferber, Liselotte von
Psychosoziale Bedingungen chronischer Herz-Kreislaufkrankheiten
Erste Ergebnisse einer Befragung von Kurklinikpatienten der LVA und der BfA
Referat gehalten auf Einladung der DPG München, März 1979.
- Gerhard, U.
Krankenkariere und Existenzbelastung
in: Zeitschrift für Soziologie 3/76, S. 215 - 236.
- Christian von Ferber,
Liselotte von Ferber,
Regina Rabsahl, Andreas
Renner, Christiane Schoeppe,
Wolfgang Slesina
Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz
Eine Vorstudie
Zwischenbericht Dezember 1978
S. 9 ff Arbeitsbedingte Krankheiten
S. 37ff Möglichkeiten der Rekonstruktion von Patientenkarrieren.
- Hartmann, F.
Krankheitsgeschichte und Krankengeschichte
Naturhistorische und personale Krankheitsauffassung, in:
Marburger Sitzungsberichte
Band 87, 2/66, S. 17-32
- Pflanz, M.
Möglichkeiten der Verwendung von Diagnosen im Rahmen der Velbert-Studie; in:
Projekt Velbert-Stufe 1.
Wissenschaftl. Inst. der Ortskrankenkassen, Dezember 1977.