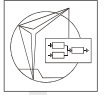


## Annett Geyer

Fachärztin für Arbeitsmedizin, Thüringer Landesbetrieb für Arbeitsschutz und technischen Verbraucherschutz TLAtV, Regionalinspektion Erfurt



## Können wir uns schlechte Arbeitsbedingungen leisten?

In unserer vom Erfolgsdruck gekennzeichneten Arbeitswelt werden nicht nur Technologien im Sinne ihrer Wirtschaftlichkeit immer kritischer beurteilt, auch der Arbeitsschutz wird hinsichtlich seiner Kosten-Nutzen-Relation für das Unternehmen von dieser Prüfung nicht ausgenommen. Schwierigkeiten bereitet in diesem Zusammenhang erfahrungsgemäß das Auffinden geeigneter Parameter, die verlässlich eine Qualitätskontrolle garantieren. Die nachfolgend diskutierten Fakten können dabei eine wertvolle Unterstützung bieten. Sie entbinden den Betrachter jedoch nicht von seiner Verantwortung, die Vielschichtigkeit dieser Faktoren zu hinterfragen und bei der Beurteilung zu berücksichtigen.

Mit dem nachfolgenden Beitrag soll dem Leser ein Einblick in die Vielzahl der möglichen Einflussfaktoren gegeben werden, die letztendlich hinter statistischen Erhebungen zum Krankenstand oder Berufskrankheitengeschehen stehen.

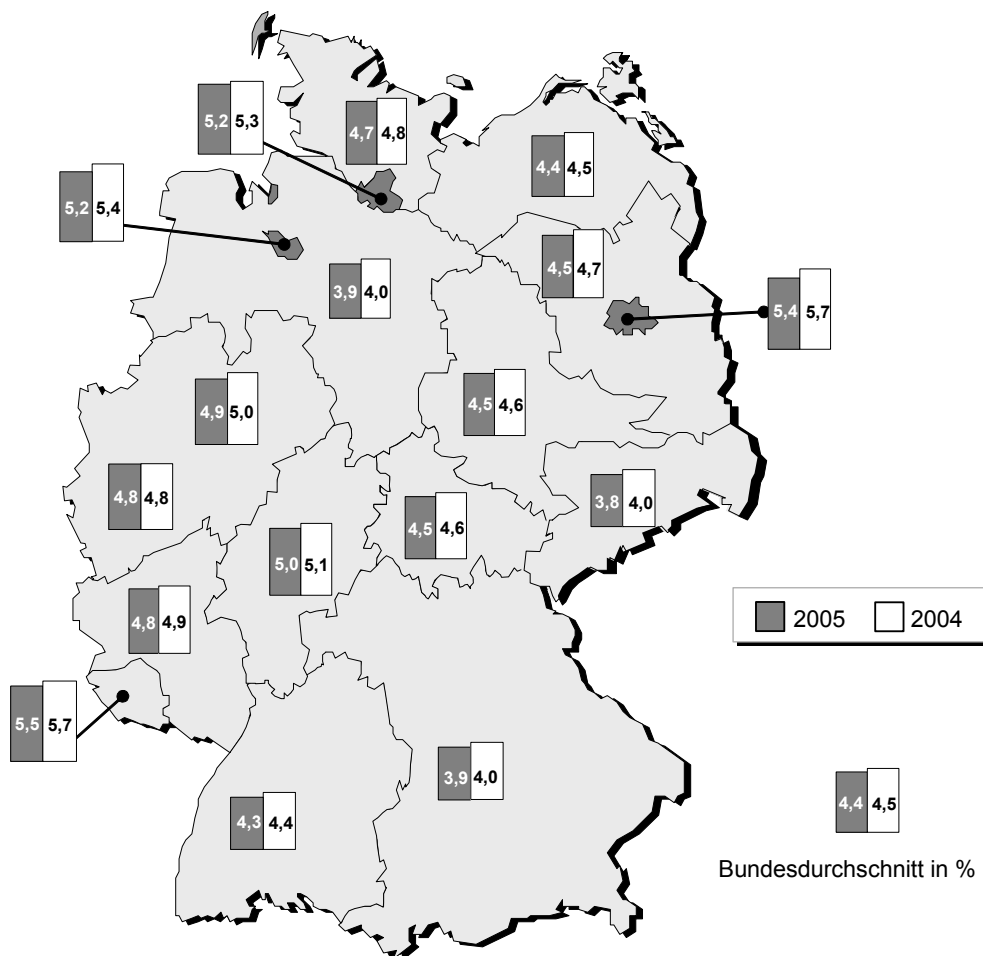


Bild 1 Krankenstand nach Landes-AOK's, 2005 im Vergleich zum Vorjahr



In Bild 1 (Ländergrafik) wird der durchschnittliche Krankenstand der AOK-Mitglieder in den einzelnen Bundesländern mit einem Durchschnittswert von 4,4 % bundesweit und über alle Branchen verteilt dargestellt. Damit ist der Krankenstand 2005 im Vergleich zu 2004 erneut um 0,1 % gesunken. 2002 lag er noch bei 5,2 %, 2001 bei 5,3 %. Das stellt ein Rekordtief in den letzten 10 Jahren dar. Im Durchschnitt waren die AOK-Mitglieder 16,0 Kalendertage krank geschrieben. Im Jahr zuvor waren es noch 16,4 Tage gewesen. Der Anteil der Arbeitnehmer, die das ganze Jahr überhaupt nicht krank geschrieben waren, hat in den letzten Jahren zugenommen. Er stieg von 44,7 % im Jahr 2000 auf 48,5 % im Jahr 2005.

Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Prozentzahlen zum Krankenstand fällt auf, dass Abweichungen zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen. In Ostdeutschland fiel der Krankenstand mit 4,1 % noch niedriger aus als in den alten Bundesländern (4,4 %).

Noch wesentlich deutlicher sind jedoch die Unterschiede zwischen Stadt und ländlichen Bereichen.

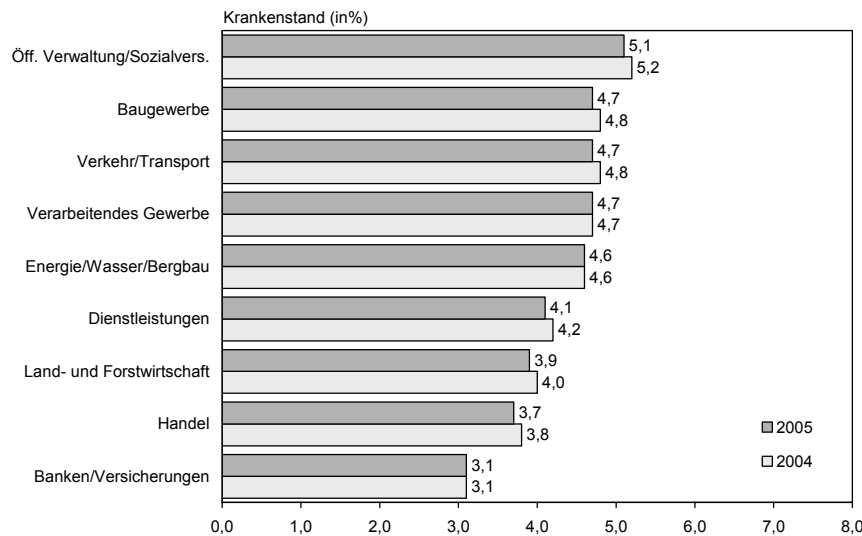


Bild 2 Krankenstand in Prozent nach Branchen (Branchendarstellung)

Bild 2 (Branchendarstellung) zeigt die Verteilung des Krankenstandes nach Branchengruppen. Der höchste Krankenstand findet sich dabei in der Öffentlichen Verwaltung (5,1 %), der niedrigste bei Banken und Versicherungen (3,1 %). Die Baubranche findet sich im oberen Bereich von 4,7 % wieder.

Wofür stehen diese Zahlen?

Es ist sinnvoll, sich zunächst einen Überblick über die Vielzahl der äußeren Faktoren zu verschaffen, die Einfluss auf den Krankenstand haben. Erst dann lässt sich beurteilen, welche Schlussfolgerungen aus der Krankenstandsanalyse abgeleitet werden können.

Das Thema Krankenstand ist eng mit einem anderen übergeordnetem Begriff, den Fehlzeiten am Arbeitsplatz verbunden. Da es in der Praxis zahlreiche Überschneidungen gibt und seitens des Arbeitgebers eine Differenzierung nicht regelhaft möglich sein wird, lohnt es sich, zunächst die Ursachen der Fehlzeiten am Arbeitsplatz allgemein zu betrachten.

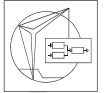
Dabei sind 2 Ursachengruppen zu unterscheiden:

- a.) die krankheitsbedingten Fehlzeiten und
- b.) die motivationsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten repräsentieren den Krankenstand im eigentlichen Sinne.

Welche Erkrankungen sind führend bei der Verursachung von Arbeitsunfähigkeit?

Das wissenschaftliche Institut der AOK wertete zur Beantwortung dieser Frage im Fehlzeitenreport 2006 bundesweit die Daten seiner Mitglieder aus. Die meisten Ausfalltage entfielen, wie bereits im Vorjahr, auf Muskel- und Skeletterkrankungen (24,0 %), Atemwegserkrankungen (13,7 %), Verletzungen (13,0 %) und psychische Erkrankungen (7,7 %). Atemwegserkrankungen führten, bedingt durch die Grippe- und Erkältungswelle in den ersten drei Monaten des Jahres, im Vergleich zu 2004 (12,0 %) vermehrt zur Arbeitsunfähigkeit. Für psychische Erkrankungen, die im Jahr 2004 noch stark zugenommen hatten, war dagegen im letzten Jahr kein weiterer Anstieg zu verzeichnen.



Wesentlich schwieriger zu analysieren sind die motivationsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Worin begründen sich motivationsbedingte Fehlzeiten?

Eine ganz eindeutig missbräuchliche Nutzung der Krankschreibung liegt vor, wenn ein Arbeitnehmer z. B. für die Erledigung privater Angelegenheiten ohne medizinische Notwendigkeit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erwirbt.

Es gibt aber auch andere Beweggründe, unabhängig von einer Erkrankung am Arbeitsplatz zu fehlen.

Nach der so genannten Coping-Theorie werden kurzfristige Fehlzeiten benutzt, um das gesundheitliche Gleichgewicht wiederherzustellen und damit langfristig arbeitsfähig zu bleiben. Weil die Arbeitsanforderungen langfristig seine Leistungsfähigkeit überschreiten, sucht der Mitarbeiter Unterbrechungen, von denen er sich die benötigten Erholungseffekte verspricht. Diese Überforderungen müssen nicht zwingend rein körperlicher Natur sein, sie können ebenso im Bereich der mentalen Anforderungen liegen.

Unmittelbar mit dem beruflichen Umfeld hängt der Faktor der Arbeitszufriedenheit zusammen. Mitarbeiter, deren Arbeitszufriedenheit abnimmt, nehmen die Möglichkeit einer Fehlzeit unter Umständen als zeitweiligen Rückzug aus der unbefriedigenden Situation in Anspruch.

Hier spielen Faktoren wie

- der Führungsstil von Vorgesetzten,
- die Möglichkeit der Mitbestimmung im Arbeitsprozess,
- die Transparenz von Anweisungen,
- die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen,
- die Verfügbarkeit geeigneter Arbeitsmittel,
- die wertfreie Berücksichtigung individueller Unterschiede im Leistungsvermögen,
- die Akzeptanz des einzelnen Mitarbeiters in der Gruppe und im gesamten Unternehmen,
- die Möglichkeit zur kontinuierlichen fachlichen Weiterentwicklung und nicht zuletzt auch
- eine angemessene Entlohnung der Leistungen

eine Rolle.

Im Zusammenhang mit dem Krankenstand ist noch ein Phänomen in der Arbeitswelt erwähnenswert, das als Healthy-worker-Effekt bekannt ist. Es bezeichnet ein Ergebnis, das aus einer Selektion hervorgegangen ist. Solche Effekte können z. B. in einem Kollektiv körperlich oder auch seelisch schwerst Beanspruchter auftreten. Die starke Beanspruchung kann dabei zu einem Ausscheiden geringer belastbarer Personen aus diesem Tätigkeitsbereich führen. Nach einem ausreichend langen Zeitraum findet sich dann ein Kollektiv besonders Leistungsfähiger. Der Rückschluss, dass es sich bei dieser Arbeit um eine Tätigkeit mit besonders positivem Effekt auf die Gesundheit handele, ist natürlich falsch, da dieser Effekt durch eine ausgeprägte Selektion und nicht durch eine Stärkung der individuellen Gesundheit und Leistungsfähigkeit erzeugt wurde.



Bei der Beurteilung des Krankenstandes darf ein weiterer Aspekt nicht aus dem Blickwinkel verloren gehen. Unabhängig von einer Erkrankung oder auch einer Situation, die die Arbeitszufriedenheit des Mitarbeiters beeinträchtigt oder zu seiner Überlastung führt, hängt das individuelle Verhalten, die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, auch maßgebend von wirtschaftlichen Voraussetzungen ab.

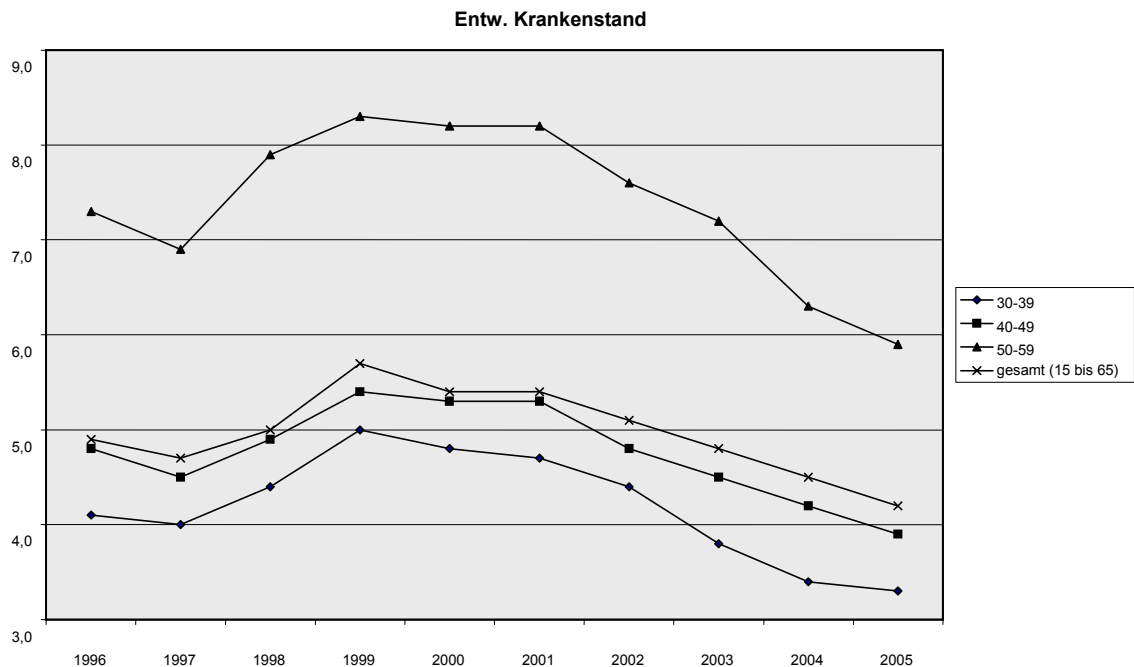


Bild 3 Entwicklung des Krankenstandes von 1996 bis 2005

Die Daten der AOK Thüringen geben speziell zur Situation in der Thüringer Baubranche Auskunft und zeigen, welchen Einfluss wirtschaftliche Faktoren haben.

Ein eindrückliches Beispiel dafür ist die Senkung des Krankenstandes nach 1996, die in allen Altersgruppen deutlich wird. Im Dezember 1996 wurde eine Gesetzesänderung zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall verabschiedet. Diese veränderte finanzielle Situation muss bei der Beurteilung der Krankenstandsanalyse Berücksichtigung finden.

Es gibt noch andere wirtschaftlichen Zwänge, durch die das Verhalten der Mitarbeiter beeinflusst wird. Die Unsicherheit des eigenen Arbeitsplatzes oder gar des gesamten Unternehmens und die steigende Zahl der Arbeitslosen haben sich erheblich im Sinne einer Senkung der Fehlzeiten ausgewirkt.

Auch Bild 4 (AU-Fälle/100VJ) und Bild 5 (AU-Tage/100VJ) lassen eine kontinuierliche Reduktion sowohl der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfälle auf 100 Versicherungsjahre (VJ) als auch die Dauer der Krankenschreibung pro 100 Versicherungsjahre seit 1999 erkennen.

Es muss erwähnt werden, dass sich 1999 die statistische Erfassung der bei der AOK Thüringen Versicherten in der Baubranche änderte und Zimmerleute und Dachdecker jetzt auch in der Statistik der Baubranche erschienen. Hieraus erklärt sich der Anstieg des Krankenstandes 1999.

Ein weiterer Faktor mit maßgebendem Einfluss auf den Krankenstand lässt sich an Hand der Bilder 3, 4 und 5 erkennen, das Alter der Versicherten. Dabei wird hinsichtlich des Krankenstandes in Prozent (Bild 3), und Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre (Bild 5) eine Zunahme mit steigendem Alter deutlich. Betrachtet man dagegen die gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherungsjahre (Bild 4) ist festzustellen, dass diese Zahl auch bei der Gruppe der 50–59-Jährigen

am höchsten liegt, aber gefolgt wird von der Gruppe der 30–39-Jährigen. Die niedrigste Anzahl von Arbeitsunfähigkeitsfällen pro 100 Versicherungsjahre (Bild 4) treten in der Gruppe der 40–49-Jährigen auf. Die 30–39 Jahre alten Beschäftigten verursachen danach zwar häufiger Fehlzeiten, diese sind jedoch kürzer als in den anderen Altersgruppen. Betrachtet man die Fehlzeiten der Arbeitnehmer ab 50 Jahre ist festzustellen, dass diese nicht nur häufiger sondern auch länger arbeitsunfähig sind als ihre jüngeren Kollegen.

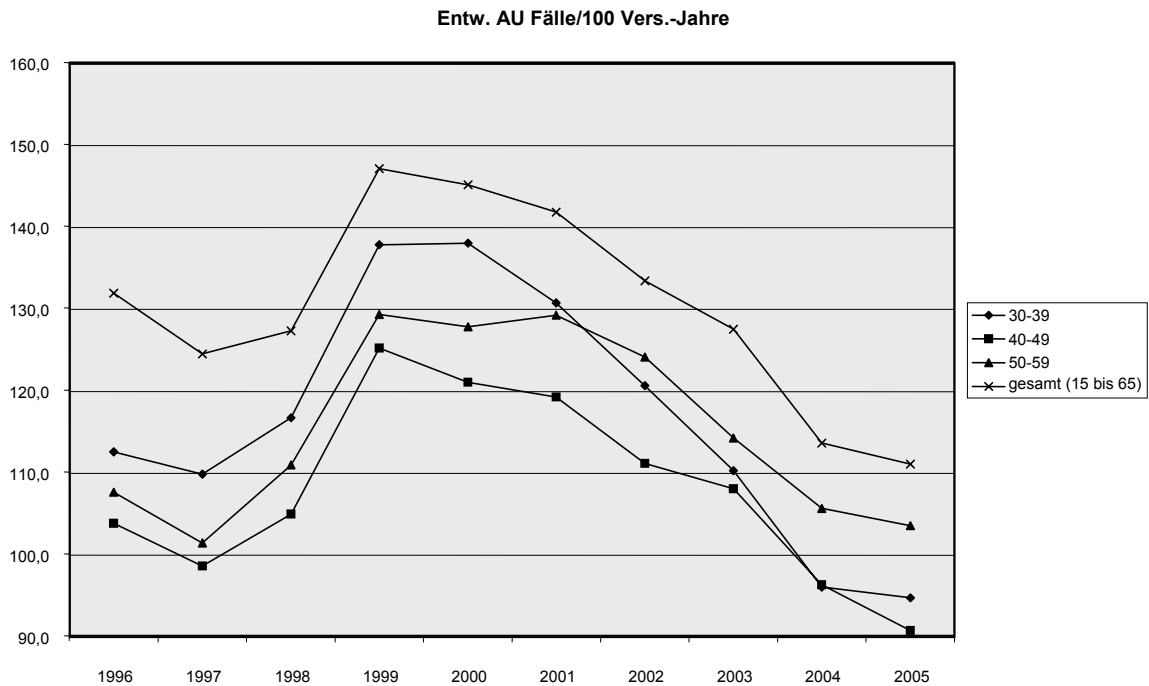
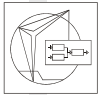


Bild 4 Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherungsjahre von 1996 bis 2005

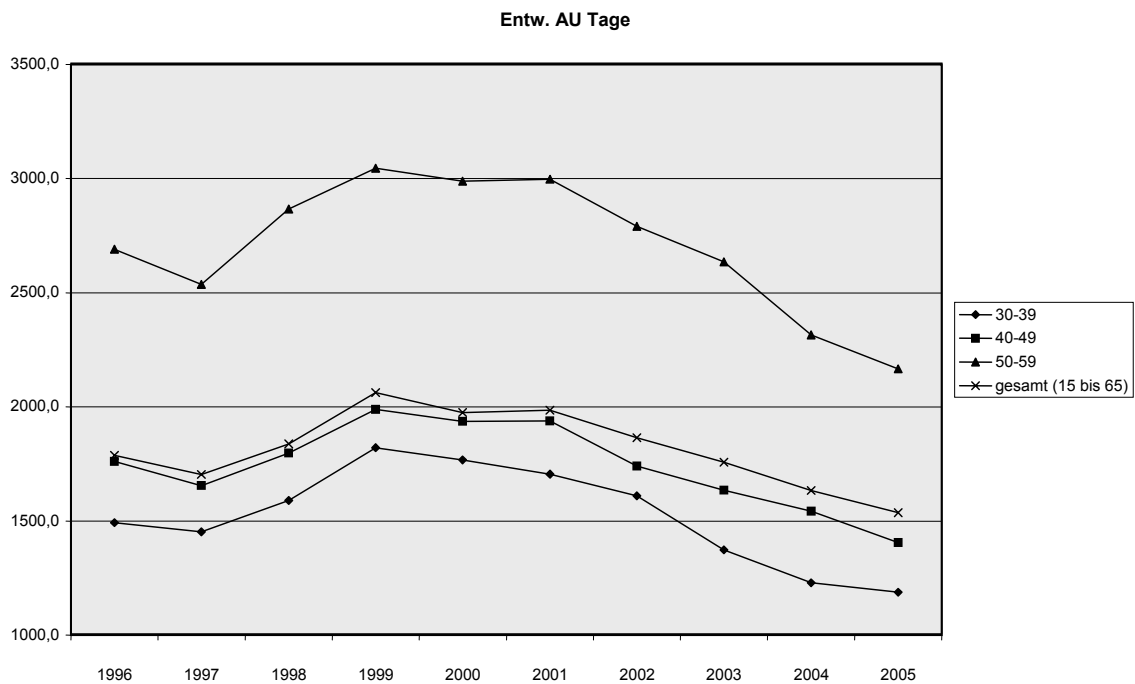


Bild 5 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versicherungsjahre von 1996 bis 2005



Worin begründet sich dieser Unterschied?

Eine Hauptursache ist darin zu suchen, dass mit steigendem Lebensalter mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen zu rechnen ist.

Zu solchen Erkrankungen zählen:

- chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates,
- Herz-Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck, Erkrankungen der Herzkranzgefäße),
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus Typ II),
- Krebserkrankungen,
- Burnout-Syndrom (v. a. bei Lehrkräften).

Neben dem Alter wird aber auch sozialen Faktoren, wie Bildungsgrad und Berufsstatus, wesentlicher Einfluss auf die Entstehung von Erkrankungen zugeschrieben. Je niedriger der soziale Status eines Menschen ist, umso höher ist sein gesundheitliches Risiko einzuschätzen.

Unabhängig von der Zunahme an chronischen Erkrankungen treten im Prozess des natürlichen Alterns weitere Veränderungen auf, die eine Abnahme der Leistungsfähigkeit zur Folge haben können und damit möglicherweise auch eine reduzierte Einsatzfähigkeit am Arbeitsplatz bedingen. Nachfolgend soll ein Einblick in natürliche, jedoch beruflich relevante Veränderungen gegeben werden.

## **Körperliche Alterungsvorgänge der Organsysteme**

### **Herz-Kreislauf-System**

- Elastizität der Gefäße nimmt ab (ab 30. Lebensjahr)
- arteriosklerotische Veränderungen werden nachweisbar

Folge: Tendenz zur systolischen und diastolischen Blutdruck-Erhöhung

- Kreislaufreflexe (Aufstehen, Hinlegen oder –setzen) durch unelastischere Gefäße verzögert/schwankend

Folge: Orthostatische Dysregulation (Schwindelgefühl durch Blutdruck-Abfall beim Aufrichten oder längerem Stehen)

- Herzkraft (Kontraktionskraft), Schlagvolumen, Herz- Minuten-Volumen sinken schrittweise ab

Folge: Kompensation der Belastung durch Frequenzerhöhung (schnellerer Herzschlag)

- „steifere“ Gefäße setzen dem Herzen einen erhöhten Widerstand entgegen, so dass es mehr Muskelkraft braucht, um die Pumpleistung aufrecht zu erhalten

Folge: Herzmuskelhypertrophie mit der Folge, dass der eigene Nährstoff- und Sauerstoffbedarf des Herzens nicht mehr ausreichend gedeckt werden kann und die Gefahr eines Herzinfarktes wächst

### **Atmungsorgane**

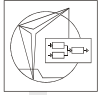
- Verkalkungen in Trachea und Bronchien
- Elastizität der Lunge nimmt ab

Folge: Altersemphysem (Überblähung der Lungenbläschen)

- Flimmerepithel reduziert (Abnahme der Reinigungsfunktion der Atemwege)
- Brustkorbbeweglichkeit und damit Atembeweglichkeit eingeschränkt
- abnehmende Erregbarkeit des Hustenreizes

Folge: Entstehung pulmonaler Infektionen begünstigt

Bedingt durch die hohe funktionelle Kapazität der Lunge spielt die Verschlechterung der Lungenfunktion aber praktisch nur bei Patienten mit Vorschädigungen (Rauchern, Lungen-Tuberkulose) eine Rolle.



### **Wasser-Mineral-Haushalt**

- Abnahme des Gesamtkörperwassers
- Abnahme des Gesamtkörperkaliums
- Tendenz zum renalen (nierenbedingten) Natriumverlust

Folge: Anfälligkeit gegenüber Wasserverlust (Schwitzen)

### **Bewegungssystem**

- Muskelmasse bis zum 60. Lebensjahr um ca. 20 %, bis zum 70. Lebensjahr um ca. 30 % reduziert und durch Fettgewebe ersetzt
- Abnahme der Muskelfasern
- Reduktion der enzymatischen Aktivitäten im zellulären Energiestoffwechsel

Folge: Abnahme der Muskelkraft und Ausdauer

- Qualitätsverlust im Bereich der Dehnbarkeit, der Elastizität, der Reißfestigkeit und Gleitfähigkeit von Bändern, Sehnen und Muskeln

Folge: Erhöhung der Verletzungsgefahr

- Wasser- und Elastizitätsverlust sowie Höhenabnahme der Gelenkknorpel
- Verlust der Glattheit

Folge: Entzündungsneigung auch bei geringer Überbelastung (Arthrose)

- Abnahme des Mineralgehaltes der Knochen

Folge: Erhöhung der Frakturgefährdung (Knochenbruch)

### **Haut und –anhangsgebilde**

- Haare: Verlust der Farbpigmente, Dünnerwerden oder Verlust
- Haut: Elastizitätsverlust („Krähenfüße“, „Lachfalten“)
- Reduktion des Unterhautfettgewebes
- Nachlassen der Talgdrüsenaktivität

Folge: größere Verletzlichkeit der Haut sowie gleichzeitig verlängerte Heilungsdauer nach Schädigung

### **Sinnesleistungen**

#### **Auge**

- Elastizität der Augenlinse nimmt ab

Folge: Presbyopie; (Sehschärfe im Nahbereich verringert)

- langsamere Pupillenreaktion beim Wechsel der Lichtverhältnisse
- Pupillen öffnen nicht mehr so weit
- Linsentrübung (Katarakt = grauer Star)

Folge: Sehen im Dunkeln, insbesondere ein abrupter Hell–Dunkel-Wechsel, bereiten Schwierigkeiten (z. B. beim Hineinfahren in einen dunklen Tunnel)  
Zunahme der Blendempfindlichkeit

- Verminderung der Lichtempfindlichkeit der peripheren Netzhaut durch den Untergang sensorischer Elemente

Folge: Einengung des Gesichtsfeldes

#### **Ohr**

- Presbyakusis (Altersschwerhörigkeit)

Es ist wichtig, nochmals zu betonen, dass es sich bei diesen genannten Veränderungen um natürliche Alterungsprozesse handelt, die zunächst für den Betroffenen keinen Krankheitswert haben müssen.



Unbestritten bleibt jedoch, dass sich auch eine natürliche Einschränkung z. B. der Herz-Kreislauf-Funktionen, ein Abbau von Muskelmasse oder die Reduktion von Sinnesleistungen negativ im Sinne der Eignung für körperlich schwere und/oder gefahrenträchtige Tätigkeiten, die das Baugewerbe zu einem hohen Prozentsatz beinhaltet, auswirken können.

Interessanterweise nimmt jedoch die Häufigkeit der Arbeitsunfälle mit zunehmendem Alter nicht zu sondern sogar leicht ab. Wesentliche Unterschiede bestehen im Vergleich der Generationen dabei in den Unfallursachen. Bei jüngeren Mitarbeitern sind die Unfallursachen häufig in mangelnder Vorsicht, Unerfahrenheit sowie größerer Risikofreude zu suchen, während ältere Arbeitnehmer eher auf Grund ihres abnehmenden Reaktionsvermögens und ihrer verzögerten Wahrnehmung Unfälle verursachen. An dieser Stelle sei erneut auf die Bedeutung der nachlassenden Sinnesfunktionen in der Arbeitswelt verwiesen. Einer regelmäßigen Kontrolle sowie der Korrektur von Funktionsverlusten durch geeignete Seh- und Hörgeräte kommt bei der Vermeidung von Unfällen große Bedeutung zu.

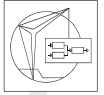
In der nachfolgenden Tabelle sollen die oben aufgelisteten rein körperlichen Veränderungen im Altersprozess durch weitere Veränderungen ergänzt werden. Diese, als so genannte Leistungsvoraussetzungen bezeichnete Parameter unterliegen nicht gleichermaßen einem Abbau im Altersgang sondern können gleich bleibend bestehen oder durch das Alter sogar positiv beeinflusst werden. Sie stellen damit einen wichtigen Schlüssel zur Kompensation nachlassender körperlicher Fähigkeiten dar.

Tabelle 1: Veränderungen menschlicher Leistungsvoraussetzungen im Altersverlauf  
(modifiziert nach BRUGGMANN, 2000)

<b>zunehmend</b>	<b>gleich bleibend</b>	<b>abnehmend</b>
Lebens- und Berufserfahrung	Leistungs- und Zielorientierung	Körperliche Leistungsfähigkeit
Expertenwissen		
Urteilsfähigkeit	Systemdenken	Geistige Beweglichkeit
Zuverlässigkeit	Kreativität	Geschwindigkeit der Informationsaufnahme und -verarbeitung
Besonnenheit	Entscheidungsfähigkeit	Kurzzeitgedächtnis
Qualitätsbewusstsein	Kommunikationsfähigkeit	Risikobereitschaft
Kooperationsfähigkeit	Psychisches Durchhaltevermögen	Aufstiegsorientierung
Konfliktfähigkeit	Konzentrationsfähigkeit	Lern- und Weiterbildungsbereitschaft
Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein		
Positive Arbeitseinstellung		
Ausgeglichenheit und Beständigkeit		
Angst vor Veränderungen		

Hieraus wird deutlich, dass der ältere Mitarbeiter durch optimierte Nutzung seiner Kapazitäten in die Lage versetzt wird, seine Leistungsfähigkeit zu erhalten oder sogar zu steigern.





Das Defizit-Modell vom älteren Arbeitnehmer ist wissenschaftlich deshalb nicht tragfähig. Hinzu kommt, dass Arbeit und Erwerbsfähigkeit ein tägliches Training darstellen und damit auch dazu beitragen können, Rückbildungsprozessen entgegenzuwirken und altersbedingten Leistungseinbußen wirksam vorzubeugen. Unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung durch die Arbeit müssen die Tendenzen zur Frühverrentung sowohl sozial, als auch leistungsphysiologisch und volkswirtschaftlich kritisch hinterfragt werden.

Voraussetzung für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit Älterer ist natürlich die Schaffung menschengerechter Arbeitsbedingungen.

Die gegenwärtigen Tendenzen in der modernen Arbeitswelt mit Verschiebung der Anteile körperlicher Arbeit zugunsten geistig-intellektueller Anforderungen kommen dem älteren Arbeitnehmer grundsätzlich entgegen. Aktuell führen jedoch Kostendruck und Wettbewerb in den Unternehmen nicht selten zu betrieblichen Anforderungen, bei denen ältere Arbeitnehmer als Risikofaktor gelten und jungen, flexiblen Mitarbeitern der Vorzug gegeben wird.

Solche betrieblichen Anforderungen können sein:

- Arbeitsverdichtung (Zeitdruck und Leistungsdichte nehmen zu),
- erhöhte Arbeitsumfänge in nicht direkt produktiven Bereichen,
- kürzere Taktzeiten in Produktionsbereichen,
- Umstrukturierungen,
- ständig wechselnde Anforderungsprofile,
- Abbau von „Schonarbeitsplätzen“ (häufig durch Auslagerung von Betriebsteilen mit Servicecharakter),
- zunehmende berufliche Reisetätigkeit und Forderung nach höchster Flexibilität,
- Forderung nach ständiger Erreichbarkeit.

Gibt es Hinweise darauf, dass die Zunahme dieser Anforderungen an die Mitarbeiter gesundheitliche Auswirkungen haben?

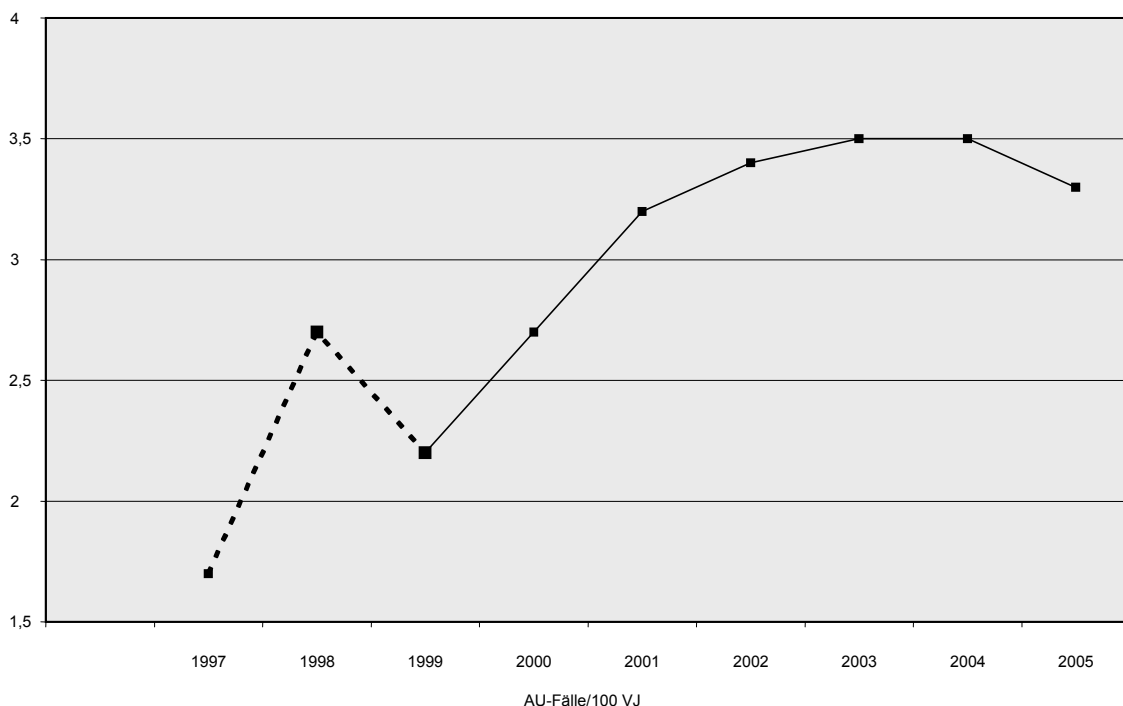


Bild 6 Psyche-Fälle pro 100 Versicherungsjahre von 1997 bis 2005

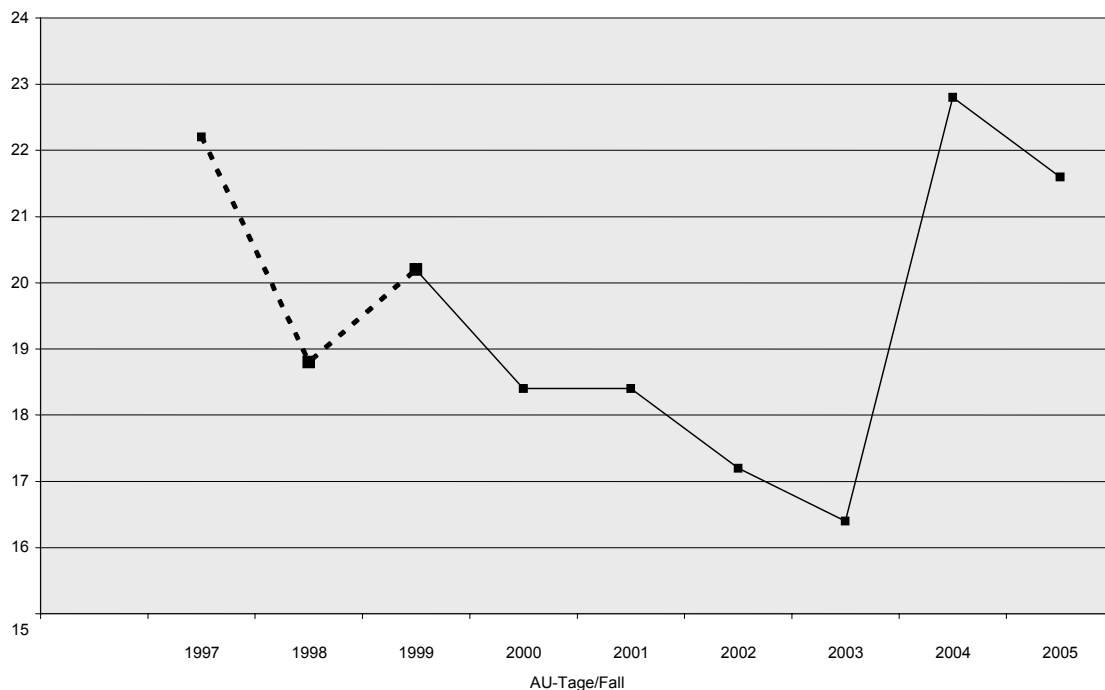


Bild 7 Arbeitsunfähigkeitstage je Fall

Bild 6 (Psyche-Fälle je 100 VJ) zeigt nahezu eine Verdopplung zur Arbeitsunfähigkeit führender psychiatrischer Erkrankungsfälle sowie psychischer und Verhaltensstörungen berechnet auf 100 Versicherungsjahre seit 1997. Dabei kam es, wie aus Bild 7 (Arbeitsunfähigkeitstage je Fall) hervorgeht, auch nicht zu einer Senkung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro Erkrankungsfall.

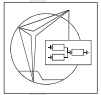
Es soll aber nicht der Eindruck erweckt werden, dass allein die Bedingungen der Arbeitswelt für den Anstieg dieser Zahlen verantwortlich gemacht werden können. Gleichrangig bedeutend zeigen sich auch die veränderten Lebensbedingungen.

Schlagwortartig sollen an dieser Stelle nur einige Stressoren in unserer heutigen Gesellschaft genannt werden:

- Die Erwartungen an das Leben nehmen zu und damit auch das Risiko, ihnen nicht gerecht zu werden.
- Eigenverantwortung und Individualisierung fordern den Preis, dass der Platz im Leben erkämpft werden muss.
- Der abnehmende soziale Halt fördert die Vereinsamung.
- In dem Maß, in dem spirituelle Werte verloren gehen, werden Gesundheit und Schönheit als Religionsersatz bedeutend.
- Die Reizüberflutung durch eine Vielzahl von Medien erschwert eine Trennung wichtiger von unwichtigen Informationen.

Es gibt einen weiteren wichtigen Aspekt, der in die Beurteilung der Analyse von psychiatrischen/psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden muss.

Im Bereich der medizinischen Diagnostik wurden erhebliche Fortschritte gemacht. Diese neuen Kenntnisse führten zu einer Zunahme in der Erkennung der Krankheitsbilder. Eine verbesserte Aufklärung und der Abbau von Vorurteilen verhalfen diesen Störungen zu einer höheren Akzeptanz in der Gesellschaft. Betroffene berichten entsprechend bereitwilliger von ihren Problemen, was die Diagnosestellung seitens des Arztes natürlich erleichtert. Gleichzeitig sind die Betroffenen zunehmend bereit, eine solche Diagnose zu akzeptieren, was wiederum dazu führt, dass sich der Behandler weniger scheut, diese auch zu benennen.



Analysen des Krankenstandes können also wichtige Informationen über die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter eines Unternehmens liefern, Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes zulassen und stellen deshalb auch ein wertvolles Instrument des Betriebsarztes dar, z. B. den Beratungsbedarf seines Unternehmens zu ermitteln. Gleichzeitig dürfen bei der Auswertung dieser Daten wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen nicht außer Acht gelassen werden, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Neben der Auswertung des Krankenstandes kann auch die statistische Erfassung des Berufskrankheitengeschehens wichtige Hinweise auf die Situation der Unternehmen liefern.

Die folgenden Ausführungen stellen einen Ausschnitt aus der Statistik des Berufskrankheitengeschehens, speziell für die Thüringer Baubranche dar.

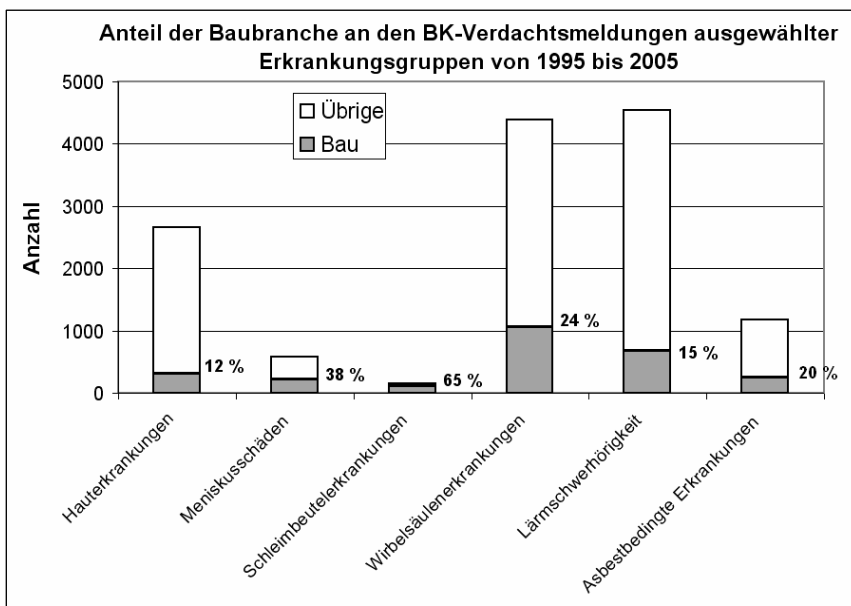


Bild 8 BK-Verdachtsmeldungen, Anteil Bau

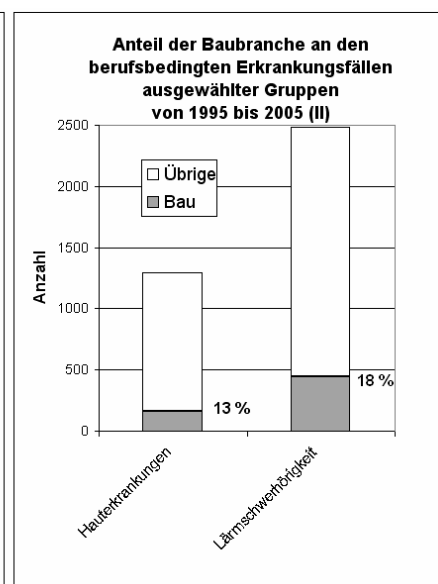
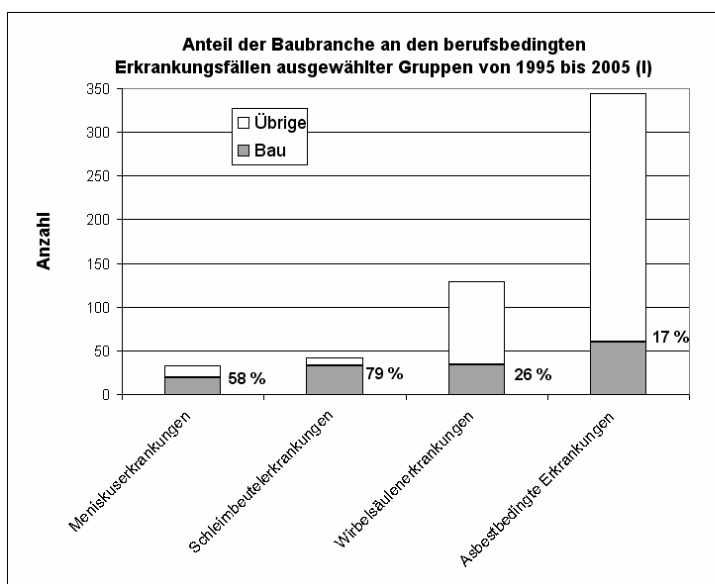


Bild 9 und 9a Berufsbedingte Erkrankungsfälle, Anteil Bau



Bild 8 gibt einen Überblick über die in der Baubranche am häufigsten angezeigten Erkrankungen. Dabei wird bei Beschäftigten der Baubranche am häufigsten der Verdacht auf Lärmschwerhörigkeit, bandscheibenbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule (v. a. Lendenwirbelsäule) gefolgt von beruflich verursachten Hauterkrankungen angezeigt. Zahlenmäßig deutlich geringer sind Verdachtsmeldungen auf Erkrankungen der Schleimbeutel und Meniskusschäden. Hier betreffen jedoch bis zu 65 % (Schleimbeutelkrankungen) bzw. 38 % (Meniskusschäden) aller Meldungen Arbeitnehmer aus der Baubranche.

Betrachtet man in Bild 9 und 9.a die Erkrankungen, bei denen nach Abschluss der Ermittlungen ein Zusammenhang zur beruflichen Tätigkeit bestätigt wurde, kann man feststellen, dass der Anteil der Betroffenen im Baugewerbe bei den Schleimbeutelkrankungen auf 79 % und bei den Meniskusschäden auf 58 % ansteigt.

Welche Berufsgruppen in der Bauwirtschaft sind am häufigsten von den aufgeführten Schädigungen betroffen?

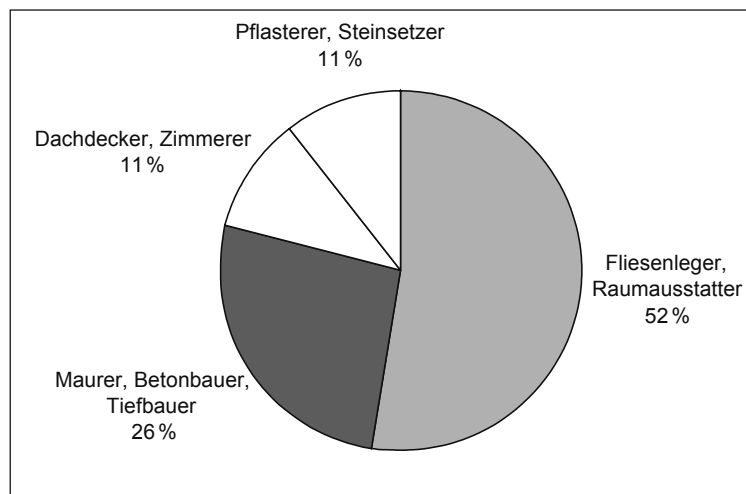


Bild 10 Aufteilung der berufsbedingten Meniskuserkrankungen im Bau auf Berufsgruppen

Da die Erkrankung der Menisken im ursächlichen Zusammenhang mit knienden und hockenden Tätigkeiten steht, sind hier natürlich Berufsgruppen, wie Fliesenleger und Raumausstatter, aber auch Maurer, Dachdecker und Pflasterer betroffen. Die Schleimbeutelkrankungen verteilen sich ähnlich auf die Berufsgruppen, da auch hier ein wesentlicher Verursachungsmechanismus in der knienden Tätigkeit liegt.

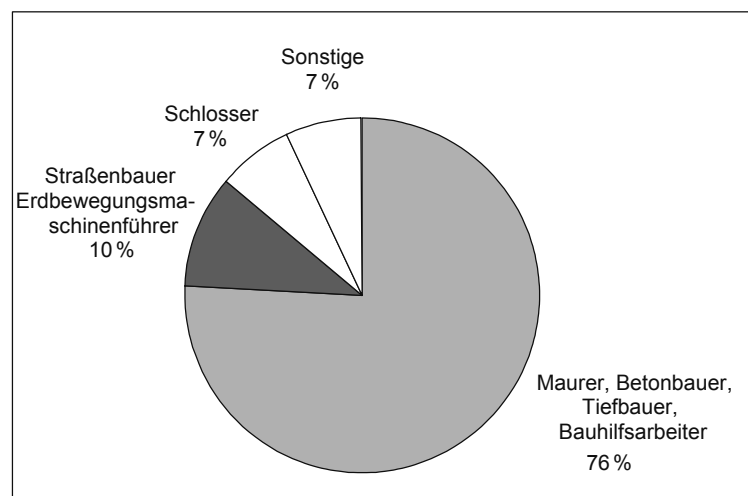


Bild 11 Aufteilung der berufsbedingten Wirbelsäulenerkrankungen (BK 2108) im Bau auf Berufsgruppen

Die bandscheibenbedingten Erkrankungen, die in hohem Maße die Lendenwirbelsäule betreffen, stehen dagegen in ursächlichem Zusammenhang mit dem Heben und Tragen schwerer Lasten.

Bild 11 (Wirbelsäulenerkrankungen) bestätigt, dass es sich bei den Maurern, Tief- und Betonbauern und Bauhilfsarbeitern um die am häufigsten betroffenen Berufsgruppen in der Baubranche handelt, gefolgt von Straßenbauern und Schlossern. In der Gruppe der Erdbewegungsmaschinenführer spielt neben dem Heben und Tragen schwerer Lasten vor allem eine Belastung durch Ganzkörpervibration bei der Entstehung lumbaler (die Lendenwirbelsäule betreffenden) Bandscheibenschädigungen eine Rolle.

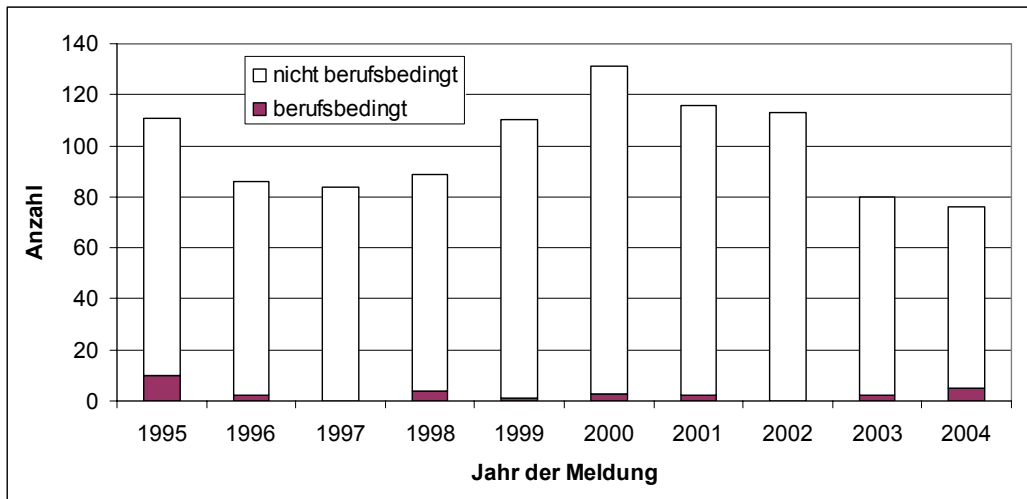
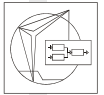


Bild 12 Zeitlicher Verlauf der Meldungen bei Wirbelsäulenerkrankungen (BK 2108–2110) im Bau von 1995 bis 2004

Bild 12 macht dabei deutlich, dass die Zahl der gemeldeten Verdachtsfälle überproportional hoch gegenüber den tatsächlich als berufsbedingt beurteilten Erkrankungen (durchschnittlich 3,2 %) ausfällt. Dafür sind mehrere Gründe verantwortlich, von denen hier stellvertretend zwei genannt werden sollen:

- Bandscheibenbedingte Wirbelsäulenerkrankungen zählen zu den so genannten Volkskrankheiten. Sie treten sowohl bei körperlich hoch belasteten Arbeitnehmern als auch bei Personen auf, die keine berufliche Wirbelsäulenbelastung erleben. (Nicht jeder Bandscheibengeschädigte hat schwere körperliche Arbeit verrichtet und nicht jeder, der beruflich schwer hebt oder trägt erleidet einen Bandscheibenvorfall.) Das Berufskrankheitenrecht fordert die Trennung einer schicksalhaften Genese von einer wesentlichen beruflichen Verursachung.
- Die Meldung des Verdachtes erfolgt bei Wirbelsäulenerkrankungen sehr häufig durch den Versicherten selbst oder die Krankenkassen, im Gegensatz zu Hauterkrankungen und Schwerhörigkeit, die sehr viel häufiger durch Fachärzte zur Anzeige gebracht werden.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit Forschung und verbesserte Diagnosemöglichkeiten durch den Fortschritt der Medizintechnik auch eine Veränderung der Beurteilungspraxis nach sich ziehen werden.

Nach wie vor nimmt auch die Lärmschwerhörigkeit im BK-Geschehen einen festen Platz ein. Trotz intensiver Aufklärungsarbeit und Prävention, die in den vergangenen Jahren geleistet wurde, zählt sie noch immer zu den am häufigsten anerkannten und entschädigten Berufskrankheiten. Sie ist ein Beispiel dafür, dass Prävention ein langfristiger Prozess ist und die Früchte einer Investition nicht immer sofort erkennbar werden.

Die Lärmschwerhörigkeit entwickelt sich typischerweise schleichend über viele Jahre und wird selbst von den Betroffenen erst spät erkannt. Ein einmal entstandener Schaden ist durch keine Maßnahme wieder rückgängig zu machen und stellt eine erhebliche soziale Beeinträchtigung der Betroffenen dar.



Deshalb muss der Prävention unverändert die entscheidende Bedeutung beigemessen werden. Das Baugewerbe stellt dabei eine Branche dar, in der trotz technischem Fortschritt auch weiter Lärm-arbeitsplätze existieren und deshalb auf persönliche Schutzausrüstung in keinem Fall verzichtet werden darf.

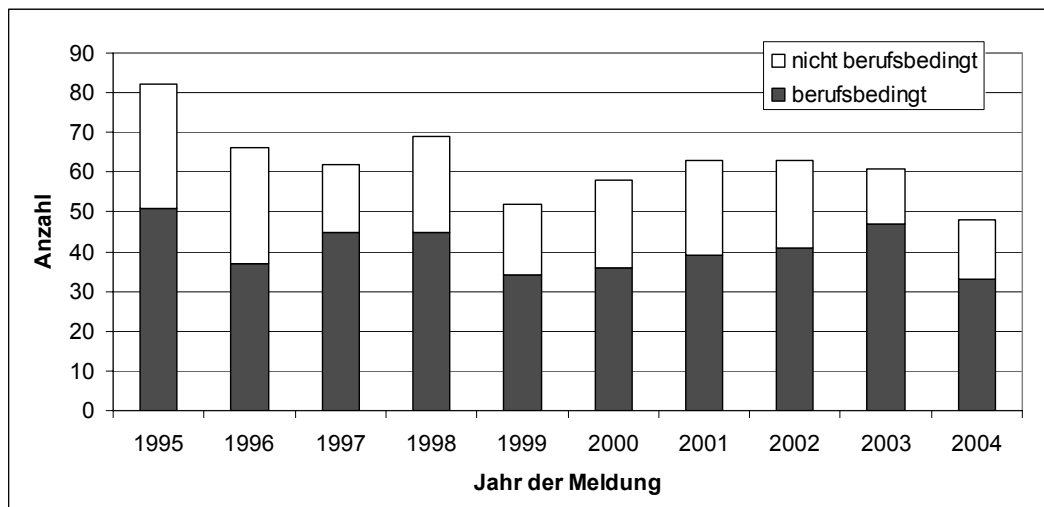


Bild 13 Zeitlicher Verlauf der Meldungen bei Lärmschwerhörigkeiten im Bau von 1995 bis 2004

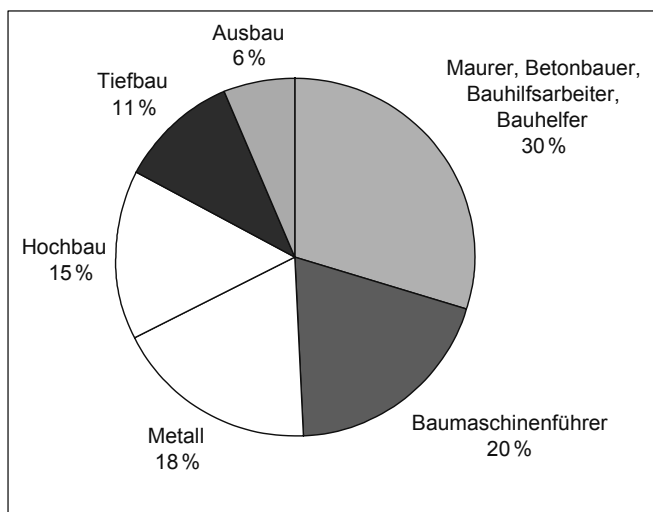


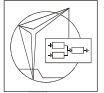
Bild 14 Aufteilung der berufsbedingten Lärmschwerhörigkeiten im Bau auf Berufsgruppen

Aus Bild 14 geht hervor, dass nahezu alle im Bau Tätigen von Lärmbelastung betroffen sein können. Dabei ist es nicht Voraussetzung, dass die Betroffenen den Lärm selbst verursachen. Erfahrungsgemäß wird häufig gerade auch bei passiver Lärmexposition die Notwendigkeit eines konsequenten Gehörschutzes nicht erkannt.

Ebenfalls eine herausragende Rolle im BK-Geschehen spielen die beruflich verursachten Hauterkrankungen.

Wie bereits oben erwähnt, gehören Hautveränderungen zu den am zweithäufigsten gemeldeten Erkrankungen in der Baubranche. Als Ursache für akute und chronische Hautschädigungen kommen zahlreiche sowohl irritativ-toxisch als auch allergisch wirkende Arbeitsstoffe in Frage. Exemplarisch für das Baugewerbe sei an dieser Stelle auf die Chromatallergie der Maurer („Maurerkrätze“), verursacht durch chromathaltigen Zement und den Umgang mit allergieauslösenden Epoxidharzen hingewiesen, deren

Anwendung u. a. als Konstruktions- und Metallklebstoff, Beschichtungsmaterial für Industriefußböden und Beton sowie als Korrosionsschutz im Baugewerbe weit verbreitet ist.



Als wichtiger Schritt zur Reduktion beruflich verursachter Hauterkrankungen am Bau kann die Begrenzung des löslichen Chrom (VI) auf 2 mg/kg Trockenmasse des Zementes im gebrauchsfertigen Zement oder zementhaltigen Zubereitungen bei einer Verarbeitung, die Hautkontakte nicht ausschließt (Achte Verordnung zur Änderung chemikalienrechtlicher Verordnungen vom 25. Februar 2004) gewertet werden.

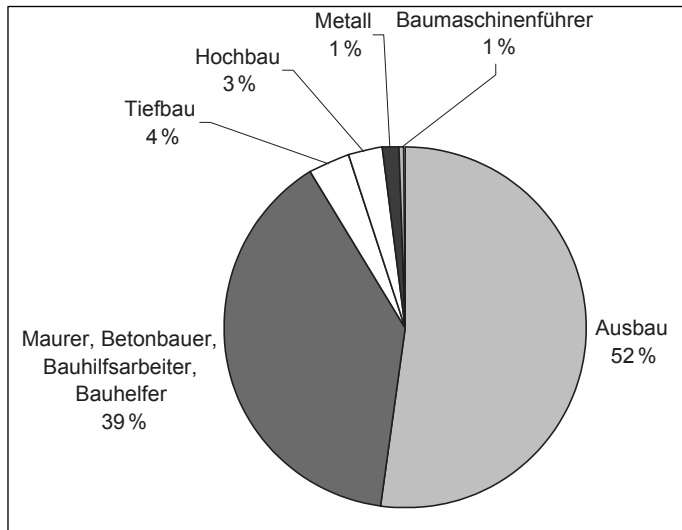


Bild 15 Aufteilung der berufsbedingten Hauterkrankungen im Bau auf Berufsgruppen

Abschließend soll noch ein anderer Arbeitsstoff, der auf Grund seiner herausragenden Eigenschaften als Werkstoff in der Arbeitswelt weit verbreitet war, Erwähnung finden, der Asbest. Er fand bis zu seinem vollständigen Herstellungs- und Verwendungsverbot am 01.01.1994 als Isolations-, Dichtungs- und Filtermaterialmaterial (z. T. als Atemfilter!), Hitze- und Feuerschutz, in der Herstellung und Wartung von Bremsbelägen und in der Zementindustrie breiteste Anwendung mit zunächst ungeahnten gesundheitlichen Folgen.

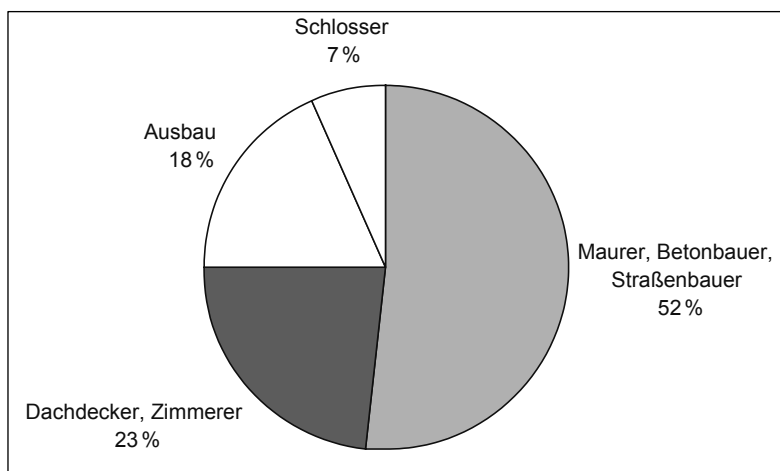


Bild 16 Aufteilung der berufsbedingten Erkrankungen durch Asbest im Bau auf Berufsgruppen



Bild 16 (asbestbedingte Erkrankungen) spiegelt die Expositionen in den einzelnen Berufsgruppen wieder. Schädigungen durch Asbest betreffen v. a. die Lunge und das Rippenfell, in denen die Fasern zu Entzündungen und Fibrosierungen aber auch zur Entstehung bösartiger Tumoren führen können.

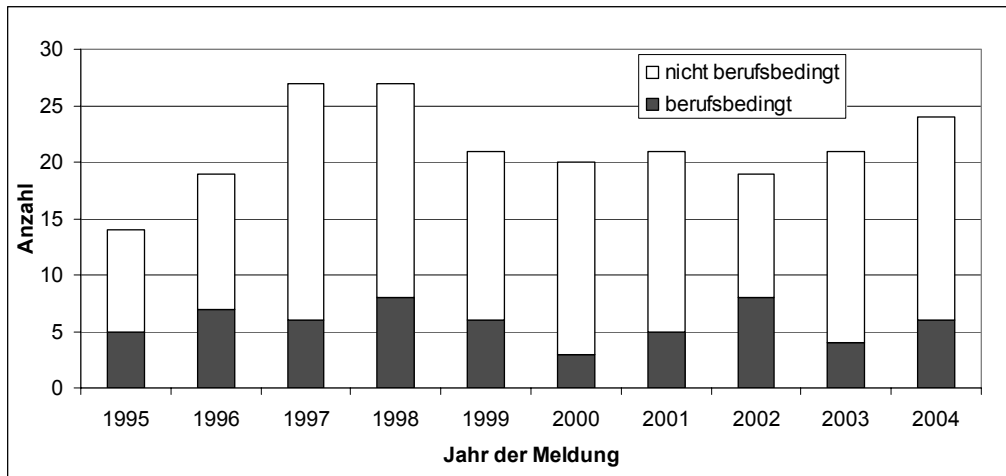


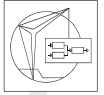
Bild 17 Zeitlicher Verlauf der Meldungen bei asbestbedingten Erkrankungen im Bau von 1995 bis 2004

Bild 17 (zeitlicher Verlauf asbestbedingte Erkrankungen) gibt einen Überblick über Verdachtsmeldungen und Anerkennungen des beruflichen Zusammenhanges in den letzten zehn Jahren.

Obwohl das Asbestverbot bereits 1994 beschlossen wurde und Abbruch-, Sanierungs- und Installationsarbeiten, z. B. von Gebäuden, in den Asbest verarbeitet wurde, nur unter strengen Anforderungen durchgeführt werden dürfen (BGI 664), ist keine gravierende Abnahme der Erkrankungsfälle zu verzeichnen. Statistische Prognosen sagen sogar einen weiteren Anstieg der Krebserkrankungen mit einem Maximum um 2030 im Sinne einer Altlast voraus, die keiner primären Prävention mehr zugänglich ist. Diese Vorhersagen begründen sich in der so genannten Latenzzeit dieser Tumore, die mehrere Jahrzehnte betragen kann. Das heißt, dass die eingeatmeten Asbestfasern noch nach Jahrzehnten zur Entwicklung eines bösartigen Lungen-, Kehlkopf- oder Rippenfelldumors führen können.

Gerade auch dieses letzte Beispiel macht deutlich, dass konsequenter Arbeitsschutz als dauerhafter Prozess zu verstehen ist, dessen Vernachlässigung nur kurzfristig bedeutungslos und wirtschaftlich attraktiv erscheinen mag, langfristig jedoch erhebliche und dann alternativlose Folgekosten verursacht.





## Abbildungsverzeichnis:

Bild 1	Krankenstand nach Landes-AOK´s, 2005 im Vergleich zum Vorjahr
Bild 2	Krankenstand in Prozent nach Branchen (Branchendarstellung)
Bild 3	Entwicklung des Krankenstandes von 1996 bis 2005
Bild 4	Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherungsjahre von 1996 bis 2005
Bild 5	Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versicherungsjahre von 1996 bis 2005
Bild 6	Psyche-Fälle pro 100 Versicherungsjahre von 1997 bis 2005
Bild 7	Arbeitsunfähigkeitstage je Fall
Bild 8	BK-Verdachtsmeldungen, Anteil Bau
Bild 9 und 9a	Berufsbedingte Erkrankungsfälle, Anteil Bau
Bild 10	Aufteilung der berufsbedingten Meniskuserkrankungen im Bau auf Berufsgruppen
Bild 11	Aufteilung der berufsbedingten Wirbelsäulenerkrankungen (BK 2108) im Bau auf Berufsgruppen
Bild 12	Zeitlicher Verlauf der Meldungen bei Wirbelsäulenerkrankungen (BK 2108–2110) im Bau von 1995 bis 2004
Bild 13	Zeitlicher Verlauf der Meldungen bei Lärmschwerhörigkeiten im Bau von 1995 bis 2004
Bild 14	Aufteilung der berufsbedingten Lärmschwerhörigkeiten im Bau auf Berufsgruppen
Bild 15	Aufteilung der berufsbedingten Hauterkrankungen im Bau auf Berufsgruppen
Bild 16	Aufteilung der berufsbedingten Erkrankungen durch Asbest im Bau auf Berufsgruppen
Bild 17	Zeitlicher Verlauf der Meldungen bei asbestbedingten Erkrankungen im Bau von 1995 bis 2004

## Weiterführende Literatur

M. Busch: Kompendium Arbeitsmedizin. Druck: Fa. Kästl, Ostfildern. 5. Auflage, Juni 2006

G. TRIEBIG, M. KENTNER, R. SCHIELE: Arbeitsmedizin – Handbuch für Theorie und Praxis. Gentner-Verlag, Stuttgart, 2003

B. BADURA; H. SCHELLSCHMIDT; C. VETTER (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2006 Chronische Krankheiten: Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. 2007. ISBN 3-540-34367-9

Mein herzlichster Dank geht auch an Herrn SIMONIS, AOK Erfurt, sowie an Herrn VETTER.