

# Möglichkeiten der Wiedereingliederung von Infarktpatienten

Dr. Bernhard Betz,  
Berufsgenossenschaftliches Arbeitsmedizinisches Zentrum Amberg

Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz) ist eine Art Geburtsurkunde für die heutige Form der Arbeitsmedizin. Ganz ausdrücklich wird dort im 53, dem sogenannten Aufgabenkatalog, gefordert, Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Wiedereingliederung als wesentliche Aufgabe des Betriebsarztes anzusehen. Der zugehörige Kommentar hält die Durchführung und Überwachung innerbetrieblicher Maßnahmen der Wiedereingliederung für eine wesentliche Funktion des Arztes als Berater des Arbeitgebers und als Bindeglied zwischen Rehabilitationsträger und Betrieb. Die Wirklichkeit sieht leider ganz anders aus.

## Verfahrensweise in der Vergangenheit

Der Werksarzt wird relativ häufig zu Fragen des Arbeitsplatzwechsels und der Wiedereingliederung nach einer Krankheit gefragt, selten jedoch nach einem formalen Rehabilitationsverfahren. Immer gehen die Fragen vom Betroffenen selbst aus oder aber vom Betrieb. Häufig in Art einer Voranfrage: Können wir den Arbeitnehmer an dem Arbeitsplatz noch gebrauchen? Oder: Der Mitarbeiter war bei uns, wünscht einen anderen Arbeitsplatz; ist dieser Wunsch berechtigt, was hat das für Folgen, wird er nicht weiterhin krank sein? Oder die Fragen des Patienten: Kann ich diese Arbeit machen, ich will weg von dieser Arbeit, sie ist zu schwer für mich, können Sie mir helfen?

In aller Regel ergibt sich dann aus der Beratungstätigkeit des Arztes eine Arbeitsgemeinschaft zwischen Personalleitung, Rehabilitanden, Betriebsarzt und gelegentlich auch Betriebsrat. Auch in den seltenen Fällen, in denen wir zur Wiedereingliederung Herzinfarktkrankter gefragt wurden, war der Ablauf ähnlich. Je nach Struktur der Betriebe und auch tariflicher Absicherung ergeben sich sehr unterschiedliche Probleme, die aus meiner Sicht kaum einer einheitlichen institutionalisierten Lösung oder einem bestimmten geordneten Verfahren zugänglich sind. Ich will dies in wenigen Stichworten erläutern:

Ein größerer Betrieb, etwa 600 – 800 Beschäftigte aufwärts, ist in aller Regel so heterogen strukturiert, daß Arbeitsplätze sehr unterschiedlicher Anforderung und Belastung vorhanden sind. Es ist also vorstellbar, daß von Arbeitsplätzen mit schwerer körperlicher Beanspruchung auf leichtere ausgewichen werden kann. Eine Möglichkeit, die oft aber nur theoretisch besteht. Die Magaziner, Pförtner, Werkstattschreiber und Betriebsboten sind in aller Regel in fester Hand; es bestehen Wartelisten auf evtl. freierwerdende Posten. Der Werksarzt hat nur die Möglichkeit, die Übernahme auf die Warteliste zu befürworten, nicht jedoch den Arbeitsplatzwechsel herbeizuführen, weil eben ein solcher Arbeitsplatz nicht frei ist.

Umbesetzungen unterliegen der Mitsprache: Der Betriebsrat entscheidet mit über die Position auf der Warteliste; so kann eine Empfehlung auch weiterhin nur als eine Empfehlung bestehen bleiben. Die Festschreibung und gesetzliche Gewährung von sozialen Vorteilen, wie aus dem Schwerbehindertenrecht bekannt, hat auf die Arbeitsplätze auch eine sichtlich nachteilige Wirkung.

In den von mir betreuten Betrieben sind in aller Regel mehr anerkannte Schwerbeschädigte beschäftigt, als nach

dem prozentualen Anteil erforderlich. Allein schon dadurch sind Ausweichmöglichkeiten blockiert. Hinzu kommt, daß Leistungslohnabsicherungen, wie sie im „Manteltarifvertrag Metallindustrie“ festgeschrieben sind, die Betriebe veranlaßt haben, Arbeitsplätze mit niedriger Entlohnung und leichter Arbeit abzubauen. Ein im Akkord hoch entlohnter Gußputzer wird sofort nach seinem 50. Lebensjahr und entsprechend langer Betriebszugehörigkeit (hier 15 Jahre), wenn er nur irgendeinen gesundheitlichen Grund hat und ein entsprechendes Attest aufreiben kann, seine 150%ige Entlohnung im Akkord auf einen leichteren Arbeitsplatz als Pförtner übertragen wollen. Die strukturelle Krise der Gießereien und auch anderer Betriebe führt aber praktisch automatisch dazu, daß diese Ausweichmöglichkeiten abgeschafft werden. Sind solche Arbeitsplätze wirklich für den Betrieb notwendig, werden sie Fremdfirmen übertragen. So gibt es keine Hofkolonne mehr, dies machen Reinigungsfirmen; so gibt es keine Pförtner mehr, dies machen Wach- und Schließgesellschaften; Betriebsboten, Werkstattschreiber werden durch PC's und eine bessere elektronische innerbetriebliche Kommunikation ersetzt.

Es zeigt sich also auch, daß ein größerer Betrieb, selbst der Großbetrieb mit polymorpher Struktur, keine Ausweichmöglichkeit hat, auch nicht haben will oder zumindest reduziert. In diesen größeren Betrieben findet sich aber noch am ehesten eine Lösung durch technischen Ersatz oder Erleichterung z.B. der Hebearbeit durch entsprechende Hebewerkzeuge, Hubwagen, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, gelegentlich auch die Zuteilung eines weiteren Kollegen, der bei schwererer Hebearbeit beispielsweise mithilft.

Auch in den mittelgroßen Betrieben, in der Größenordnung 100 – 200 Mitarbeiter, ist dies gelegentlich noch möglich. Allerdings ist hier ein unangenehmer Nebeneffekt zu beobachten. Durch Einführung einer technischen Hilfe und Umorganisation der Arbeit wird entdeckt, daß dieser Arbeitsplatz von einem, statt bisher zwei Menschen wahrgenommen werden kann, und sollte der Leistungsreduzierte nun endgültig ausscheiden, steht dessen Arbeitsplatz nicht mehr als Verweisungsmöglichkeit zur Verfügung.

In Kleinbetrieben sind selten Lösungen durch technische Möglichkeiten zu schaffen, da entweder der finanzielle Aufwand für diese nicht akzeptiert wird, die Einschaltung beispielsweise des Versorgungsamtes von dem Behinderten nicht angestrebt wird, weil eine Anerkennung der Be-

hinderung nicht vorliegt oder nicht möglich ist. Hier findet sich meist nur eine Entlastung z. B. bei einem etwas höher angesiedelten Meister, der einen jüngeren anlernt und diesen als verlängerten Arm für schwere Arbeiten zu Verfügung hat.

Die Forstbetriebe, bei denen es in einer alten Revierförsterei vor 20 Jahren vielleicht noch einen Haumeister mit einer Waldarbeitergruppe von 8 – 12 Mann gab, die altersmäßig unterschiedlich zusammengesetzt war und in der eine milieu- und dörflich gebundene Gruppe zusammenarbeitete und den älteren Leistungsgeminderten noch über Jahre hin mitzog, weil man das für sich später auch erwartete. Diese Form gibt es nicht mehr. Heute haben wir mehr eine Forstindustrie, einen Revierförster und oft nur 3 oder 4 Waldarbeiter. Sie sind in einer Ein-Mann-Rotte eingesetzt, voll technisiert, arbeiten im Akkordlohn, und leichte Arbeit gibt es buchstäblich nicht, allenfalls Verzicht auf Akkord und Umsetzung auf Stundenlohn. Dies ist aus wirtschaftlicher Sicht von Seiten der Betriebe nur ganz begrenzt möglich und wird von den Probanden auch in aller Regel nicht angestrebt, da die im Akkord erstrebte hohe Entlohnung auch rentenwirksam sein soll.

In den hochtechnisierten Betrieben, wie z. B. in den Druckereien, der Spanplattenherstellung, dem Großhandel, dem Versand und der Verwaltung sind zwei Problemkreise aufzuzeigen. Die dort zu leistende Arbeit ist meist nur noch Überwachungstätigkeit, Kontrolltätigkeit, Steuertätigkeit am Schreibtisch oder Bildschirm. In den Produktionsbereichen wird aber gelegentlich im Störfall oder bei Produktwechsel evtl. 1 – 2 mal pro Schicht schwere körperliche Arbeit erforderlich. Das sind an sich also Arbeitsplätze, die der Leistungsminderung zu 95 % einer Arbeitsschicht durchaus entsprechen, aber in 5% eine höhere Beanspruchung erfordern. Für die 5 % sind ebenfalls nur gelegentlich technische Hilfsmittel möglich, personeller Ersatz oder Mithilfe praktisch nie.

Dies gilt vor allem auch für Arbeitnehmer in der Instandhaltung oder Reparatur. Nur daß hier der Anteil schwerer körperlicher Arbeit und eher leichtere Tätigkeit nicht so schön und übersichtlich zu erfassen ist. Es ist durchaus möglich, daß eine Woche überhaupt keine körperlich beanspruchenden Tätigkeiten auftreten, dann aber höchste Beanspruchungen in stark belasteten Körperpositionen, beispielsweise bei der Reparatur von Förderbändern in Kellerräumen, in Versorgungsschächten durch Hitze und Staub und andere Belastungen anfallen. Gelegentlich besteht jedoch hier die Möglichkeit, aber auch hier nur wieder in größeren Einheiten, die Tätigkeit eines Reparaturschlossers z. B. auf einen alleinigen Werkstattbetrieb zu beschränken, in dem er bei schwerer Hebearbeit wiederum einen Kollegen zur Verfügung hat oder die Schweißarbeiten ausführt.

Ein weiteres Beispiel:

Ein Schaltwart wird unter Umständen wochenlang körperlich nicht gefordert, muß aber dann steile Leitern besteigen, um in irgendeinem abgelegenen Winkel des Betriebes eine Fehlerquelle zu suchen. Hier wiederum ist denkbar, durch Mithilfe des Werksarztes, daß der Betrieb organisatorisch eine Lösung schafft, diese Aufga-

ben Jüngeren und Leistungsfähigeren zu überlassen. In aller Regel ergibt sich aber dann das Problem, daß dies Tätigkeiten mit Nachtschicht oder mit Bereitschaftsdienst sind, in denen der jüngere zweite Mann nicht zur Verfügung steht, da für den Bereitschaftsdienst nur immer einer erforderlich ist.

Also ist bei an sich nur leichter Arbeit oder bei Arbeiten mit Ausweichmöglichkeit eine Verweisungsmöglichkeit dann nicht gegeben. Gerade in diesen Betrieben gibt es aber noch das andere Problem, daß der bisherige Arbeitsplatz als schwer empfunden wurde und nach dem Krankheitsergebnis eine leichte Tätigkeit gewünscht wird. Für unsere Beurteilung aber, die versucht, objektive Kriterien der Belastung zu erkennen, entspricht dieser Arbeitsplatz immer noch in der Belastung der Leistungsminderung, die subjektive Beanspruchung aber erzeugt ein relatives Problem.

Noch eindeutiger findet sich im Verwaltungsbereich dann das Phänomen – wie ich es einmal nennen möchte -der Streßneurose. „Streß“ ist ja ein Wort, mit dem beliebig von allen Seiten manipuliert wird. Es finden sich also Arbeitsplätze, die an sich keine Belastung darstellen, aber subjektiv als Beanspruchung empfunden werden. Strain und Streß werden miteinander verwechselt. Der Versuch der Adaption, indem die zeitliche Beanspruchung reduziert, z.B. Ganztätigkeit durch Halbtätigkeit ersetzt wird, ist in den seltensten Fällen möglich.

Sicherlich werden Sie an dieser Stelle schon gesehen haben, daß ein Großteil der angesprochenen Probleme überhaupt erst mit genauer Betriebs- und Arbeitsplatzkenntnis festzustellen und zu lösen ist, bzw. sich auch erst die Unlösbarkeit eines solchen Problems herausstellt. Ein Hinweis wie „nach Eingewöhnungsphase nur noch leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Zeitdruck“ entlastet nur den Arzt der Reha-Klinik, ist aber weder für den Patienten, noch für den Betrieb, den Werksarzt und wahrscheinlich auch für die Sozialversicherung keine Lösung.

Ein wesentliches Problem ist die Motivation des Probanden, zu der der Arbeitsmediziner leider wenig beitragen kann. Mir scheint vielmehr, daß die Motivation sehr von dem sozialen Umfeld beeinflusst wird. Probleme entstehen, weil der Proband oft mit dem erlittenen Infarkt das fast lang ersehnte Ereignis erleidet, das ihm die Möglichkeit verschafft, von der ungeliebten Schwerarbeit wegzukommen, das ihm jetzt die entsprechende Legitimation verleiht, entsprechende Wünsche voranzutreiben. Wenn Hausarzt und Familie die Erkrankung zudem noch während als lebensbedrohend darstellen, dann entsteht der Wunsch, die vermeintlich noch verbleibenden Jahre nur ja zu genießen und nicht durch Arbeit „totzuschlagen“ oder gar diese Jahre durch Arbeit verkürzen zu lassen.

Die Probleme werden nur größer, wenn, auf den Arbeitsplatz bezogen, vom Vertrauensarzt der Reha-Klinik pauschale Aussagen kommen und keine exakte Angabe zur ergometrischen Messung der Leistungsfähigkeit vorliegt. Für die Betriebe ist der Infarkt des Probanden in aller Regel auch angstausslösend, z.B. „wenn der Mann zurückkommt, kann er die Tätigkeit sicherlich nicht mehr so ausführen; eine Verjüngung ist längst vorgesehen, er ist alt genug, um endlich in Rente zu gehen“.

Da der Infarkt eine oft über Monate lange Krankschreibung hervorruft, sind die aktuellen Probleme am Arbeitsplatz durch den Ausfall des Betroffenen bis zu seiner Wiederkehr in aller Regel gelöst; er wird nicht mehr gebraucht. Manche meiner oben skizzierten Erfahrungen scheinen die Hypothese von Prof. Dr. Ulrich Kanzow, die er im August 1986 veröffentlicht hat, zu stützen, nämlich „das derzeitige sozial abgesicherte und in bundesdeutscher Form durchgeführte Reha-Wesen hemmt die gesundheitliche Stabilisierung und Reintegration des Herzkranken in seine Lebens- und Arbeitsgemeinschaft“.

Unter den gegebenen Bedingungen erwarte ich als Arbeitsmediziner, der eine Wiedereingliederung vornehmen soll:

1. Von der Reha-Klinik eine Verlaufsbeobachtung und Funktionsdiagnostik unter alltagsnahen Bedingungen, z.B. Fahrradergometrie und 24 Std.-EKG, eine exakte Aussage über die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Patienten im Hinblick auf seine Wiedereingliederung und evtl. weiter notwendige Behandlungsformen und Aussagen über psychische Grundstimmungen und

die Motivation. Nicht erwünscht ist eine Aussage über geforderten Arbeitsplatzwechsel, eine Beurteilung des bisherigen Arbeitsplatzes usw.

2. Vom Hausarzt die Zurverfügungstellung aller Befunde und die für eine Beurteilung relevanten Ergebnisse, einschließlich der jetzt notwendigen und durchgeführten Therapie sowie das „In-die-Wege-Leiten und Überwachen eines koronaren Trainings.“ Nicht erwünscht sind vorwegnehmende Atteste, Gefälligkeitsbescheinigungen und unnötig lange Krankschreibungen.
3. Von den Reha-Fachkräften, daß sie nicht nur zwischen Reha-Klinik, Hausarzt und Proband vermittelnd und organisierend eingreifen, sondern auch zu Betrieb und Werksarzt die Informationswege kurz halten und die verwaltungsmäßigen Hürden beseitigen oder überspringen helfen.

**Anschrift des Verfassers:** Dr. Bernhard Betz, Berufsgenossenschaftliches Arbeitsmedizinisches Zentrum Amberg, Sulzbacher Str. 105, 8450 Amberg

