

## RehaBau

### 10 Jahre arbeitsmedizinische Erfahrungen mit berufsspezifischer Rehabilitation für Klein- und Mittelbetriebe

B. Hartmann, A. Hauck, J. Hanse, A. Wahl-Wachendorf

(eingegangen am 22.08.2011, angenommen am 21.10.2011)

#### Abstract/Zusammenfassung

##### Rehabau

##### 10 years of occupational medical experience of job-specific rehabilitation for small and middle-sized firms

The programme RehaBau was agreed and developed more than 10 years ago by the medical department of a builders' liability insurance association, a rehabilitation clinic and a state insurance institution (LVA). Occupational physicians are involved in the development and testing of the job-specific part of the programme and in the acquisition of job-specific data for physical strain.

The admission of employees at a very early stage of symptom development requires motivation of the employees themselves and of their employers by a kind of health management appropriate for the mainly small sizes of the firms in this sector.

The results of RehaBau have been examined in two studies. They demonstrate in particular reductions in pain and an optimistic approach to the requirements of the job. At the same time, RehaBau increases the role of occupational medical care. The incorporation of the targets of RehaBau into the networks of trade structures as a form of health

management is another aim of the development and extension of the programme as it attempts to solve the problems associated with demographic change.

**Keywords:** rehabilitation – secondary preventive measures – building trade – musculoskeletal disorders – health management

##### RehaBau

##### 10 Jahre arbeitsmedizinische Erfahrungen mit berufsspezifischer Rehabilitation für Klein- und Mittelbetriebe

Das Programm RehaBau ist vor mehr als 10 Jahren zwischen dem Arbeitsmedizinischen Dienst einer Bau-Berufsgenossenschaft, einer Rehabilitationsklinik und einer Landesversicherungsanstalt (LVA) vereinbart und entwickelt worden. Betriebsärzte wirken mit an der Entwicklung und Erprobung des berufsspezifischen Programmtteils und an der Beschaffung der berufsspezifischen Informationen über die körperlichen Belastungen.

Der Zugang von Beschäftigten zu einem sehr frühen Zeitpunkt entstehender gesundheitlicher Einschränkungen erfordert eine Motivation der Beschäftigten und ihrer Unternehmen in einem Gesundheitsmanagement, das den überwiegend kleinbetrieblichen Strukturen der Branche entspricht.

Die Ergebnisse von RehaBau sind in zwei Studien überprüft worden. Sie zeigen insbesondere Schmerzreduktionen und eine optimistische Zuwendung zu den Anforderungen des Berufs. Zugleich stärkt RehaBau auch die Rolle der Arbeitsmedizinischen Vorsorge. Die Einbindung des Ziels von RehaBau in Netzwerke der handwerklichen Strukturen unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsmanagements ist ein weiteres Ziel der Pflege und Verbreitung des Programmangebots auf dem Weg zur Lösung der demografischen Herausforderungen.

**Schlüsselwörter:** Rehabilitation – Sekundärprävention – Bauwirtschaft – Muskel-Skelett-Erkrankungen – Gesundheitsmanagement

Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2011; 47: 4–9

#### ► Einleitung

Der demografische Wandel wirkt sich auf die Beschäftigungslage in der Bauwirtschaft aus. Einerseits sollen in absehbarer Zeit auch diese Beschäftigten erst mit 67 Jahren die Regelaltersrente erhalten, obwohl der Anteil von Frühberentungen bei ihnen deutlich höher als im Durchschnitt gewerblicher Arbeitnehmer ist. Andererseits wird jetzt der Mangel junger Menschen bei der Gewinnung des Nachwuchses spürbar. Die

Option „Mein nächster Beruf“ mit dem Ziel der körperlich hohen Belastung auf dem Bau zugunsten einer meist höher qualifizierten Tätigkeit auszuweichen, ist nach den vorliegenden Erfahrungen kein Rezept zur Lösung des gesundheitlichen und demografischen Engpasses:

- Es gibt innerhalb der Bauwirtschaft nicht genügend Alternativen leichter Tätigkeiten, die den Voraussetzungen der alternden Beschäftigten angemessen wären.

- Beschäftigte der Bauwirtschaft haben durchschnittlich schlechtere Voraussetzungen, um jenseits des 40. bis 45. Lebensjahres durch erneute berufliche Bildung in einem anderen Tätigkeitsfeld außerhalb der Bauwirtschaft erfolgreich zu bestehen.
- Umschulungen auf eine andere Tätigkeit verhindern nicht den Facharbeitermangel, zumal auf Grund der geringen Geburtenrate nicht mehr genügend Auszubildende zu finden sind.

Die Gründe für das gesundheitsbedingte Ausscheiden aus dem Beruf lassen sich aus der Längsschnittbeobachtung einer Kohorte von 14 474 Beschäftigten der Bauwirtschaft über 10 Jahre ableiten (Arndt 2005): Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems stehen unter den 2247 Fällen mit Rente wegen Erwerbsunfähigkeit mit 45 % vor den kardiovaskulären Erkrankungen mit 19 % und den Krebserkrankungen sowie psychischen Erkrankungen mit je 8 % im Vordergrund. Die besonderen Risiken zeigen sich gegenüber „White-Collar“-Beschäftigten mit Standardinzidenzraten (SIR) von 2,66 für Arthropathien, 2,52 für Unfälle und Vergiftungen, 1,76 für Dorsopathien und 1,84 für Mund- und Pharynxkarzinome.

Daraus leitet sich ab, dass das Muskel-Skelett-System – neben den Rücken- auch die Gelenkerkrankungen – im Zentrum der Bemühungen um die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit stehen muss.

### ► Grundlagen

Eine medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation (MBOR) ist seit längerer Zeit als Ziel der Rehabilitation etabliert worden, um alle diagnostischen und therapeutischen Mittel und Behandlungen berufsorientiert zu optimieren, biomechanische und psychosoziale Probleme am Arbeitsplatz zu berücksichtigen, auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit am konkreten Arbeitsplatz oder in konkreten beruflichen Alternativen zu fokussieren und nachvollziehbare und realisierbare Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen zu geben (DRV Nord 2011).

Für die Arbeitsmedizin ergeben sich dabei mehrere Ansatzpunkte, indem

- die Erkennung und Begleitung konkreter Fälle von Beschäftigten mit Rehabilitationsbedarf überwiegend bei ihnen erfolgt;
- das Wissen und die Erfahrungen über konkrete Arbeitsbelastungen und deren Bewältigung für die Rehabilitationsprogramme zugänglich gemacht werden.

### ► Zielsetzung

Betriebsärzte des Arbeitsmedizinischen Dienstes der BG der Bauwirtschaft, Rehabilitationsmediziner und Vertreter der Deutschen Rentenversicherung (damals noch LVA) in Hamburg und Schleswig-Holstein haben um das Jahr 2000 mit der Entwicklung eines Programms der berufsspezifischen Rehabilitation begonnen.

Inzwischen gibt es mit dem Programm mehr als 10-jährige Erfahrungen und seine Ausweitung von einer regionalen zu einer bundesweiten Lösung wird für die von unserem Dienst betreuten Unternehmen der Bauwirtschaft in absehbarer Zeit abgeschlossen sein.

Hier sollen Erfahrungen bei der Entwicklung und der Anwendung des Programms RehaBau mitgeteilt werden. Diese beziehen sich auf

- die Entwicklung der Berufsspezifität des Programms,
- die Verbindung zwischen Arbeitsmedizin und Rehabilitationsmedizin bei der Einführung,
- die Rolle der Betriebsärzte beim Zugang von Beschäftigten zu diesem Programm
- die Überprüfung der Ergebnisse des Programms,
- Voraussetzungen für die Übertragung des regional organisierten Programms auf andere Partner in anderen Regionen Deutschlands.

### ► Das berufsorientierte Training

Da sich RehaBau auf die möglichst frühzeitige Erkennung des Bedarfs von Maßnahmen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit orientiert, war zunächst ein berufsspezifisches Programm aufzustellen, das die medizinische Rehabilitation ergänzt.

Die Betriebsärzte des ASD der BG BAU haben bereits seit langer Zeit Ergebnisse der bauspezifischen Vorsorge ausgewertet. Diese Vorsorge schließt eine dem BG-Grundsatz der arbeitsmedizinischen Vorsorge Nr. 46 adäquate Untersuchung ein (Hartmann 2008). Die Ermittlung von Belastungen ist in verschiedenen arbeitswissenschaftlich-ergonomischen Untersuchungen erfolgt, die teils für die Prävention, teils für die Beurteilung von Zusammenhängen bei Berufskrankheiten angefertigt wurden. RehaBau beruht insbesondere auf den Erfahrungen und Erkenntnissen

- aus dem Projekt „Organisations- und Belastungsstruktur der Bauarbeit“, in dem arbeitswissenschaftlich die körperlichen Belastungen wichtiger Bauberufe hinsichtlich Lastenmanipulation und Zwangshaltungen bestimmt wurden (Fleischer 2003),
- von Messungen für Präventionsdatenbanken der BG BAU über körperliche Belastungen mit dem System CUELA,
- des AMD mit dem Präventionsprogramm „Bauspezifisches Rückentraining für Auszubildende“ (Hartmann 2000),

- aus in einzelnen Betrieben durchgeführten Rückenkursen,
- aus dem Austausch im Netzwerk „Betrieb und Rehabilitation“ in Schleswig-Holstein,
- des Programms RehaBau selbst. Die Förderung durch INQA hatte die Erarbeitung eines Handbuchs möglich gemacht (Hauck 2005).

Auf dieser Grundlage wurde eine Übungsstruktur eingerichtet, die sich bezieht auf

- den Umgang mit Lasten bei Hebetechniken für häufig gehobene leichte Gewichte, für schwere Gewichte, Säcke, lange Balken allein und zu zweit, für sperrige Platten sowie für das Schaufeln, Ziehen und Schieben.
- Arbeiten in verschiedenen Zwangshaltungen über Kopf- oder Schulterhöhe, im Bücken, Knien und Hocken,
- Auswahl von und Arbeit mit Handwerkszeugen sowie Auswahl von ergonomischen Hilfsmitteln und Schutzkleidung,
- komplexe Arbeitsituationen mit Stressbelastungen durch Zeitdruck und Kooperation mehrerer Teilnehmer (Komplexübungen).

Die Beschreibung dafür liegt in einem von der BG BAU mit INQA-Förderung erarbeiteten Handbuch vor und dient den am Programm beteiligten Kliniken als Vorlage für die Gestaltung des berufsspezifischen Übungsprogramms (Hauck 2005).

### ► Verbindung zwischen Arbeitsmedizin und Rehabilitationsmedizin

Die Verbindung zwischen Arbeitsmedizin und Rehabilitationsmedizin bezieht sich auf die Gründe für die Rehabilitation, die berufsspezifischen Inhalte und die Kommunikation über den Wiedereinsatz nach der Maßnahme (Abb. 1).

Es ist eine Verständigung darüber erforderlich, dass Beschäftigte, die durch bestimmte körperliche Belastungen an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gelangt sind, trotzdem auch trainierende körperliche Belastungen benötigen, um leistungsfähig zu bleiben. Die Hinwendung zum funktionsbezogenen Training des nicht nur biomechanisch, sondern auch neuromuskulär durch die Psyche beeinflussten Stütz- und Bewegungssystems bildet die Basis. Dabei ist zu klären, welche als beeinträchtigt erkannten Körperfunktionen im Verhältnis zu welchen Arbeitsbelastungen zu trainieren sind. Grundsätzlich wird dabei ein harmo-

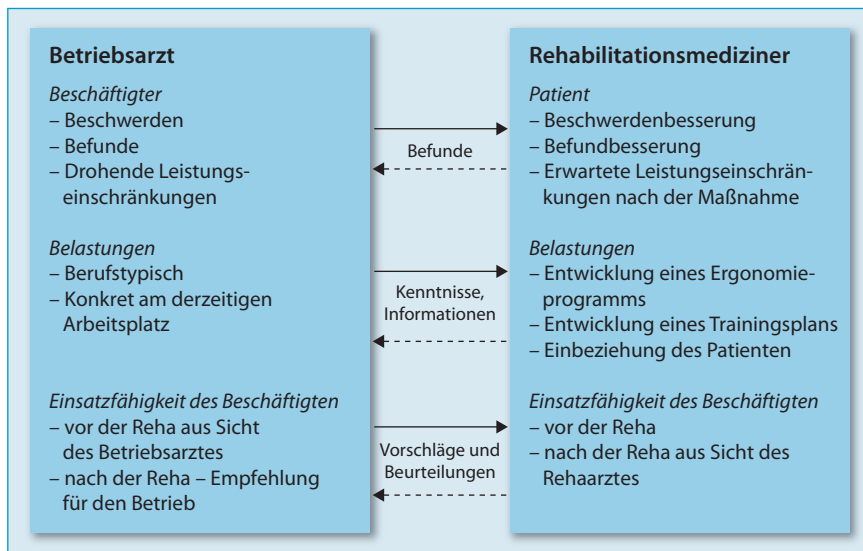


Abb. 1: Inhalte der Verbindungen zwischen Arbeitsmediziner und Rehabilitationsmediziner  
 Fig. 1: Points of contact of occupational physicians and medical rehabilitation

nisch ausgewogenes Training (multimodales Konzept) bevorzugt und nicht ein selektives Training der arbeitsspezifischen Funktionen im Sinn eines „Work-hardening“-Konzepts.

Dieses umfassendere Konzept benötigt Informationen über die tatsächlichen Arbeitsbelastungen in verschiedenen Berufen und Tätigkeiten. Diese erhielten die Kliniken früher überwiegend durch Befragen der Patienten, exemplarisch ergänzt durch praktisches Demonstrieren. Bei RehaBau wird dagegen angestrebt, den Kliniken durch berufskundliche Informationen für die Rehabilitation taugliche Angaben über die vorherrschenden Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zu vermitteln. Es besteht weiterer Handlungsbedarf an systematischen, wissenschaftlich fundierten und praxisbezogenen Beurteilungen der Art, der Höhe und des zeitlichen Umfangs typischer körperlicher Arbeitsbelastungen in den Beanspruchungsformen von Kraft, Koordination und Ausdauer. Schätzungen durch erfahrene Praktiker unter Verwendung z. B. von Leitmerkmalmethoden der Gefährdungsbeurteilung schaffen eine Basis, die im Einzelfall vom Therapeuten und dem Beschäftigten im Rahmen seiner individuell erlebten Beanspruchung ergänzt werden muss.

Statistische Auswertungen der Beschwerden und Befunde größerer Beschäftigtengruppen unterstützen die Erkennung typischer Belastungseingänge (Hartmann u. Seidel 2008). Sie begründen auch, warum die systematische Sammlung ärztlicher Befunde durch Arbeitsmediziner kein unbezahlbarer Luxus, sondern eine Basis der Erkennung arbeitsbezogener Gesundheitsstörungen ist.

Eine wesentliche Basis der Zusammenarbeit stellt schließlich die Rückmeldung der Rehabilitationseinrichtung an die Betriebsärzte dar, welche Besonderheiten der Arbeitsbelastung für den zukünftigen Einsatz zu beachten wären. Bei den Patienten des Verfahrens RehaBau spielt diese Beurteilung noch eine zu geringe Rolle. Die örtliche Distanz zwischen dem überbetrieblich tätigen Betriebsarzt und dem Unternehmen reduziert diese Kontakte zudem auf das Notwendigste.

#### ► Rolle der Betriebsärzte beim Zugang von Beschäftigten zu diesem Programm

Ein erster Schritt der Einführung dieses Programms war die Vorbereitung der Betriebsärzte auf ein erweitertes Rollenverständnis. Das Ziel der Arbeitsmedizinischen Vorsorge ist heute, Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der arbeitenden Bevölkerung zu erhalten, gesundheitliche Risiken zu erkennen und entsprechende Maßnahmen abzuleiten (DGAUM-Leitlinie zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge). Schließlich soll gemäß der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge aus dem Jahr 2008 auch sie einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes leisten (ArbMedVV 2008).

Zentraler Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge ist die entsprechende Beratung. Das Erkennen des Bedarfs und die Empfehlung einer Rehabilitation durch den Betriebsarzt anlässlich arbeitsmedizinischer

Untersuchungen ist Teil seines präventiven Handelns, der auf Grund des demografischen Wandels für Unternehmen eine immer größere Bedeutung erlangt (Leitfaden für Betriebsärzte 2009).

Die Mindestkriterien des Zugangs zu RehaBau sind vom Arbeitsmedizinischen Dienst der BG BAU mit der DRV vereinbart worden: Gewerbliche Arbeitnehmer aus dem Bauhaupt- oder Baunebengewerke, Alter der Beschäftigten ca. 35 bis 55 Jahre, bei der Untersuchung durch Provokation reproduzierbare Rücken- oder Gelenkschmerzen und nach Möglichkeit Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit mindestens einmal in den letzten 2 Jahren (nicht zwingend, da sehr von der Art der individuellen Bewältigung abhängig). Die bewusst niedrig gehaltene Schwelle von Kriterien leitet sich aus der hohen Beschwerdetoleranz der Bauhandwerker ab.

Die Schaffung einer ausführlichen Dokumentation über gesundheitliche Einschränkungen mit funktionsbezogener klinischer Untersuchung des Stütz- und Bewegungssystems, ausführlicher Krankheits-, Belastungs- und Schmerzanamnese, Beurteilung der Leistungseinschränkungen in bestimmten Körperregionen und einer Einschätzung der daraus resultierenden Einschränkungen bei der Ausübung der Tätigkeit stand am Beginn der Beschäftigung mit RehaBau. Diese Dokumentation wird durch eine an die fokus-Methode (Spallek 2009) des Grundsatzes Nr. 46 adaptierte Arbeitsmedizinische Vorsorge ausgefüllt. Eine Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt ist erwünscht, besonders wenn dieser mit weitergehenden Befunden Stellung nehmen kann.

Die Motivation des Beschäftigten zu einer so frühzeitigen intensiven Präventionsmaßnahme ist eine wesentliche Voraussetzung, aber auch Hürde für dieses Programm. Der Prozess einer Gesundheitsschädigung hat zum Zeitpunkt der Untersuchung erst begonnen, eine volle funktionelle Wiederherstellung kann mit intensiver Betreuung noch erreicht werden. Aktuell ist aber noch keine erhebliche Gefährdung der Arbeitsfähigkeit und damit des Arbeitsplatzes eingetreten. Die Motivation der Betroffenen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit ist deshalb noch vorhanden und eine Flucht in die Rente wird noch nicht angestrebt.

Die Überwindung subjektiver Hemmnisse spielt in der Beratung der Beschäftigten eine Rolle. Das übliche Rollenbild des Bauhandwerkers ist eng verbunden mit der körperlichen Kraft, Leistungsfähigkeit und Geschicklichkeit. Die Entscheidung

zur Teilnahme an RehaBau widerspricht diesem Selbstverständnis, eine persönliche Präventionsmaßnahme nötig zu haben. Zudem ist damit eine Mitteilung an den Unternehmer verbunden, sich für einige Wochen wegen der eigenen Gesundheit aus der Tätigkeit zurückzuziehen. Das wird gemildert, weil die Kurse von RehaBau im Winter bei geringerer Auftragslage oder einer witterungsbedingten Pause durchgeführt werden.

Begleitende Strukturen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, die zur Moderation derartiger Prozesse beitragen könnten, sind in der von Klein- und Mittelbetrieben geprägten Bauwirtschaft geringer ausgeprägt. Dieses ist inzwischen erkannt worden: Im Förderschwerpunkt der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin „Demografischer Wandel in der Bauwirtschaft“ sollen Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit entwickelt und nachhaltige Transferstrukturen aufgebaut werden. In den vergangenen 10 Jahren der hier eingeschätzten Entwicklung spielte das noch keine entscheidende Rolle. Auch Krankenkassen haben im Rahmen ihrer Mitwirkung an der Wiedereingliederung bisher keinen nachhaltigen Einfluss ausgeübt.

Eine praktische Frage ist schließlich die Unterstützung des Beschäftigten beim Ausfüllen seines Antragsformulars. Diese zeitaufwändige Aufgabe kann auf ärztliches Hilfspersonal verlagert werden. Wenn Bauhandwerker selbst diese Anträge ausfüllen sollen, kann dies ein Grund sein, auf eine Teilnahme an RehaBau zu verzichten.

### ► Überprüfung der Ergebnisse des Programms

Die Überprüfung der Ergebnisse von RehaBau ist inzwischen in zwei Studien erfolgt:

Weiler (2003) und Thrans (2007) haben die zwischen den Jahren 2001 und 2004 in einer Klinik im Programm behandelten 123 Patienten (mittleres Alter 44,3 Jahre, nur Männer) zu Beginn und Ende der Rehabilitation befragt (Abb. 2). Nach 3 Monaten konnten davon 50,8%, nach einem Jahr noch 37,7% befragt werden. Die häufigsten ausgeübten Berufe waren 29,3% Maurer, 14,6% Zimmerer, 10,6% Dachdecker, 8,9% Installateure sowie 6,5% Maler. Die wichtigsten Ergebnisse waren:

- Insgesamt schätzten 69% die RehaMaßnahme nach 3 Monaten sowie 66% nach einem Jahr als gut bis sehr gut ein.

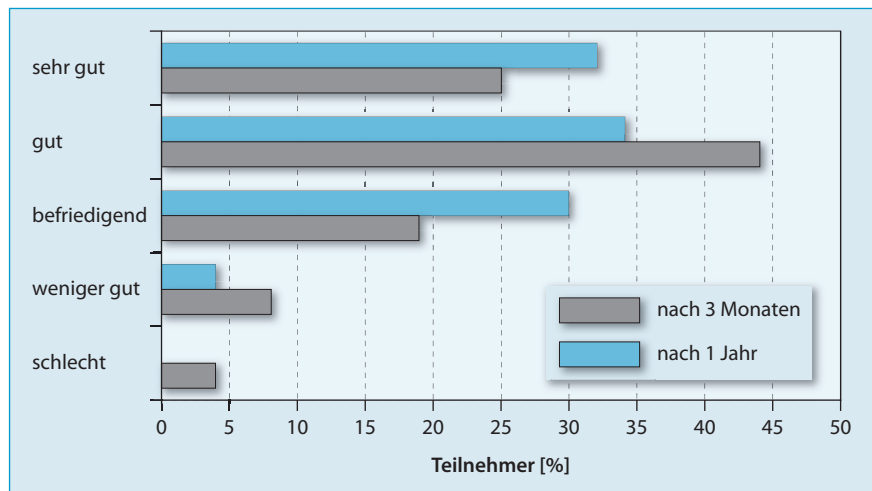


Abb. 2: Bewertung der gesamten Reha-Maßnahme nach 3 Monaten (n=48) und 1 Jahr (n=47) – Befragung von Thrans 2007

Fig. 2: Evaluation of the overall rehabilitation measures after 3 months (n=48) and 1 year (n=47) – questionnaire, Thrans 2007

- Nach 3 Monaten geben noch 55%, nach einem Jahr 56% der dann Erreichten eine Besserung der Rückenschmerzen an.
- Während 37,7% nach 3 Monaten angaben, jetzt besser arbeiten zu können, sagten 32,8%, dass ihnen diese Maßnahme allgemein ohne Folgen für die Arbeit geholfen habe.
- Nach einem Jahr geben noch 21,3% an, jetzt besser arbeiten zu können, 51,1% aber eine allgemeine Besserung ohne wesentliche Auswirkungen auf die Arbeit.
- Arbeitsunfähigkeiten hatten sich tendenziell schwach nach einem Jahr verringert.
- Das Ergebnis der Befragung mit dem SF-36-Bogen zeigte nach 3 Monaten eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands v. a. bei den Parametern „Schmerz“, „allgemeine Gesundheit“ sowie „Vitalität und Tendenz des Gesamtbefindens im Vergleich zum Vorjahr“. Dieses Ergebnis war auch nach einem Jahr gleichbleibend nachweisbar.
- Auf bestimmte Formen körperlicher Belastungen bezogene Beschwerden zeigten keine signifikante Veränderung durch die Maßnahme RehaBau.

Die Autoren sehen die Rückkehr an den Arbeitsplatz als Outcome-Parameter kritisch. Bei bereits geringen AU-Zeiten ist keine weitere signifikante Reduktion zu erwarten. Mit einer Verminderung der Berentungs- oder Umsetzungshäufigkeit ist bei frühem Interventionszeitpunkt erst mit erheblicher zeitlicher Latenz zu rechnen, was die Nachbeobachtung erschwert. Durch die konjunkturelle Lage in der Bauwirtschaft im Unter-

suchungszeitraum war die Sorge vor betriebsbedingten Kündigungen zudem ein wesentlicher Hinderungsgrund an der Teilnahme.

Horbach (2009) hat die Teilnehmer einer anderen Klinik (n=106, Durchschnittsalter 45 Jahre) untersucht. Von den Teilnehmern standen 88% im Erwerbsleben, 55% der Teilnehmer waren bei Beginn der Maßnahme arbeitsunfähig, davon 35% >3 Monate. Bezüglich der Beschwerdesymptomatik gaben 84% der Arbeiter an, dass es zu einer Besserung am Bewegungsapparat gekommen war. Das Programm wurde von allen Teilnehmern positiv bewertet. Es bestand eine hohe Motivation, die erlernten Rücken und Gelenke schonenden Arbeitsabläufe in den Alltag zu integrieren und das Gelernte an Kollegen weiterzugeben. Besonders motivierend erwies sich das videounterstützte Training auf der Übungsbaustelle unter Simulation realistischer Arbeitsbedingungen. Das Programm benötigt mehr personelle Ressourcen als ein konventionelles konservativ-orthopädisches Rehabilitationsverfahren. In einer weiterführenden Studie planen die Autoren, die langfristige Veränderung im Sinne eines Rücken und Gelenke schonenden Verhaltens sowie die Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vergleich zu einer normalen orthopädischen Rehabilitation zu untersuchen.

Insgesamt stehen alle Maßnahmen der sekundären betrieblichen Prävention unter dem Vorbehalt, dass ihre Evidenz mit den sonst üblichen Kriterien schwer nachzuweisen ist (Bödeker 2011). Die Komplexität ihrer Ursachen und Wirkfaktoren sowie die große Zahl der an einem Gesamtprozess

Beteiligten sowie die fast immer fehlende Kontrollgruppe erklären dieses. In die positive Betrachtung einer Evaluation der Ergebnisse gehört auch, dass Maßnahmen der Prävention oft nicht erfassbare Fernwirkungen auf die bestehende Betriebskultur oder die Lebensweise haben, die in die Beurteilung einbezogen werden müssten.

### ► Übertragung des Programms auf Partner in anderen Regionen Deutschlands

Die Übertragung des lokal in Norddeutschland entwickelten Programms auf die übrigen Bundesländer geschieht schrittweise durch den Kontakt der Autoren zu allen regionalen Bereichen der Deutschen Rentenversicherung und den zur Kooperation benannten Rehabilitationskliniken. Dabei werden die Resultate der Evaluationen, Rückmeldungen einzelner Teilnehmer und beteiligter Kliniken sowie die Aussagen der beteiligten Betriebsärzte berücksichtigt.

Für die betriebsärztliche Arbeit hat das Programm eine erhebliche praktische Bedeutung, weil es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Ergebnis der individuellen arbeitsmedizinischen Betreuung durch Anamnese und klinische Untersuchung mit dem Handlungsbedarf für eine gezielte sekundäre Prävention und ggf. Rehabilitation herstellt. Damit kann die betriebsärztliche Beratung einen höheren Stellenwert bekommen, weil sie zu unmittelbaren Konsequenzen führt und einen höheren Grad der Verbindlichkeit erhält.

Der Bedarf an derartigen Maßnahmen kann sowohl aus den Querschnittsauswertungen der arbeitsmedizinischen Vorsorge des ASD der BG BAU (Hartmann u. Seidel 2008) als auch aus den Verlaufsuntersuchungen über das Frühberentungsgeschehen (Arndt 2011) abgeleitet werden. Obwohl nach den Ergebnissen von Arndt bereits heute ein erheblicher Anteil der frühberenteten Beschäftigten der Bauwirtschaft zu vor wenigstens eine Rehabilitation erhält, erscheint dieses Potenzial noch nicht ausgeschöpft. Folgende Aspekte sind für MBOR zu betrachten:

- Ein Eingreifen durch rehabilitative bzw. sekundär präventive Maßnahmen sollte erfolgen, bevor Befunde soweit fixiert sind, dass eine Wiederherstellung fraglich wird. Der Gesetzgeber sieht im Sozialgesetzbuch VI (§ 31.1) für bestimmte Personengruppen besondere Regelungen der frühzeitigen Aufnahme in Rehabilitationsmaßnahmen vor. Sie kommen für Versicherte in Betracht,

- die auf Grund einer besonders gesundheitsgefährdenden, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussenden Beschäftigung
  - in Verbindung mit individueller Disposition und konstitutionellen Faktoren
  - zwar noch nicht organisch erkrankt sind oder deren organopathologischen Veränderungen noch kein Krankheitswert zukommt,
  - bei denen aber nach ärztlicher Feststellung erste Störungen vorliegen.
- Aktivitäten zur Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit (FEE) werden derzeit im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland erprobt (Aktiv im Beruf bleiben – Frühintervention 2011). Auf die Kandidaten von RehaBau werden sie aus Sicht der Rentenversicherung bisher nicht angewandt.

- Der frühe Start zu einer die Gesundheit stabilisierenden und fördernden Maßnahme braucht die Motivation der Beschäftigten und ihrer Unternehmen. Es darf bei den Beteiligten keine Angst aufgebaut werden, sich vorzeitig wegen persönlicher Schwächen zu offenbaren. Vielmehr müssen die Beschäftigten und die Unternehmen selbst davon überzeugt werden, dass die Sicherung der Erwerbsfähigkeit eine Investition in die Zukunft eines demografisch bedingten Fachkräftemangels ist, die sich für alle Beteiligten auszahlt. Diese Überzeugung sollte vom derzeitigen Förderschwerpunkt „Demografischer Wandel in der Bauwirtschaft“ des BMAS aktiv unterstützt werden. Darin sind mehr als in anderen Förderschwerpunkten personenbezogene Aktivitäten zu berücksichtigen. Dazu gehört auch, für RehaBau bei den teils sehr kleinen Unternehmen mit ihren Besonderheiten der Personalführung eine Vertrauensbasis in den Nutzen dieser Maßnahmen aufzubauen: Netzwerke des Handwerks und Baugewerbes zum Beispiel innerhalb von INQA Bauen könnten dafür förderlich sein.

### ► Schlussbemerkungen

RehaBau kann die Rolle der arbeitsmedizinischen Vorsorge durch Konzentration auf gesundheitliche Problembereiche und zielgerichtetes Arbeiten definieren und helfen, statt sie als „Untersuchungsmedizin“ zu diskriminieren. Ein wichtiger Zugangsweg zu RehaBau ist der direkte Kontakt zwischen Betriebsarzt und Beschäftigten über die ar-

beitsmedizinische Vorsorge zu einem Zeitpunkt, an dem gesundheitliche Störungen noch nicht so stark ausgeprägt sind, dass nur noch durch aufwändige Behandlungsmaßnahmen versucht werden kann, sie zu stabilisieren. Für die Beschäftigten der Bauwirtschaft besteht der betriebsärztliche Kontakt in der Regel über den Arbeitsmedizinischen und Sicherheitstechnischen Dienst (ASD) der BG BAU. Er untersucht und berät weitgehend arbeitsfähige oder in die Arbeitsfähigkeit zurückkehrende Personen. Damit hat er einen von den behandelnden Ärzten verschiedenen Zugang zu Personen mit konkretem Präventions- und Rehabilitationsbedarf.

Eine Aufgabe der Rehabilitationsforschung unter Beteiligung der Arbeitsmedizin ist es, nicht nur die wirtschaftlichen, sondern auch die humanen Effekte durch Schaffung von Vertrauen in die berufliche Zukunft zu untersuchen und den Nutzen des Programms umfassender zu belegen.

### ► Literatur

- 1 Aktiv im Beruf bleiben – Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland. [http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de/DRVMD/de/Navigation/Rehabilitation/Reha\\_Projekte.html#doc130580bodyText1](http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de/DRVMD/de/Navigation/Rehabilitation/Reha_Projekte.html#doc130580bodyText1)
- 2 Arbeitsmedizinische Vorsorge. AWMF-Leitlinie Nr. 002/028 der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM). AWMF 2007.
- 3 Arndt V. Prädiktoren der Frühberentung und Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen bei Arbeitnehmern in der Bauwirtschaft – was sagt die Studienlage? Vortrag beim Rehakongress in Baden-Baden. 5.–7. Mai 2011.
- 4 Bödeker W. Evidenzbasierung ohne Kontrollgruppen – Wie können effektive Maßnahmen der betrieblichen Prävention erkannt werden? Zbl Arbeitsmed 2011; 61: 78–83.
- 5 Demografischer Wandel in der Bauwirtschaft. Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Förderschwerpunkt der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2010 bis 2013. Berlin 2010. <http://www.baua.de/de/ueber-die-BAuA/Modellprogramm/Bau.html>.
- 6 Einbindung von Betriebs- und Werksärztinnen und -ärzten in den Rehabilitationsprozess. Informationsschrift der Deutschen Rentenversicherung Nord 2011.
- 7 Fleischer A, Becker G, Grünwald C, Hartl L, Hartmann B, Steinbock D. Vergleichende Analyse der körperlichen Belastungsstruktur

- von Bauarbeitern. Sankt Augustin. Arbeitsgemeinschaft der Bau-Berufsgenossenschaften und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 2003.
- 8 Hartmann B, Giemsa M, Gütschow S, Hanse J, Hauck A. Das Bauspezifische Rückentraining für Auszubildende – Konzeption, Programm und Ergebnisse – Teil 2: Inhalte des Programms und Evaluation. *ErgoMed* 2000; 24: 200–207.
- 9 Hartmann B, Seidel D. Muskel-Skelett-Erkrankungen im Baugewerbe – Betriebsärztliche Erkenntnisse, Risikocharakteristik und Präventionsempfehlungen. Schriftenreihe Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin in der Bauwirtschaft. Band 21. Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft. Berlin, 2008.
- 10 Hauck A, Hanse J, Hartmann B, Trierweiler R, Middel S. RehaBau – Rehabilitierungsprogramm für ältere Beschäftigte in Berufen der Bauwirtschaft. Handlungsanleitung für ein ergonomisches Übungsprogramm. Schriftenreihe Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit in der Bauwirtschaft. Band 22. Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft. Berlin, 2005.
- 11 Horbach G, Philipp J. Berufsorientierte Rehabilitation berufshomogener Gruppen an Rehabilitationskliniken am Beispiel des RehaBau-Programms für Bauhandwerker. Tagungsband. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2009, S. 195–197.
- 12 Leitfaden für Betriebsärzte zu Aufgaben und Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit. AK 4.1 „Betriebsärztliche Tätigkeit“ des Ausschusses „Arbeitsmedizin“ der DGUV. Berlin, 2009.
- 13 Spallek M, Kuhn W. Funktionsorientierte körperliche Untersuchungssystematik. Die fokus-Methode zur Beurteilung des Bewegungsapparates in der Arbeits- und Allgemeinmedizin. Landsberg. Ecomed, 2009.
- 14 Thrans C. Evaluation der Ergebnisse einer berufsbezogenen, bauspezifischen Rehabilitationsbehandlung („RehaBau“), 2001-2004. Med Diss Universität Lübeck, 2007.
- 15 Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2768).
- 16 Weiler SW, Thrans C, Josenhans J, von Bodman J, Hartmann B, Hanse J, Hauck A, Wussow A, Kessel R: Arbeitsmedizinische Bewertung einer speziell arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation bei Bauarbeitern. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2003; 38: 163.

**Anschrift für die Verfasser:**

Prof. Dr. med. Bernd Hartmann  
BG BAU – Berufsgenossenschaft  
der Bauwirtschaft  
Arbeitsmedizinisch-Sicherheits-  
technischer Dienst  
ASD der BG BAU Regionalleitung  
Holstenwall 8–9, 20355 Hamburg  
E-Mail: bernd.hartmann@bgbau.de