



Initiative  
Gesundheit &  
Arbeit

## IGA-Report 8



# Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen

Die Initiative Gesundheit und Arbeit ist eine Kooperation des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen, des Hauptverbands der gewerblichen Berufsgenossenschaften und des AOK-Bundesverbands zur Neu- und Weiterentwicklung gemeinsamer Präventions- und Interventionsansätze. Die Initiative arbeitet projektbezogen und leistet darüber einen Beitrag zur Forschung, Qualifikation und Beratung. Diesen Beitrag leistet sie nicht alleine, die Kooperationspartner suchen das Gespräch mit Wirtschaft, Politik, Sozialversicherung, Sozialpartnern sowie mit zahlreichen weiteren Institutionen.

Die vorliegende Veröffentlichung liefert einen Beitrag zur Entwicklung geeigneter Präventions- und Interventionsansätze.

Fritz Bindzius, Wolfgang Bödeker, Gudrun Eberle, Frauke Jahn, Julia Kreis, Annekatri Wetzstein, Jürgen Wolters

[www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)



## Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen

Fritz Bindzius, Wolfgang Bödeker, Gudrun Eberle, Frauke Jahn, Julia Kreis, Annekatri Wetzstein, Jürgen Wolters

Herausgeber:

BKK Bundesverband  
Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG  
Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG  
Königsbrücker Landstr.2, 01109 Dresden

AOK-Bundesverband  
Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn

Autoren:

Fritz Bindzius, Wolfgang Bödeker, Gudrun Eberle, Frauke Jahn, Julia Kreis, Annekatri  
Wetzstein, Jürgen Wolters

Internet: [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)  
E-Mail: [projektteam@iga-info.de](mailto:projektteam@iga-info.de)

IGA-Report 8  
1. Auflage Oktober 2005

ISSN: 1612-1988 (Printausgabe)  
ISSN: 1612-1996 (Internetausgabe)

© BKK BV, HVBG, AOK-BV

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
2	Bezugsrahmen für die Zielentwicklung: Primärprävention und Gesundheitsförderung .....	7
2.1	Leitfragen .....	7
2.2	Zielsystem für die primäre Prävention .....	9
2.3	Zielsystem für die Gesundheitsförderung .....	10
3	Ablauf der Zielentwicklung.....	11
4	Vorgehensweise zur Entwicklung von Zielen in der Primärprävention .....	13
4.1	Rangordnungsverfahren .....	13
4.1.1	Rangordnungsverfahren nach Krankheiten gemäß ICD-10.....	14
4.1.2	Rangordnungsverfahren nach Berufskrankheiten .....	18
4.2	Expertengespräche.....	23
4.2.1	Präventive Beeinflussbarkeit.....	24
4.2.2	Arbeitsbedingtheit .....	27
4.2.3	Umsetzbarkeit .....	31
5	Vorgehensweise zur Entwicklung von Zielen in der Gesundheitsförderung .....	33
6	Weiteres Vorgehen .....	35
7	Literatur.....	37



## 1 Einleitung

Zunehmend wird es in Deutschland als notwendig erachtet, sich auf Ziele in der Prävention zu verständigen: Indem Maßnahmen und Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung auf Ziele ausgerichtet und koordiniert erbracht werden, sollen deutlichere Präventionserfolge erzielt werden. Angesichts begrenzter und vielerorts auch knapper werdender Ressourcen kann eine treffsicherere, konzentriertere und konzertiertere Ausrichtung von Präventionsaktivitäten erfolgen. Präventionsziele ermöglichen zudem bessere Ansätze der Überprüfung von Erfolgen oder Misserfolgen präventiven Handelns. Dies dient nicht zuletzt der Nachhaltigkeit von Präventionserfolgen. Aktueller Ausdruck für eine breite Akzeptanz zielorientierten Handelns ist die Diskussion um ein Präventionsgesetz. Trotz kontroverser Auseinandersetzungen um die Regelungsinhalte des ursprünglich geplanten Gesetzentwurfs fand jedoch eine Ausrichtung aller Akteure auf gemeinsam abgestimmte Präventionsziele breiten Zuspruch. Der Ansatz einer Etablierung von Präventionszielen ist nunmehr in Deutschland breit verankert.

Im Rahmen der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) griffen der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und der BKK Bundesverband gemeinsam mit dem AOK Bundesverband die Idee zur Erarbeitung einer Methodik auf, welche eine Vorgehensweise zur Ermittlung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen ermöglicht. Dies erschien deshalb geboten, weil zwar in Deutschland bereits Erfahrungen mit der Entwicklung von Gesundheitszielen vorliegen (z.B. [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de)); diese aber die Arbeitswelt weitgehend ausklammern.

Insbesondere bei der Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit den Krankenkassen in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung ist ein solcher methodischer Ansatz sinnvoll und hilfreich, weil die gemeinsame Festlegung von Zielen die Zusammenarbeit noch effizienter ausgestalten kann.

Bei den Kooperationspartnern besteht Konsens dahingehend, dass es dem einzelnen Träger trotz einer Festlegung auf gemeinsame Ziele nach wie vor möglich sein muss, bedarfsgerecht nach den Prioritäten einzelner Betriebe oder Branchen zu handeln, auch wenn diese von gemeinsamen Zielbestimmungen abweichen. Dies gebietet nicht zuletzt die Dienstleistungsorientierung der Beteiligten. Einvernehmen besteht auch dahingehend, dass arbeitsweltbezogene Ziele eine Teilmenge noch zu entwickelnder nationaler Präventionsziele darstellen. Dabei können bestimmte arbeitsweltbezogene Ziele (wie z.B. die Verhütung von

Hautkrankheiten oder die Verringerung von Krankheiten des Kreislaufsystems) auch in anderen Lebensbereichen (z. B. Schulen und Kindergärten) umgesetzt werden. Analog zum gesetzlichen Auftrag der beiden Sozialversicherungsträger müssen gemeinsame Präventionsziele auch die Unterschiede in der Schwerpunktsetzung von Unfall- und Krankenversicherung in der Prävention wahren.

Das IGA-Projekt „Vorgehensweise bei der Entwicklung arbeitsweltbezogener Präventionsziele“ definierte zunächst den Bezugsrahmen für die angestrebte Zielentwicklung. Die Sichtung verschiedener praktizierter nationaler und internationaler Zielsysteme führte zu einer Festlegung der gewählten Vorgehensweisen bei der Zielentwicklung für primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Die grundsätzlich unterschiedlichen Handlungsansätze von primärer Prävention einerseits und Gesundheitsförderung andererseits spiegeln sich in den vorgeschlagenen Vorgehensweisen zur Zielableitung wider.

Kernelemente des vorgeschlagenen abgestuften Vorgehens bei der Entwicklung von Zielen der *primären Prävention* sind dabei ein Rangordnungsverfahren auf Grundlage empirischer Daten zur Krankheitslast sowie daran geknüpfte Expertengespräche. Letztere bewerten Krankheiten, die nach dem Rangordnungsverfahren in eine engere Wahl festzulegender Ziele aufgenommen worden sind, nach den Kriterien „Präventive Beeinflussbarkeit“, „Arbeitsbedingtheit“ sowie „Umsetzbarkeit“. Aufgrund des aufwändigen Rangordnungsverfahrens nimmt die Beschreibung der Zielableitung zur primären Prävention einen vergleichsweise großen Teil im vorliegenden Bericht ein.

Die Entwicklung von Zielen der *Gesundheitsförderung* erfolgt demgegenüber mit Bezug auf allgemein akzeptierte Konzepte und Werte der Gesundheitsförderung. Dabei wird an Grundsatzdokumente wie die der Weltgesundheitsorganisation und des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung angeknüpft.

Mit dem Ergebnis dieses Projektes will die Initiative Gesundheit und Arbeit auf alle Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen zugehen und eine Diskussion zur Festlegung von gemeinsamen Zielen initiieren.

## **2 Bezugsrahmen für die Zielentwicklung: Primärprävention und Gesundheitsförderung**

### **2.1 Leitfragen**

Gesundheitliche Prävention ist das Handlungsfeld einer Vielzahl von Akteuren. Im Zentrum dieses Berichts steht die gesundheitliche Prävention in der Arbeitswelt. Hierunter sollen zusammenfassend Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Betrieb, der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes verstanden werden. Obwohl diesen Begriffen keine einvernehmliche Definition zugrunde liegt, ist eine Unterscheidung dennoch geboten, um zu verdeutlichen, dass gesundheitliche Präventionsziele für die Arbeitswelt aus der Perspektive verschiedener Disziplinen abgeleitet werden müssen.

Unter *Gesundheitsförderung im Betrieb* wird verstanden, dass etablierte Maßnahmen zum präventiven und gesundheitsförderlichen Verhalten wie etwa Schulungen, Informationsvermittlung, Ernährungs-, Nichtraucher- und Bewegungsprogramme in Unternehmen durchgeführt werden. Obwohl diese Maßnahmen auch außerhalb eines Betriebes erfolgreich durchgeführt werden können, gelten sie im Betrieb als besonders wirksam, da sich hier z.B. die betrieblichen Informationsflüsse, das kollegiale Miteinander oder die Verbindlichkeit der Durchführung günstig auswirken.

Die *betriebliche Gesundheitsförderung* geht dem gegenüber über die Verhaltensprävention hinaus und umfasst auch Maßnahmen, die auf gesundheitsförderliche Bedingungen wie z.B. Betriebs- und Arbeitsorganisation zielen. Hierdurch stellt sich bereits eine Schnittstelle zum *Arbeitsschutz* dar, der über die klassische Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten hinaus auch die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zur Aufgabe hat.

Aus den verschiedenen Perspektiven wird deutlich, dass die gesundheitliche Prävention in der Arbeitswelt in erster Linie auf die Reduktion von Risikofaktoren in der Arbeitswelt sowie auf die Stärkung individueller und institutioneller Gesundheitsressourcen abzielt. Die Entwicklung prioritärer Präventionsziele sollte daher einerseits auf die Primärprävention und andererseits auf die Gesundheitsförderung fokussieren.

Die *primäre Prävention* zielt auf die Verhinderung von Krankheiten und hat daher immer einen spezifischen expliziten oder impliziten Krankheitsbezug. Als Leitfrage der Zielentwicklung in der arbeitsweltbezogenen primären Prävention eignet sich daher:

*Welchen Krankheiten kommt eine besondere Bedeutung zu und welche insbesondere arbeitsweltbezogenen Verhaltensweisen und Verhältnisse und welche Personengruppen müssen besondere Beachtung erfahren?*

*Zielparameter ist, Krankheitsinzidenzen durch die Reduktion von Risikofaktoren zu senken.*

Im Zentrum der *Gesundheitsförderung* steht nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Förderung gesundheitlicher Ressourcen und gesundheitsförderlicher Strukturen. Eine auf spezifische Krankheiten ausgerichtete Zielentwicklung scheint daher nicht angemessen. Für die Gesundheitsförderung eignet sich dagegen die folgende Leitfrage der Zielentwicklung:

*Welche Strategien der Gesundheitsförderung gelten als besonders wirkungsvoll und welche können erfolgreich in der Arbeitswelt eingesetzt werden?*

*Zielparameter sind, Einzelnen oder Gruppen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu ermöglichen und die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt auszuschöpfen.*

Für die Entwicklung von Präventionszielen gibt es kein standardisiertes Verfahren. Grundsätzlich kann zwischen Verfahren unter möglichst umfassender Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse, und solchen Verfahren, die eher partizipativ Konsentscheidungen suchen, unterschieden werden. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Vorgehensweise, wie sie bspw. bei der Entwicklung von Gesundheitszielen für das Land Berlin verwirklicht wurde, richtet sich die Auswahl und der Rang der Ziele nach epidemiologischen Daten und Kriterien. Bei einem partizipativen Verfahren dagegen werden die Ziele durch die politischen Akteure aufgrund von Werte- und Konsentscheidungen festgelegt. Als Integration dieser beiden Vorgehensweisen stützt sich der pragmatische Ansatz sowohl auf wissenschaftliche Expertise als auch auf partizipative Elemente und Konsensprozesse. Beispiele für pragmatisch entwickelte Gesundheitszielprogramme lassen sich unter anderem in England, Australien und Nordrhein-Westfalen finden (gesundheitsziele.de 2002).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Die verschiedenen Herangehensweisen, die bei der Entwicklung von Gesundheits- bzw. Präventionszielen international oder auch regional bisher verfolgt werden, sind ausführlich dargestellt im Bericht „gesundheitsziele.de: Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. GVG-Schriftenreihe, Band 37“.

Als Grundlage eines jeden Zielentwicklungsverfahrens muss jedoch zunächst das angestrebte Zielsystem definiert werden, welches den Bezug verschiedener Ziele zueinander klärt. Ein Zielsystem kann hierarchisch angelegt sein oder aber Ziele zu unterschiedlichen Präventionsbezügen weitgehend unabhängig voneinander definieren.

Letzteres Vorgehen wurde im Rahmen von GESUNDHEITZIELE.DE gewählt, wo Ziele mit Krankheitsbezug, Ziele mit Bürger- und Patientenbezug, Ziele mit Präventionsbezug und Ziele für Bevölkerungsgruppen gleichrangig nebeneinander stehen.

Wie oben ausgeführt, unterscheiden sich die Leitfragen zur Entwicklung der Ziele für die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung. Entsprechend der Verschiedenartigkeit der Ausrichtung von primärer Prävention und Gesundheitsförderung werden auch unterschiedliche Zielsysteme für beide Bereiche vorgeschlagen.

## **2.2 Zielsystem für die primäre Prävention**

Nach der Sichtung verschiedener Zielsysteme, die national und international praktiziert werden, wird für die Entwicklung arbeitsweltbezogener Ziele der primären Prävention ein morbiditätsorientiertes hierarchisches Zielsystem vorgeschlagen, das wenige ( $\leq 5$ ) übergeordnete Oberziele mit direktem Krankheitsbezug, z.B. Senkung der Erkrankungs- bzw. Mortalitätsraten für Krankheiten des Kreislaufsystems oder Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, beinhaltet. Ausgehend von diesen Oberzielen werden Teilziele für relevante Präventionsbezüge – Verhalten, Verhältnisse und Bevölkerungsgruppen – abgeleitet. Für das Oberziel „Reduktion der Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems“ könnten Teilziele mit Bezug auf Verhalten beispielsweise auf „Richtig heben“ oder die „Erhöhung der Bewegungsaktivität“ abzielen, mit Bezug auf Verhältnisse könnten es „Verringerung des Lastenhebens“, „Reduktion von Zwangshaltungen“ oder „Verringerung des Leistungsdrucks“ sein und in Bezug auf Bevölkerungsgruppen könnten solche Personengruppen besonders betrachtet werden, bei denen das Erkrankungsrisiko besonders hoch ist (z.B. Bauarbeiter, Pflegepersonal). Dieses Beispiel ist dargestellt in Abbildung 1.

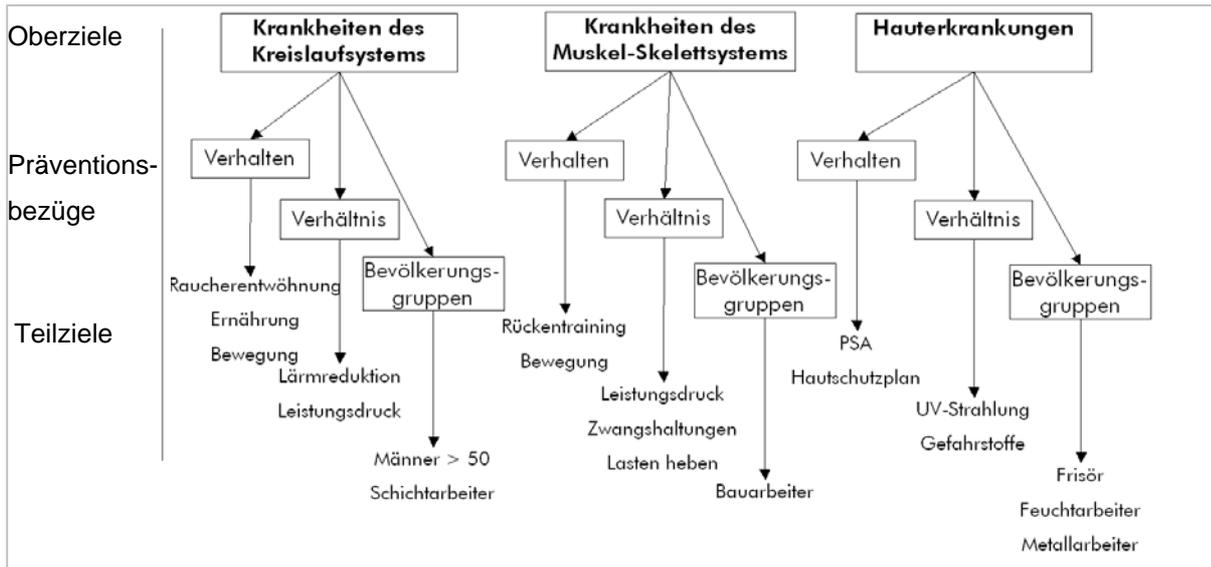


Abb. 1: Hierarchisches Zielsystem

Die Entscheidung für ein hierarchisches Zielsystem, bei dem morbiditätsbezogene Ziele an der Spitze stehen, ist naheliegend aus der Perspektive der Leistungserbringer (Kranken- und Unfallversicherung), deren originäres Interesse eine Senkung von Morbidität und der damit verbundenen Kosten ist. Eine Ausrichtung von Zielen auf wenige Oberziele bietet darüber hinaus den Vorteil einer Bündelung von Ressourcen, die eine tatsächliche Erreichung der aufgestellten Ziele wahrscheinlicher werden lässt. Gleichzeitig bietet das Konzept vergleichsweise große Flexibilität, da es auf der untergeordneten Ebene keine Beschränkung der Zahl an Teilzielen gibt. Aufgrund der hohen Plausibilität einer morbiditätsorientierten Ausrichtung ist das Zielkonzept gut kommunizierbar und es kann so eine hohe Akzeptanz bei den relevanten Akteuren erreichen.

### 2.3 Zielsystem für die Gesundheitsförderung

Ein anderes Zielsystem wird dagegen für den Bereich der Gesundheitsförderung vorgeschlagen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung zeichnen sich üblicherweise dadurch aus, im Sinne einer individuellen und kollektiven Ressourcenstärkung (vgl. Rosenbrock 2004) ein Bündel von Zielen zu verfolgen. Ein hierarchisches Zielsystem mit als prioritär ausgewählten Zielen an der Spitze scheint deshalb in diesem Bereich nicht angemessen. Daher wird vorgeschlagen, für die Gesundheitsförderung auf eine Hierarchie zu verzichten und statt dessen Ziele zu definieren, die gleichrangig nebeneinander stehen.

### 3 Ablauf der Zielentwicklung

Im Rahmen des Projekts wurde eine Vorgehensweise entwickelt die beschreibt, wie Ziele für die Primärprävention und Gesundheitsförderung entwickelt werden können. Die vorgeschlagene Vorgehensweise verzahnt Elemente, mit denen eine größtmögliche Objektivität erreicht werden kann, mit partizipativen Elementen. Einige Schritte werden getrennt für die Ziele der Primärprävention und die der Gesundheitsförderung durchgeführt, andere wiederum werden auf beide Zielbereiche in gleicher Weise angewendet. Die einzelnen Verfahrenselemente dieser Vorgehensweise sind in Abbildung 2 im Überblick dargestellt. Die Vorgehensweise kombiniert somit einen wissenschaftlichen mit einem partizipativen Ansatz und führt letztlich zu einem pragmatischen Ansatz.

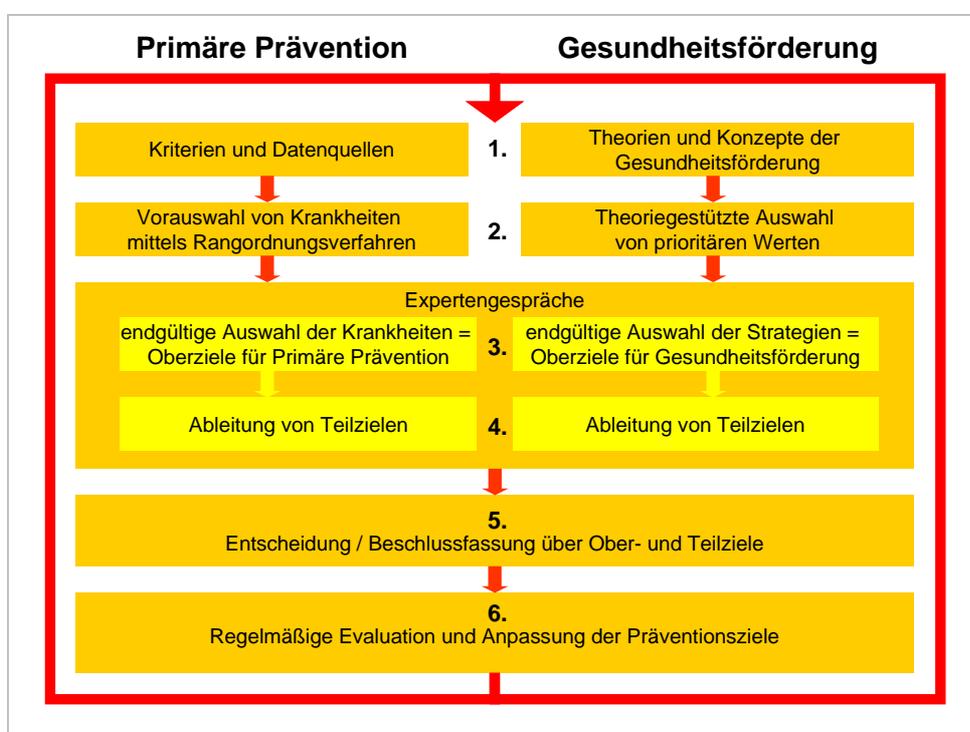


Abb. 2: Ablauf der Zielentwicklung

Zunächst werden die Grundlagen für die darauf aufbauende Zielableitung festgelegt: Im Bereich der primären Prävention, für die ein hierarchisches, morbiditätsorientiertes Zielsystem entwickelt werden soll, erfolgt im ersten Schritt die Bestimmung der Kriterien, anhand derer Krankheiten nach möglichst objektiven Gesichtspunkten in eine Rangfolge gebracht werden können (1.). Um größtmögliche Objektivität zu gewährleisten, werden in diesem Schritt nur solche Kriterien ausgewählt, für die belastbare Daten vorhanden sind. Diese Kriterien sollen die verschiedenen Facetten der Bedeutung der jeweiligen Krankheit abbilden. Im zweiten Schritt für die Entwicklung von Zielen der primären Prävention werden

Krankheiten – durch Auswertung der Daten für die vorher definierten Kriterien – in eine Rangfolge gebracht (2.). Damit liegt am Ende dieses Schritts eine Rangliste vor, aus der hervorgeht, welche Krankheiten über verschiedene Kriterien hinweg als am schwerwiegendsten anzusehen sind. Dieses Verfahren der Priorisierung entspricht damit einem wissenschaftlichen, auf Objektivität ausgerichteten Ansatz.

Im Gegensatz zu diesem datengestützten Ansatz wird bei der Zielableitung im Bereich der Gesundheitsförderung eine grundsätzlich andere Herangehensweise vorgeschlagen. Da in der Tradition der Gesundheitsförderung konsensual festgelegte Werte eine zentrale Rolle spielen, sollen sie auch bei der Zielentwicklung für Gesundheitsförderung im Vordergrund stehen. Deshalb muss in einem ersten Schritt festgelegt werden, welche Gesundheitsförderungskonzepte als relevant erachtet werden (1.). Im zweiten Schritt werden auf dieser Grundlage die derzeit für die Arbeitswelt wichtigsten Werte und Strategien ausgewählt (2.).

Nach diesen ersten beiden Schritten, die wissenschaftlich angelegt sind, zeigt sich in den nächsten Schritten, dass die letztendliche Festlegung der Ober- und Teilziele nicht nach ausschließlich objektiven Aspekten vorgenommen werden kann: Es gibt weitere Kriterien, die bei der Auswahl der Oberziele berücksichtigt werden sollten, für die keine entsprechenden umfassenden Daten vorhanden sind. Statt dessen muss dafür auf eine Experteneinschätzung zurückgegriffen werden. Außerdem hat sich auch in internationalen Initiativen gezeigt, dass Priorisierungsverfahren, die ausschließlich auf formal rationalen, wissenschaftlich basierten Prozessen beruhen, keine allgemein anerkannten Entscheidungen hervorbringen (GESUNDHEITZIELE.DE 2002). Deshalb werden der dritte und vierte Schritt im Rahmen von Expertengesprächen durchgeführt: Unter Berücksichtigung zusätzlicher Kriterien werden nach der Vorauswahl von Krankheiten, Konzepten und prioritären Werten der Gesundheitsförderung im zweiten Schritt nun im dritten Schritt die Oberziele bestimmt (3.). Im vierten Schritt erfolgt durch die Experten die Ableitung von Teilzielen. Für die Primärprävention werden Teilziele mit Bezug auf Verhaltensweisen, Verhältnisse und Bevölkerungsgruppen formuliert (4.). Diese Expertengespräche müssen zuvor angemessen vorbereitet werden. Im fünften Schritt kommt es zu einer endgültigen Beschlussfassung in einem dafür noch zu bestimmenden politischen Gremium. Dort werden die gemeinsamen Präventionsziele der Kranken- und Unfallversicherung für die Arbeitswelt mit Oberzielen und Teilzielen werden verabschiedet (5.).

Die Zielerreichung soll durch ein kontinuierliches Monitoring überprüft werden. In einem noch festzulegenden zeitlichen Abstand soll dann regelmäßig im Sinne einer Feedbackschleife auch geprüft werden, ob die Ziele noch angemessen sind oder neu ausgerichtet werden müssen (6.).

## **4 Vorgehensweise zur Entwicklung von Zielen in der Primärprävention**

### **4.1 Rangordnungsverfahren**

Die Entscheidung, welche Krankheit die bedeutendste ist und daher eine besondere Berücksichtigung bei der Entwicklung von Präventionszielen erfahren sollte, hängt vom Standpunkt des Betrachters ab. Während bei Patienten das mit einer Krankheit verbundene Leiden das wichtigste, allerdings schwer objektivierbare Beurteilungskriterium sein dürfte, werden z.B. von Versicherungsträgern und Arbeitgebern ökonomische und gesundheitspolitische Standpunkte eingenommen. So könnte die volkswirtschaftliche Krankheitslast, gemessen etwa an Sterblichkeit oder Kosten, aber auch die Auswirkung auf die Arbeitswelt, gemessen etwa an Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung als Kriterium für die Bedeutung einer Krankheit herangezogen werden. Sofern also die Priorisierung von Krankheiten Standpunkt übergreifend erfolgen soll, ergibt sich die Notwendigkeit für ein integrierendes Vorgehen, wie es durch das Rangordnungsverfahren realisiert werden kann. Übertragen auf Krankheiten werden in Rangordnungsverfahren die betrachteten Krankheiten oder Krankheitsgruppen hinsichtlich verschiedener Kriterien in eine Rangfolge gebracht. Die Krankheit mit der höchsten Sterblichkeitsrate erhält dabei den höchsten Rang, diejenige mit der zweithöchsten Sterberate den zweit höchsten Rang usw. Entsprechend wird jeweils für weitere Kriterien, wie z.B. Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung etc., vorgegangen. Schließlich werden alle vergebenen Ränge pro Krankheit addiert. Die Krankheit mit der höchsten Rangsumme ist dann die über alle Kriterien bedeutendste.

Der Vorteil eines solchen Rangordnungsverfahrens ist die integrierende Priorisierung. Eine Krankheit kann damit einerseits theoretisch als bedeutend hervorgehoben werden, wenn sie hinsichtlich mehrerer Kriterien nur mittlere Ränge einnimmt. Andererseits kann eine Krankheit, die im Hinblick eines Kriteriums zwar den ersten Rang einnimmt, insgesamt als weniger bedeutend eingestuft werden, wenn sie hinsichtlich anderer Kriterien nur niedrige Ränge erzielt. In der Regel werden aber die Krankheiten als besonders bedeutend eingestuft, die gleichzeitig hinsichtlich mehrerer Kriterien vordere Ränge einnehmen. Im oben beschriebenen Rangordnungsverfahren werden alle Kriterien gleich gewichtet in die Rangsummenbildung einbezogen. Ein Rangplatz bezüglich der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit zählt somit genau so viel, wie der entsprechende hinsichtlich der Sterblichkeit. Grundsätzlich kann hierauf durch anders gewählte Gewichtungen Einfluss genommen werden. Das Verfahren verlöre aber dadurch an Objektivität, da ja zunächst eine nicht datengestützte Verständigung über die Gewichte erfolgen müsste.

Rangordnungsverfahren bedürfen einer belastbaren, systematisierten Datenbasis. Das Verfahren sollte so durchgeführt werden, dass eine etwaige Datenlücke hinsichtlich eines Kriteriums nicht zur ungewollten Gewichtung des Kriteriums und damit der Verzerrung der Rangfolge führt. Dies kann durch so genannte fraktionale Ränge erreicht werden. Hierbei wird für die Bildung der Rangsumme nicht der absolute Rang herangezogen, sondern dieser Rang wird zunächst durch die maximale Anzahl der Ränge dividiert. Der höchste erreichbare fraktionale Rang ist dann 1, die höchste Rangsumme pro Krankheit entspricht der Anzahl der einbezogenen Kriterien. Bei Rangbindungen kann der mittlere Rang gewählt werden. Die integrierende Priorisierung durch ein Rangordnungsverfahren stellt in dem hier vorgeschlagenen Verfahren zur Ableitung von Präventionszielen den ersten Schritt dar. Dieser Schritt wird als weitgehend objektiv betrachtet, weil er zunächst ohne Wertungen und Gewichtungen der Akteure erfolgt. Es sollen daher nur Datenquellen einbezogen werden, die eine Darstellung von gesundheitspolitischen und ökonomischen Kriterien bei vergleichbarer Diagnosenaggregation erlauben. Die einzubeziehenden Kriterien sollen dabei so gewählt werden, dass sie möglichst einander ergänzende Informationen beinhalten.

Im Folgenden wird die exemplarische Anwendung des Rangordnungsverfahrens dargestellt, um die Machbarkeit und den damit verbundenen Aufwand abzuschätzen. Dabei muss das Rangordnungsverfahren für Krankheiten nach ICD-10 und für Berufskrankheiten separat durchgeführt werden, da sich die Klassifizierungen der Erkrankungen nach ICD-10 und nach Berufskrankheiten nicht ineinander überführen lassen. Gleichwohl werden für beide Sozialversicherungszweige gemeinsame Präventionsziele abgeleitet.

#### **4.1.1 Rangordnungsverfahren nach Krankheiten gemäß ICD-10**

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes sowie die der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung stellen das Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehens auf dem Aggregationsniveau der ICD-10 routinemäßig zusammen. Unter Rückgriff auf diese Statistiken wurden sieben Kriterien für ein Rangordnungsverfahren ausgewählt. Mit der Sterblichkeit und den verlorenen Lebensjahren werden dabei zwei Standardkriterien der Gesundheitsberichterstattung einbezogen. Morbidität wird durch Arbeitsunfähigkeitsdaten sowie die Zugänge zu Erwerbsminderungsrenten operationalisiert. Die ökonomische Bedeutung der Krankheiten wird durch die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes abgeschätzt.

In das Rangordnungsverfahren geht die gesamte Erwerbsbevölkerung im Alter von 15 bis 65 Jahren ein und umfasst damit auch derzeit arbeitslose Personen. Die einzelnen Kriterien sind nachfolgend genauer beschrieben.

### ***Mortalität***

Das Kriterium Mortalität gibt die Anzahl der Todesfälle wieder. Als Datenquelle dient die Todesursachenstatistik. Sie umfasst alle im Berichtsjahr Gestorbenen ohne tot Geborene, nachträglich beurkundete Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Grundlage der Todesursachenstatistik sind die von den Ärzten ausgestellten Leichenschauscheine sowie die von den Standesämtern ausgestellten Sterbefallzählkarten. Die Todesursache wird nach dem ICD-Schlüssel erfasst, aufgenommen wird das Grundleiden.

*Quelle:* Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, 2005

### ***Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre***

Die Berechnung der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre ist eine Erweiterung der Berechnung der verlorenen Lebensjahre. Die durch den vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre werden aus der Differenz zwischen dem tatsächlichen Sterbealter und der durchschnittlichen Restlebenserwartung nach Alter und Geschlecht berechnet. Bei der Berechnung der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre werden zusätzlich die Erwerbstätigenquoten berücksichtigt.

*Quelle:* Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Krankheitskostenrechnung, Statistisches Bundesamt, 2004

### ***Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage je 100 Mitglieder***

Die Auswirkung auf die Arbeitswelt soll durch die Arbeitsunfähigkeit gemessen werden, in Form der Fälle und Tage je 100 Mitglieder. Die Diagnosedaten werden auf Basis des ICD-10- Schlüssels erfasst. Verwendet wird die fallbezogene Hauptdiagnose. Diagnosebezogene Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) lassen sich einerseits in den Statistiken des BMGS, des Statistischen Bundesamtes oder andererseits bei den einzelnen Krankenkassenarten (z.B. AOK, BKK, DAK, GEK, IKK) finden. Die Belastbarkeit der AU-Daten für das Rangordnungsverfahren wurde mit den Daten der AOK und der BKK geprüft. So zeigt sich bei der exemplarischen Anwendung des Rangordnungsverfahren mit Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK für 2003 eine den BKK-Daten vergleichbare Rangfolge der Krankheitsgruppen. Die beiden Kriterien werden in Tabelle 1 anhand der Daten des BKK Bundesverband dargestellt.

*Quelle:* BKK Gesundheitsreport, BKK Bundesverband, 2005

**Rentenzugänge auf Grund verminderter Erwerbsfähigkeit**

Das Kriterium erfasst die Rentenzugänge für Renten nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Diese umschließt Renten wegen teilweiser und vollständiger Erwerbsminderung. In der benutzten Statistik sind Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres ausgeschlossen. Die Diagnosen werden auf Basis des ICD-10 Schlüssels erfasst, es wird die erste Diagnose verwendet.

*Quelle:* Verband deutscher Rentenversicherungsträger, 2005

**Kosten direkt**

In der vorliegenden Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes wird ein ausgabenorientierter Kostenbegriff verwendet. Hierzu zählen Kosten für die medizinische Heilbehandlung, der Ressourcenverbrauch durch eine Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme und Verwaltungskosten der Leistungserbringer und anderer Institutionen, die Gesundheitsleistungen finanzieren. Die Kosten werden ICD-10-Hauptkapiteln, ICD-10-Obergruppen und ICD-10-Krankheitskategorien zugeordnet.

*Quelle:* Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Krankheitskostenrechnung, Statistisches Bundesamt, 2004

**Kosten pro Fall**

Bei der Berechnung der Kosten pro Fall werden die ausgabenorientierten direkten Kosten auf die Anzahl der Leistungsfälle bezogen. Das Kriterium kann somit die ökonomische Bedeutung auch bei seltenen (aber teuren) Krankheiten anzeigen.

*Quelle:* Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Krankheitskostenrechnung, Statistisches Bundesamt, 2004

Die Verfügbarkeit der Datenquellen ist gegeben, da es sich um frei zugängliche Routinestatistiken handelt. Die Auswertungstiefe und damit die Möglichkeit der Auswertung nach Berufsgruppen, Alter, Geschlecht oder auch Einzeldiagnosen ist unterschiedlich.

Die folgende Abbildung stellt die Ergebnisse des Rangordnungsverfahrens zusammen. Angegeben werden sowohl die einbezogenen Daten als auch die vergebenen Ränge bezüglich jedes Kriteriums. Die beiden linken Spalten enthalten zudem die über die Ränge gebildete Rangsumme sowie den Rangplatz jeder Krankheit aufgrund dieser Rangsumme. Die Krankheiten sind bereits absteigend sortiert.

Tab. 1: Rangordnungsverfahren nach Krankheiten gemäß ICD-10

Krankheitsgruppen (ohne Schwangerschaften) nach ICD-10	Kriterien (Alter 15 bis 65 Jahre)															
	Mortalität		Verlorene Erwerbstätig- keitsjahre		Arbeitsunfähigkeit				Rentenzugänge wg. vermind. Erwerbsfähig.		Kosten direkt <sup>1)</sup>		Ausgaben pro Fall <sup>2)</sup>			
	Rang- platz	Rang- summe	Rang		Rang		Rang		Rang		Rang		Rang			
			2002	2002	2003	2003	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2002	
			Anzahl	in 1.000 Jahren	je 100 Mitglieder	je 100 Mitglieder	Anzahl	in Mio. Euro	in Euro je Einwohner							
Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	1	5,92	318	0,25	794	0,95	358,7	1,00	19,41	0,94	38.868	0,94	13.792	0,95	310	0,89
Krankheiten des Kreislaufsystems	2	5,71	38.808	0,94	406	0,79	65	0,69	3,38	0,56	21.844	0,83	11.739	0,89	430	1,00
psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen	3	5,64	4.365	0,63	737	0,89	102,2	0,81	3,55	0,63	49.820	1,00	11.664	0,84	270	0,84
Krankheiten des Verdauungssystems	4	5,62	13.803	0,81	235	0,68	90,3	0,75	14,55	0,88	3.856	0,56	22.163	1,00	380	0,95
Krankheiten der Atmungsorgane	5	5,45	5.707	0,69	355	0,74	229,5	0,94	33,95	1,00	4.685	0,72	6.297	0,68	150	0,68
Verletzungen und Vergiftungen	6	5,33	18.591	0,88	1.260	1,00	205,7	0,88	11,47	0,81	4.334	0,67	5.083	0,53	130	0,58
Neubildungen	7	5,06	60.080	1,00	478	0,84	39,2	0,50	1,25	0,25	24.091	0,89	7.119	0,79	180	0,79
Symptome und klinisch abnorme Befunde a.n.k	8	4,24	6.223	0,75	158	0,58	55,3	0,56	5,57	0,69	2.045	0,50	4.280	0,47	150	0,68
Krankheiten des Nervensystems	9	3,94	3.393	0,56	190	0,63	30,5	0,38	2,18	0,44	9.781	0,78	5.113	0,58	130	0,58
bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	10	3,3	2.576	0,44	111	0,53	56,9	0,63	9,66	0,75	1.234	0,33	2.102	0,32	50	0,32
Krankheiten des Urogenitalsystems	11	3,28	1.030	0,38	77	0,47	31,1	0,44	2,92	0,50	1.630	0,39	5.602	0,63	110	0,47
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	12	3,19	3.248	0,50	71	0,42	10	0,13	0,5	0,06	4.173	0,61	6.375	0,74	160	0,74
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	13	1,98	53	0,13	39	0,26	21,2	0,31	1,84	0,38	697	0,22	2.420	0,37	50	0,32
Krankheiten des Auges und des Augenanhanggebildes	14	1,59			29	0,21	8	0,06	1,07	0,19	1.683	0,44	1.826	0,26	60	0,42
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	15	1,32			16	0,11	14	0,25	1,03	0,13			3.289	0,42	60	0,42
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	16	1,25			25	0,16	12,9	0,19	1,34	0,31	656	0,17	1.196	0,21	30	0,21
angeborene Fehlbildungen, Deformitäten	17	1,22	415	0,31	55	0,37					726	0,28	584	0,11	20	0,16
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	18	0,61	312	0,19	10	0,05					358	0,11	602	0,16	10	0,11
Zustände mit Ursprung in der Perinatalphase	19	0,59	9	0,06	54	0,32					177	0,11	61	0,16	10	0,11

1) inklusive Zahnbehandlung

2) bezogen auf die Bevölkerung

Die Tabelle 1 zeigt, dass sich für Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems die höchste Rangsumme ergibt und diese somit auf dem ersten Rangplatz stehen. Diese Krankheitsgruppe erreicht hinsichtlich aller Kriterien – mit Ausnahme der Mortalität – eine hohe Bedeutung. Im Vergleich zu den an zweiter Stelle stehenden Krankheiten des Kreislaufsystems lässt sich der integrierende Effekt des Rangordnungsverfahrens veranschaulichen: Krankheiten des Kreislaufsystems erreichen nahezu die selbe Rangsumme wie Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems. Bei ersteren ergibt sie sich allerdings aufgrund der hohen Bedeutung hinsichtlich Mortalität und Fallkosten, während die Mortalität bei den Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems eine untergeordnete Rolle spielt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Rangordnungsverfahren für Krankheiten nach ICD-10 leicht handhabbar ist und eine empirische Basis für die Priorisierungsentscheidung liefert. Es zeigt, welche Krankheiten insgesamt bedeutend sind und daher eine besondere Berücksichtigung bei der Entwicklung von Präventionszielen erfahren sollten. Dabei ist das Verfahren unabhängig vom Blickwinkel des Betrachters, da es auf objektive Kriterien zurückgreift.

#### **4.1.2 Rangordnungsverfahren nach Berufskrankheiten**

Zentrales Aufgabenfeld der Unfallversicherung ist neben der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren die Prävention von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen. Im Vergleich zu den das Leistungsgeschehen der Krankenversicherung dominierenden Krankheiten befasst sie sich daher mit Ereignissen, deren Arbeitsweltbezug unmittelbar, deren Inzidenz aber geringer ist. Bei der Entwicklung einer gemeinsamen Vorgehensweise muss das Verfahren zur Ableitung arbeitsweltbezogener Präventionsziele diese Voraussetzung berücksichtigen. In einem gemeinsamen Rangordnungsverfahren würden die Berufskrankheiten kaum vordere Ränge belegen können. Da zusätzlich eine Überführung der Berufskrankheiten in die ICD nicht problemlos möglich ist, sollten die Rangordnungen für Berufskrankheiten separat durchgeführt werden. Die gemeinsamen Präventionsziele sollten sich auf die schwerwiegendsten Krankheiten beider Ranglisten beziehen.

In dem nachfolgend exemplarisch durchgeführten Rangordnungsverfahren werden die Berufskrankheiten laut BK-Liste 2002 (vgl. Berufskrankheiten-Verordnung [BKV] in der Fassung vom 5. September 2002 mit Anhang Liste der Berufskrankheiten) einbezogen (zum Begriff Berufskrankheit siehe § 9 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]).

Folgende Kriterien wurden für das Rangordnungsverfahren nach Berufskrankheiten ausgewählt:

- Latenzzeit
- Bestätigte Berufskrankheiten (ohne Rentenzugänge)
- Alter bei Bestätigung (bestätigte Berufskrankheiten)
- Rentenzugänge
- Minderung der Erwerbsfähigkeit der Rentenzugänge (ohne Todesfälle)
- Fälle mit beruflicher und sozialer Rehabilitation
- Gesamtkosten (medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation sowie Rente) der Leistungsfälle
- Mortalität

Alle Datenquellen zu diesen Kriterien finden sich in den Statistiken des Hauptverbands der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG). Die Ränge sind, wie auch im Rangordnungsverfahren mit Krankheiten nach ICD-10, in fraktionale Ränge transformiert. Für Rangbindungen wird der mittlere Rang vergeben.

### ***Latenzzeit***

Unter dem Kriterium Latenzzeit ist die Zeit von der ersten Exposition bis zum Beginn der Erkrankung zu verstehen (Tag des Versicherungsfalls). Im Hinblick auf eine kontinuierliche Überprüfung der Ziele und schnellere Präventionserfolge, die erzielt werden können, erhält die Berufskrankheit mit der kürzesten Latenzzeit im Rangordnungsverfahren den höchsten Rang.

### ***Bestätigte Berufskrankheiten (ohne Rentenzugänge)***

Das sind Personen, bei denen der Verdacht auf eine Berufskrankheit bestätigt wurde, d.h. eine Berufskrankheit vorliegt. Dieses Kriterium deckt sich aber nicht mit den anerkannten Berufskrankheiten, da bei einigen Krankheiten besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen, wie Unterlassen aller Tätigkeiten, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können, erfüllt sein müssen, damit die Krankheit als Berufskrankheit anerkannt wird.

Da die BK erst nach Vorliegen der besonderen Voraussetzungen anerkannt werden kann, ist die Gruppe der Fälle eingeführt worden, bei denen der BK-Verdacht bestätigt werden konnte. Die anerkannten Berufskrankheiten sind damit eine Teilmenge der Fälle mit bestätigtem BK-Verdacht. Für Fragestellungen der Prävention kommt dieser Gruppe eine große Bedeutung zu.

**Alter bei Bestätigung**

Es wird für alle Fälle mit bestätigter Berufskrankheit das mittlere Alter der Personen bei Bestätigung der Berufskrankheit angegeben. Im Rangordnungsverfahren erhält die Berufskrankheit mit dem niedrigsten mittleren Alter den höchsten Rang.

**Rentenzugänge**

Wird das Vorliegen einer BK anerkannt und ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) rentenberechtigend bzw. der Erkrankte an den Folgen der BK verstorben, so wird diese in der Regel schwere Erkrankung als neue BK-Rente bezeichnet. Die neuen BK-Renten sind damit eine Teilmenge der anerkannten Berufskrankheiten, aber auch ein weiteres wichtiges Kriterium.

**Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) der Rentenzugänge (ohne Todesfälle)**

Die MdE richtet sich danach, wie sehr die infolge des Versicherungsfalls eingetretene Minderung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens einer Person seine Arbeitsmöglichkeiten einschränkt. Diese Beeinträchtigung wird nach dem Unterschied der für die Versicherten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens bestehenden Erwerbsmöglichkeiten vor und nach dem Versicherungsfall bemessen.

Ist die Erwerbsfähigkeit durch mehrere Versicherungsfälle gemindert, wird die MdE für jeden Versicherungsfall gesondert festgestellt, und dementsprechend werden mehrere Renten gezahlt. Der Grad der MdE wird in Prozent angegeben.

**Fälle mit beruflicher und sozialer Rehabilitation**

Nach einem Versicherungsfall (Arbeitsunfall, Wegeunfall, Berufskrankheit) stellt sich häufig, trotz einer optimal durchgeführten medizinischen Rehabilitation, das Problem, dass der Versicherte nicht oder nicht ohne weiteres seine bisherige berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann. Die Berufsgenossenschaften haben deshalb nach den gesetzlichen Bestimmungen (Sozialgesetzbuch VII) mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig die Versicherten nach ihrer Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung ihrer Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich wieder einzugliedern. Hierzu stehen ihnen an Leistungen insbesondere zur Verfügung:

- Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung, Umschulung
- Hilfen zur einer angemessenen Schulbildung
- Leistungen an Arbeitgeber
- Kraftfahrzeughilfe
- Wohnungshilfe

**Gesamtkosten (a) medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation sowie b) Rente der Leistungsfälle)**

a) *Medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation:* Zu den Gesamtkosten zählen Kosten für die medizinische Behandlung (medizinische Rehabilitation) sowie die Wiedereingliederung in den Beruf (berufliche Rehabilitation) und in das soziale Umfeld (soziale Rehabilitation). Für die Sicherung des Lebensunterhalts in der Phase der Rehabilitation zahlen die Berufsgenossenschaften ein Verletztengeld bzw. Übergangsgeld. Kosten für die medizinische Behandlung umfassen Kosten für eine möglichst frühzeitig einsetzende notfallmedizinische Versorgung (Erstversorgung), eine unfallmedizinisch qualifizierte ambulante ärztliche Behandlung oder, soweit erforderlich, eine stationäre Behandlung. Auch die häusliche Krankenpflege, die zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln gehören zu den Leistungen der Berufsgenossenschaften.

b) *Rente:* Bei vollständigem Verlust der Erwerbsfähigkeit (MdE 100 %) wird die Vollrente gezahlt; sie beträgt zwei Drittel des vor dem Arbeitsunfall oder der Berufskrankheit erzielten Jahresarbeitsverdienstes. Bei teilweiser Minderung der Erwerbsfähigkeit entsprechend weniger - etwa bei 50 Prozent MdE ein Drittel des Jahresarbeitsverdienstes (Teilrente). Die Höhe der Teilrente richtet sich nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) und dem Jahresarbeitsverdienst (JAV). Ab 20% Erwerbsunfähigkeit ist ein Versicherter rentenberechtigt.

***Mortalität***

Das Kriterium beinhaltet die Anzahl der Todesfälle in Folge einer Berufskrankheit.

Das Ergebnis des Rangordnungsverfahrens für Berufskrankheiten befindet sich in Tabelle 2. Dazu wurden Statistiken aus dem Jahr 2004 verwendet.

Tab. 2: Rangordnungsverfahren nach Berufskrankheiten

BK-Nr.	Berufskrankheiten	Kriterien																	
		Rang summe	Rang platz	Latenzzeit (Jahre) (bestätigte BKen)		bestätigte Bken (ohne Rentenzugänge)		Alter bei Bestätigung (bestätigte BKen)		Rentenzugänge		MdE der Renten- zugänge (ohne Todesfälle)		Fälle mit berufl.+soz. Reha		Gesamtkosten (Reha+Rente) der Leistungsfälle		Mortalität	
				2004		2004		2004		2004		2004		2004		2004		2004	
				Mittel	Anzahl	Mittel in Jahren	Anzahl	Mittel (in %)	Anzahl	Mittel (in %)	Anzahl	Mittel pro Leistungsfall (EUR)	Anzahl						
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	5,62	1	15,6	0,69	743	0,77	39,6	0,92	260	0,69	22,4	0,46	3999	0,92	7720	0,46	25	0,69
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube	5,54	2	42,9	0,15	2742	0,85	68,7	0,15	2735	1,00	50,5	0,77	56	0,69	11099	0,92	1688	1,00
50	Hautkrankheiten	5,31	3	9,0	0,85	8186	1,00	36,0	1,00	282	0,77	18,9	0,38	6091	1,00	3404	0,15	0	0,15
13	Erkrankungen durch Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel oder sonstige chemische Stoffe	5,23	4	25,9	0,46	110	0,54	56,4	0,46	172	0,62	45,4	0,69	164	0,77	10436	0,85	52	0,85
30	Durch Infektionskrankheiten oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten	4,54	5	6,2	0,92	603	0,62	44,1	0,69	110	0,46	24,4	0,54	23	0,54	4384	0,31	6	0,46
11	Erkrankungen durch Metalle oder Metalloide	4,46	6	20,3	0,62	20	0,38	52,7	0,54	17	0,27	75,0	0,96	11	0,38	10050	0,77	8	0,54
21	Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen	4,38	7	24,1	0,54	635	0,69	50,3	0,62	362	0,85	17,3	0,31	501	0,85	4375	0,23	1	0,31
42	Erkrankungen durch organische Stäube	3,77	8	36,1	0,23	10	0,15	60,4	0,31	39	0,38	43,7	0,62	21	0,46	12126	1,00	12	0,62
23	Erkrankungen durch Lärm	3,69	9	31,1	0,38	5700	0,92	57,0	0,38	581	0,92	15,8	0,23	28	0,62	3161	0,08	0	0,15
24	Erkrankungen durch Strahlen	3,65	10	49,1	0,08	15	0,31	74,0	0,08	168	0,54	75,0	0,96	0	0,08	9216	0,69	134	0,92
12	Erkrankungen durch Erstickungsgase	3,58	11	1,6	1,00	58	0,46	42,5	0,77	4	0,15	10,0	0,12	1	0,15	7894	0,54	4	0,38
60	Krankheiten sonstiger Ursache (Augenzittern)	3,35	12	35,9	0,31	11	0,23	64,4	0,23	17	0,27	70,0	0,85	10	0,31	5803	0,38	45	0,77
22	Erkrankungen durch Druckluft	2,88	13	14,4	0,77	4	0,08	39,8	0,85	1	0,08	10,0	0,12	2	0,23	8240	0,62	0	0,15

Die Tabelle 2 zeigt, dass obstruktive Atemwegserkrankungen den Rangplatz 1 erhalten, Erkrankungen durch anorganische Stäube den Rangplatz 2 und Hautkrankheiten den Rangplatz 3.

Die Berufskrankheiten werden im Rangordnungsverfahren in Berufskrankheiten-Gruppen betrachtet. Bei Berufskrankheiten-Gruppen, die verschiedene einzelne Berufskrankheiten beinhalten und im Rangordnungsverfahren als prioritär identifiziert wurden, kann es in Vorbereitung auf das Expertengespräch hilfreich sein, auch für die einzelnen Berufskrankheiten einer Gruppe die Ausprägungen in den Kriterien zu betrachten. Für die Bildung von Teilzielen ist eine differenzierte Betrachtung einzelner Berufskrankheiten ebenfalls sinnvoll.

## **4.2 Expertengespräche**

Rangordnungsverfahren ermöglichen wie gezeigt eine Priorisierung von Krankheiten nach ICD-10 wie auch nach Berufskrankheiten. Das Ergebnis ist indes eine Reihenfolge, keine Auswahl. Dem Verfahren ist keine Regel immanent, ab welchem Rangplatz eine Krankheit nicht mehr als bedeutend gilt. Die Entscheidung, wie viele Krankheiten Ausgangspunkt der Ableitung von Präventionszielen sein sollen, muss außerhalb des Verfahren gefällt werden. In die Rangordnungsverfahren sind die ausgewählten Kriterien gleichberechtigt eingegangen. Präventionspolitisch kann aber die Einbeziehung weiterer, auch qualitativer Kriterien sinnvoll sein. Solche Kriterien sollen in einem zweiten Schritt durch Experteneinschätzungen in das Priorisierungsverfahren eingehen. Aus einer Vielzahl möglicher Kriterien sind die drei wichtigsten und am besten für die Expertengespräche recherchierbaren Kriterien ausgewählt worden. Diese drei Kriterien sind:

- präventive Beeinflussbarkeit,
- Arbeitsbedingtheit und
- Umsetzbarkeit.

Diese Kriterien erscheinen geeignet, im Rahmen einer Expertenbeurteilung zur Auswahl der prioritären Erkrankungen herangezogen zu werden. Gleichzeitig wird deutlich, dass dabei wegen der Komplexität der Kriterien rein wissenschaftliche Objektivität zunehmend zugunsten von partizipativen Entscheidungen – auch z.B. hinsichtlich der relativen Bedeutung und Gewichtung der verschiedenen Kriterien – in den Hintergrund treten muss.

In den Expertengesprächen sollten Vertreter der Spitzenverbände von UV und KV, Vertreter von IGA, Vertreter der fachlich zuständigen Ministerien sowie Experten aus Wissenschaft und Praxis (z.B. Arbeitsmediziner) zusammen kommen. Mit Hilfe eines Moderators

diskutieren die Experten anhand der drei Kriterien die Erkrankungen, die in den Rangordnungsverfahren die höchste Priorität erhalten haben, d.h., jeweils die ersten 3 Rangplätze<sup>2</sup>. Die Expertengespräche müssen fachkundig vorbereitet werden: Jeweils die drei Erkrankungen, die aus dem Rangordnungsverfahren mit höchster Priorität hervorgegangen sind (insgesamt 6), müssen hinsichtlich der drei Kriterien mit Hilfe der Literatur aufbereitet werden. Auf dieser Basis können nun daraus die Krankheiten ausgewählt und priorisiert werden, für die Präventionsziele aufgestellt werden sollen. Am Ende des Expertengesprächs werden Ober- und Teilziele der primären Prävention für zwei prioritäre Krankheiten abgeleitet.

Oberziele werden verstanden als nicht quantifizierte Vorgaben, z.B. „Reduktion der Muskel- und Skeletterkrankungen“. Bei der Formulierung der Teilziele dagegen ist eine Quantifizierung vorgesehen, wie beispielsweise „Der Anteil der Bevölkerung, der ausreichend Bewegungsaktivitäten ausübt (2x pro Woche), ist x% bzw. nimmt um x% zu“.

Die *Entscheidung/Beschlussfassung* über die Ober- und Teilziele erfolgt im Anschluss an die Expertengespräche in den zuständigen Gremien der Unfall- und Krankenversicherung.

#### **4.2.1 Präventive Beeinflussbarkeit**

Das Kriterium „Präventive Beeinflussbarkeit“<sup>3</sup> soll ausdrücken, ob eine Möglichkeit besteht, die Krankheit oder das Risiko präventiv oder gesundheitsförderlich zu beeinflussen. Dabei kann die Aussage quantitativ und/oder qualitativ sein. Dazu wird geprüft, inwieweit überhaupt Präventionsprogramme für die jeweilige Krankheit vorhanden sind und welche Angaben über die Wirksamkeit dieser Programme gefunden werden können.

Tabelle 3 und 4 zeigen beispielhaft für Krankheiten des Kreislaufsystems und Hautkrankheiten, wie die präventiven Beeinflussbarkeit in Studien eingeschätzt wird.

---

<sup>2</sup> Allerdings wird den Experten in den Expertengesprächen das gesamte Rangordnungsverfahren zur Verfügung gestellt. So kann es im begründeten Fall passieren, dass die Experten eine Krankheit ebenfalls anhand der drei Kriterien diskutieren wollen, obwohl sie nicht die höchste Priorität im Rangordnungsverfahren erhalten hat.

<sup>3</sup> Der Begriff Präventive Beeinflussbarkeit wird im Entwurf zum Präventionsgesetz erwähnt. In der Literatur lassen sich weitere, ähnliche Bezeichnungen finden. So ist in dem Bericht der KKH (2004) die Rede von "Präventionspotenzial". In den Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) wird von "präventives Potenzial bzw. Präventionspotenzial" gesprochen. Von Lenhardt (2001) wird der Begriff "Prävenierbarkeit" gebraucht.

Tab. 3: Durch ausgewählte Präventionsmaßnahmen erreichte Reduktion von Inzidenz, Mortalität oder Risiken von Herz- und Kreislauferkrankungen

Erkrankungsarten und Risikofaktoren	erreichte Modifikation	Reduktion der		relatives attributables Risiko	Risikoreduktion	Quelle
		Inzidenz	Mortalität			
<b>Herzinfarkt:</b>						
Cholesterin	-10%		24 - 27%			Sachverständigenrat,2001
Stressmanagement			22%			"
Cholesterin, Rauchen, Gewichtskontrolle, Bewegung, Blutdruck		25%				"
<b>Ischämische Herzkrankheiten:</b>						
Cholesterin	- 10%					
Blutdruck	-5,5, mm Hg syst. - 3 mm Hg diast.	15%				"
Blutdruck	5 -6 mm Hg diast	20-25%				"
<b>Schlaganfall:</b>						
Hypertonie				40%		"
Rauchen				15%		"
Diabetes				10-20%		"
Aidipositas				20%		"
<b>Koronare Herzkrankheiten</b>						
geringe körperliche Aktivität (Männer)	> 4.200 KJ/Woche				20%	KKH, 2004
Ernährung, körperliche Aktivität, Übergewicht						
Rauchen, Alkoholkonsum (Frauen)					82%	"
Ernährung (Obst- und Gemüseverzehr)					20 - 30%	"
Cholesterin, Blutdruck, Rauchen			55% Männer 68% Frauen			"

Am Beispiel der Krankheiten des Kreislaufsystems lassen sich eine Reihe von Problemen bei der Einbeziehung dieses Kriteriums veranschaulichen (Tabelle 3). Die Interventionen sind sehr heterogen, sie beinhalten unter anderem die Beeinflussung von Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, Rauchgewohnheiten und Alkoholkonsum. Zudem werden unterschiedliche Kriterien (z.B. Reduktion von Inzidenz oder Mortalität, Risikoreduktion usw.) betrachtet. Schließlich beziehen sich die Aussagen sowohl auf Krankheitsgruppen als auch auf einzelne Krankheiten.

In der Tabelle 4 findet sich die Prüfung des Kriteriums „Präventive Beeinflussbarkeit“ für Hautkrankheiten. Für die Prävention von Hautkrankheiten liegen eine Reihe von Präventionsmaßnahmen bzw. -programmen vor. Dazu gehören Informationsmaterialien, Plakate, DVD, Checklisten, Mitteilungsblätter, die spezifische Gefährdungsbeurteilung, Hautschutzpläne, Hautschutzaktionen, Seminare, Beratungsverfahren, Begutachtung sowie die Verwendung von Schutzhandschuhen. Die Tabelle 4 zeigt verschiedene Studien, in denen mit Hilfe von Akteuren bei risikobehafteten Berufsgruppen Präventionsprogramme durchgeführt wurden und welcher Effekt dadurch erzielt werden konnte.

Tab. 4: Durch Präventionsmaßnahmen erreichte Veränderungen in Hauterkrankungen

Berufsgruppe	Erkrankung	Akteure	Programm	Effekt	Quelle
Back-, Hotel- und Gaststättengewerbe	Hauterkrankung	BGN, Klinik für Dermatologie und Dermatologische Allergologie der FSU Jena, Arbeitsmedizinisches Präventionszentrum der FSA mbH Erfurt	Interdisziplinäres Präventionsprogramm Haut für das Back-, Hotel- und Gaststättengewerbe im Raum Thüringen und Sachsen (Detaillierte Expositionsanalyse, berufsdermatologische Untersuchung, individuelle Hautschutz-, Reinigungs- und Pflegeprogramme, praktische Hautschutzübungen (max. 2 Jahre), Hautschutzseminare und Nachuntersuchungen)	Überlegenheit des Programms bei mehrmaliger und damit längerfristiger Betreuung sowie intensiver Schulung 79% Erfolgsrate bei Interventionsgruppe versus 36% in Vergleichsgruppe	Stadeler, Kelterer & Bauer, 2003
Auszubildende des Friseurhandwerks	Berufsbedingte Handekzeme	keine Angabe	Pädagogische Interventionen und gesundheitspädagogische Patientenschulungen und Betriebsberatungen	Signifikante Herabsetzung der Erkrankung im Vergleich zwischen VG und KG Sign. Unterschied im Berufsverbleib erreicht zwischen Versuchs- (79,5%) und Kontrollgruppe (60%)	Wulforth & Schwanz, 2003
Feuchtarbeiter		keine Angabe	Evidenzbasiertes Hautschutzprogramm (5 Monate) als Teil eines Arbeitsschutzmanagementsystems (mit pädagogischen Maßnahmen, Information, Hautschutzplan)	Höhere Information über Hautschutz, sign. Verhaltensveränderung	Held, 2002
Krankenschwestern	Hauterkrankung	keine Angabe	Pädagogisches Programm und praktisches Training	Sign. weniger Desinfektionsmittelverwendung bei Versuchsgruppe, sign. weniger Verschlimmerung, transepidermaler Wasserverlust bei KG größer	Held, 2001
Metallverarbeitung	Hauterkrankung	Gesundheitsschutz des Werkes im Datenaustausch mit BKK und BG	Präventive Maßnahmen	Senkung der Hautprobleme durch Reduzierung der Versetzungen an einen anderen Arbeitsplatz, der BK-Anzeigen, der AU-Tage infolge Kontaktekzem	Nöring, 1995
Metallbetriebe	Hauterkrankung	SMBG/ BK-Team-Gespräch, Haut-Beratungsarzt, BK-Sachbearbeitung und Präventionsdienst	Spezielles „Haut-Verfahren“	Mehr als 90 % der Versicherten Besserung bzw. völlige Abheilung der Hautbeschwerden, finanzieller Aufwand erspart, Verbesserung bei ca. 4500 Beschäftigten	Adam & Rose, 2005
Friseurhandwerk	Hauterkrankung	BGW	Verschiedene Aktivitäten (Empfehlungen, Verfahren und Einsatzprodukte, verbesserte Produkte, Betriebsanweisung, Hautschutzplan, Seminare)	Rückgang der Verdachtsmeldungen um fast drei Viertel, Rückgang der Entschädigungsleistungen, Rückgang der BG-Beiträge	Liese, 2004

Unter Berücksichtigung der oben angesprochenen Probleme müssen die Experten im Rahmen der Expertengespräche bei Kenntnis der Forschungsergebnisse sowie des eigenen Sachverstandes zu einer quantitativen oder qualitativen Bewertung der präventiven Beeinflussbarkeit kommen. Für Krankheiten, für die bisher noch keine Auswertung der Literatur zum präventiven Potenzial vorliegt, müssten Reviews o.ä. erstellt werden.

#### **4.2.2 Arbeitsbedingtheit**

Für die Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen ist es naheliegend, als weiteres Auswahlkriterium für Krankheiten deren Arbeitsbedingtheit heranzuziehen. Dem liegt die Erwartung zu Grunde, dass Prävention in der Arbeitswelt umso erfolgreicher sein kann, je stärker die Entstehung einer Erkrankung durch die Arbeitssituation beeinflusst wird.

Das Kriterium „Arbeitsbedingtheit“ muss nur für die prioritären Krankheiten nach ICD-10 berücksichtigt werden, da die Arbeitsbedingtheit in den Berufskrankheiten bereits enthalten ist. Eine Berufskrankheit wird nur bestätigt, wenn sie maßgeblich durch die Tätigkeit verursacht wurde.

Über das Konzept der „Arbeitsbedingtheit“ von Erkrankungen über Berufskrankheiten hinaus gibt es indes kein einheitliches Verständnis (Batawi 1984). Es bildet sich aber zunehmend ein Konsens heraus, hierunter auch Krankheits-Expositionsbeziehungen jenseits der strengen juristischen Kausalitätsanforderungen des deutschen Berufskrankheitenrechts zu verstehen. Heuchert, Horst und Kuhn (2001) geben folgende Definition: „Arbeitsbedingte Erkrankungen sind Gesundheitsstörungen, die durch Arbeitsbedingungen ganz oder teilweise verursacht sind bzw. in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden können“. Nach diesem Verständnis wird also nicht ausschließlich von spezifischen Krankheiten ausgegangen die als arbeitsbedingt gelten, sondern grundsätzlich können alle Krankheiten einen arbeitsbedingten Anteil haben. Dieses Konzept arbeitsbedingter Erkrankungen wurde bereits dem deutschen Arbeitssicherheitsgesetz zugrunde gelegt und findet sich aktuell etwa auch in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung (WHO 2002, vgl. Kreis & Bödeker 2004).

Auf der Basis dieses Verständnisses von Arbeitsbedingtheit werden zur Quantifizierung der arbeitsbedingten Anteile die folgenden Wege beschritten:

1. Berechnung von attributiven Risiken
2. Befragung von Arbeitsschutzexperten und Beschäftigten

*Attributive Risiken für Belastungen in der Arbeitswelt*

Der Anteil von Erkrankungen, der durch bestimmte Faktoren verursacht wird, lässt sich durch eine in der Epidemiologie verbreitete Kenngröße, den so genannten attributiven Risiken berechnen. Übertragen auf die Arbeitswelt geben attributive Risiken an, welcher Anteil des Erkrankungsgeschehens vermieden werden könnte, wenn etwa durch Präventionsmaßnahmen ein Belastungsfaktor der Arbeitswelt ausgeschaltet oder vermindert werden würde. Zur Berechnung attributiver Risiken ist es erforderlich, zunächst die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Auftreten einer Belastung und einer Erkrankung zu bestimmen (das relative Risiko). Sofern weiterhin bekannt ist, welcher Anteil der Arbeitsbevölkerung dem Belastungsfaktor ausgesetzt ist (die Prävalenz), lässt sich durch Verrechnung der beiden Größen das attributive Risiko berechnen.

Die o.g. Berechnungsgrundlage der attributiven Risiken lässt bereits erahnen, dass in der Literatur eine Vielzahl einzelner Werte veröffentlicht wird, da attributive Risiken immer für konkrete Erkrankungs-Expositions-Konstellationen berechnet werden. Es liegen allerdings auch Risiken für „Arbeit“ insgesamt vor, wobei die Arbeitswelt dabei unterschiedlich operationalisiert wurde. Die Tabelle 5 stellt exemplarisch einige arbeitsbedingte Anteile zusammen und zeigt eine Spannbreite von 2 bis 40% (Leukämie 2% und Coxarthrose 40%). Die Variabilität ergibt sich dabei sowohl bezüglich der betrachteten Krankheiten als auch bezüglich der Risikofaktoren.

Tab. 5: Exemplarische Zusammenstellung attributiver Risiken für Belastungsfaktoren der Arbeitswelt

Outcome	Faktor	Attributives	Quelle
Lungenkrebs	Berufe mit Gefahrstoffexposition	22-35	Gail & Benichou
Lungenkrebs	Gefahrstoffe	10	WHO 2004
Leukämie	Gefahrstoffe	2,4	WHO 2004
Coxarthrose	„physical workload“	40	WHO 2004
Multiple Sklerose	Lösemittel	10	WHO 2004
Herzinfarkt	Job strain	7-13	Theorell 1999
Asthma	Gefahrstoffe	5-18	WHO 2004
Asthma	„occupation“	26-27	Arif et al. 2003
Rückenschmerz	„occupational risk factors“	37	Arif et al. 2003
Hearing loss	Lärm in der Arbeit	16	Arif et al. 2003
Behinderungsfreie	Occupation	3-5	Murray & Lopez

Ein Beispiel für attributive Risiken, die insgesamt für die Arbeitswelt formuliert wurden, gibt die Tabelle 6 für die Mortalität. Hiernach gehen insgesamt 7% der Sterblichkeit auf „Arbeit“ zurück, während der höchste arbeitsbedingte Anteil mit 24% für Lungenkrebs berichtet wird.

Tab. 6: Attributive Mortalitätsrisiken für die „Arbeitswelt“

<b>Mortalität</b>	<b>Attributives Risiko in %</b>
Work related Mortality	7
Kreislauf	12
Maligne Neubildungen	8
Atemwegserkrankungen	4
Psychische Erkrankungen	4
Nervensystem	3
Unfälle	3
Lungenkrebs	24
Ischämische Herzkrankheiten	17
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen	12
Schlaganfall	11

Quelle: Nurminen & Karjalainen 2001

Die Vergleichbarkeit der in der Literatur auffindbaren attributiven Risiken ist auch dadurch erschwert, dass teilweise genaue Krankheitsbezeichnungen fehlen. Dagegen liegen auch systematische Angaben für die so genannten ICD-Hauptgruppen vor wie z.B. durch die bereits klassische Studie des Nordischen Rates (Hansen 1993) und durch eine jüngere Studie vom BKK Team Gesundheit (Bödeker et al. 2002). Die Ergebnisse sind in der Abbildung 3 gegenüber gestellt und zeigen, dass die Ergebnisse für die Mehrzahl der Krankheitsgruppen gut übereinstimmen, obwohl unterschiedliche Outcomes in den Studien betrachtet wurden.

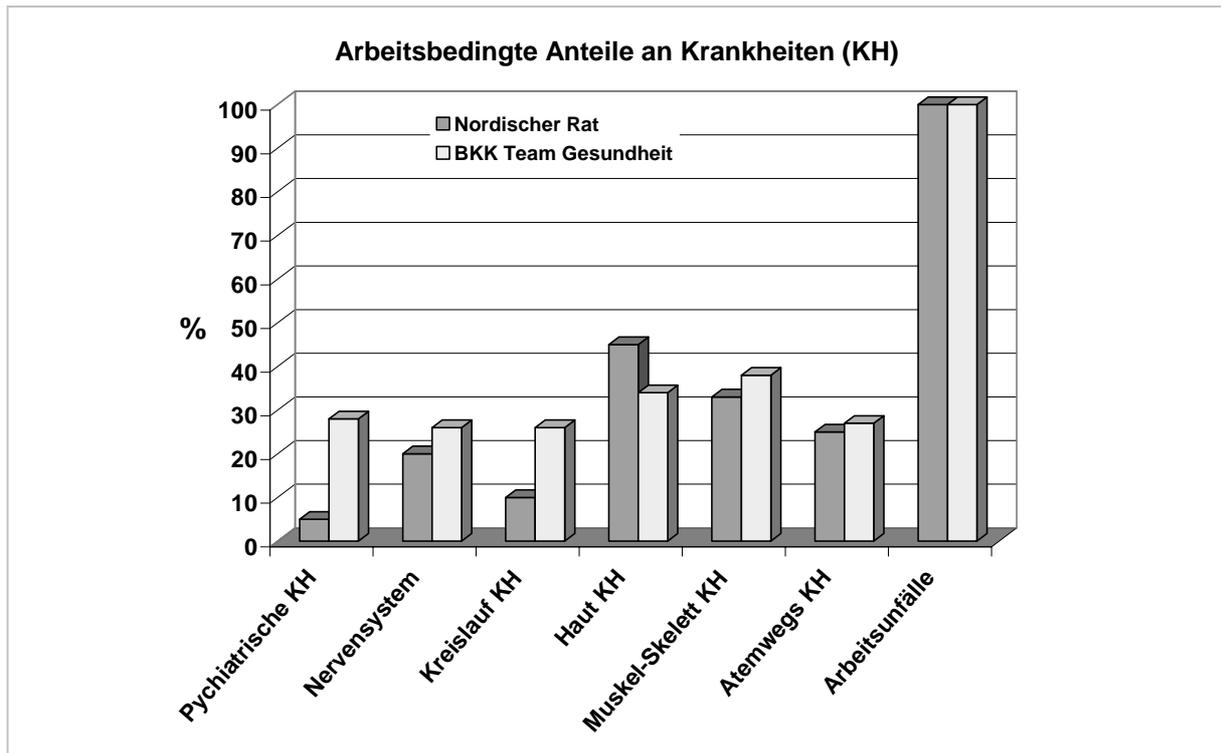


Abb. 3: Gegenüberstellung der Schätzungen arbeitsbedingter Morbiditätsanteile zweier Studien

### ***Befragung von Arbeitsschutzexperten und Beschäftigten***

Als weitere Möglichkeit für die Quantifizierung von arbeitsbedingten Morbiditätsanteilen wird auf Befragungen von Beschäftigten und Arbeitsschutzexperten zurückgegriffen. Inzwischen liegen hierfür mehrere nationale und internationale Befragungsergebnisse vor. Die Tabelle 7 zeigt exemplarisch die auf die deutsche Teilpopulation eingegrenzten Ergebnisse des European Survey on Working Conditions 2000. Von den Befragten werden die höchsten arbeitsbedingten Anteile mit 35% für Rückenbeschwerden angegeben, womit sich eine gute Übereinstimmung mit den o.g. attributiven Risiken ergibt. Die Einschätzungen der arbeitsbedingten Anteile bei Stress und Erschöpfung können nach Befragungen von Arbeitsschutzexperten durchaus höher ausfallen. So berichten Paridon et al. (2004)

Experteneinschätzungen, wonach 39% der psychischen Fehlbelastungen auf den Arbeitsplatz zurückgeführt werden.

Tab. 7: Einschätzung von Beschäftigten zur Arbeitsbedingtheit von Erkrankungen

Beschwerden	Arbeitsbedingtheit in Prozent
Rücken	35
Erschöpfung	16
Stress	25
Kopfschmerz	13
Untere Gliedmaßen	7
Obere Gliedmaßen	9
Nacken & Schulter	22

Quelle: Unfallverhütungsbericht 2002

### **Fazit**

Für die Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen kann das Kriterium „Arbeitsbedingtheit“ zur weiteren Priorisierung von Krankheiten herangezogen werden, da sich hierdurch spezifische Präventionspotentiale darstellen lassen. Arbeitsbedingte Anteile am Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen sind veröffentlicht und können systematisierend zusammengestellt werden. Eine hinsichtlich Krankheiten und Risikofaktoren konsistente Darstellung ist allerdings aufgrund der unterschiedlichen Methoden der Quantifizierung (Berechnung attributiver Risiken, Befragungen) und der oftmals für spezifische Krankheits-Expositions-Konstellationen ermittelten Anteile kaum möglich.

### **4.2.3 Umsetzbarkeit**

Das Kriterium „Umsetzbarkeit“ zielt auf die Frage ab, inwiefern wirksame Präventionsprogramme nicht nur theoretisch möglich, sondern auch praktisch durchführbar sind und akzeptiert werden. Das Kriterium „Umsetzbarkeit“ beschäftigt sich mit den Akteuren, dem Beitrag der Betroffenen, mit der Kosten-Nutzen-Relation, dem Zeitaufwand und den Zugangswegen der Prävention für den ausgewählten Zielbereich. Folgende Fragen müssen in die Vorbereitung der Expertengespräche einbezogen werden (Tabelle 8).

Tab. 8: Fragen und Ansatzpunkte für das Kriterium „Umsetzbarkeit“

<i>Akteure</i>	Sind qualifizierte Akteure, die die Präventionsprogramme initiieren und ggf. durchführen können, vorhanden? Welche ggf. zusätzliche Qualifizierung ist zu leisten?
<i>Betroffene</i>	Können Betroffene (Arbeitnehmer und Arbeitgeber) aktiv zur Umsetzung beitragen?
<i>Finanzierungsmöglichkeit und Finanzierbarkeit</i>	Wer kann für die Finanzierung herangezogen werden bzw. welche Voraussetzungen sind zu schaffen, damit das Präventionsprogramm finanzierbar wird?
<i>Zeitaufwand</i>	Wie schnell kann ein Präventionsprogramm umgesetzt werden?
<i>Zugangswege</i>	Wie leicht ist es, die Betroffenen für die Präventionsprogramme zu gewinnen?

Greift man hier das Beispiel der Hauterkrankungen wieder auf, so kann man in Tabelle 4 bereits Informationen zu Akteuren, Betroffenen (hier verschiedenen Berufsgruppen), Angaben zum Zeitaufwand und Zugangswege ablesen. Nicht zu allen Präventionsprogrammen sind alle Informationen verfügbar. Finanziert wurden die Programme von Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und Unternehmen.

Auch am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann die Umsetzbarkeit von Präventionsprogrammen als wichtiges Kriterium für eine Zielentwicklung veranschaulicht werden. Insbesondere durch die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (Kreuter et al. 1995) liegen vielfältige Erfahrungen zu allen Aspekten der obigen Tabelle vor.

## 5 Vorgehensweise zur Entwicklung von Zielen in der Gesundheitsförderung

Für den Bereich der primären Prävention können mit Hilfe von Priorisierungsverfahren Ziele auf empirischer Basis abgeleitet werden. Dagegen erscheint es wegen der unterschiedlichen Handlungsansätze nicht sinnvoll, eine entsprechende Ableitung auch für den Bereich Gesundheitsförderung vorzunehmen (Brößkamp-Stone 2003). Nach wissenschaftlicher Definition umfasst primäre Prävention alle spezifischen Aktivitäten der Vermeidung exogener Schädigungen sowie der Verhinderung oder Verringerung eines personengebundenen Risikos mit dem Ziel, die Neuerkrankungsrate einer Erkrankung in einer Population zu senken (Walter & Schwartz 2003). Gesundheitsförderung dagegen „zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Ottawa-Charta, WHO 1986). Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, auch die Ziele für die Gesundheitsförderung komplementär zu denen der primären Prävention anzulegen. Während bei der Zielableitung für die primäre Prävention im Rahmen des Priorisierungsverfahrens immer empirische Daten, z.B. zur Morbidität, im Mittelpunkt stehen, lassen sich die Ziele für die Gesundheitsförderung eher konzeptionell als empirisch anlegen.

Deshalb wird vorgeschlagen, mit Bezug auf die Säulen der Gesundheitsförderung – die Ottawa-Charta und den salutogenetischen Ansatz – folgende Oberziele zu definieren:

- 1) Einzelnen oder Gruppen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit ermöglichen sowie
- 2) die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen.

Im Geiste der Ottawa-Charta können zur Zielerreichung drei Strategien angewendet werden: a) advocate (Interessen vertreten), b) enable (befähigen und ermöglichen) und c) mediate (vermitteln und vernetzen).

Die genannten Ziele und Strategien stehen nicht neben, sondern vielmehr quer, also komplementär, zu den Zielen der primären Prävention (siehe Abbildung 4).

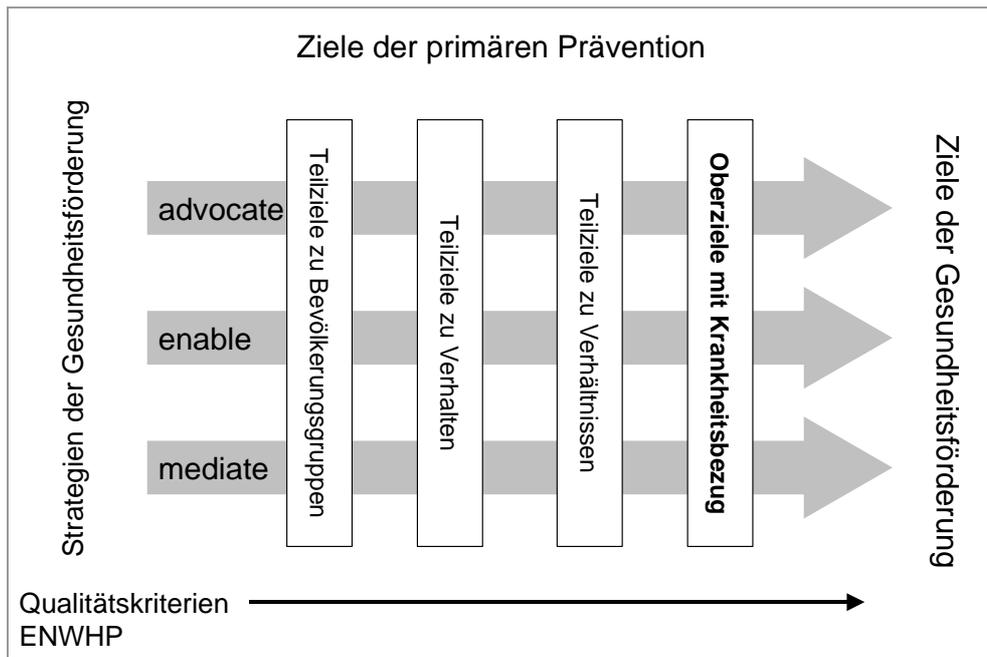


Abb. 4: Beziehung von Zielen der primären Prävention und Zielen der Gesundheitsförderung

Dabei entstehen keine Zellen, wie es bei einer Matrix der Fall wäre. Vielmehr sollen die Strategien der Gesundheitsförderung alle Ziele der primären Prävention durchdringen. Das heißt, bei allen Zielen der primären Prävention werden gleichzeitig die Strategien verfolgt,

- a) durch anwaltschaftliches Eintreten die politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, biologischen sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben, positiv zu beeinflussen und für die Gesundheit zuträglich zu machen,
- b) die Voraussetzungen zu schaffen, dass Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen (dies beinhaltet sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können) und
- c) ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien (vgl. WHO 1986).

Kriterien für die Umsetzung von Strategien der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt sind bereits durch das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung formuliert worden (ENWHP 1998). Diese 27 Qualitätskriterien beschreiben die Aktivitäten im Rahmen eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements, die ein Unternehmen aufweisen muss, damit es als „gesundheitsförderlich“ gilt. Über diese Kriterien herrscht innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung ein breites Einverständnis, was sich darin ausdrückt, dass

sie in den Leitfaden der GKV zur Umsetzung des § 20 SGB V. aufgenommen sind (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2003).

Für die Sozialversicherungsträger ergeben sich damit als Teilziele,

- 1) betriebliches Gesundheitsmanagement zu fördern und zu verbreiten sowie
- 2) im Rahmen ihrer Beratungs- und Unterstützungsaktivitäten dafür zu sorgen, dass die Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement nach den genannten Qualitätskriterien ablaufen.

Eine Quantifizierung ist auch für diese Teilziele möglich.

Die Nomenklatur der Ober- und Unterziele entspricht der im Bereich der primären Prävention, wie auf Seite 23 beschrieben.

Die Gesundheitsförderungsziele stellen Anforderungen dar, deren Erfüllung durch den Betrieb anzustreben ist. Dabei wird er durch die Unfallversicherung und Krankenversicherung unterstützt. Die Kriterien des ENWHP stellen ein Leitbild dar, das an unterschiedliche Rahmenbedingungen angepasst werden kann (z.B. Betriebsgrößen, Branchen).

## **6 Weiteres Vorgehen**

Zielsetzung des IGA-Projektes war die Entwicklung einer Vorgehensweise für die Zielfindung in der gesundheitlichen Prävention in der Arbeitswelt und noch nicht die daraus folgende Ableitung und Auswahl von Präventionszielen. Im nächsten Schritt soll die entwickelte Vorgehensweise mit den Verbänden der Unfall- und Krankenversicherung und mit weiteren Experten erörtert werden. Wenn sich beide Träger über die Vorgehensweise abgestimmt haben, wird der erste Zielentwicklungsprozess initiiert. Die Initiative Gesundheit und Arbeit bietet an, den Zielentwicklungsprozess im Rahmen eines Projektes zu begleiten. Die Entscheidung und Beschlussfassung über die prioritären arbeitsweltbezogenen Präventionsziele liegt bei den Gremien der Unfall- und Krankenversicherung. Die verabschiedeten Präventionsziele sollten in den Leitfaden für die Zusammenarbeit der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und in die Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren einfließen.



## 7 Literatur

Adam, M., Rose, B.: Neues "Haut-Verfahren" für arbeitsbedingte Hauterkrankungen in Metallbetrieben: (2005), [http://www.hvbg.de/d/pages/praev/strateg/praev\\_lohnt/friseurhandwerk.html](http://www.hvbg.de/d/pages/praev/strateg/praev_lohnt/friseurhandwerk.html)

AOK Bundesverband: Krankheitsartenstatistik 2003: (2004), Bonn

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrg.): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 13. September 2003.

Arif A A et al.: Occupational exposures associated with work-related asthma and work-related wheezing among U.S. workers. *American journal of industrial medicine* (2003) 44, 368-376

Batawi, M. a. El.: Work-related diseases. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* (1984) (10), 341-346.

BKK Bundesverband: BKK Gesundheitsreport 2004: (2005), Essen

Bödeker W, Friedel H, Röttger C, Schröer: A. Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen: Wirtschaftsverlag NW (2002), Bremerhaven

Brößkamp-Stone U.: Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung: In: Schwartz FW (Hrg.) *Das Public Health Buch*: (2003) Urban & Fischer Verlag, 2. Auflage

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrg.): [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland: (2003) Bericht

ENWHP - Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrg.): *Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung*: (1999) Essen

Gail M H, Benichou J.: *Encyclopedia of epidemiologic methods*: (2000) Wiley & Sons, New York

[gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de): Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte: GVG-Schriftenreihe (2002), Band 37.

Hansen, S. M. Arbejds miljø: og samfundøkonomi – en metode til konsekvensberegning: (1993), København, Nordisk Ministerråd.

Held, E. et al.: PREVENTION OF WORK RELATED SKIN PROBLEMS An intervention study in wet work employees: *Occup. Environ. Med.* (2002) 59, H. 8, S. 556 - 561

Held, E. et al.: PREVENTION OF WORK-RELATED SKIN PROBLEMS IN STUDENT AUXILIARY NURSES An intervention study: *Contact Dermatitis* (2001) 44, H. 5, S. 297 - 303

Heuchert, G., Horst, A., und Kuhn, K.: Probleme und Handlungsfelder: *Bundesarbeitsblatt*, (2001) (2), 24-28.

Kaufmännische Krankenkasse: Weißbuch Prävention! (2004) HERZgesund?

Kreis J, Bödeker W.: Indicators for work-related health monitoring in Europe: Wirtschaftsverlag NW (2004); Bremerhaven

Kreuter H, Klaes L, Hoffmeister H, Laaser U.: Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten. Ergebnisse und Konsequenzen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie: (1995) Juventa, Weinheim

Liese A.: Erfolgreiche Präventionsmaßnahmen im Friseurhandwerk: (2005), [http://www.hvbg.de/d/pages/praev/strateg/praev\\_lohnt/haut.html](http://www.hvbg.de/d/pages/praev/strateg/praev_lohnt/haut.html)

- Murray CJL, Lopez AD.: The global burden of disease. The Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (1996)
- Nöring, R.: Evaluierung eines arbeitsmedizinischen Programms zur Prävention berufsbedingter Hauterkrankungen: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin (1995) 30, H. 6, S. 251 – 256
- Nurminen M, Karjalainen A.: Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland: Scand J Work Environ Health (2001) 27, 161-213
- Paridon H et al.: Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit: Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten, IGA-Report 5. (2004) Hrsg. HVBG & BKK BV
- Rosenbrock R.: Gesundheitsförderung und Prävention – Kategorien und Klassifikationen: Impulse (2004) 42, S. 5-6.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: (2001) Band 1 und 3.
- Stadeler, M.; Kelterer, D.; Bauer, A. u.a.: Präventionsprojekt bei berufsbedingten Hauterkrankungen im Back-, Hotel- und Gaststättengewerbe: Allergologie 26 (2003), H. 9, S. 403-412, 53 Lit., 3 Tab., 4 Abb.
- Statistisches Bundesamt: Krankheitskosten 2002: (2004), Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt: Krankheitskosten je Einwohner in € nach Krankheiten, Einrichtungen, Alter und Geschlecht für Deutschland 2002: (2004), [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik: (2004), [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
- Theorell, T.: How to deal with stress in organisations? - A health perspective on theory and practice: Scandinavian Journal of Work Environment and Health (1999) 25 (6), 616-624.
- Unfallverhütungsbericht: Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2001: Drucksache (2002) 15/279, Bonn, Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft
- Verband der Rentenversicherungsträger: Rentenzugang: (2003), In: CD ROM VDRSY Version 1.01.
- Walter U, Schwartz: FW. Prävention: In: Schwartz FW (Hrg.): Das Public Health Buch: (2003) Urban & Fischer Verlag, 2. Auflage
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Ottawa Charter for Health Promotion (1986): WHO (2002) The European Health Report. WHO Europe. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series, No 97.
- WHO 2004: The world health report, [www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index8.html](http://www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index8.html)
- Wulfhorst, B.; Schwanitz, H.J.: Gesundheitserziehung in Hautrisikoberufen: Allergologie (2003) 26, H. 9, S. 387-395, 32 Lit., 2 Tab., 3 Abb.