

ASU

Zeitschrift für medizinische Prävention

E 4375
55. Jahrgang
März 2020
Gentner Verlag



Ausgabe 03.2020

PRAXIS Gutes Sehen am Arbeitsplatz

WISSENSCHAFT Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen

AKTUELL Pro und Contra Gripeschutzimpfungen in Apotheken



AKTUELLER STAND DER UMSETZUNG

FÜNF JAHRE PRÄVENTIONSGESETZ

Einen Opernbesuch...

... bieten wir nicht, aber eine einfache **Onlinesuche** und uneingeschränkten Zugang auf das **Heftarchiv!**



JETZT KOSTENLOS TESTEN

- Zwei Ausgaben probelesen
- Zugriff auf das Online-Heftarchiv
- E-Paper Versand vorab

Hier geht's zur Anmeldung:

www.asu-arbeitsmedizin.com/Abo



Gentner Verlag

Einfach.
Aktuell.
Informieren.

Jetzt auch als E-Paper.

Arbeitsmedizin | Sozialmedizin | Umweltmedizin

ASU

Zeitschrift für medizinische Prävention

Fünf Jahre Präventionsgesetz: Was hat es gebracht? Was wurde erreicht?



Foto: privat

Dr. phil. Thomas Nesseler

Als Mitte Juli 2015 das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“, das sog. Präventionsgesetz, in Kraft trat, wurden damit viele Hoffnungen verbunden: Mit diesem Gesetz wollte man der immer wieder beklagten „Versäulung“ im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen entgegen wirken, d. h. Versorgungsangebote und -wege zwischen ambulanter und stationärer Behandlung bzw. Pflege sowie Aktivitäten in der Prävention und Rehabilitation sektorübergreifend enger zusammen führen und abstimmen. Eine hervorragende Idee, die nach inzwischen drei vergeblichen Anläufen in den Jahren 2005, 2008 und 2013 nunmehr Realität geworden war. Zudem wurde erstmals eine belastbare Brücke gebaut zwischen den Präventionsangeboten im SGB VII, insbesondere der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, sowie den entsprechenden Präventionsangeboten im SGBV. Damit hatte der Gesetzgeber dem größten Präventionssetting in unserer Gesellschaft, der Arbeitswelt, endlich auch im Gesetzbuch der Krankenversicherung einen adäquaten Stellenwert gegeben. Zudem wurden die Betriebsärzte etwa in den Handlungsfeldern der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Gesundheitsuntersuchungen und Präventionsempfehlungen sowie der Schutzimpfungen am Arbeitsplatz erstmals auch zu Akteuren, deren Versorgungsleistungen nunmehr ebenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen zu entgelten waren.

Nach nunmehr fünf Jahren ist es an der Zeit, eine erste Zwischenbilanz zu ziehen und danach zu fragen, wo wir genau stehen: Was ist gelungen, was ist weniger gelungen? Gemeinsam mit den Autorinnen und Autoren in dieser Ausgabe der „ASU“, aber auch im Rahmen der Veranstaltungen bei der 60. Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGAUM Mitte März in München, wollen wir dies tun und Ihnen einen Überblick geben. Zuerst einmal blicken wir nach Thüringen. Seit 2017 führt die DGAUM zusammen mit der BARMER dort ein Modellvorhaben nach § 20g SGBV durch. „Gesund arbeiten in Thüringen“ stellt ein Experimentierfeld dar, in dem ganz im Sinne des Präventionsgesetzes neue Präventionsangebote und Versorgungswege vor allem für Kleinst-, Klein- und Mittelbetriebe entwickelt und erprobt werden. Mit über 90 Prozent KKMU ist Thüringen ein idealer Standort, um für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung wichtige Fragen zu diskutieren und praxisorientierte Problemlösungen zu entwickeln. Insofern stellen unsere Beiträge rund um Thüringen einen wesentlichen Schwerpunkt dieses Heftes dar: Wäh-

rend Martin Staats und Birte Schwarz uns nochmals die Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Thüringen beschreiben, reflektieren die Beiträge von Wolfgang Fischmann et. al. und Regina Lösch et. al. sowohl den Spagat zwischen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Betrieblichem Gesundheitsmanagement der KKMU einerseits als auch Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltens- und Verhältnisprävention im KKMU-Kontext andererseits.

Gesetze zu erarbeiten und im politischen Verfahren zu verabschieden ist das eine. Etwas anders ist es, diese auch in der Praxis umzusetzen und zu leben. Dazu braucht es motivierte Menschen. Und Motivation steht bzw. fällt zu einem guten Teil auch mit der Zufriedenheit der Akteure, die die Arbeit vor Ort verrichten. Deshalb wollten die Autorinnen und Autoren um Nadja Amler wissen, wie es um die Berufszufriedenheit in der Arbeitsmedizin steht. Die Ergebnisse aus dieser bundesweit durchgeführten Befragung lesen Sie als Originalbeitrag im Wissenschaftsteil.

Auch wenn mit dem Präventionsgesetz viele übergeordnete Ziele und Strukturen einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit inzwischen angelegt sind, so bleibt dennoch weiterhin viel zu tun, um nicht nur die sozial ungleich verteilten Gesundheitschancen gleicher zu verteilen. Viel zu tun bleibt ebenfalls im Feld der Schutzimpfungen, wenn wir die Durchimpfungsraten in der Bevölkerung signifikant erhöhen wollen. Mit dem sog. Masernschutzgesetz, das mit Beginn dieses Monats in Kraft getreten ist, wird der Versuch unternommen, dieses Thema aktiv anzugehen. Ob es wirklich sinnvoll ist, neben den Vertrags- und den Betriebsärztinnen und -ärzten ebenfalls Apotheken Impfungen durchführen zu lassen, diskutieren wir in einem Pro und Contra zwischen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und der Bundesärztekammer.

Gemeinsam mit allen Autorinnen und Autoren dieses Themenheftes hoffen wir, dass es gelungen ist, einige wichtige Aspekte zum aktuellen Stand der Umsetzung des Präventionsgesetzes zu beleuchten. Wir freuen uns auf die Diskussion mit Ihnen, sei es im Rahmen der vielen Veranstaltungsangebote bei der diesjährigen DGAUM Jahrestagung, sei es durch Ihre Zuschriften. Zeigen wir, dass wir diskussionsfreudig und konstruktiv in der Kritik unser Fachgebiet vertreten, nach innen und nach außen, und in dem Wissen, dass wir gerade beim Thema Präventionsgesetz weiterhin noch manches tun müssen!

Dr. phil. Thomas Nesseler
Hauptgeschäftsführer DGAUM

33. Heidelberger Gespräch 2020

für gutachterlich tätige Ärzte, Psychologen
und Pflegekräfte sowie Juristen in den
Bereichen Sozialmedizin und Sozialrecht



Foto: Getty Images/SerrNovik

Mittwoch, 23. September 2020, Donnerstag, 24. September 2020

MITTWOCH, 23. SEPTEMBER 2020

Uhrzeit	Referenten / Vorträge
Begleitveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Juristinnen und Juristen auf ihrem Weg in die Bereiche Sozialmedizin bzw. Sozialrecht	
10.00 – 12.15	■ 1. Einführung zur sozialmedizinischen Begutachtung am Beispiel von Schnittstellenthemen (Wiederholung von 2019) <i>Bahemann, A., Nürnberg</i>
10.00 – 12.15	■ 2. Einführung in die medizinische Sachverständigentätigkeit vor Sozialgerichten* <i>Schur, O., Celle, Krauß, J., Darmstadt, Siebold J.-O. Gelsenkirchen</i>

Beginn Heidelberger Gespräch

12.15 – 13.15	MITTAGSIMBISS
13.15 – 13.30	■ Einführung und Begrüßung <i>Losch, E., Frankfurt/Main</i>
Epidemiologische Erkenntnisse für die sozialmedizinische Begutachtung	
13.30 – 14.00	■ Entwicklung der Zugangsdiagnosen bei Erwerbsminderung
14.00 – 14.30	■ Arbeit und Gesundheit aus Sicht der Berufsforschung
14.30 – 15.15	Diskussion
15.15 – 15.45	PAUSE
Das neue SGB XIV	
15.45 – 16.15	■ Aktueller Sachstand und erste Bewertung <i>Schauberg, T., Nordhausen</i>
16.15 – 16.45	■ Kausalitätsbegriff – was ergibt sich für den Gutachter <i>Deppermann-Woebbecking, A.-K., Darmstadt</i>
16.45 – 17.15	■ Ärztliche Begutachtung zu Traumafolgestörungen <i>Böwering-Möllenkamp, C., Düsseldorf</i>
17.15 – 18.00	Diskussion
Ab 18 Uhr	ABENDIMBISS / GET TOGETHER

DONNERSTAG, 24. SEPTEMBER 2020

Uhrzeit	Referenten / Vorträge
09.00 – 09.30	■ Informationsflüsse bei der MDK-Begutachtung – Wer darf was erfahren? <i>Freudenstein, R., Lahr</i>
09.30 – 09.45	Diskussion
Beamtenbegutachtung	
09.45 – 10.30	■ Der rechtliche Rahmen von Einstellung bis Dienstunfähigkeit
10.30 – 11.00	■ Begutachtungsprinzipien aus ärztlicher Sicht
11.00 – 11.30	Diskussion
11.30 – 12.00	PAUSE
Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht bei psychisch Erkrankten in Gefährdungslagen	
12.00 – 12.30	■ Der rechtliche Rahmen <i>Brettel, H., Mainz</i>
12.30 – 13.00	Diskussion
Inanspruchnahme von Kindern für die Pflege der Eltern	
13.00 – 13.30	■ Die rechtliche Sicht <i>Ackermann-Sprenger, B., Stuttgart</i>
13.30 – 14.00	Diskussion
14.00 – 15.00	■ Zusammenfassung der Tagung, abschließende Worte <i>Losch, E., Frankfurt/Main</i>

Das Heidelberger Gespräch ist als Fortbildungsveranstaltung bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit 5 CME-Punkten für den 23.09.2020 und 7 CME-Punkten für den 24.09.2020 anerkannt. Weitere 3 CME-Punkte erhalten Sie für die Teilnahme an einer Begleitveranstaltung.

Tagungsort:

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ,
Im Neuenheimer Feld 280,
69120 Heidelberg

*Die 2. Begleitveranstaltung findet im
Marsilius Kolleg, Marsilius-Arkaden,
Im Neuenheimer Feld 130,
69120 Heidelberg, statt.

Hier direkt
anmelden:



**ATTRAKTIVER PREIS FÜR
FRÜHBUCHER UND ABONNENTEN!**

Anmeldung unter: www.heidelberger-gespraech.de

Kongressorganisation, Anmeldung und Auskunft:

Gentner Verlag • Frau Regina Schönfeld • Postfach 10 17 42 • 70015 Stuttgart

Telefon: 0711/63672-852 • Telefax: 0711/63672-711 • E-Mail: schoenfeld@gentner.de • www.heidelberger-gespraech.de

EDITORIAL

- 139 Fünf Jahre Präventionsgesetz: Was hat es gebracht?
Was wurde erreicht? **T. Nesseler**

PRAXIS

SCHWERPUNKT

- 142 Fünf Jahre Präventionsgesetz in Thüringen **M. Staats, U. Maercker**
- 146 Gesund am Arbeitsplatz – Eine Zwischenbilanz nach fünf Jahren
Präventionsgesetz **B. Schwarz**
- 150 Arbeits- und Gesundheitsschutz meets betriebliches Gesundheits-
management **W. Fischmann et al.**
- 155 Passgenaues betriebliches Gesundheitsmanagement – nichts leichter
als das? **R. Lösch et al.**
- 160 Erfahrungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Präventions-
gesetz? **M. Kücking**
- 164 Pro & Contra: Modellvorhaben Gripeschutzimpfungen in Apotheken
- 166 Gutes Sehen am Arbeitsplatz für eine ergonomisch gute Körperhaltung
M. Schmauder
- 169 Persönlicher Eindruck des Gutachters unabdingbar **R. Holtstraeter**

WISSENSCHAFT

- 176 Berufszufriedenheit in der Arbeitsmedizin – alles gut, nur keine Anerkennung?
Job satisfaction of company doctors – all is well except recognition? **N. Amler et al.**
- 186 Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse
der repräsentativen lidA-Studie
*Occupational health provision among workers in Germany – results of the
representative lidA study* **H.M. Hasselhorn et al.**

RUBRIKEN

- 192 Die DGAUM informiert
- 195 Der VDBW informiert
- 197 Meldungen
- 199 Buchbesprechung
- 200 Termine
- 201 Stellenmarkt
- 202 Themenschau
- 203 Impressum

Fünf Jahre Präventionsgesetz in Thüringen

PRÄVENTIONSGESETZ Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (Präventionsgesetz, PräVG) ist am 17.07.2015 in Kraft getreten. Bereits zu diesem Zeitpunkt planten die Thüringer Akteure die strategische Umsetzung auf Landesebene in Verbindung mit einem landespolitischen Prozess, der Etablierung einer Landesgesundheitskonferenz. Einige Sitzungen waren erforderlich, bevor am 07.04.2016 die Landesrahmenvereinbarung Thüringen im Rahmen der Auftaktveranstaltung der Landesgesundheitskonferenz unterzeichnet wurde. Neben dem § 20f SGB V – Landesrahmenvereinbarung – hat das PräVG aber noch viele weitere Impulse für die Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventionslandschaft in Deutschland und damit auch für Thüringen gegeben. Einen Einblick darüber soll dieser Artikel bieten. **Martin Staats, Uta Maercker**

Die Landesrahmenvereinbarung Thüringen – Umsetzung des § 20f SGB V

Die Landesrahmenvereinbarung Thüringen (s. „Weitere Infos“) realisiert die Umsetzung des zum 01.01.2016 vollständig in Kraft getretenen Präventionsgesetzes. Beteiligt sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), die Rentenversicherungsträger, die Unfallversicherungsträger, das Land Thüringen, vertreten durch das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen, die Regionaldirektion Sachsen-Anhalt Thüringen der Bundesagentur für Arbeit und die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde. Diese setzen sich gemeinschaftlich für eine gesamtgesellschaftliche Gesundheitsstrategie für Thüringen ein.

Konkretes Ziel der Landesrahmenvereinbarung ist es, die Menschen in Thüringen in ihren unterschiedlichen Lebenswelten (z.B. Kita, Schule, Hochschule, Beruf, Freizeit, Pflegeeinrichtungen) gezielt anzusprechen, für eine gesundheitsförderliche Lebensweise zu motivieren und die strukturellen Voraussetzungen dafür – unabhängig von ihrem Geschlecht oder ihrer sozialen Situation – zu schaffen sowie weiterzuentwickeln. Um die Nachhaltigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu erhöhen, sollen die schon bestehenden Netzwerke im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention weiter ausgebaut und die Akteure im Freistaat weiter vernetzt werden. Die Arbeit

aller Beteiligten prägt dabei das gemeinsame Ziel, die Umsetzung des Präventionsgesetzes so bedarfsgerecht, zielgruppenorientiert und wirkungsvoll wie möglich zu gestalten. Die bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR – integrierte Geschäftsstelle der Landesrahmenvereinbarung begleitet diesen Prozess, um in allen Lebensphasen und Lebenswelten die Themen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu stärken und trägerübergreifend zu realisieren.

Seit dem 01.07.2017 und bis zum 30.06.2020 setzen die Beteiligten der Landesrahmenvereinbarung zusammen mit dem Landessportbund Thüringen das Projekt „bewegte Kinder = gesündere Kinder“ um (s. „Weitere Infos“). Dieses erhebt die sensorische Leistungsfähigkeit bei Kindern der 3. Klassenstufe durch einen Bewegungstest im ersten Schulhalbjahr im Sportunterricht der jeweiligen Schule. Nach der Datenauswertung werden individuelle Empfehlungen zur Integration von Bewegung in den Alltag gegeben. Im zweiten Schulhalbjahr erfolgt regionalisiert ein Tag des Sports und der Gesundheitsförderung. An diesem stellen Sportvereine und unter anderem die Deutsche Gesellschaft für Ernährung ihre Angebote vor. Erste Ergebnisse zeigen, dass nicht nur Übergewichtigkeit, sondern auch Untergewichtigkeit Herausforderungen für Thüringer Kinder darstellen. Eine Verstärkung des Projekts auf Landesebene ist geplant.



Foto: AGETHUR

KONTAKT:

Martin Staats
Geschäftsstelle Landesrahmenvereinbarung
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen
e.V. – AGETHUR –
Carl-August-Allee 9
99423 Weimar
staats@agethur.de

Parallel können sich die Einrichtungen, die die Schulen unterstützen, besser vernetzen.

Aktuell bringt die Landesrahmenvereinbarung Thüringen eine selbst entwickelte Maßnahme in die Umsetzung. Das Projekt „Gesund alt werden“ wird in zwei Modellregionen die Schnittstelle zwischen Kommune, Quartier und Unternehmen bearbeiten. In einem bedarfsorientierten, transparenten und partizipativen Verfahren sollen Strukturen zum Thema Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auf kommunaler, Quartiers- und Unternehmensebene gefestigt, weiterentwickelt und miteinander verzahnt werden. Hierzu betreut eine externe Prozessbegleitung die Akteure bei der Umsetzung in den Regionen.

GKV-Bündnis für Gesundheit – Umsetzung des § 20a Abs. 3 und 4 SGB V

Das GKV-Bündnis für Gesundheit (s. „Weitere Infos“) ist eine bundesweite Struktur der gesetzlichen Krankenversicherungen, die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten umsetzt. Seit dem 01.01.2019 besteht ein Förderprogramm, bei dem bis Mitte 2020 Maßnahmen des kommunalen Strukturaufbaus beantragt werden können. Hierbei sind deutschlandweit etwa 200 Kommunen antragsberechtigt. Seit Mitte Juli 2019 bis Ende 2020 besteht die Möglichkeit, spezifische Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen (z. B. Alleinerziehende, Ältere Menschen, Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien etc.) zu beantragen. Insgesamt werden die Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich vulnerable Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation erprobt und konsolidiert. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist durch den GKV-Spitzenverband beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit umzusetzen. Als Beratungsorgan für den kommunalen Strukturaufbau steht der Projektträger Jülich und für die Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen stehen in jedem Bundesland „Programmambüros“ zur Verfügung.

Koordinierungsstelle der betrieblichen Gesundheitsförderung – Umsetzung des § 20b Abs. 3 SGB V

Mit der Koordinierungsstelle der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) setzen



Foto: chameleonseye/Getty Images

Die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kommune wird auch für die Zielgruppe der Arbeitslosen durch das Präventionsgesetz gestärkt, da sich Arbeitslosigkeit auf das subjektive Wohlbefinden, die psychische Integrität sowie auf die Morbidität und Mortalität auswirkt

die gesetzlichen Krankenversicherungen den Auftrag des PräVG aus dem § 20b Abs. 3 SGB V um. Darin werden die gesetzlichen Krankenversicherungen beauftragt, Unternehmen Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsleistungen zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung, unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen, zuteil werden zu lassen. Hierzu werden mit örtlichen Unternehmensorganisationen Kooperationsvereinbarungen geschlossen. Besonders Kleinst-, kleine und mittelständische Unternehmen sollen erreicht werden. Die Beratungsleistung erfolgt nach Anfrage des Unternehmens innerhalb von maximal zwei Werktagen durch die Berater der gesetzlichen Krankenversicherungen. Darüber hinaus werden auf der Internetseite (s. „Weitere Infos“) Informationen zur Verfügung gestellt, wie Unternehmen zu einem gesunden Unternehmen werden, es wird die Möglichkeit der Entwicklung von Einzelmaßnahmen zu einem ganzheitlichen Prozess – Betriebliches Gesundheitsmanagement – erörtert und es werden die einzelnen Handlungsfelder und Zielgruppen dargestellt.

Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung – § 20a Abs. 1 SGB V

Die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kommune wird unter anderem für die Zielgruppe von Arbeitslosen besonders durch das Präven-

tionsgesetz gestärkt. Es ist evident, dass Arbeitslosigkeit auf das subjektive Wohlbefinden, auf psychische Integrität sowie auf die Morbidität und schlussendlich die Mortalität Einfluss nimmt. Vor diesem Hintergrund sind die gesetzlichen Krankenversicherungen laut § 20a Abs. 1 SGB V angehalten, mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammenzuarbeiten. Hierbei ist das bundesweite Projekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung eine Kooperation zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen, der Bundesagentur für Arbeit, dem Deutschen Landkreistag und dem Deutschen Städtetag. In diesem Projekt werden sowohl die Beschäftigten der regionalen Arbeitsagenturen oder Jobcenter unter anderem in motivierender Gesprächsführung geschult. Dieser Kompetenzzuwachs soll den Beschäftigten ermöglichen, die arbeitslosen Menschen in gesundheitsorientierten Gesprächen für deren eigene Gesundheit zu sensibilisieren. Außerdem erhalten Arbeitsuchende vor Ort ein bedarfsgerechtes Angebotsportfolio an Maßnahmen, die ihre Gesundheit stärken und somit ebenfalls zu einer Wiedereingliederung in die Lebenswelt und in den Arbeitsmarkt beitragen sollen.

Einzelmaßnahmen aller Beteiligten/ Modellvorhaben – § 20g SGB V

Trotz des Anspruchs des PräVG, eine Koordination von Maßnahmen der Gesund-

heitsförderung und Krankheitsprävention im Speziellen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen durch die §§ 20ff SGB V und im Allgemeinen durch die § 20d SGB V, § 20e SGB V und § 20f SGB V für alle betreffenden Institutionen – die bundes- bzw. landesweit tätig sind – zu initiieren, bieten alle Akteure nach wie vor Einzelmaßnahmen an. Spezifisch kann hier § 20g SGB V genannt werden. Durch diesen werden die gesetzlichen Krankenversicherungen durch das Gesetz aufgefordert, Modellvorhaben zu initiieren, die die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessern. Darüber hinaus haben Unfallversicherung und Rentenversicherungen keinen zusätzlichen Präventionsauftrag durch das PrävG erhalten – außer die, die in §§ 20d ff SGB V definiert sind.

Weitere Impulse des PrävG

Die Kinder- und Jugendhilfe und die soziale Pflegeversicherung haben dagegen einen spezifischen Umsetzungsauftrag durch das PrävG erhalten, Gesundheitsförderung beziehungsweise Krankheitsprävention als integralen Bestandteil in die institutionellen Strukturen beziehungsweise die Arbeitsabläufe und für die spezifischen Zielgruppen zu implementieren. In der Kinder- und Jugendhilfe wurden beispielsweise gesundheitsbezogene Aspekte durch die Förderung von Gesundheitskompetenz in der Familie (§ 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII) und die Erteilung von Betriebserlaubnissen einer Einrichtung (§ 45 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB VIII) gestärkt. Auch in der sozialen Pflegeversicherung hat das PrävG durch den § 5 SGB X das Thema Prävention für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Von den über 0,30 EUR für Versicherte können in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nun Maßnahmen umgesetzt werden.

Das PrävG hat darüber hinaus Impulse im SGB V bezüglich der Selbsthilfe gesetzt. Hierbei wird über 1.– EUR für die Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen bereitgestellt. Ebenfalls wurde die Hebammenhilfe (§ 24d SGB V) gestärkt, in der nun feste Wochenbettbetreuungszeiten festgeschrieben sind und ärztliche Beratung bezüglich regionaler Unterstützungsange-

bote erfolgen kann. In der medizinischen und nichtmedizinischen Prävention sind beispielsweise die Bestimmungen der Versorgung mit Schutzimpfungen (§§ 20i und 132e SGB V), die betriebsärztliche Versorgung (§ 132f SGB V) oder die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (§§ 25 und 26 SGB V) novelliert wurden. All diese Einzelmaßnahmen sind auf Landesebene miteinander zu vernetzen. Ein exemplarisches Beispiel, wie das in Thüringen geschieht, wird im folgenden Absatz erläutert.

Vernetzung zwischen Landesrahmenvereinbarung und Landesgesundheitskonferenz in Thüringen

Die eingangs beschriebene Landesrahmenvereinbarung (LRV) und die Landesgesundheitskonferenz (LGK, s. „Weitere Infos“) sind zwei gesundheitspolitische Prozesse im Freistaat Thüringen, die gemeinsam für den Erhalt sowie die Steigerung von Lebensqualität für die dort spielenden, lernenden, arbeitenden sowie liebenden Menschen aller Lebensaltersstufen eintreten. Bereits die Initiierung dieser beiden Prozesse ist in einem symbolischen Akt der Vernetzung geschehen, denn: die Landesrahmenvereinbarung und der gesundheitspolitische Prozess speziell für Thüringen, die Landesgesundheitskonferenz Thüringen, wurden im selben Atemzug, am 07.04.2016, konstituiert. Die Landesgesundheitskonferenz und die Landesrahmenvereinbarung sind auf unterschiedlichen Ebenen miteinander vernetzte Prozesse für Thüringen. Die von der LGK erarbeiteten Gesundheitsziele bilden den Zielhorizont für die Umsetzung der Maßnahmen der LRV. Die Gremien sowie die bei einem Träger, der AGETHUR, installierten Geschäftsstellen dieser beiden Prozesse sind in ständigem Austausch miteinander sowie an einer qualitätsbasierten Weiterentwicklung ausgerichtet.

Aus der Landesgesundheitskonferenz heraus sind – nach der Zielentwicklung in den Jahren 2016 und 2017 – im Jahr 2018 und 2019 erste konkrete Maßnahmen formuliert worden, die im Zusammenwirken unterschiedlicher Mitgliedsinstitutionen der Landesgesundheitskonferenz auf Basis der verabschiedeten Gesundheitsziele entwickelt und umgesetzt werden. Diese werden in der Folge dargestellt:

Das Modellprojekt „Interventionskonzept betriebliche Suchtprävention“ verfolgt das Ziel, ein bedarfsgerechtes, passgenaues und nachhaltiges Maßnahmenpaket der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Setting Betrieb zu entwickeln. Das Maßnahmenpaket soll sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Elemente miteinander verknüpfen. Die Intervention besteht aus mehreren Komponenten. Aufbauend auf den Ergebnissen einer Bedarfsanalyse wird die Zielstellung für die Intervention im Rahmen der Konzeptentwicklung formuliert und konkretisiert. Bei der Bedarfserhebung werden Unternehmen in Thüringen mit 50 und mehr Beschäftigten, deren Geschäftsführungen, Personalverantwortliche, sofern vorhandene Beauftragte für Gesundheit und/oder Suchtfragen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, im weiteren Sinne auch Führungskräfte angesprochen. Diese Zielgruppen sollen partizipativ dazu beitragen, dass die Bedarfe der Intervention auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind. In den folgenden Phasen wird die Aufmerksamkeit zusätzlich auf die Fachkräfte aus dem Bereich der Suchthilfe in den Kommunen sowie freie Beraterinnen und Berater gelenkt. Durch die Ansprache der verschiedenen Zielgruppen kann sowohl inhaltlich als auch auf einer strukturellen Ebene gearbeitet werden. Ein mögliches Umsetzungsformat ist die Entwicklung von Fortbildungsmodulen für verschiedene Zielgruppen, die mit suchtspezifischen Themen in Thüringer Betrieben in Berührung kommen, wie zum Beispiel externe Fachkräfte, aber auch Beschäftigte oder Führungskräfte aus dem Unternehmen selbst. Im Rahmen des Transfers ist zu überprüfen, wie die Ergebnisse auf kleinere Unternehmen adaptiert und übertragen werden können. Das Modellprojekt wurde vom Präventionszentrum der SiT – Suchthilfe in Thüringen GmbH – in Kooperation mit der Thüringer Fachstelle Suchtprävention des Fachverbands Drogen- und Suchthilfe e.V. und dem IWT – Institut der Wirtschaft Thüringens GmbH – entwickelt und gemeinsam mit der AOK PLUS und dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in die Umsetzung gebracht.

Weitere Modellprojekte der Landesgesundheitskonferenz beschäftigen sich mit den Themen „Bewegung und Begegnung für

ältere Menschen im Quartier“ und „Mundgesundheit im Alter“.

Das oben im Text beschriebene, in der Landesrahmenvereinbarung Thüringen entwickelte Projekt „Gesund alt werden“ orientiert sich ebenfalls an den Thüringer Gesundheitszielen und wird durch Mitgliedsinstitutionen der LGK in die Umsetzung gebracht. Die Zusammenarbeit beider Prozesse im Rahmen dieses Projekts ist ein Beispiel dafür, dass die Verknüpfung der Strukturen und Aktivitäten im Rahmen des Präventionsgesetzes mit einem gesundheitspolitischen Prozess auf Ebene eines Bundeslandes neue Synergien für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention entfalten kann. ■

Interessenkonflikt: Der Erstautor und seine Koautorin geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

WEITERE INFOS



Landesrahmenvereinbarung
Thüringen
www.lrv-thueringen.de



Programm „bewegte Kinder
= gesündere Kinder“
<https://www.thueringen-sport.de/unsere-themen/kinder-und-jugendsport/bewegte-kinder-gesuendere-kinder/?L=0>



KOBAGS – Koordinierung von
Beratung und Angeboten für
Gesunde Schulen in Thüringen
<https://www.kobags.de/>



GKV-Bündnis für Gesundheit
www.gkv-buendnis.de



BGF-Koordinierungsstelle
www.bgf-koordinierungsstelle.de



Landesgesundheitskonferenz
Thüringen
www.lgk-thueringen.de

1895 – 2020

Ihr kompetenter Partner in der
Arbeitsmedizin – seit 125 Jahren



125 YEARS
OCULUS®

TRADITION MEETS INNOVATION SINCE 1895

www.oculus.de

Gesund am Arbeitsplatz

Eine Zwischenbilanz nach fünf Jahren Präventionsgesetz

BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG Mit dem am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz soll die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld gestärkt werden. Ein Fokus liegt dabei auf der betrieblichen Gesundheitsförderung. Fünf Jahre später ist es Zeit, Bilanz zu ziehen. **Birte Schwarz**

Mit über 45 Millionen Beschäftigten in Deutschland ist der Arbeitsplatz das größte Setting, um Menschen mit präventiven Maßnahmen zu erreichen. Der Bedarf ist vorhanden – in Zeiten rasanten technologischen Wandels, der demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden Fachkräftemangels belasten krankheitsbedingte Ausfälle die Unternehmen zunehmend. Hinzu kommt: Wo früher oft das Gehalt ausschlaggebend war, spielen heute weiche Faktoren für Beschäftigte eine immer wichtigere Rolle. Dazu gehören flexible Arbeitszeit- und Arbeitsortmodelle, eine moderne Unternehmenskultur und die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Firmen erkennen Letztere zunehmend als Instrument zur Fachkräftesicherung und zum Gewinnen

neuen Personals. Darüber hinaus sind gesunde Beschäftigte motivierter, was letztlich die Wirtschaftlichkeit der Unternehmen steigert. Nicht zu unterschätzen sind auch die wirtschaftlich zu erzielenden Effekte, weil gesunde Beschäftigte in der Regel mit wesentlich mehr Motivation ihrer Arbeit nachgehen.

Unternehmen haben den Wert der Ressource „Mensch“ erkannt; viele arbeiten seit Jahren mit gesetzlichen Krankenkassen oder anderen Akteuren in Sachen BGF zusammen. Das Präventionsgesetz hat die Krankenkassen weiter in den Fokus der Verantwortung beim Thema BGF gerückt: Nach §20b SGBV sollen die Krankenkassen die BGF maßgeblich umsetzen und mit den Unfallversicherungsträgern sowie mit den für Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammenarbeiten – unter besonderer Berücksichtigung von kleinen und mittelständischen Unternehmen.

Die Weiterentwicklung der Präventionsstrategie erfolgt in einer Nationalen Präventionskonferenz. Deren Träger sind die gesetzliche Krankenversicherung, die deutsche gesetzliche Unfallversicherung, die deutsche Rentenversicherung und die soziale Pflegeversicherung. Die Bundesagentur für Arbeit, kommunale Spitzenverbände, Sozialpartner, Patientenvertretungen, Bund und Länder sind mitberatend beteiligt. Außerdem hat die private Krankenversicherung das Stimmrecht für die Nationale Präventionskonferenz erhalten. Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie wiederum sind in allen Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen geschlossen worden, oft mit unterschiedlichen Partnern. So sind im Bereich der BGF neben der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörde und der gesetzlichen Krankenversicherung weitere Sozialversicherungsträger, die Bun-



KONTAKT:

Birte Schwarz, M.A.
Fachreferentin Prävention
BARMER
Lichtscheider Str. 89
42285 Wuppertal

birte.schwarz@barmer.de

Foto: privat

desagentur für Arbeit, kommunale Spitzenverbände und Unternehmensorganisationen in einzelnen Gremien vertreten, die je nach Bundesland unterschiedlich strukturiert sind (➔ **Abb. 1**).

Der wachsende Stellenwert der Prävention insbesondere in der betrieblichen Lebenswelt zeigt sich deutlich in den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung: Während im Jahr 2012 die Krankenkassen für „Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach §20b SGBV und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach §20c SGBV“ noch rund 46,1 Millionen Euro zahlten, waren es fünf Jahre später bereits rund 158,1 Millionen Euro – mehr als dreimal so viel.

Online-Portal zur BGF-Beratung für kleine und mittlere Unternehmen

Zum Zweck, insbesondere kleine und mittlere Unternehmen zu erreichen, hat die gesetzliche Krankenversicherung in allen Bundesländern gemeinsame regionale Koordinierungsstellen eingerichtet. Das Onlineportal der Koordinierungsstellen (s. „Weitere Infos“) bietet Unternehmen einen niedrighschwelligem Zugang zu Beratung und Unterstützung durch die gesetzlichen Krankenkassen. In den einzelnen Bundesländern

INFO

BGF VERSUS BGM

Die **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)** zielt darauf, dass Beschäftigte ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erreichen und damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt werden. Beispielsweise durch Einbezug der Arbeitsumgebung, der Arbeitsorganisation, der Sozialbeziehungen oder durch ein unterstützendes Umfeld können Unternehmen dazu beitragen, die Ressourcen der Beschäftigten zu stärken, um deren Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden langfristig zu fördern und zu erhalten.

BGF ist als Teil des **Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)** zu verstehen. Zum BGM gehören neben der BGF auch der Arbeitsschutz, das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und präventive medizinische Leistungen. Beim BGM werden Rahmenbedingungen entwickelt sowie Prozesse und Maßnahmen aus allen Teilbereichen strukturiert gesteuert.

Gesundheitspolitische Strukturen in Thüringen

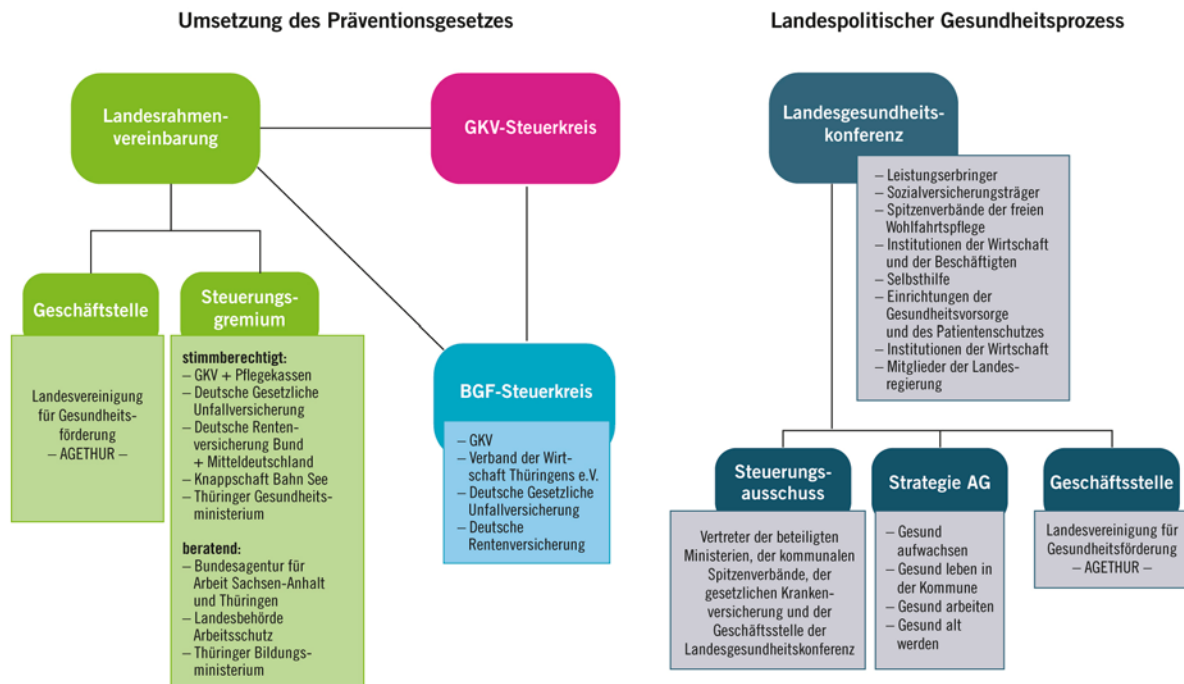


Abb. 1: Die durch das Präventionsgesetz in den Bundesländern entstandenen Strukturen sind heterogen und komplex, wie das Beispiel Thüringen zeigt (Quelle: BARMER)

betreut die gesetzliche Krankenversicherung das Portal unter anderem gemeinsam mit anderen Sozialversicherungsträgern und bisher bundesweit 60 Unternehmensorganisationen. Interessierte Unternehmen können sich über das Portal direkt an eine Krankenkasse wenden oder sich über ein Kontaktformular die qualitätsgesicherte, wettbewerbsneutrale und kostenlose Beratung einer Krankenkasse vermitteln lassen. Seit Start des Portals im Mai 2017 sind bis November 2019 bundesweit 4560 Kontaktaufnahmen übermittelt worden. Rund 40 Prozent der anfragenden Unternehmen waren kleine und mittlere Unternehmen mit bis zu 49 Beschäftigten. Rund 30 Prozent der Anfragen kamen von kleinen und mittleren

INFO

Die Zahl der über die BGF-Koordinierungsstelle erreichten Unternehmen gibt keinen direkten Aufschluss über die Anzahl nachfolgend durchgeführter Maßnahmen oder der erreichten Personen.

Im gesamten Präventionsziel „Gesund leben und arbeiten“ haben die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2017 rund 1,9 Mio. Erwerbstätige erreicht.

Unternehmen mit 50 bis 248 Beschäftigten. Die Erfolgsquote des Portals erscheint angesichts der Gesamtzahl von rund 17 700 Betrieben bundesweit eher gering. Ursache könnte unter anderem der nach wie vor zu geringe Bekanntheitsgrad des Portals sein. Tatsächlich arbeiten aber ohnehin viele Unternehmen bereits mit Krankenkassen oder anderen Akteuren der BGF zusammen. Das Onlineportal stellt also lediglich einen weiteren Zugangsweg dar. Nichtsdestotrotz ist die Zahl von kleinen und mittleren Unternehmen, die sich in der BGF engagieren, noch gering. Woran liegt das und welcher Lösungsansatz kann funktionieren?

BGF in kleinen und mittleren Unternehmen – Hindernisse und Chancen

Auswertungen haben ergeben, dass sich insbesondere kleine und mittlere Unternehmen schlecht über Themen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes informiert fühlen. Die Struktur eines Kleinbetriebs kann zudem erhebliche Schwierigkeiten beim Umsetzen gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen mit sich bringen: knappes Zeitmanagement, stärkere Auswirkungen von personalen Ausfällen oder ein höheres finanzielles Risiko. Die Erfahrung zeigt jedoch,

INFO

Weitere Informationen zum Projekt unter www.gesund-arbeiten-in-thueringen.de

dass BGF auch in kleinen und mittelständischen Betrieben gelingen kann. Die BARMER hat aus diesem Grund 2017 zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) ein Modellprojekt nach §20g SGB V gestartet. Die Ergebnisse von „Gesund arbeiten in Thüringen“ sollen bundesweit übertragen werden können. Ziel ist es, mehrere Unternehmen in Netzwerken zu bündeln, um gemeinsam an der Umsetzung eines nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagements zu arbeiten, das Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Arbeitsmedizin verbindet. Durch den Erfahrungsaustausch im Netzwerk lassen sich Wissen, Kompetenzen und nicht zuletzt Ressourcen bündeln; die Kooperationspartner DGAUM und BARMER liefern fachliche Expertise und im Miteinander wird das Thema Gesundheit vorangebracht. So lassen sich für kleine und mittlere Unternehmen Schritte einleiten, die diese im Alleingang nur schwerlich angehen könnten (s. auch „Weitere Infos“).



Für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung im Betrieb, ist es wichtig, Unternehmensleitung und Beschäftigte aktiv in den Prozess einzubeziehen

Erste Erkenntnisse haben gezeigt, dass Transparenz und offener Austausch im Netzwerk für die Teilnehmenden einen wesentlichen Benefit darstellen. Aus den teilnehmenden Firmen selbst wird außerdem bestätigt, wie immens wichtig es ist, dass die Unternehmensleitung hinter den Bemühungen steht und die Gesundheit als Teil der gelebten Unternehmenspolitik versteht. Umgekehrt wollen aber auch die Beschäftigten gefragt werden, statt ein Konzept „von oben“ diktiert zu bekommen. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist es also unabdingbar, beide Seiten aktiv in den Prozess einzubeziehen. Dies kann beispielweise durch Befragungen zur Bedarfsanalyse geschehen.

Die Herausforderungen bestehen für die drei im Januar 2019 gegründeten Modellnetzwerke in Ost-, Mittel- und Südthüringen insbesondere darin, konkrete Maßnahmen umzusetzen. Welches Unternehmen kann Räumlichkeiten zur Verfügung stellen? Wird den Beschäftigten die Teilnahme als Arbeitszeit anerkannt? Wie kann das Tagesgeschäft aufrecht erhalten bleiben? Dies sind nur einige der Fragen, die jedes Unternehmen für sich selbst individuell beantworten muss. Wie die Umsetzung in der Praxis funktionieren kann, erforscht das Modellvorhaben noch bis 2021.

Die „neue“ Rolle des betriebsärztlichen Dienstes – Impfungen und Einsatz digitaler Services im Betrieb

Auch Betriebsärztinnen und -ärzte werden durch das Präventionsgesetz in die Pflicht genommen und erhalten den klaren Versorgungsauftrag innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung,

auch nicht beruflich induzierte Impfungen durchzuführen und sie mit den Krankenkassen abzurechnen.

Als erste Krankenkasse hat die BARMER daher einen Vertrag mit der DGAUM geschlossen, der es ermöglicht, dass sich versicherte Personen direkt am Arbeitsplatz impfen lassen. Ein Abrechnungsdienstleistungsunternehmen bietet dem betriebsärztlichen Dienst ein elektronisches und datengestütztes Abrechnungsverfahren und somit eine wirtschaftlich effiziente Möglichkeit, die Leistungen mit allen Krankenkassen abrechnen zu lassen. Damit können Betriebsärztinnen und -ärzte erstmals ihren Versorgungsauftrag flächendeckend auch im Feld der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Seit Januar 2019 können Beschäftigte so Arzttermine und Arbeitszeiten einfacher unter einen Hut bringen. Den Betrieben entstehen für die Impfung keinerlei Kosten, da die am Vertrag beteiligten Kassen die Kosten vollumfänglich übernehmen. Ziel ist es, weitere der rund 12 500 Fachärztinnen und -ärzte für Arbeitsmedizin oder mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin in Deutschland für den Vertrag zu gewinnen und so die Impfquoten zu erhöhen. Die BARMER vervollständigt das Angebot für ihre Versicherten mit einem digitalen Impfplaner, der den aktuellen Impfstatus anzeigt, beruhend auf den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission vor drohenden Lücken warnt und an Auffrischungsimpfungen erinnert.

Da digitale Services auch in der ärztlichen Versorgung und der Prävention einen immer höheren Stellenwert einnehmen, unterstützt die BARMER die haus- und be-

INFO

#REGIONALSTARK – BARMER UNTERSTÜTZT ÄRZTINNEN UND ÄRZTE BEI DER DIGITALEN PATIENTENVERSORGUNG

Die digitale Toolbox stellt Haus- und Betriebsärztinnen und -ärzten ein überschaubares Portfolio von elf Gesundheits-Apps vor. Alle Apps stärken das Selbstmanagement der Erkrankten und enthalten weder Diagnose- noch Therapieempfehlungen. Ausführlichere Informationen bietet die Pilot-Website für ärztliches Fachpersonal (s. „Weitere Infos“).

triebsärztliche Versorgung mit einem zusätzlichen Angebot, der digitalen Toolbox. Schon 45 Prozent der Patientinnen und Patienten, die ein Smartphone besitzen, nutzen heutzutage Gesundheits-Apps, beispielsweise um sich vor einem Arzttermin auf diesen vorzubereiten. Für die Ärztinnen und Ärzte ist es umgekehrt schwierig nachzuvollziehen, woher die Patientinnen und Patienten ihre Informationen haben. Kein Wunder: Bei über 350 000 Gesundheits-Apps ist es unmöglich, einen Überblick zu behalten und Empfehlungen auszusprechen. Zusammen mit Hausärztinnen und -ärzten hat die BARMER daher einen Webservice entwickelt, der dem ärztlichen Fachpersonal ein ausgewähltes App-Portfolio zur Verfügung stellt. Anforderungen an die Apps sind, dass die Inhalte fachlich korrekt und gebrauchstauglich sein müssen, außerdem müssen die Anwendungen den Betroffenen kostenlos und versicherungsunabhängig zur Verfügung stehen. Die Empfehlungen der Apps von haus- oder betriebsärztlicher Seite sollen das Selbstmanagement der Versicherten stärken und können zusätzlich die Arzt-Patienten-Beziehung bereichern. So kann der Einsatz der Toolbox einen weiteren Mehrwert im Feld der Prävention leisten (s. Infokasten oben).

Pflegepersonal: Mit Prävention gegen den Fachkräftemangel?

Ab 2019 sind von den Krankenkassen in der BGF jährlich 3,15 Euro pro versicherter Person zu verausgaben. Mit Einführung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes muss von diesem Betrag 1,00 Euro pro versicherter Person in die BGF von Pflegekräften in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen fließen.

Es steht außer Frage, dass Pflegekräfte besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Neben den körperlichen Anforderungen des Berufes spielen auch psychische Belastungen eine ernstzunehmende Rolle. Im Jahr 2017 waren 3,41 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Dem standen im gleichen Jahr rund 390 300 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten sowie 764 600 Beschäftigte in stationären Einrichtungen gegenüber. Die BGF in der Pflege wird angesichts der steigenden Zahl Pflegebedürftiger und einem zunehmenden Mangel an entsprechendem Fachpersonal eine immer wichtigere Rolle spielen. Deshalb gibt es bereits Angebote im Kranken- und Pflegebereich, beispielsweise das Programm „Gesunder Start – Pflegeedition“ von der BARMER.

Eine große Herausforderung ist, dass es vielfach noch an den notwendigen betrieblichen Steuerungsstrukturen für eine funktionierende und qualitätsgestützte Präventionsarbeit in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen fehlt. Wichtig ist zudem, dass auch die Einrichtungen für die Umsetzung dauerhaft Ressourcen bereitstellen.

Fazit

Prävention und Gesundheitsförderung haben durch das Präventionsgesetz eine starke Aufwertung erhalten. Der Ausbau der Gesundheitsförderung – nicht nur in Betrieben, sondern auch in anderen Lebenswelten wie Kita, Schule oder Pflegeheim – muss

jedoch gesamtgesellschaftlich organisiert und finanziert werden. Die im Präventionsgesetz festgelegte einseitige Finanzierung der Prävention in den Lebenswelten durch die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung ist nicht sachgerecht, denn wesentliche Faktoren liegen außerhalb des Einflussbereichs der Träger, beispielsweise in der Arbeits- oder Bildungspolitik. Gerade in der Zusammenarbeit bei der regionalen BGF-Koordinierungsstelle ist eine stärkere Vernetzung verschiedener Akteure, besonders bezüglich der Leistungen der Renten- und Unfallversicherung, maßgebend für den Mehrwert für die anfragenden Unternehmen.

Abgesehen von Finanzierungsfragen bietet das Präventionsgesetz aber auch viele Chancen, insbesondere im Rahmen von Modellprojekten Lösungsansätze für kleine und mittelständige Unternehmen zu erarbeiten. Festzuhalten bleibt dabei, dass auch Arbeitgeber mit ihren Bemühungen zum nachhaltigen Umsetzen von BGF-Maßnahmen letztlich zwar Anreize für die Belegschaft schaffen können, dies aber kein Garant zum Erreichen aller Beschäftigten ist. Nichtsdestotrotz liegt der Mehrwehrt von BGF zur Gesunderhaltung der Beschäftigten, Steigerung der Zufriedenheit und Motivation und nicht zuletzt zum Ausbau des Unternehmens-Images auf der Hand.

Hinsichtlich der betriebsärztlichen Rolle ist festzuhalten, dass diese eine immer wichtigere Stellung in der Versorgung einnimmt. Die Zahl derjenigen Betriebsärztinnen und -ärzte, die Impfungen im Betrieb durchführen, sollte aus diesem Grund ausgebaut werden.

Im Bereich der BGF in der Pflege ist die Quotierung von 1,00 Euro je versicherter Person nicht zielführend. Zum einen liegt hier eine Ungleichbehandlung zwischen verschiedenen Branchen und Berufsgruppen vor, denn auch andere Branchen sind durch hohe arbeitsbedingte Belastungen und Krankenstände gekennzeichnet, beispielsweise der Baubereich, das Transportgewerbe oder der Handel. Die Möglichkeit, dass auch andere Branchen nach Mindestquoten für die BGF verlangen, ist naheliegend. Hinzu kommt, dass der gesetzlich festgelegte Gesamtbetrag der Präventionsmittel der Krankenkassen nicht angehoben wurde, weshalb die Kassen ihre Aktivitäten im Bereich der Individualprävention zurückfahren müssen. ■

Interessenkonflikt: Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Symposium „5 Jahre Präventionsgesetz – Schwerpunkt BGF“

Freitag, 13. März 2020, 08:45 bis 10:45 Uhr
Klinikum der Universität München, Campus Großhadern

Veranstaltung im Rahmen der Jahrestagung der DGAUM (www.dgaum.de/termine/jahrestagung)

WEITERE INFOS

Hildebrandt S, Sörensen J, Marschall J (IGES Institut GmbH): Evaluation der BGF Koordinierungsstellen – Kurzbericht für die Kooperationsgemeinschaft der BGF-Koordinierungsstellen, Berlin, Juni 2019
https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/wp-content/uploads/2019/07/2019-06-20_Kurzbericht_BGF-RKS_final.pdf



GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI, Berlin, August 2018
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf



Die Nationale Präventionskonferenz: Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V, Juni 2019
<https://www.npk-info.de/>



BGF-Koordinierungsstelle
www.bgf-koordinierungsstelle.de



BARMER: Toolbox zur digitalen Patientenversorgung für Hausärzte
<https://digitale-toolbox-hausarzt.barmer.de/>



Informationen zum Projekt „Gesund arbeiten in Thüringen“
www.gesund-arbeiten-in-thueringen.de



INFO

VERHALTENS- UND VERHÄLTNISPRÄVENTION

Bei der **Verhaltensprävention** beziehungsweise Individualprävention steht das individuelle Gesundheitsverhalten des Menschen im Fokus. Risikofaktoren für die Gesundheit wie Rauchen, Bewegungsmangel oder Fehlernährung sollen durch Maßnahmen reduziert und die Kompetenz zur eigenen Gesundheit gestärkt werden.

Die **Verhältnisprävention** zielt auf die Rahmenbedingungen ab, die beispielsweise am Arbeitsplatz, Einfluss auf die Gesundheit haben. Da die äußeren Verhältnisse außerhalb des Einflusses der Beschäftigten liegen, wird eine gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Bedingungen verfolgt, beispielsweise die Organisationsentwicklung in Betrieben.

Arbeits- und Gesundheitsschutz meets betriebliches Gesundheitsmanagement

Netzwerke für Kleinst-, kleine und mittlere Unternehmen am Beispiel des Modellvorhabens „Gesund arbeiten in Thüringen“ (GAIT) in Thüringen

BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT In der Forschung und Praxis finden sich zunehmend Arbeiten und Konzepte, wie ein funktionierendes und nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) auch für kleine und mittlere Unternehmen möglich ist. Verpflichtungen aus Arbeits- und Gesundheitsschutz wird dabei allerdings nicht immer nachgekommen. Dies trifft noch mehr auf Kleinstunternehmen zu. Im Rahmen des Modellvorhabens „Gesund arbeiten in Thüringen“ wurden mit Kleinst-, kleinen und mittleren Unternehmen Netzwerke initiiert, die sich gezielt dem Aufbau von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie eines BGM widmen. **Wolfgang Fischmann et al.**

Einleitung

Begriffe wie betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) finden sich in Kombination mit kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) in der Literatur mittlerweile vielfach. Der Fokus liegt hierbei oftmals auf den Herausforderungen, die KMU vor allem im Vergleich zur Großindustrie bei der Etablierung und Implementierung eines systematischen und nachhaltigen BGM haben (Beck 2015; Fischmann 2019, 2020).

Zu Recht werden hierbei mangelnde finanzielle oder personelle Ressourcen erwähnt (Schäfer 2016; Fischmann 2020), wodurch Zuständigkeiten entweder bei der Geschäftsleitung selbst oder bei Beschäftigten aus anderen Tätigkeitsbereichen liegen oder gewisse Themenfelder trotz etwaiger Handlungsrelevanz unbedient bleiben.

Diese Herausforderungen erfahren eine starke Zuspitzung bei Kleinstunternehmen. Allerdings existieren für diese Unternehmensgrößen weitaus weniger Forschungsergebnisse und Literatur. Mit teilweise unter 10 Beschäftigten haben Kleinstunternehmen selbst bei prinzipieller Relevanz meist nicht die Möglichkeit, Themenbereiche des BGF oder BGM gezielt umzusetzen. Neben den mangelnden Ressourcen bilden kleine Zielgruppen für etwaige Maßnahmen eine schwierige zu bewältigende Hürde.

Sowohl für KMU als auch für kleinste, kleine und mittlere Unternehmen (KKMU) gilt allerdings nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Gesetzgebung (u. a. ArbSchG, ASiG SGBV etc.), dass vor der Umsetzung einer BGF oder eines BGM beziehungsweise von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz zu erfüllen sind: Hierzu zählen beispielsweise die Verpflichtungen, einen betriebsärztlichen Dienst zu bestellen, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit zu haben oder Gefährdungsbeurteilungen regelmäßig durchzuführen. Vorgaben, die zwar eine zusätzliche Belastung darstellen, aber gesetzlich vorgeschrieben sind.

Der nachfolgende Beitrag möchte anhand des Beispiels „Gesund arbeiten in Thüringen“ (GAIT) aufzeigen, wie Arbeits- und Gesundheitsschutz und betriebliches Gesundheitsmanagement durch die Unterstützung von Netzwerken auch in Kleinst-, kleinen und mittleren Unternehmen effizienter aufgebaut und implementiert werden können sowie welche Vorteile, Möglichkeiten und Herausforderungen mit dieser Netzwerkausrichtung verbunden sind.

GAIT-Netzwerke

Im Rahmen des Modellvorhabens „Gesund arbeiten in Thüringen“ nach §20g des SGBV (Präventionsgesetz) wurden 2018 in



Foto: privat

KONTAKT:

Wolfgang Fischmann, M.A.
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg
Institut und Poliklinik
für Arbeits-, Sozial-
und Umweltmedizin
Leiter des Bereichs
Public Health
Schillerstraße 29
91054 Erlangen
wolfgang.fischmann@fau.de

Thüringen drei Unternehmensnetzwerke mit insgesamt 32 KKMU aus den Branchen Dienstleistung, Handel, Gesundheits- und Sozialwesen und verarbeitendes Gewerbe gegründet. Die Unternehmen setzen sich wie in **► Tabelle 1** ersichtlich zusammen.

Gesamtziel des Vorhabens und somit der Netzwerke ist langfristig über die Etablierung eines BGM beziehungsweise einer BGF verbesserte Gesundheitsförderung und -prävention von Beschäftigten in den Betrieben zu ermöglichen. Somit richte(te)n sich die Netzwerke vorwiegend an (K)KMU, die bezüglich ihrer gesundheitspräventiven Aktivitäten noch „am Anfang stehen“. Da vor einer funktionierenden BGF oder einem systematischen BGM allerdings die gesetzlichen Vorgaben des Arbeits- und Gesund-

KOAUTORENSCHAFT

An der Erstellung des Beitrags beteiligt waren Regina Lösch, M.Sc., und Prof. Dr. med. Hans Drexler, beide Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg sowie Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM).

heitsschutzes einzuhalten sind, wurde zu Beginn in Form von teilstrukturierten telefonischen Interviews mit den Unternehmen der Status geklärt.

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Wie in **➔ Tabelle 2** ersichtlich, haben 41 % der teilnehmenden Unternehmen keinen betriebsärztlichen Dienst, 47 % keine Fachkraft für Arbeitssicherheit und 31 % keine Sicherheitsbeauftragten. Ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement führen 16 % nicht durch, Gefährdungsbeurteilung 28 % nicht.

Bei den Nachfragen zur Zufriedenheit mit dem betriebsärztlichen Dienst waren 77 % derer, die eine Betriebsärztin oder einen Betriebsarzt haben, mit diesen mittelmäßig, weniger oder unzufrieden. Insgesamt erhofften sich 53 % der teilnehmenden Unternehmen im Rahmen von GAIT Unterstützung bei der Vermittlung eines betriebsärztlichen Dienstes, 78 % konnten sich darüber hinaus eine ergänzende telematische arbeitsmedizinische Betreuung vorstellen.

47 % aller Unternehmen führten keine Beurteilung der psychischen Belastung durch, wie es nach §5 ArbSchG seit 2013 vorgeschrieben ist.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements gaben nur 6 der 32 Unternehmen an, nicht tätig zu sein. Bei Nachfragen zu diesen Themenfeldern berichteten 12 Unternehmen, eine Bedarfsermittlung durchzuführen und insgesamt 28 Unternehmen sahen sowohl die Themenfelder BGF/BGM als auch die zugehörigen Möglichkeiten zur Förderung als ein relevantes Thema für die Netzwerkarbeit.

Netzwerkarbeit

Im Rahmen des Modellvorhabens finden sich die teilnehmenden Unternehmen vierteljährlich zu Netzwerktreffen in ihren Regionen zusammen (Süd-, Mittel- und Ost-

Tabelle 1: Anzahl Unternehmen in GAIT nach Anzahl der Beschäftigten

Unternehmensgröße (Anzahl Beschäftigte)	Anzahl Unternehmen in GAIT-Netzwerken
bis 10	9
11–20	8
21–50	3
51–100	3
101–250	4
über 250	5

Tabelle 2: Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Unternehmen

	Vorhanden (Anzahl Unternehmen)	Nicht vorhanden (Anzahl Unternehmen)
Betriebsärztinnen/-ärzte	19	13
Fachkräfte für Arbeitssicherheit	17	15
Sicherheitsbeauftragte	22	10
Durchführung Gefährdungsbeurteilung	23	9
BEM	27	5
BGF/BGM	26	6
BGF/BGM Bedarfsermittlung	12	13

thüringen). Diese werden rotierend bei den teilnehmenden Unternehmen abgehalten, so dass dadurch ein intensiveres Kennenlernen unter anderem durch flankierende Unternehmensführungen ermöglicht wird. Die inhaltlichen Ausrichtungen der Netzwerktreffen definieren sich einerseits entlang des Bedarfs der Unternehmen, andererseits entlang der Grundausrichtung des Modellvorhabens Prävention, Arbeits- und Gesundheitsschutz und BGM. Je nach Themenfeld werden in den 2- bis 3-stündigen Netzwerktreffen Vortragende zu Spezialgebieten eingeladen, eigenständig Inhalte erarbeitet und sich über Erfahrungen bezüglich einzelner Maßnahmen ausgetauscht. Aufgrund der Tatsache, dass bei der Darstellung der eigenen Erfahrung gleichsam fördernde wie hemmende Bestandteile einzelner Maßnahmen erwähnt werden, führt dies zu einem intensiveren voneinander Lernen. Dieser offene Austausch wurde auch von den teilnehmenden Unternehmen im Rahmen einer Netzwerkevaluation begrüßt.

Hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und den zu erfüllenden Gesetzesvorgaben zeigte sich bei der Erhebung des Status quo bereits eine große Hetero-

genität (s. Tabelle 2). Diese Heterogenität wiederholte sich beim genannten Bedarf bezüglich BGF/BGM, die in den Unternehmen von gar nicht vorhanden bis bereits sehr ambitioniert etabliert beziehungsweise implementiert reichte.

Um dieser heterogenen Bedarfslage gerecht zu werden, wurden in Abhängigkeit vom Thema flankierende Zusatzangebote geschaffen wie Vorträge oder Workshops, zu denen sich die interessierten Unternehmen anmelden konnten (**➔ Abb. 1**). So wurde sichergestellt, dass im Rahmen von Netzwerktreffen die Unternehmen mit höherem Wissensstand nicht unnötig informiert und umgekehrt die Unternehmen mit entsprechendem Wissensdefizit bedient werden.

Zum gezielten Aufbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden neben entsprechender thematischer Behandlung in den Netzwerktreffen Bedarfsanalysen in jedem einzelnen Unternehmen individuell angeboten und durchgeführt. Diese Analysen fanden in Form von Gefährdungsanalysen psychischer Belastungen als Vollbefragungen der Beschäftigten statt und vereinten somit gleichzeitig mehrere Aspekte:

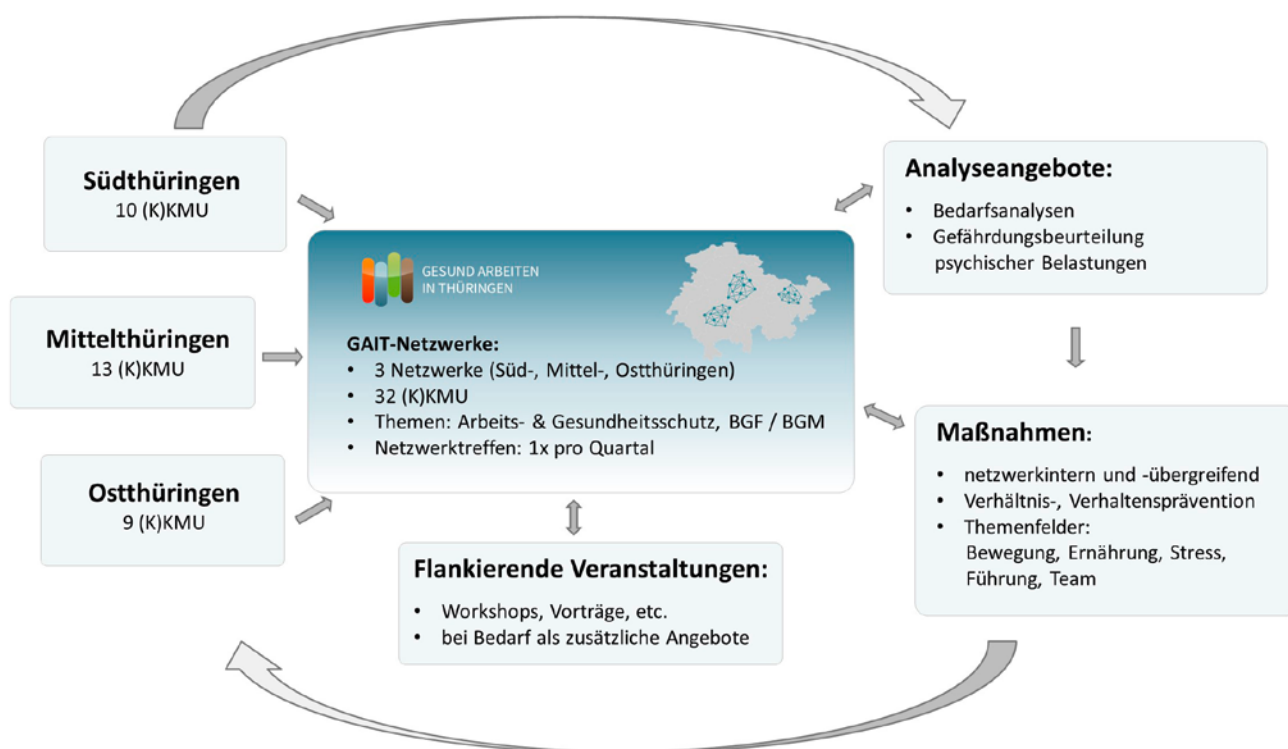


Abb. 1: GAIT-Netzwerkkonzept (eigene Darstellung)

- Ermittlung des konkreten Bedarfs im Rahmen einer Gesundheitsförderung (psychisch und physisch) sowohl individuell für jedes Unternehmen als auch für das gesamte Netzwerk,
- Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen als Teil der Gefährdungsbeurteilung (§5 ArbSchG),
- Durchführung der Bedarfsanalyse im Kontext eines strukturierten Vorgehens hinsichtlich zielgerichteter Maßnahmenangebote zur Gesundheitsförderung (strukturiertes und nachhaltiges BGM).

Da diese Analysen in mehrfacher Hinsicht einen zentralen Bestandteil im Rahmen des Modellvorhabens darstellten, wurden bei den Netzwerktreffen die Unternehmen angeleitet, auf welche wichtigen Details sie bei der Durchführung zu achten hatten und wie sie mit den erstellten Ergebnisberichten Handlungsbedarfe identifizieren, Maßnahmen ableiten und interne Ergebnisse kommunizieren konnten. Ebenfalls für die Netzwerkarbeit wurden die Ergebnisse der Unternehmen zur Ableitung und Bildung eines Maßnahmenangebots herangezogen.

Auch hier zeigte sich erneut ein heterogener Handlungsbedarf. Daher wurde der Synergieaspekt von Netzwerken genutzt: So wurde ein größeres Paket an Maßnahmen gebildet, das speziell für Klein- und Kleinunternehmen alleine ohne die Unterstützung des Netzwerks nicht realisierbar gewesen wäre. Im Netzwerk war dies jedoch möglich, da sich mehrere Unternehmen die Maßnahmen „teilen“ konnten und können (→ Abb. 2).

Erwartungen an Netzwerke

Der Beitritt eines Unternehmens in ein Netzwerk ist in der Regel mit konkreten Erwartungen verbunden. Im Fall der GAIT-Netzwerktauschung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie zum betrieblichen Gesundheitsmanagement war der Hauptgrund, den oben genannten Defiziten hinsichtlich der Gesetzesvorgaben zu begegnen. So konnte den suchenden Unternehmen weiterführende Unterstützung bei der Vermittlung von arbeitsmedizinischer Betreuung gegeben sowie über die Netzwerktreffen mittels der flankierenden Workshops die Bedarfe zu den Themen Gefährdungsbeurteilung, betriebliches Wiedereingliede-

rungsmanagement und Wissen über Arbeitsschutz, Dokumentationen und Kontrollen initial gedeckt werden.

Im Rahmen der Maßnahmenableitungen und des Initiierens eines BGM wurden bewusst die Beschäftigten der Unternehmen in den Fokus gerückt. Denn bei den zuvor genannten Themenbereichen profitieren zwar die Beschäftigten auch (z.B. korrekte Arbeitsschutzmaßnahmen, betriebsärztliche Betreuung usw.), die Teilnahme des Unternehmens im Netzwerk würde so aber eher indirekt wahrgenommen werden. Da eine betriebliche gesundheitsfördernde Kultur allerdings nur funktionieren kann, wenn auch einzelne Beschäftigte involviert sind, wurde bei der Maßnahmenableitung neben der Bedarfslage auch darauf geachtet, dass sich die Maßnahmen prinzipiell an alle Beschäftigten richten (und z.B. nicht nur an Führungskräfte). Ebenso wurde darauf geachtet, dass die Teilnahme niederschwellig geschehen kann (z.B. einfacher Anmeldemodus über eine damit beauftragte Person im Unternehmen beziehungsweise Anmeldeportale sowie Ergänzungen der Maßnahmen durch Vorträge, Gesundheitschecks etc.).

Insgesamt kann so aufgrund der zwei Richtungen der Aufbau einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur wesentlich effizienter erreicht werden:

- *Top-down-Prozesse*: Der Unternehmensvertretung wird bei den Netzwerktreffen wichtiges Wissen – vor allem in Hinblick auf Unternehmensverpflichtungen und -möglichkeiten im Gesundheitsschutz vermittelt.
- *Bottom-up-Prozesse*: Beschäftigte profitieren durch die Netzwerkteilnahme des Unternehmens direkt durch bedarfsorientierte Maßnahmenangebote und Teilnahmemöglichkeiten am Maßnahmenpaket.

Herausforderungen bei der Netzwerkarbeit

Neben den vielen Möglichkeiten und Aktivitäten kam es allerdings auch im Rahmen des vorliegenden Projekts zu folgenden Herausforderungen:

- regelmäßige Teilnahme der Unternehmen an den Netzwerktreffen,
- aktive Beteiligung aller Unternehmen,
- Erwartungshaltung der teilnehmenden Unternehmen.

Eine regelmäßige Teilnahme ist durchaus abhängig von Terminlagen und kurzfristigen Prioritäten. Dennoch wurde den GAIT-Netzwerkunternehmen vermittelt, dass die Unternehmensanwesenheit gegebenenfalls auch über Vertretungen der verhinderten Zuständigen ermöglicht werden sollte – hierbei muss allerdings sichergestellt werden, dass die entsprechende Person die Situation ihres Unternehmens auch hinreichend kennt und vertreten kann. Denn um im Netzwerk entlang des Bedarfs zu arbeiten und konstruktiv diskutieren zu können, bedarf es der Anwesenheit und der aktiven Beteiligung der Teilnehmenden. Dieser offene Austausch ist von den GAIT-Mitgliedern im Rahmen der Netzwerkfeedbackrunden auch als großer Mehrwert lobend erwähnt worden. Entlang des Bedarfs zu arbeiten, bringt aber auch mit sich, dass dieser erst erkannt und analysiert werden muss. Dies wiederum setzt eine gewisse „Geduld“ seitens der Unternehmen voraus, die vor allem durch transparente Darstellung der einzelnen Teilprozesse gefördert werden kann. Zu Recht wollen die Unternehmen „spüren“, dass sie im Netzwerk sind und

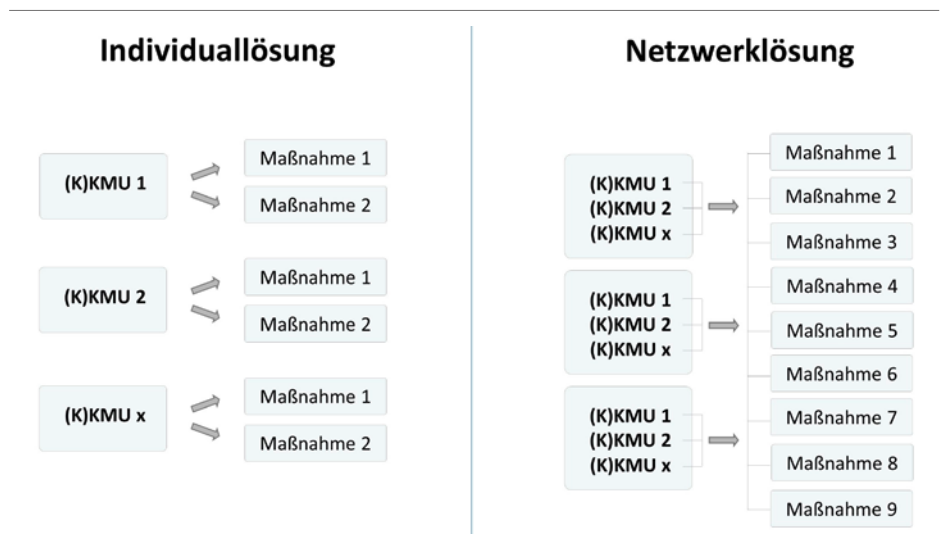


Abb. 2: Prinzip der Maßnahmenumsetzung pro Unternehmen (Individuallösung) vs. im Netzwerkzusammenschluss (Netzwerklösung) (eigene Darstellung)

interessieren sich daher an zeitnahen Umsetzungen. Eine transparente Darstellung von länger andauernden Prozessen bei gleichzeitig möglichst unverzüglicher Realisierung von Maßnahmen und Angeboten sind somit notwendige Bestandteile – sowohl aus Sicht der Unternehmen als auch aus Sicht der Netzwerkorganisation.

Außenwirkung

In Zeiten von Fachkräftemangel und Personalmärkten ist es (je nach Branche) auch für (K)KMU immer wieder ein Anliegen, sich von anderen Unternehmen oder der Konkurrenz zu unterscheiden. In diesem Zusammenhang werben Unternehmen nicht zuletzt mit Leistungen, die sie ihren Beschäftigten zusätzlich anbieten – so auch Leistungen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Sowohl die Tatsache, sich dem Themenfeld anzunehmen, als auch der Aspekt, Teil eines Netzwerks zu dieser Thematik zu sein, wird gerne im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit und eines „employer branding“ genannt. Bei einigen der GAIT-Netzwerkunternehmen ist dieser Aspekt ebenfalls relevant und interessant. So werden im Netzwerk „Gesund arbeiten in Thüringen“ Webseiten und Portale ebenso wie Großveranstaltungen, beispielsweise mit den Industrie- und Handelskammern oder auf Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM), zur Unterneh-

mensdarstellung angeboten und genutzt. Ebenso wurde von einigen GAIT-Unternehmen die Verleihung einer Auszeichnung für besondere Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention initiiert. Eine wichtige Neuerung zu bereits bestehenden Auszeichnungen war, dass die Auflagen an die Unternehmen sehr niederschwellig waren, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass sich in diesen Netzwerken auch Unternehmen befinden, bei denen das BGM erst im Aufbau ist.

Autarkes Funktionieren von Netzwerken

Das Modellvorhaben „Gesund arbeiten in Thüringen“ hat in der geförderten Phase eine Laufzeit von fünf Jahren. In dieser Phase werden die drei Unternehmensnetzwerke durch ein Kooperationskonstrukt der DGAUM und der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg organisiert und moderiert. Begleitend unterstützen die BARMER sowie die Industrie- und Handelskammern der jeweiligen Regionen das Modellvorhaben. Sowohl in diesen Netzwerken als auch in ähnlichen Netzwerken aus vorangegangenen Forschungsprojekten der FAU zeigte und zeigt sich ein nicht unerheblicher Aufwand in organisatorischen und verantwortungstechnischen Ebenen, insbesondere um eine hohe qualitative inhaltliche Ausrichtung entlang des Bedarfs der Unternehmen zu gewähr-

leisten. Dementsprechend hielten in den bisherigen Projekten die teilnehmenden Unternehmen eine autarke Weiterführung nach Ablauf der Förderphasen bei gleichbleibenden Qualitätsansprüchen für nicht realistisch. Bevorzugt wurde stattdessen die Variante einer externen Moderation und Organisation – gegebenenfalls auch kostenpflichtig –, vorausgesetzt, der qualitative Mehrwert ist gegeben. Auch im Fall der GAIT-Netzwerke wird nach Ablauf der Förderphase die autarke Weiterführung ein zu klärendes Thema sein, denn diese würde nur möglich werden, wenn sich unter den teilnehmenden Unternehmen engagierte Kümmernde finden – eventuell auch ein entsprechendes Konsortium, das sich die Themenfelder aufteilt.

Fazit

Netzwerke für Arbeits- und Gesundheitsschutz, betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention sind sowohl für Unternehmen der mittleren und kleineren, aber auch der kleinsten Größe eine sehr gute Möglichkeit, Strukturen effizient, zielgerichtet, nachhaltig und mit vorhandenen Ressourcen aufzubauen und zu implementieren. Ein wesentlicher Mehrwert der Netzwerke sind hierbei insbesondere der Erfahrungsaustausch und die Vernetzung mit anderen teilnehmenden Betrieben und Stakeholdern sowie die Nutzung von Synergien, die vor allem auch finanzieller Art sein können (z.B. hinsichtlich Maßnahmen). Damit solche Synergieeffekte aufkommen können, benötigt ein Netzwerk allerdings neben einer aktiven Beteiligung der teilnehmenden Unternehmen in der Regel auch eine kritische Mindestanzahl an Unternehmen.

Im Rahmen des Modellvorhabens „Gesund arbeiten in Thüringen“ ist dies bei den gleichnamigen Netzwerken gelungen, so dass über die Quartalsnetzwerksitzungen und flankierenden Zusatzangebote entlang des Bedarfs der teilnehmenden Unternehmen gearbeitet wird. Dabei steigen Qualität und bedarfsgerechte Behandlung relevanter Themen mit aktiver und regelmäßiger Teilnahme durch die Mitglieder. Für die teilnehmenden Unternehmen kann letztlich die Verbesserung von Arbeitsbedingungen schließlich auch im Kontext eines „emplo-

yer branding“ und Werbens um Fachkräfte dienen.

Inwiefern Unternehmensnetzwerke schließlich auch autark funktionieren können, bleibt aufgrund der zu leistenden organisatorischen Aufwände eine zu untersuchende Frage. Insgesamt wäre bei Netzwerkzusammenschlüssen von kleineren oder Kleinstunternehmen eine Kombination aus finanzieller Unterstützung durch Fördermittel und Eigenbeteiligung der Unternehmen (finanzieller und fachlicher Art) zusammen mit einer konkreten thematischen Ausrichtung dienlich. So könnten praxisnah und am Bedarf, aber auch entlang der Möglichkeiten der Unternehmen gearbeitet und verschiedene Durchführungsmodi (pilotartig in Teilprojekten) erprobt werden. ■

Interessenkonflikt: Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

- Beck D, Lenhardt U, Schmitt B Sommer S: Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany. *BMC public health* 2015; 15: 343.
- Brodning HC et al.: Betriebliche Gesundheitsförderung in Netzwerkstrukturen am Beispiel des Erlanger Modells – „Bewegte Unternehmen“. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 425–432.
- Fischmann W, Wischitzki E, Drexler H: Netzwerke zur Gesundheitsförderung für KMU. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2019; 54: 76–78.
- Kiesel J et al.: Erlanger Modell betrieblicher Gesundheitsförderung – Initiierung einer nachhaltigen gesundheitsfördernden Kultur im Betrieb. *J Pub Health* 2005; 13: 69.
- Müller E et al.: Nutzen und Nachhaltigkeit von Netzwerken zur betrieblichen Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen – Am Beispiel der KMU-Netzwerke „Bewegte Unternehmen“ und „Vitale Unternehmen“. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 458–462.
- Pfannstiel MA, Mehlich H (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2016.
- Schäfer E, Drexler H, Kiesel J: Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors - Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 161–165.

Die vollständige Literaturliste kann auf der ASU-Homepage beim Beitrag eingesehen und heruntergeladen werden (www.asu-arbeitsmedizin.com).

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Symposium „5 Jahre Präventionsgesetz – Schwerpunkt BGF“

Freitag, 13. März 2020, 08:45 bis 10:45 Uhr
Klinikum der Universität München, Campus Großhadern

Veranstaltung im Rahmen der Jahrestagung der DGAUM (www.dgaum.de/termine/jahrestagung)

WEITERE INFOS



Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/



Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1885), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 5 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) geändert worden ist
<https://www.gesetze-im-internet.de/asisg/BJNR018850973.html>



Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG) vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 113 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist
<https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/ArbSchG.pdf>



Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. Juli 2019 (BGBl. I S. 1082) geändert worden ist
<https://www.gesetze-im-internet.de/arbmedvw/BJNR276810008.html>

Passgenaues betriebliches Gesundheitsmanagement – nichts leichter als das?

Ergebnisse der Personalbefragungen und Maßnahmenableitung im Modellprojekt „Gesund arbeiten in Thüringen“

ANGEBOTE FÜR NETZWERKE

Um Firmennetzwerke mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene zu unterstützen und den gesetzlichen Grundlagen zu entsprechen, wurden im Rahmen von Personalbefragungen die Bedarfe der Netzwerkfirmen im Modellprojekt „Gesund arbeiten in Thüringen“ erhoben. Der nachfolgende Artikel zeigt Möglichkeiten der Maßnahmenableitung auf Basis der Ergebnisse und erläutert Herausforderungen, die sich in der Praxis ergeben. **Regina Lösch et al.**

Einleitung

Unzählige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sind einzeln oder im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) in den letzten Jahren in vielen Unternehmen etabliert worden. Die Motive hierfür sind verschiedenartig: potenzielle ökonomische Überlegungen seitens der Unternehmerschaft (Nutzeffekte und Effizienzgewinne), Employer Branding, Unternehmensverantwortung, der Anspruch, einem zeitgemäßen Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen Rechnung zu tragen und nicht zuletzt der Gesundheitszustand der Beschäftigten. Ergänzend möchten Unternehmen dem voranschreitenden demografischen Wandel, der sich in sinkenden Zahlen der Erwerbsbevölkerung und im Mangel an Fachkräften bemerkbar macht, entgegenwirken (Fischmann et al. 2019; Faller 2018; Allmendinger u. Ebner 2006; Fuchs et al. 2011). Aktuell ist vor allem bei der älteren Bevölkerung ein steigender Trend bei der Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verzeichnen. Die drei häufigsten Diagnosen für Arbeitsunfähigkeit sind psychische Störungen, Atemwegserkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Grobe et al. 2019; Die Techniker 2018, s. „Weitere Infos“).

All diese Herausforderungen verlangen nach „Gesunder Arbeit in Unternehmen“ (Zelfel et al. 2011). Für Großunternehmen mit umfassenden betrieblichen Strukturen

mag dies genauso herausfordernd erscheinen wie für Kleinst-, kleine und mittlere Unternehmen ((K)KMU). Jedoch sind die Voraussetzungen für letztgenannte Gruppe andere (Beck et al. 2015; Zelfel et al. 2011). Mangelnde personelle, finanzielle oder auch strukturelle Ressourcen sowie fehlende Arbeitsschutzstrukturen können die Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen erschweren (Schaefer et al. 2016). Eine weitere Herausforderung zeigt sich – falls überhaupt vorhanden – im Maßnahmenangebot von Betrieben. BGF- beziehungsweise BGM-Angebote entsprechen häufig nicht dem tatsächlichen Bedarf der Belegschaft und werden somit nicht in Anspruch genommen. Die Erhebung von Teilnahmequoten oder Qualitätssicherung sowie umfassende Interventionen auf Verhältnisebene (zusätzlich zur Verhaltensebene) bleiben auf der Strecke (Fischmann et al. 2019).

Modellprojekt „Gesund arbeiten in Thüringen“

Im Fokus des Modellprojekts „Gesund Arbeiten in Thüringen (GAIT)“ nach § 20g SGB V (Präventionsgesetz) stehen die Verbesserung von BGF und BGM insbesondere in (K)KMU in ländlichen und strukturschwächeren Regionen. Das Vorhaben wurde 2017 im Rahmen eines Kooperationsvertrags zwischen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM) und der BARMER gestartet.



Foto: privat

KONTAKT:

Regina Lösch, M.Sc.
DGAUM – Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.
Schwanthalerstraße 73b
80336 München

loesch@dgaum.de

Um Beschäftigte und Betriebe besser und nachhaltig mit betriebsmedizinischen Angeboten zu versorgen, den Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Unternehmen zu stärken sowie einen Austausch der Betriebe zu fördern, wurden im Rahmen des Projekts drei Unternehmensnetzwerke gegründet (Mittel-, Süd- und Ostthüringen). Diese bestehen aus insgesamt 30 Netzwerkfirmen (Stand Oktober 2019) und gehören überwiegend den Branchen Dienstleistung, Handel, Gesundheits- und Sozialwesen und verarbeitendes Gewerbe an.

Personalbefragung

Zur Unterstützung der Netzwerkfirmen im Bereich des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und um die gesetzlichen Vorschriften der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG einzuhalten, wurde eine Befragung der Beschäftigten durchgeführt. Diese diente zur Analyse von (psychischen)

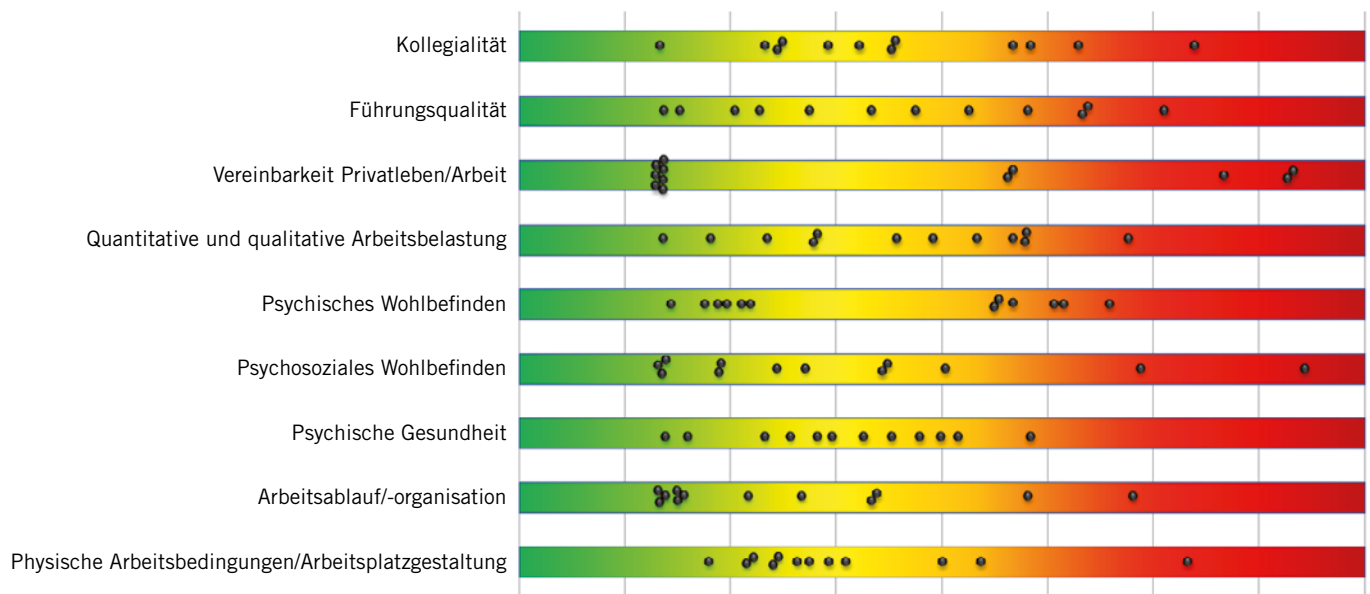


Abb. 1: Gesamtübersicht der Ergebnisse der Netzwerkfirmen, nach Themengebieten (eigene Darstellung)

Belastungen am Arbeitsplatz und zur Erhebung der Bedarfe der Beschäftigten im Bereich BGF beziehungsweise BGM. Nach der Durchführung der Befragung wurden auf Basis der Ergebnisse BGF/BGM-Maßnahmen abgeleitet.

Die Durchführung der Befragung wurde individuell mit den 30 Netzwerkfirmen abgestimmt. 12 Netzwerkfirmen nahmen von Juni bis Oktober 2019 an der Befragung teil. Der Fragebogen entsprach den Leitlinien der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) und enthielt neben soziodemografischen Fragen die folgenden Themengebiete: physische Arbeitsplatzbedingungen, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsablauf, Arbeitsorganisation, Arbeitszufriedenheit, Gesundheitszustand, psychische Belastungsfaktoren, Arbeitsbelastung (physisch und psychisch), Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Genussmittelkonsum, Verhalten im Krankheitsfall (Absentismus und Präsentismus), Telemedizin und Belastungen im privaten Bereich.

Die Befragung war als Querschnittsstudie angelegt und es wurde den Unternehmen freigestellt, ob diese ihren Beschäftigten den Fragebogen online oder in Papierform zur Verfügung stellen wollten. Betriebe mit vielen Bildschirmarbeitsplätzen wählten meist die Online-Variante, solche ohne Bildschirmarbeitsplätze bevorzugten Papierbögen. Die Netzwerkfirmen informierten ihre Beschäf-

tigten vorab über den Zweck und Nutzen der Befragung. Um später repräsentative Ergebnisse der Netzwerke für die Maßnahmenableitung nutzen zu können, war eine hohe Rücklaufquote von zentraler Bedeutung. So wurde die Belegschaft während des Befragungszeitraums von der jeweilig für die Befragung zuständigen Person (z. B. Geschäftsführung, Personalverantwortliche) an die Teilnahme erinnert. Nach Abschluss der Befragung wurden für jede Netzwerkfirma ein quantitativer und ein qualitativer Teilbericht erstellt.

Ergebnisse und Maßnahmenableitung

Aus den 12 befragten Netzwerkfirmen nahmen 437 Beschäftigte an der Befragung teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 80,9%. 55,6% der Befragten sind männlich, 35,2% weiblich, 0,7% machten die Angabe „divers“ und 8,5% gaben keine Antwort. 14,9% der Mitarbeiter sind unter 30 Jahre, 26,8% zwischen 30 und 40 Jahre, 20,8% zwischen 41 und 50 Jahre, 22% zwischen 51 und 60 Jahre und 4,1% über 60 Jahre alt. 11,4% gaben keine Antwort. 82,4% der Befragten arbeiten in Vollzeit, 12,4% in Teilzeit und 5,3% wollten hierzu keine Angabe machen. 72,8% der teilnehmenden Personen gaben an, keine Führungsverantwortung zu haben. 18,8% der Beschäftigten haben Führungsverantwortung und 8,5% machten keine Angabe. Vorwiegend geistig tätig zu sein trifft

auf 43% der Beschäftigten zu. 12,8% gaben an, vorwiegend körperlich tätig zu sein und beides gleichermaßen trifft auf 38,4% zu. Keine Angabe machten 5,7% der Befragten.

Um feststellen zu können, in welchen Bereichen die Netzwerkfirmen jeweils Unterstützung benötigen, wurde eine Übersicht der abgefragten Themengebiete generiert (→ Abb. 1). Für eine passgenaue Maßnahmenableitung wurde darauf verzichtet, einen Mittelwert aus dem Rücklauf aller Beschäftigten zu bilden. Stattdessen wird jede Netzwerkfirma in Form eines Punktes auf der Skala visualisiert. Diese zeigt den Handlungsbedarf farbig auf. Grün steht für keinen bis wenig Handlungsbedarf, gelb für mittleren Handlungsbedarf und orange bis rot für dringenden Handlungsbedarf.

Herausforderungen

Die Maßnahmenableitung auf Basis der Ergebnisse der Personalbefragung fand im Oktober 2019 zwischen den Projektteams der DGAUM, des arbeitsmedizinischen Lehrstuhls der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und der BARMER statt. Bei der Betrachtung der Gesamtübersicht (s. Abb. 1) fällt zunächst die starke Heterogenität der Ergebnisse auf. Diese zeigt sich in einer sehr großen Spannweite bei jedem der Themenbereiche. Anders gesagt: jede Netzwerkfirma hat andere Themenbereiche zu bearbeiten. Würde man den Mittelwert aller

KOAUTOREN

Mitautoren des Beitrags sind Wolfgang Fischmann, M.A., und Prof. Dr. med. Hans Drexler, beide Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Prof. Drexler ist zudem Präsident der DGAUM.

Netzwerkfirmen bilden und diesen nutzen, entspräche dies nicht dem Ziel, jede Firma nach ihren individuellen Anforderungen zu unterstützen. Es war somit zur Ableitung passgenauer Angebote obligat, die Ergebnisse der einzelnen Firmen individuell zu betrachten.

Eine weitere Anforderung an die abzuleitenden Maßnahmen ergibt sich aus den §§ 20 und 20b Abs. 1 in Verbindung mit § 20 Abs. 1 Satz 2 SGBV. Im Rahmen des Projekts wurde festgelegt, dass die Maßnahmen, die durch die BARMER angeboten werden, hinsichtlich Qualität, Zweckbindung, Zielgerichtetheit und Zertifizierung den Anforderungen aus dem Gesetzestext entsprechen. Für das geplante Vorhaben bedeutete das, dass die einzelnen Maßnahmen aus den Handlungsfeldern der verhaltens- und verhältnisbezogenen Primärprävention stammen müssen. Nach dem Leitfaden Prävention des Spitzenverbands der gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind dies Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum (GKV-Spitzenverband 2018). Abseits der Anforderungen aus dem Leitfaden Prävention gab es gewisse Themenbereiche, die durch die Netzwerkfirmen jeweils autark angegangen werden konnten. Dies wurde im Rahmen einer Ergebnisbesprechung an die Unternehmen herangetragen und umfasste beispielsweise Themen wie die Verbesserung von Arbeitsplatzbedingungen oder interne Arbeitsorganisationsstrukturen.

Zuletzt musste hinsichtlich der Maßnahmenableitung die Zielstellung der Gleichbehandlung berücksichtigt werden. Diese sah vor, allen drei Netzwerken identische Maßnahmenangebote zu ermöglichen.

Workshop Führung

In 5 von 12 Unternehmen wurde die Führungsqualität von Vorgesetzten als gut bis sehr gut bewertet (gelber bis grüner Bereich in Abb. 1). Bei 7 von 12 Unternehmen zeigt sich jedoch ein mittlerer bis dringender

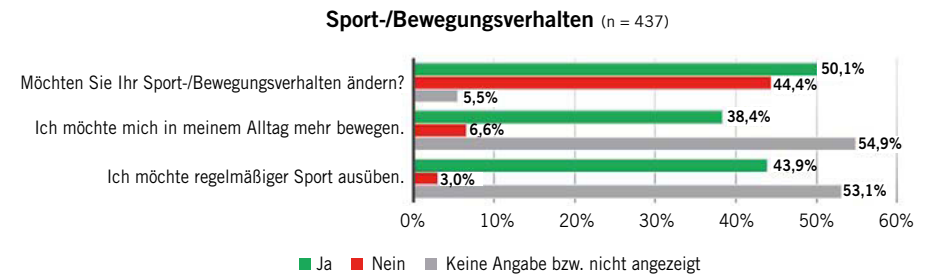


Abb. 2: Sport- und Bewegungsverhalten (eigene Darstellung)

Handlungsbedarf im Bereich Führungsqualität (oranjer bis roter Teil der Skala). Auf Basis dieser Ergebnisse wird für die Führungskräfte der teilnehmenden Netzwerkfirmen ein eintägiger Workshop angeboten. Dieser beinhaltet neben den Themen psychische Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz auch Informationen zum Zusammenhang des Führungsverhaltens und der Gesundheit der Beschäftigten, die Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz sowie die Integration des Themas Gesundheit in den Führungsalltag. Aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl an Führungskräften über alle Netzwerkfirmen nicht im selben Bereich wie die Anzahl der Beschäftigten liegt, wird dieser Workshop vorerst nur einmal netzwerkübergreifend (also für Mittel-, Süd- und Ostthüringen gemeinsam) angeboten.

Workshop Team

Bei dem Themenbereich Kollegialität liegt die Mehrheit der Firmen (7 von 12) im mittleren bis sehr guten Bereich (ersichtlich aus Abb. 1: von gelb bis grün reichender Bereich der Skala). Jedoch ist auch erkennbar, dass sich 5 der 12 Netzwerkfirmen im orangen bis roten Bereich der Skala befinden. Nach der zusätzlichen Analyse der qualitativen Ergebnisse kann dieser Handlungsbedarf bestätigt werden. Somit beinhaltet das zweite Angebot einen Workshop für Beschäftigte zum Thema „Gesund im Team“. Hierbei ist das Ziel, ein positives Teamklima herzustellen beziehungsweise dieses zu stärken. Schwerpunkte sind beispielsweise Inhalte zur Schaffung von eindeutigen Verantwortungsbereichen oder wie Entscheidungen gemeinsam getroffen werden können. Weiterhin enthält der Workshop Inhalte zur Teamdynamik und zu einer konstruktiven Feedbackkultur.

Handlungsfeld Bewegung

Auf die Frage „Treiben Sie Sport?“ antworteten 30,4 % der befragten Personen mit „regelmäßig“, 54,5 % mit „gelegentlich“, 12,4 % mit „nie“ und 2,7 % machten keine Angaben. Aus **Abb. 2** ist zu entnehmen, dass 50,1 % der Befragten (219 Personen) ihr Sport-/Bewegungsverhalten ändern möchten. 38,4 % bzw. 43,9 % der Beschäftigten wollen sich mehr bewegen beziehungsweise regelmäßiger Sport machen.

Betrachtet man die Ergebnisse aus Abb. 1 zur physischen Gesundheit, liegen zwei Betriebe im orangen Bereich der Skala. Ergänzend dazu wurden von den Befragten häufig gesundheitliche Beschwerden wie Rücken- und Nacken- sowie Kopfschmerzen berichtet. Daher wird im Handlungsfeld Bewegung eine Rückenaktion mit Faszienrolle und Theraband angeboten. Ein zusätzliches Angebot findet sich in digitaler Form (siehe „Digitale Angebote“).

Handlungsfeld Ernährung

59,3 % der Befragten (259 Personen) halten ihr Ernährungsverhalten für gesund. 39,4 % (172 Personen) möchten ihr Ernährungsverhalten ändern. **Abbildung 3** zeigt, welche Maßnahmen diejenigen, die ihr Ernährungsverhalten verändern möchten, ergreifen wollen. 87,8 % beziehungsweise 72,1 % von 172 befragten Personen wollen gesünder essen oder abnehmen. Weiterhin möchten sich die Befragten mehr Zeit für das Essen nehmen (48,3 %), weniger zwischendurch essen (49,4 %) sowie regelmäßiger essen (39,5 %). Um diesen Wünschen zu entsprechen, wird ein zweistündiger praxisnaher Vortrag zum Thema Ernährung angeboten.

Handlungsfeld Stressmanagement

Bezüglich der Stressbelastung der Beschäftigten ist erkennbar, dass im Bereich des

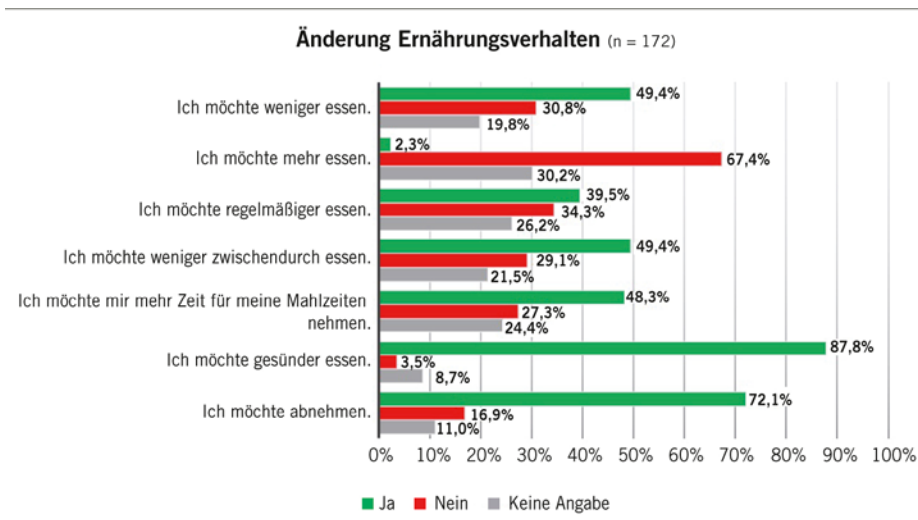


Abb. 3: Angestrebte Änderung des Ernährungsverhaltens (eigene Darstellung)

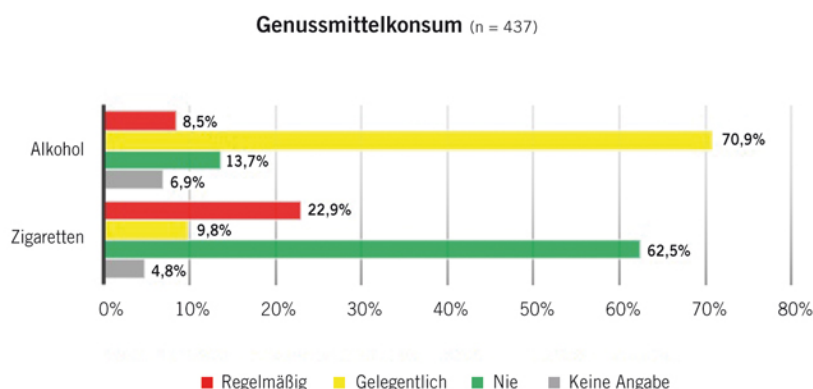


Abb. 4: Übersicht des Genussmittelkonsums (eigene Darstellung)

psychischen Wohlbefindens bei der Hälfte der Firmen ein deutlicher Handlungsbedarf vorliegt (oranjer bis roter Bereich der Skala in Abb. 1). Weiterhin zeigt sich eine Anforderung hinsichtlich der quantitativen und qualitativen Arbeitsbelastung der Beschäftigten (5 von 12 Firmen im orangen bis roten Bereich). Auch aus den qualitativen Berichten der Firmen kann entnommen werden, dass spezifische Arbeitsanforderungen zu psychischen Belastungen bei den Beschäftigten führen. So werden im Handlungsfeld Stressmanagement mehrere Angebote abgeleitet. Als Erstes ein Programm mit kurzen Koordinations- und Bewegungsübungen für den Arbeitsplatz – zur Steigerung der geistigen Fitness. Danach ein Balance-Check: Dieser umfasst ein Biofeedback-System zur Überprüfung der individuellen Stressbelastung und der Regenerationsfähigkeit auf Basis der Herzratenvariabilität. Ein drittes Angebot findet sich in digitaler Form (siehe „Digitale Angebote“).

Handlungsfeld Suchtmittelkonsum

Der regelmäßige Genussmittelkonsum zeigte mit 8,5 % bei Alkohol und 22,9 % bei Zigaretten im Vergleich mit dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung (s. „Weitere Infos“) keine besondere Betroffenheit der befragten Beschäftigten (→ **Abb. 4**). Daher werden für die erste Durchführungsphase Angebote aus diesem Bereich vorerst zurückgestellt.

Digitale Angebote

Zur Abrundung des Maßnahmenkatalogs werden zwei digitale Angebote zur Verfügung gestellt. So wird die Möglichkeit gegeben, ein 6-wöchiges Online-Training zur Förderung der psychischen Gesundheit wahrzunehmen (ergänzend zu den Maßnahmen im Handlungsfeld Stressmanagement). Zusätzlich können die Beschäftigten der Netzwerkfirmen auf eine Fitness-App zur Mobilisation der Wirbelsäule und der allgemeinen Beweg-

lichkeit zugreifen (ergänzend zu den Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung).

Information der Netzwerke über die Maßnahmenangebote

Die Angebote wurden den Netzwerkfirmen im Rahmen eines Netzwerktreffens vorgestellt, erläutert und in Form einer Präsentation zur Weitergabe an die Belegschaft ausgehändigt. Die einzelnen Maßnahmen werden im ersten Halbjahr 2020 umgesetzt. Auf Basis der Ergebnisse konnten jeweils Empfehlungen zur Teilnahme für die Firmen ausgesprochen werden – die endgültige Entscheidung, welche Maßnahmen besucht werden, obliegt jedoch den einzelnen Firmen.

Fazit

Für Unternehmen stellt die Bedarfsevaluation mithilfe der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen eine strukturierte Möglichkeit dar, ein BGM Schritt für Schritt im Betrieb zu implementieren gleichzeitig einem Teil der gesetzlichen Anforderungen zu begegnen. Im Rahmen von Netzwerkarbeit und angestrebten Synergieeffekten für die teilnehmenden Firmen ist es wichtig, bei der Ergebnisanalyse die individuellen Positionen der Betriebe zu erfassen und diese nicht über die Darstellung eines Mittelwerts verschwinden zu lassen. Das vorliegende Praxisbeispiel macht deutlich, dass bei der Ableitung von BGF/BGM-Angeboten auf Netzwerkebene viele einzelne Herausforderungen zu bewältigen sind, um den Anforderungen eines umfassenden, passgenauen Maßnahmenangebots im Rahmen eines BGM entsprechen zu können.

Interessenkonflikt: Die Erstautorin und ihre Koautoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

- Allmendinger J, Ebner C: *Arbeitsmarkt und demografischer Wandel: Die Zukunft der Beschäftigung in Deutschland*. Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie 2006: 227–239.
- Beck D, Lenhardt U, Schmitt B, Sommer S: *Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany*. BMC Public Health 2015; 15: 343.
- Faller G: *Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung*. Gesundheitswesen 2018; 80: 278–285.
- Fischmann W, Wischlitzki E, Drexler H: *Netzwerke zur Gesundheitsförderung für KMU*. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 2019: 76–78.

Fuchs J, Söhnlein D, Weber B: Projektion des Arbeitskräfteangebots bis 2050: Rückgang und Alterung sind nicht mehr aufzuhalten: IAB-Kurzbericht. Nürnberg, 2011.

Grobe TG, Steinmann S, Gerr J: Gesundheitsreport 2019: Schlafstörungen. Berlin, 2019.

Schaefer E, Drexler H, Kiesel J: Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors - Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 161-165.

Zelfel RC, Alles T, Weber A: Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen - Ergebnisse einer repräsentativen Unternehmensbefragung. *Gesundheitswesen* 2011; 73: 515-519.

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Symposium „5 Jahre Präventionsgesetz – Schwerpunkt BGF“

Freitag, 13. März 2020, 08:45 bis 10:45 Uhr
Klinikum der Universität München, Campus Großhadern

Veranstaltung im Rahmen der Jahrestagung der DGAUM (www.dgaum.de/termine/jahrestagung)

WEITERE INFOS



Informationen zum Modellprojekt
www.gesund-arbeiten-in-thueringen.de



Leitfaden Prävention
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp



Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit: *Drogen- und Suchtbericht 2019*. Berlin, 2019
https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf



Die Techniker: Gesundheitsreport: Arbeitsunfähigkeiten. Hamburg, 2018
<https://www.tk.de/resource/blob/2060908/b719879a6b6ca54c1f2ec600985fb616/gesundheitsreport-au-2019-data.pdf>



GKV-Spitzenverband (Hrsg.): *Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI*, Berlin, August 2018
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf

Im ASU Magazin und online unter
www.asu-arbeitsmedizin.com/jobs

STELLENMARKT
ARBEITSMEDIZIN

Arbeitsmedizin | Sozialmedizin | Umweltmedizin

ASU

Zeitschrift für medizinische Prävention

An der richtigen
Stelle suchen.



Erfahrungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Präventionsgesetz

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG Mit dem Präventionsgesetz, das im Jahr 2015 in Kraft trat, wurde ein langjährig diskutiertes Thema in einen erweiterten rechtlichen Rahmen gestellt. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die gesetzlichen Krankenkassen haben intensiv und kontinuierlich an der Umsetzung mitgewirkt. **Monika Kücking**

Viele der Herausforderungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung bleiben auch fünf Jahre nach der Einführung des Präventionsgesetzes und einer ganzen Reihe von umgesetzten Maßnahmen und Aktivitäten relevant: Diese Herausforderungen bestehen weiterhin darin, einen wesentlichen Beitrag zu leisten, mit dem die sozial ungleich verteilten Gesundheitschancen gleicher verteilt werden. Das kooperative Vorgehen der beteiligten Akteure in gesamtgesellschaftlichem Kontext ist dabei ein notwendiges und mit relevantem Abstimmungsaufwand verbundenes Vorgehensmodell, das es ermöglicht, die jeweiligen Interessen der Akteure einzubeziehen und so passende Lösungen zu entwickeln. Auch die Nachhaltigkeit und die Effektivität von Präventions- und Gesundheitsförderungsanstrengungen bleiben relevant. Das an gemeinsamen Gesundheitszielen orientierte und mit relevanten Akteuren abgestimmte Vorgehen bleibt das sinnvolle und erfolversprechende Vorgehensmodell. Die Ausgaben der Krankenkassen sind von 317,5 Millionen Euro im Jahr 2015 auf 519 Millionen Euro im Jahr 2017 und damit um 201,5 Millionen Euro deutlich gestiegen (Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) 2019, s. „Weitere Infos“), damit konnte ein vom Gesetz intendiertes Ergebnis erreicht werden. Doch genauer: Was wurde erreicht, was ist in Arbeit und was bleibt zu tun?

Was wurde mit dem Präventionsgesetz bisher erreicht?

Ziele

Präventionsziele wurden auf Bundesebene übergreifend entwickelt, erweitert und bereits angepasst. Dabei war es ein Anliegen der Akteure, die Ziele und damit auch die Maßnahmen so zusammenzuführen, dass ein Mehrwert entstehen kann. Daher wurden die Präventionsziele der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) unter Berücksichtigung der Ziele der Deutschen Arbeitschutzstrategie entwickelt und weiterentwickelt (Bundesrahmenempfehlungen 2019, s. „Weitere Infos“). Durch Fokussierung auf wesentliche zentrale Themen wie beispielsweise Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt können die vorhandenen Kräfte gebündelt und an gemeinsamen Zielen ausgerichtet sowie in der Erwartung umgesetzt werden, dass auf diese Weise ein Mehrwert entsteht. Auf der Grundlage der Bundesrahmenempfehlungen der NPK wurden auf Landesebene die Landesrahmenvereinbarungen (Landesrahmenvereinbarungen, 2016 bis 2018, s. „Weitere Infos“) geschlossen, ein Prozess, den die auf Landesebene Verantwortlichen mit konkreten Verabredungen, Schwerpunktsetzungen und Zielfokussierung schlossen. Das bedeutet auch, dass die Zusammenarbeit der Akteure auf Landesebene überwiegend auf der Grundlage schon bestehender Zusammenarbeit organisiert und ergebnisorientiert aufgestellt wurde. Damit wurde



KONTAKT:

**Dr. rer. pol.
Monika Kücking**
Leiterin der Abteilung
Gesundheit
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin
monika.kuecking@
gkv-spitzenverband.de

Foto: GKV-Spitzenverband/Tom Maelsa

ein Prozess begonnen, der unter Berücksichtigung regionaler Schwerpunkte dessen systematische Weiterentwicklung im Blick hat. Insgesamt sind eine Vielzahl von Zielen und Teilzielen, adressierten Gruppen und Zusammenarbeitserfordernisse beschrieben, womit eine gute Grundlage für eine ergebnisorientierte Zusammenarbeit gelegt wurde.

Strukturen

Die im Präventionsgesetz angelegten Formen und Strukturen der Zusammenarbeit sind sämtlich etabliert. Die Herausforderung, die Vielzahl der Akteure auch im Umfeld direkt zu beteiligen, so zeigen die Rückmeldungen, konnte überwiegend gut bewältigt werden. Sowohl die Nationale Präventionskonferenz, an der neben der Renten-, Unfall-, Kranken- und Pflegeversicherung auch die privaten Krankenversicherungen (PKV) sowie staatliche Akteure, Sozialpartner



Abb. 1: Nationale Präventionsstrategie – Mitwirkende und Beteiligte (Quelle: GKV-Spitzenverband)

und Akteure der Zivilgesellschaft vertreten sind und die bereits fünfmal getagt und Beschlüsse, zum Beispiel zu den Präventionszielen, gefasst hat, als auch das jährliche Präventionsforum, in dem ein systematischer Austausch mit weiteren relevanten Akteuren stattfindet, und das sich bisher mit den Themen Kooperation und Vernetzung (2016), Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention (2017), Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt (2018) und Erster Präventionsbericht der NPK (2019) befassen konnte, spiegeln die Komplexität der Erwartungen, Interessen sowie Gestaltungswillen und -möglichkeiten wider. Der Präventionsbericht konnte erstmals im Jahr 2019 (s. „Weitere Infos“) vorgelegt werden und ist die Grundlage für eine kontinuierliche Berichterstattung und die Weiterentwicklung der Präventionsstrategie. Seine Erstellung wurde durch das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), das Robert Koch-Institut (RKI), die Länder und weitere Akteure sowie einen wissenschaftlichen Beirat unterstützt. Ein wichtiger Fokus ist die Lebenswelt Betrieb.

Gesundheitsförderung, Prävention und Arbeitsschutz in Betrieben

Um die Gesundheitsförderung in Betrieben noch besser zu etablieren und auch kleine und mittlere Unternehmen besser zu erreichen, haben die in Betrieben tätigen Sozialversicherungsträger ihre Zusammenarbeit besser strukturiert und bei unterschiedlichen gesetzlichen Aufträgen im Vorgehen besser aufeinander abgestimmt. Die GKV hat zudem für Unternehmen eine Koordinierungsstelle für betriebliche Gesundheitsförderung eingerichtet, in der sie erstmals beraten werden. Die gegebenenfalls erforderlichen Abstimmungen mit weiteren Krankenkassen werden koordiniert und so eine gezielte Unterstützung insbesondere für mittlere und kleine Unternehmen geschaffen (s. „Weitere Infos“).

Durch eine klare und für die Unternehmen verständliche Beschreibung der Aufgaben der jeweiligen Sozialversicherungsträger wird ein guter Überblick über mögliche Unterstützungsangebote gegeben. Darüber hinaus haben sich die Träger auf ein koordiniertes Vorgehen in den Betrieben verpflicht-

et, wenn dies gewünscht beziehungsweise erforderlich ist. Aufbauarbeit wurde geleistet, Kooperationen beschrieben und mit Leben erfüllt, Akteure eingebunden, Ziele klar benannt und erforderliche Schritte umgesetzt.

Was ist in Arbeit?

Eine Vielzahl von Zielgruppen und Maßnahmen sind beschrieben und angepackt. Am Beispiel der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegenden als Zielgruppe von Prävention soll dies beispielhaft erläutert werden.

Mit dem Präventionsgesetz wurde auch die Pflegeversicherung als Trägerin von Präventionsleistungen verpflichtet. 31 Cent je versicherter Person oder etwa 22,4 Millionen Euro jährlich wurden zusätzlich zweckgebunden zur Verfügung gestellt mit der Zielsetzung, die Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen präventiv zu unterstützen. Auch die Pflegenden sollen über betriebliche Gesundheitsförderung angesprochen werden, um so insgesamt einen Beitrag zu einem gesundheitsförderlichen Leben in stationären Pflegeeinrichtungen sowie bessere Arbeits-

bedingungen zu erreichen. Eine besondere Herausforderung besteht dabei darin, dass die Pflegeeinrichtungen angesichts des Fachkräftemangels und neuer Aufgaben, wie beispielsweise der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs und der neuen Qualitätstransparenzberichte, schon herausragend gefordert sind und für das Thema Gesundheitsförderung noch zusätzlich sensibilisiert und aktiviert werden müssen. Dieser Prozess ist begonnen – im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege ist es als eines von vielen weiteren Themen verankert und wird in der Umsetzung intensiv begleitet. Daneben benötigen aber auch die pflegenden Angehörigen als besonders belastete Zielgruppe präventive gesundheitsförderliche Angebote, ebenso wie Pflegebedürftige, die ambulant versorgt werden. Diese Personengruppen können in der Regel sehr gut über kommunale Angebote erreicht werden.

GKV-Förderprogramm für Kommunen aufgelegt

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) sieht die Kommunen als wichtigen Akteur bei der Umsetzung von geeigneten Maßnahmen. Da die Kommunen jedoch strukturell und finanziell über Minderausstattung klagen, hat sich der GKV-SV dazu entschlossen, ein kommunales Förderprogramm (s. „Weitere Infos“) aufzulegen. Das erste von zwei Förderangeboten mit einem Finanzvolumen von insgesamt 40 Mio. Euro richtet sich an sozioökonomisch benachteiligte Kommunen, die eine auf fünf Jahre befristete Anschubfinanzierung für den Aufbau von Strukturmaßnahmen in Kommunen erhalten können. Damit sollen die Kommunen beim Aufbau solcher Strukturen unterstützt werden.

Das zweite Förderangebot mit einem Finanzvolumen von 46 Mio. Euro steht allen Kommunen offen und fördert zielgruppenbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Prävention unter anderem für Menschen mit Behinderungen, Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien und Menschen mit Migrationshintergrund in Kommunen.

Neue Aufgaben für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte

Betriebsärztinnen und -ärzte sind unverzichtbar für die Gesundheitsförderung im Betrieb. Ihre wichtige Rolle für die Steuerung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung wurde im Präventionsgesetz ausdrücklich hervorgehoben. Gleichzeitig wurden ihre

Möglichkeiten erweitert, auf vertraglicher Grundlage medizinische Präventionsleistungen im Betrieb zu erbringen. Die inzwischen gestarteten Modellvorhaben von Krankenkassen mit den betriebsärztlichen Verbänden lassen erwarten, die Durchimpfungsraten zum Beispiel bei der Gripeschutzimpfung zu erhöhen und Beschäftigte frühzeitiger für arbeits-, aber auch verhaltensbedingte gesundheitliche Risiken und Möglichkeiten ihrer Verhütung zu sensibilisieren.

Ärztliche Präventionsempfehlungen noch wenig genutzt

Ergänzend zu der weiterhin freien, durch die Versicherten selbst gesteuerten Inanspruchnahme von Präventionskursen können Ärztinnen und Ärzte seit dem Präventionsgesetz auch per Rezeptvordruck die Inanspruchnahme empfehlen. In den ersten Jahren hat die Ärzteschaft nur in geringem Umfang von diesem neuen Instrument Gebrauch gemacht.

Was bleibt zu tun?

Die mit der Einführung des Präventionsgesetzes verknüpfte Erwartung, dass sich die sozial ungleich verteilten Gesundheitschancen gleicher verteilen, bleibt weiterhin eine große Herausforderung. Diese Veränderung kann hoffentlich der zweite NPK-Präventionsbericht, der im Jahr 2023 vorgelegt wird, aufzeigen. Geeignete Maßnahmen sind jedenfalls auf den Weg gebracht.

Eine Konzentration auf wesentliche Ziele sollte beibehalten werden; diese sollte jedoch nicht starr, sondern flexibel regionale oder andere spezifische Bedarfslagen berücksichtigen können. Eine Verzettelung immer neuer Themen und Zielgruppen sollte vermieden werden, da dies die Umsetzung erschwert. Die zentralen präventiven Ansätze sind seit langem bekannt und spiegeln sich in den Bundesrahmenempfehlung und den Landesrahmenvereinbarungen wider. Ansatzpunkte für Verbesserungen sind vor allem die Förderung von Bewegung, die Stärkung der psychischen Gesundheit eine gesunde Ernährung. Hier bleibt noch viel zu tun. Auch die Zielgruppen sind differenziert und umfassend beschrieben.

Die zentrale Herausforderung besteht jedoch darin, alle Akteure in die Verantwortung zu nehmen. Auch jenseits der Sozialversicherungsträger bestehen vielfältige Verantwortungen für ein gesundes Lebensumfeld. Der Fokus allein auf die Sozialver-

sicherungen als Kostenträger für die Maßnahmen des Präventionsgesetzes greift viel zu kurz und lässt erhebliche Potenziale für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt brachliegen. Beispiele sind Tabakwerbeverbot, gesundes Schulessen oder Bewegungsförderung in Kommunen – die Liste ließe sich beliebig erweitern. Dazu sind weitere, auch finanzielle Anstrengungen weiterer Akteure erforderlich, damit die hier beschriebenen Maßnahmen nicht als der berühmte Tropfen auf dem heißen Stein erscheinen, sondern in ein insgesamt gesundheitsförderlich gestaltetes Umfeld eingebettet werden und die Politik einheitlich dieses Ziel verfolgt. Dies umfasst auch eine relevante finanzielle Beteiligung. ■

Interessenkonflikt: Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

WEITERE INFOS



Erster Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) 2019
<https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht>



Bundesrahmenempfehlungen 2019
<https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen>



GKV-Bündnis für Gesundheit: Kommunales Förderprogramm
www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm



Koordinierungsstelle für betriebliche Gesundheitsförderung
www.bgf-koordinierungsstelle.de



Landesrahmenvereinbarungen 2016–2018
<https://www.npk-info.de/umsetzung/umsetzung-in-den-laendernDokumentationen>



Leitfaden Prävention der GKV
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

Das Standardwerk – jetzt in der 3. vollständig überarbeiteten und erweiterten Auflage



Alles Wissenswerte für Ärzte, Tauchlehrer und Taucher auf **928 Seiten**

Ch. Klingmann • K. Tetzlaff • C. M. Muth (Hrsg.)

Moderne Tauchmedizin

■ Handbuch für Tauchlehrer, Taucher und Ärzte

Unter Mitarbeit zahlreicher Fachautoren

3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2019

ISBN: 978-3-87247-771-2

gebunden, 928 Seiten, 242 Abbildungen und 63 Tabellen

Preis € 74,-, CHF 84,-

Bestellcoupon

Ja, bitte senden Sie mir Exemplar(e) von
Ch. Klingmann • K. Tetzlaff • C. M. Muth • (Hrsg.)
„Moderne Tauchmedizin“ 3. vollständig
überarbeitete und erweiterte Auflage 2019

(Best.-Nr. 77100), zum Preis von 74,- € gegen Rechnung zu.

Gentner Verlag
Buchservice Medizin
Postfach 101742
70015 Stuttgart



Mehr Informationen
und versandkostenfrei
online bestellen



Gentner Verlag • Buchservice Medizin

Postfach 101742 • 70015 Stuttgart

Tel. +49 711/63672-925 • Fax +49 711/6672-1974

E-Mail: buch@gentner.de

Online: www.asu-arbeitsmedizin.com/buecher; www.tauchmed.com

Fax-Hotline: +49 711 / 66 72-1974 ▲

Name, Vorname

Firma/Institution

Beruf/Abteilung/Funktion

Straße / Postfach

Nr.

Land

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Datum

Unterschrift

med_403

Modellvorhaben Gripeschutzimpfungen in Apotheken?

PRO & CONTRA Am 1. März 2020 ist das Masernschutzgesetz in Kraft getreten. Das Gesetz ebnet auch den Weg für ein Modellvorhaben, wonach Apotheken in ausgewählten Regionen künftig Gripeschutzimpfungen bei Erwachsenen ab 18 Jahren vornehmen können. Um eine entsprechende Qualifikation der impfenden Apothekerinnen und Apotheker sicherzustellen, ist eine vorhergehende ärztliche Schulung erforderlich. Das Vorhaben wird während der Modellphase, die maximal fünf Jahre dauert, wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Ziel des Vorhabens ist, die Impfquote gegen Grippeerkrankungen in der Bevölkerung zu erhöhen. Allerdings ist das Modellvorhaben umstritten. Während die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände die Neuerung begrüßt, lehnt die Bundesärztekammer eine Grippeimpfung in Apotheken ab. Im Folgenden werden beide Positionen zu Wort kommen und PRO und CONTRA dokumentiert.

Dr. Christiane Eckert-Lill
Geschäftsführerin Pharmazie
ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

Auszüge aus der Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzesentwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) (BT-Drs. 19/13452) sowie zu den Formulierungshilfen für fachliche Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Kap. 4, S. 10–13).

PRO:

Stellungnahme der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)

Durch die Änderung des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V) am 1. März 2020 können zwischen Krankenkassen und Apothekerorganisationen regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken vereinbart werden (§ 132j – neu – SGB V). Damit soll mit dem Ziel der Steigerung der Impfquote ein optionaler niedrighwelliger Zugang zu Gripeschutzimpfungen erprobt werden.

Durchimpfungsrate gegen Influenza

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) betrug die Durchimpfungsrate gegen Influenza bei älteren Menschen über 60 Jahre in der Saison 2016/2017 im Bundesdurchschnitt knapp 35 Prozent. In Bayern lag sie allerdings bei nur 23 Prozent. Neben der Betroffenheit des Einzelnen belasten Influenzaerkrankungen die Solidargemeinschaft und verursachen auch volkswirtschaftlichen Schaden. Die Arbeitsgemeinschaft Influenza beim RKI schätzte die Zahl der Influenza-bedingten ärztliche Besuche in der Saison 2018/19 auf rund 3,8 Millionen, die Zahl der Influenza-assoziierten Arbeitsunfähigkeiten (bzw. Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit der Bettruhe bei Erkrankten, die keine Krankschreibung benötigten) auf 2,3 Millionen und die Zahl der Influenza-bedingten Krankenhauseinweisungen aus primärversorgenden Praxen auf 18 000.

Es ist daher ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, die Impfraten gegen Influenza zu verbessern.

CONTRA:

Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)

Die Bundesärztekammer lehnt nachdrücklich den Änderungsvorschlag ab, der Apothekern im Rahmen von Modellvorhaben erlaubt, Gripeschutzimpfungen durchzuführen. Aus Sicht der BÄK besteht derzeit für Patienten in Deutschland ein ausreichender Zugang zu Impfungen, weil bereits niedergelassene Ärzte, aber auch im Rahmen von Modellvorhaben qualifizierte Ärzte nach §§ 132e, 140a und 295a SGB V zur Erhöhung der Durchimpfungsrate der Bevölkerung Versorgungswege beitragen. [...].

Die BÄK weist darauf hin, dass es kein Zufall ist, dass nach bisherigem Recht Impfstoffe nur von Ärzten verordnet werden dürfen und dass das Impfen selbst nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen darf. Apotheker durchlaufen während ihres Studiums der Pharmazie keine medizinische Ausbildung. Impfen ist aber eine (präventiv-)medizinische Maßnahme. Bei seltenen, aber durchaus schwerwiegenden Impfkomplicationen – etwa einer allergischen Reaktion – müssen ärztliche Notfallmaßnahmen eingeleitet werden. Aus Sicht der BÄK genügt eine ärztliche Schulung nicht, um Apotheker zum Impfen zu befähigen und zudem mit den erforderlichen Notfallmaßnahmen effizient vertraut zu machen, so dass Gefahren für die Patientensicherheit effizient abgewendet werden können.

Auch gehören neben der eigentlichen Injektion des Impfstoffes die Impfaufklärung und Impfanamnese sowie die Abklärung möglicher akuter Erkrankungen zu einer Impfung. Dies sind komplexe Aufgaben, die nicht ohne Weiteres im Rahmen einer einmaligen

PRO:**Voraussetzungen für die Durchführung von Modellvorhaben**

Voraussetzungen für die Teilnahme der Apotheker¹ an einem Modellversuch sind der Nachweis einer Schulung sowie einer geeigneten Räumlichkeit mit der für Gripeschutzimpfungen notwendigen Ausstattung. Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, dürfen von Apothekern geimpft werden. Die Modellvorhaben werden nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards begleitet und ausgewertet. Die Apotheken sind bereit, sich an entsprechenden Modellvorhaben zu beteiligen. Die Bundesapothekerkammer als Arbeitsgemeinschaft der Apothekerkammern der Länder wird eine Leitlinie zur Qualitätssicherung sowie ein Mustercurriculum erarbeiten.

Erfahrungen in anderen Ländern

Weltweit dürfen Apotheker in 27 Ländern impfen, unter anderem in den USA, Kanada, Australien, Argentinien und Brasilien¹. Bereits im Jahr 1983 erlaubte Argentinien das Impfen durch Apotheker. In den USA durften 1994 Apotheker zunächst in zwei Bundesstaaten impfen, seit 2009 haben alle Bundestaaten die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen. Zu den Ländern, in denen Apotheker impfen dürfen, zählen aber auch sieben europäische Staaten: Dänemark, Finnland, Frankreich, Island, Irland, Niederlande und die Schweiz.

Die Berechtigung der Apotheker zum Impfen ist in den Ländern unterschiedlich geregelt. In fast allen darf gegen Influenza geimpft werden. In einer ganzen Reihe Länder dürfen Apotheker aber auch gegen andere Krankheiten impfen, wie beispielsweise gegen Herpes-Zoster-Virus, Humanen Papilloma-Virus, Diphtherie, Tetanus, Pertussis oder Masern, Mumps und Röteln.

Das Beispiel Irland zeigt, dass Gripeschutzimpfungen in Apotheken nicht Impfungen in Arztpraxen ersetzen, sondern insgesamt die Impfrate erhöhen. In irischen Apotheken darf seit Oktober 2011/2012 gegen Grippe geimpft werden. Die Zahl der in Apotheken geimpften Personen stieg von diesem Zeitpunkt an von etwa 9000 auf knapp 115 000 in der Wintersaison 2017/2018. In diesem Zeitraum stieg die Gesamtzahl der gegen Grippe Geimpften von 702500 auf 978760. Insgesamt wurde die Zahl der geimpften Personen um etwa 175 000 gesteigert.

Die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen insgesamt, dass mit dem niedrigschwelligen Angebot der Apotheken auch Menschen angesprochen werden, die wegen einer Impfung nicht zum Arzt gegangen wären, dass diese Menschen mit der Leistung in den Apotheken insgesamt (sehr) zufrieden sind und dass die Impfraten gesteigert werden können.

INFO**VERANSTALTUNGSHINWEISE DGAUM JAHRESTAGUNG 2020**

Freitag, 13.03.2020, 13:30-15:30 Uhr

Symposium „Impfprävention in Deutschland: Die Debatte um das Masernschutzgesetz und die Durchimpfungsraten in der Bevölkerung“

Samstag, 14.03.2020, 9:00-12:00 Uhr

Seminar S3: „Reisemedizin und Impfen im Betrieb“

Weitere Informationen unter www.dgaum.de/termine/jahrestagung

CONTRA:

Schulung erlernt werden können, sondern die ärztliche Aus- und Weiterbildung voraussetzen. Die vom Gesetzgeber jetzt geplante Schulung ist nicht ausreichend, um alle medizinischen Eventualitäten sachgerecht beurteilen zu können.

Bei der parenteralen Applikation von Arzneimitteln können schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten, die eine ärztliche Sofortmaßnahme (z. B. Reanimation) beziehungsweise eine erneute Vorstellung in der Arztpraxis erforderlich machen. [...] Die Europäische Datenbank gemeldeter Verdachtsfälle von Arzneimittelnebenwirkungen EudraVigilance listet bis März 2019 mehr als 30 000 Meldungen zu schwerwiegenden Nebenwirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit einer Influenzaimpfung auf. [...].

Die Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken ist aus Sicht der BÄK obsolet und potenziell gefährlich. Gripeschutzimpfungen können problemlos in Arztpraxen durchgeführt werden. Engpässe bei der Gripeschutzimpfung entstanden in der Vergangenheit nicht durch die Nichtverfügbarkeit von Ärzten, sondern ausschließlich durch die (vorübergehende) Nichtlieferbarkeit von Impfstoffen. [...].

Die Gripeschutzimpfung ist ein wichtiger Arzt-Patienten-Kontakt, bei dem über die Grippeimpfung hinaus die Möglichkeit weiterer ärztlicher Tätigkeiten gegeben ist. So kann eine Anamnese der letzten Monate und eine Stuserhebung erfolgen. Zudem bietet die Vorstellung zur Impfung jeweils die Möglichkeit für einen Austausch bezüglich der Indikation, etwaiger Kontraindikationen usw. Arztpraxen sind technisch und organisatorisch zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen ausgestattet, so dass der niedrigschwellige Zugang bereits besteht. [...] Zu berücksichtigen ist auch, dass Apotheker nicht beurteilen können, für welche Patienten eine Impfung tatsächlich indiziert ist. Die formale Vorgabe der STIKO-Empfehlung, ab dem 60. Geburtstag zu impfen, berücksichtigt nicht ausreichend das individuelle Risikomuster. [...].

Zudem postuliert das Gesetz einen niederschweligen Zugang zu Impfungen über das flächendeckende Netz der Apotheken. Dabei verkennt die Gesetzgebung, dass es in Deutschland lediglich etwa 20 000 Apotheken gibt, von denen nur ein Teil in der Lage wäre, die räumlichen Anforderungen zur Durchführung einer Impfung zu erfüllen. Im Vergleich dazu waren 2017 über 150 000 Ärzte im ambulanten Versorgungsbereich tätig, über ein Drittel davon als Hausärzte. [...].

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland, aber auch in vielen anderen Ländern, eine nachlassende Akzeptanz von Impfungen manifestiert, aus der sinkende Impfraten resultieren. Die Lösung des sich seit Jahren verschärfenden Problems der niedrigen Durchimpfungsquoten liegt nicht in der Durchführung der Gripeschutzimpfungen in Apotheken, die zur Verunsicherung der Patienten und Beeinträchtigung der Versorgungssicherheit führen wird. Vielmehr bedarf es nachhaltiger Veränderungen, die Lieferengpässe, aber auch Unsicherheiten und Ängste der Bevölkerung adäquat zu adressieren. Um die Durchimpfungsquote in der Bevölkerung als Teil der Gesundheitsversorgung langfristig zu erhöhen, sind weiterführende Maßnahmen zu ergreifen. [...].



Ihre Meinung ist gefragt: Gripeschutzimpfungen in Apotheken? Jetzt online abstimmen.

www.asu-arbeitsmedizin.com/praxis/wie-ist-ihre-meinung-zu-gripeschutzimpfungen-apotheken

1 Die Verwendung männlicher Bezeichnungen schließt Personen jedweden Geschlechts ein.
2 International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP global vaccination advocacy toolkit: Supporting and expanding immunisation coverage through pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2019

Gutes Sehen am Arbeitsplatz für eine ergonomisch gute Körperhaltung

ARBEITSGESTALTUNG Etwa 80% der Informationen am Arbeitsplatz werden über das menschliche Auge aufgenommen. Gutes Sehen hat eine hohe Bedeutung für die Qualität der Arbeit sowie für die Anordnung und Einstellung der Arbeitsmittel am Arbeitsplatz. Ein gutes Sehvermögen und gute Sichtbedingungen sind daher der Ausgangspunkt für die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung. **Martin Schmauder**

Sehvermögen

Gutes Sehen ist für gute Arbeit notwendig. Etwa 30–40% der Beschäftigten verfügen über ein nicht ausreichendes oder nicht ausreichend korrigiertes Sehvermögen (BAuA-Quartbroschüre „Gutes Sehen im Büro, s. „Weitere Infos“). Jeder Mensch, der eine Brille trägt, weiß, dass sich das Sehvermögen ändert und regelmäßig eine Kontrolle durchgeführt werden sollte. Kurzsichtigkeit und Weitsichtigkeit sind die allseits bekannten Arten der Sehschwäche. Es gibt jedoch weitaus mehr Differenzierungsmerkmale, so dass erst ein Sehtest eine qualifizierte Aussage liefert. Je nach Sehschwäche und

Art der Arbeit muss die passende Brille ausgewählt werden. Reicht eine Lesebrille, benötigt man eine Bildschirmbrille oder ist eine Gleitsichtbrille sinnvoll? Insbesondere bei der Arbeit an Bildschirmgeräten ist eine regelmäßige Kontrolle des Sehvermögens notwendig. Bildschirmarbeitsplätze im Sinne der nunmehr in die Arbeitsstättenverordnung integrierten Bildschirmarbeitsplatzverordnung befinden sich nicht mehr nur im Bürobereich. Gutes Sehen ist auch an Produktionsarbeitsplätzen, zum Beispiel in der Feinmechanik und in der Qualitätskontrolle, notwendig. Inzwischen ist fast jede Maschine mit einem Bildschirm zur Informa-



KONTAKT:

Prof. Dr.-Ing. M. Schmauder
 Professur Arbeitswissenschaft
 Institut für Technische Logistik
 und Arbeitssysteme
 Technische Universität Dresden
 Dürerstraße 26
 01062 Dresden
 martin.schmauder@
 tu-dresden.de

Foto: Christian Hüller

tionsein- und -ausgabe ausgestattet. Selbst im Heim- und Privatbereich gibt es kaum noch neue Maschinen, ob Stereoanlage, Kaffeevollautomat, Waschmaschine oder Backofen, die ohne Menüsteuerung mittels eines Displays auskommen. Gutes Sehen ist also wichtig und mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge können viele Probleme frühzeitig erkannt und beseitigt werden.

Neben der Kurz- und Weitsichtigkeit muss zukünftig auch verstärkt die Alterssichtigkeit in den Blick genommen werden. Die Ak-

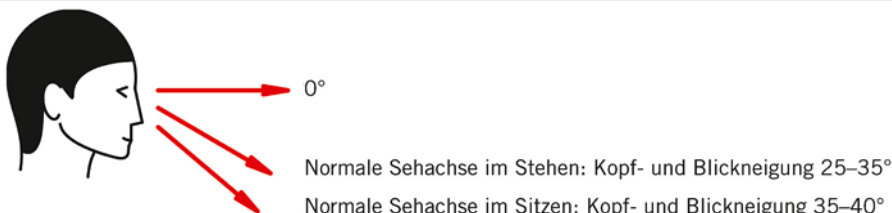


Abb. 1: Sehachse (eigene Darstellung)

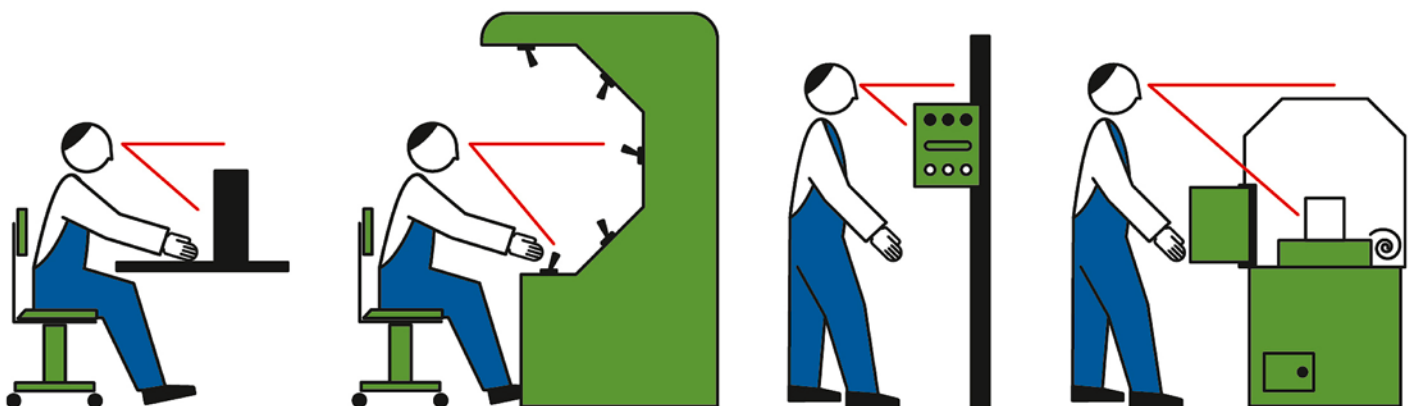


Abb. 2: Kopfhaltungen und Blicklinien bei verschiedenen Aufgaben (eigene Darstellung)

kommodationsfähigkeit des Auges nimmt im Laufe des Lebens kontinuierlich ab. Die Linse ist dann nicht mehr elastisch und folglich können Objekte nur noch in einem größeren Abstand scharf gesehen werden. Dieser Abstand liegt jedoch oft über dem Betrachtungsabstand von Displays und Bildschirmen, weshalb ein sicheres Ablesen und eine qualitativ hochwertige Arbeit nicht mehr gegeben sind.

Sichtbedingungen

Ausschlaggebende Größen für die Sichtbedingungen sind:

- Sehachse,
- Sehentfernung,
- Sehbereiche.

Sehachse

Die Sehachse ist die Verbindungslinie zwischen einem fixierten Objekt und dem Mittelpunkt der Netzhautgrube. Sie verläuft näherungsweise mit der Blicklinie (Verbindung fixiertes Objekt – mechanischer Augendrehpunkt), ist körperhaltungsabhängig und ergibt sich aus der Auslenkung des Kopfes und der Augen gegenüber der Waagerechten.

Die in **Abb. 1** angegebenen Werte für die Normallage der Sehachse im Stehen und im Sitzen sind durch die entspannte Kopf- und Augenhaltung festgelegt:

- Augenauslenkung in Ruhelage: ca. 10–15° gegenüber der Waagerechten,
- Neigung des entspannten Kopfes im Stehen: 15–20°,
- Neigung des entspannten Kopfes im Sitzen: ca. 25°.

Die Blicklinie soll nach Möglichkeit senkrecht auf die Betrachtungsebene treffen, um unbequeme Ausgleichhaltungen der Personen zu unterbinden.

➔ **Abbildung 2** zeigt einige Beispiele für Kopfhaltungen und Blicklinien in Bezug auf verschiedene Arbeitsaufgaben.

Sehentfernung

Akkommodation ist die Fähigkeit des Auges, sich auf unterschiedliche Sehentfernungen einzustellen. Die Akkommodationskraft lässt mit dem Alter nach. 20-Jährige verfügen etwa über eine Akkommodationskraft von 10 Dioptrien, was aussagt, dass sie bis auf eine Nähe von 0,1 m scharf sehen können ($1/0,1\text{m} = 10$ Dioptrien). Im Gegensatz dazu beträgt die Akkommodationskraft für

Einfach noch besser testen.

OPTOVIST^{II}



Dem Wettbewerb voraus – Optovist II

Dämmerungs- und Kontrastsehtest mit und ohne Blendung. Orientierende Gesichtsfeldprüfung bis zu 40 Leuchtdioden. Höhenverstellung bis 62 cm möglich. Großer Neigewinkel für den Sehtest bei Gleitsichtbrillenträger.

Optimal für den mobilen und stationären Einsatz.

Dank der kompakten, leichten und dennoch ausgesprochen robusten Bauweise eignet sich Optovist II hervorragend für den mobilen Einsatz.



Kompetenz für die Arbeits- und Verkehrsmedizin.

Vistec AG

Werner-von-Siemens-Str. 13, D-82140 Olching

Telefon +49 81 42 /4 48 57-60, Telefax +49 81 42 /4 48 57-70

e-mail: sales@vistec-ag.de, internet: www.vistec-ag.de



VISTEC

Vision Technologies



Faktor	Weit ← — Notwendige Sehentfernung — → Nah				
Sehaufgabe	Fernsicht	Grobe Arbeiten	Mittelgrobe Arbeiten	Feinarbeiten	Feinstarbeiten
Kontrast	KONTRAST				
Größe des Sehobjekts	Größe des Sehobjekts				
Form des Sehobjekts					
Beleuchtungsstärke					

Abb. 3: Einflussgrößen auf die Sehentfernung in qualitativer Form (eigene Darstellung)

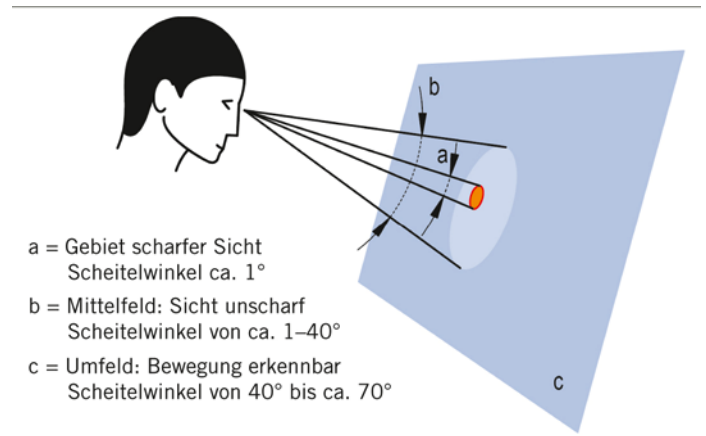


Abb. 4: Schematische Darstellung des zentralen und peripheren Sehens (eigene Darstellung)

50-Jährige lediglich noch etwa 2 Dioptrien. Der Nahpunkt liegt dementsprechend schon bei 0,5 m.

Neben dem individuellen Sehvermögen hängt die Sehentfernung von folgenden Faktoren ab:

- der Art der Sehaufgabe,
- der Beleuchtungsstärke,
- Größe, Form, Farbe des Sehobjekts,
- Struktur (Textur), Kontrast der Sehobjektumgebung.

➔ **Abbildung 3** zeigt den qualitativen Einfluss dieser Faktoren auf die Sehentfernung, bevor im Folgenden quantitative Gestaltungsempfehlungen gegeben werden.

Sehbereiche

Das Gesichtsfeld ist der visuelle Wahrnehmungsbereich bei unbewegtem Kopf und unbewegten Augen.

In Abhängigkeit davon, ob Augen und/oder Kopf bewegt werden, ergeben sich verschiedene Sehbereiche für den Menschen. Es wird zwischen folgenden drei grundsätzlichen Bereichen unterschieden:

- Gesichtsfeld,
- Blickfeld,
- Umblickfeld.

Bei allen Bereichen muss zwischen monokularem und binokularem Sehen unterschieden werden. Die im Folgenden angegebenen Werte beziehen sich auf das binokulare Sehen.

Der Raum, in dem scharf gesehen werden kann, ist im Vergleich zu dem gesamten Gesichtsfeld relativ klein und bildet einen Kegel von ca. 1° Sehwinkel (vgl. ➔ **Abb. 4**).

Außerhalb dieses kleinen Bereichs werden nur noch starke Kontraste und Bewegungen der Sehobjekte wahrgenommen. Es ist zu beachten, dass die maximale Ausdehnung des Gesichtsfelds interindividuell verschieden ist. Im Gesichtsfeld sind Sehobjekte anzuordnen, die gleichzeitig überwacht werden müssen.

Im Gegensatz zum Gesichtsfeld, das über den Wahrnehmungsbereich definiert wird, ist für das Blickfeld der Sehbereich ausschlaggebend, der vom Menschen fixiert werden kann. Im Blickfeld können bei ruhendem Kopf und bewegten Augen die Sehobjekte nacheinander fixiert werden.

Das um Kopfbewegungen erweiterte Blickfeld bezeichnet man als Umblickfeld. Das Umblickfeld ist der bei ruhendem Körperpumpf, bewegtem Kopf und bewegten Augen fixierbare Raumsektor des Sehraums.

In diesem Bereich sind Objekte anzuordnen, die in häufigem Wechsel nacheinander anzublicken sind.

Gute Ergonomie durch optimale Sichtbedingungen

Für eine gute ergonomische Arbeitsplatzgestaltung muss also zunächst ein gutes beziehungsweise optimal korrigiertes Sehvermögen vorhanden sein. Die Gestaltung des Arbeitsplatzes orientiert sich an der Sehaufgabe. Sehachse, Sehentfernung und die Sehbereiche müssen berücksichtigt werden. Arbeitshöhe und Sitzhöhe müssen entsprechend der Sehaufgabe eingestellt werden. Erst dann kann in einer ergonomisch günstigen Körperhaltung gearbeitet werden. ■

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

WEITERE INFOS



BAuA-Quartbroschüre
„Gutes Sehen im Büro“
https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A93.pdf?__blob=publicationFile&v=7

Persönlicher Eindruck des Gutachters unabdingbar

Urteile des Bundessozialgericht vom 07.05.2019 – B 2 U 25/17 R + B 2 U 26/17 R

RECHT Nur für psychiatrische Sachverständigengutachten war bisher anerkannt, dass die Exploration des Probanden nicht auf Hilfskräfte oder andere Dritte delegiert werden darf. Für alle anderen Fachgebiete wurde bestritten, dass eine persönliche Untersuchung durch den Gutachter zu den qualitativen Mindestanforderungen an ein Gutachten gehört. Diese Rechtsprechung hat das BSG nunmehr in zwei aktuellen Urteilen korrigiert. Für Gutachten, die dem Auswahlrecht des Probanden gem. § 200 II SGB VII unterliegen, zählen der persönliche Eindruck und die Möglichkeit Beschwerden vorzubringen zu den Kernaufgaben, die vom ernannten Sachverständige selbst zu erledigen sind und nicht delegiert werden dürfen. Erfolgt insoweit Delegation kann das Gutachten unverwertbar sein.

Reinhard Holtstraeter

Sachverhalt

Die Klägerin, eine abhängig beschäftigte Tierärztin, begehrt von der beklagten Berufsgenossenschaft Verletztenrente wegen der Folgen zweier Arbeitsunfälle. Am 20.06.2008 stürzte sie auf dem Weg zur Arbeit und zog sich einen Kahnbeinbruch der linken Hand zu. Am 25.06.2008 erlitt sie beim Impfen eines Kamerunschafes einen weiteren Arbeitsunfall, wobei das rechte Handgelenk verletzt wurde.

Die Beklagte schlug der Klägerin im Verwaltungsverfahren gemäß § 200 Abs. 2 SGB VII drei Gutachter zur Auswahl vor. Nach dieser Anhörung beauftragte sie Prof. Dr. E., Chefarzt der Abteilung für Hand-, Replantations- und Mikrochirurgie des Unfallkrankenhauses B., mit der Begutachtung. In dem Gutachten vom 08.04.2010, das Prof. Dr. E. „aufgrund eigener Urteilsbildung“ und Oberarzt Dr. B. „aufgrund eigener Untersuchung und Urteilsbildung“ unterzeichnet haben, wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) im Bereich der linken Hand nach Ende der Arbeitsunfähigkeit am 06.10.2008 mit 10 v.H. eingeschätzt. In

dem Gutachten vom 17.05.2010 zur rechten Hand, das ebenfalls von Prof. Dr. E. „aufgrund eigener Urteilsbildung“ und Oberarzt Dr. B. „aufgrund eigener Untersuchung und Urteilsbildung“ unterzeichnet wurde, wird ausgeführt, dass im Bereich der rechten Hand eine TFCC-Läsion bei vorbestehendem degenerativen Vorschaden, eine geringgradig reduzierte Beweglichkeit des rechten Handgelenks, eine gering reduzierte Kraft der rechten Hand sowie subjektiv geäußerte Beschwerden bestünden. Die MdE sei auf unter 10 v.H. einzuschätzen.

Darauf gestützt lehnte die Beklagte die Gewährung von Rentenleistungen ab und erkannte als Unfallfolgen an: folgenlos ausgeheilte Prellung des rechten Handgelenks bei erheblichen unfallunabhängigen Vorschäden im Bereich des rechten Handgelenks und knöchern fest verheilte Kahnbeinfraktur links bei erheblichen unfallunabhängigen Vorschäden im Bereich des linken Handgelenks (Bescheide vom 10.08.2010 und Widerspruchsbescheide vom 04.05.2011).

Das Sozialgericht (SG) hat im Klageverfahren auf Antrag der Klägerin nach § 109 SGG ein Gutachten des Chirurgen Dr. H. eingeholt, wonach im Vergleich zur Vorbegutachtung im Verwaltungsverfahren die Einschränkung sowohl der Unterarmdre-



Foto: privat

KONTAKT:

Reinhard Holtstraeter
Rechtsanwalt
Lorichsstraße 17
22307 Hamburg

mail@ra-holtstraeter.de

hung als auch der Bewegungen im linken Handgelenk in allen Ebenen zugenommen habe. Die MdE betrage 20 v.H. Die Beklagte legte hierzu eine von Prof. Dr. E. und Dr. H. unterzeichnete Stellungnahme vor, nach der die MdE mit 10 v.H. einzuschätzen sei. Die Klägerin machte daraufhin geltend, das von Prof. Dr. E. lediglich mitunterschiedene Gutachten vom 08.04.2010 sei unverwertbar, weil es von dem nicht zum Gutachter ernannten Dr. B. erstellt worden sei. Der allein zum Gutachter bestellte Prof. Dr. E. habe außer seiner Unterschrift zu dem Gutachten nichts beigesteuert und damit entgegen § 407a Abs. 2 ZPO die zentralen Aufgaben der Begutachtung nicht selbst erbracht. Sie habe Prof. Dr. E. selbst überhaupt nicht zu Gesicht bekommen. Weiterhin beantragte sie, Prof. Dr. E. und Dr. B. zur mündlichen Verhandlung zu laden und persönlich an-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die Verwendung männlicher Bezeichnungen schließt Personen jedweden Geschlechts ein.



Foto: Rowan Jordan/Getty Images

Die persönliche Begegnung des ausgewählten Gutachters mit der zu untersuchenden Person ist zwingend erforderlich

zuhören. Dem Gutachten des Sachverständigen Dr. H. komme zudem ein höherer Beweiswert zu, weil es sich bei den beiden anderen Gutachten lediglich um Verwaltungsgutachten handle, deren Beweiskraft als Urkundenbeweis begrenzt sei. Das SG hat daraufhin von Amts wegen eine Begutachtung durch Dr. W. veranlasst, der in seinem Gutachten zu dem Ergebnis gelangte, Folgen des Arbeitsunfalls vom 20.06.2008 seien nicht mehr feststellbar.

Das SG hat die Klagen abgewiesen (Gerichtsbescheide vom 23.10.2014), das Landessozialgericht (LSG) die Berufungen der Klägerin zurückgewiesen (Urteile vom 28.10.2016). Zur Begründung hat das LSG ausgeführt, der Arbeitsunfall vom 20.06.2008 hätte zu keinen Funktionsstörungen geführt, die die Gewährung einer Verletztenrente rechtfertigen könnten. Die neben dem Kahnbeinbruch an der linken Hand festgestellten Veränderungen seien nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folgen des Arbeitsunfalls. Prof. Dr. E. habe in seinem von dem Oberarzt Dr. B. mitunterzeichneten Gutachten darauf hingewiesen, dass für die unfallunabhängige Entstehung der degenerativen Befunde deren Erkennbarkeit schon in den zeitnah zum Unfallgeschehen durchgeführten Röntgenuntersuchungen spreche, wobei sich diese auch in

der von ihm durchgeführten aktuellen Röntgendiagnostik in unveränderter Form hätten nachweisen lassen. Darüber hinaus habe der Sachverständige Dr. W. plausibel darauf hingewiesen, dass für die Einordnung der Arthrose als anlagebedingtes Leiden auch die Beidseitigkeit und symmetrische Ausprägung der Befunde sprächen. Das Ergebnis der Begutachtung im Verwaltungsverfahren mit einer MdE von 10 v.H. sei angesichts der fast vollständigen Beweglichkeit des linken Handgelenks nicht nachvollziehbar.

Die Beweisanträge betreffend einer Vernehmung des Prof. Dr. E. beziehungsweise des Dr. B. seien nicht rechtzeitig gestellt worden, weil die Klägerin bereits im Widerspruchsverfahren anwaltlich vertreten gewesen sei. Deshalb hätte sie nach der Rechtsprechung des BSG noch vor Abschluss des laufenden Verwaltungsverfahrens die Verletzung des Auswahlrechts rügen müssen. Doch selbst wenn der Verfahrensfehler rechtzeitig gerügt worden wäre, ließe sich eine Unverwertbarkeit des Gutachtens des Prof. Dr. E. nicht begründen. Für ein im gerichtlichen Verfahren eingeholtes Gutachten gehöre die persönliche Untersuchung nur dann zum unverzichtbaren Kern der Aufgaben des Sachverständigen, wenn es sich um eine psychiatrische Begutachtung handle. Darü-

ber hinaus lägen keine Erkenntnisse vor, dass Prof. Dr. E. tatsächlich – entgegen der von ihm mit der Unterschriftsleistung gegebenen Versicherung – die Ausführungen seines Mitarbeiters Dr. B. nicht überprüft habe.

Beweiswert von Verwaltungsgutachten

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit ihren Revisionen, die im Sinne der Aufhebung der angefochtenen Urteile und der Zurückverweisung der Sachen an das LSG begründet waren. Die Urteile leiden nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) an einem Begründungsmangel i.S. des § 128 Abs. 1 S. 2 SGG, weil das LSG zwar die Möglichkeit eines Verwertungsverbotens der Verwaltungsgutachten erörtert und im Ergebnis ablehnt habe, aber nicht zu erkennen gäbe, welchen Beweiswert es diesen Gutachten im Verhältnis zu anderen Beweismitteln beimesse.

Das LSG gehe nicht auf die Frage ein, ob die Verwaltungsgutachten des Prof. Dr. E. beziehungsweise des Dr. B. den förmlichen und inhaltlichen Anforderungen eines ordnungsgemäßen Sachverständigengutachtens entsprächen. Insbesondere bleibe unklar, ob dem LSG bewusst war, dass die im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten nicht im Wege des Sachverständigenbeweises (§ 118 Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. § 402ff Zivilpro-

zessordnung [ZPO]), sondern allenfalls als Urkundenbeweis gewürdigt werden durften (§ 118 Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. §§ 415ff ZPO). Dazu hätte es in der Begründung zu erkennen geben müssen, dass es das Verwaltungsgutachten gerade nicht als Sachverständigen-gutachten verwertet hat und ihm die Besonderheiten des Urkundenbeweises bewusst gewesen seien, zu denen beispielsweise die fehlende Verantwortlichkeit des Verwaltungsgutachters gegenüber dem Gericht, die fehlende Strafandrohung der §§ 153ff StGB, die fehlende Möglichkeit der Beeidigung, das fehlende Ablehnungsrecht und insbesondere das fehlende Fragerecht zählen.

Verwertbarkeit von Verwaltungsgutachten

Voraussetzung der Verwertbarkeit eines Verwaltungsgutachtens sei zunächst, dass es in Form und Inhalt den (Mindest-)Anforderungen entsprechen. Die Klägerin habe sowohl im Klage- als auch im Berufungsverfahren behauptet, der Verwaltungsgutachter Prof. Dr. E. habe sie weder untersucht, noch sei er ihr persönlich begegnet. Zur Beurteilung der Verwaltungsgutachten hätte das LSG diesem Vortrag zum Beispiel durch Befragung der beteiligten Ärzte nachgehen müssen. Sofern das LSG zu der Feststellung gelangt, dass das Vorbringen der Klägerin zutrifft, also Prof. Dr. E. keinerlei Kontakt mit ihr hatte, würden die Verwaltungsgutachten Prof. Dr. E./Dr. B. gegen § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII verstoßen und unter einem Verfahrensfehler leiden. Hieraus folge zwar noch nicht zwingend ein Beweisverwertungsverbot dieses Verwaltungsgutachtens. Das LSG würde dann aber weiter zu ermitteln und zu prüfen haben, ob aufgrund der Mitarbeit des Oberarztes Dr. B. bei der Gutachtenerstellung ein Verstoß gegen datenschützende Normen vorliege und daraus eine Verletzung des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts der Klägerin (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 GG) mit der Folge eines Verwertungsverbots resultieren könnte.

Missachtung des Auswahlrechts ist Verfahrensfehler

Sofern es im Rahmen der Begutachtung zu keiner persönlichen Begegnung zwischen dem ernannten Gutachter und dem Probanden komme, sei sein Gutachten auf jeden Fall verfahrensfehlerhaft. Dabei könne dahinstehen, ob § 407a der ZPO, wonach der beauftragte Sachverständige das Gutachten

persönlich zu erstatten hat und eine Übertragung des Gutachtensauftrags auf andere Personen unzulässig ist, sinngemäß auch im Verwaltungsverfahren Anwendung finde. Denn in der fehlenden Begegnung mit dem ernannten Gutachter liege ein Verstoß gegen die unfallversicherungsrechtliche Sondernorm § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII. Sie regelt für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung eine Gutachterbenennungspflicht der Verwaltung und damit korrespondierend ein Auswahlrecht des Versicherten.

Aus § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII folge unabhängig von der Anwendbarkeit des § 407a ZPO zwingend, dass der ausgewählte Gutachter seinen Gutachtensauftrag nicht auf einen weiteren Gutachter übertragen darf. Dies würde Sinn und Zweck der Norm zuwiderlaufen, dem Bürger durch Einräumung eines Auswahlrechts eine qualifizierte Mitwirkung bei der behördlichen Ermittlung des Sachverhalts einzuräumen und die Akzeptanz des Verwaltungsverfahrens zu fördern. Dieses Übertragungsverbot verbiete zwar grundsätzlich nicht, weitere Personen zu unterstützen, die Diensten nach Weisung heranzuziehen, sofern der beauftragte Gutachter seine das Gutachten prägenden und regelmäßig in einem unverzichtbaren Kern von ihm selbst zu erbringenden Zentralaufgaben selbst wahrnimmt, die abhängig vom Fachgebiet differieren können. Insofern könnten hier die Grundsätze des § 407a ZPO herangezogen werden.

Persönlicher Eindruck zwingend erforderlich

Die persönliche Begegnung mit der zu untersuchenden Person gehöre indes bei einem gemäß § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII in Auftrag gegebenen Gutachten auch auf orthopädischem, hand- beziehungsweise (unfall-)chirurgischem Fachgebiet zu den nicht übertragbaren Kernaufgaben, die der ernannte Gutachter selbst zu erbringen habe. Eine solche persönliche Begegnung, bei der sich der Gutachter einen persönlichen Eindruck verschafft und der zu Begutachtende seine subjektiven Beschwerden vorbringen kann, sei im Rahmen einer Begutachtung nach § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII zwingend erforderlich. Ansonsten würde gerade der von § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII vorausgesetzte Sinn und Zweck des Untersuchungsauftrags nicht erreicht werden, wenn der Versicherte den von ihm selbst benannten Gutachter

überhaupt nicht zu Gesicht bekomme und der ernannte Gutachter andererseits sich nicht durch eine unmittelbare Sinneswahrnehmung einen persönlichen Eindruck vom Versicherten verschaffe. Damit entspräche es gerade der mit der Norm beabsichtigten Transparenz des Verfahrens, dass der Versicherte einen Anspruch darauf hat, mit dem von ihm ausgewählten Gutachter, der das Gutachten nach einer Untersuchung erstellen soll, persönlich in Kontakt zu treten.

Dieser Grundsatz werde bestätigt durch Ziffer 4.2 der Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (AWMF-Registernummer 094/001), an der unter anderem auch die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie beteiligt ist. Nach Ziffer 4.2 der Leitlinie „muss sich“ der Gutachter „zwingend einen persönlichen Eindruck von dem zu Begutachtenden, seinen Beschwerden und den zu erhebenden Befunden verschaffen, um die aus Rechtsgründen erforderliche Letztverantwortung für das Gutachten übernehmen zu können.“



Arbeitsmedizinische Analysenübersicht

Biomonitoring von ca. 2.000 kritischen Arbeitsstoffen in Blut, Urin, Speichel und Gewebe. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter:

www.mlhb.de

Allergie-Diagnostik
Typ I – Typ IV;
Aktivitätsmarker ECP etc.

Arbeitsmedizinische Beratung nach TRGS, BAT-Werteliste (DFG), tables on Human Exposure 2009 CDC (USA) und Biomonitoring in Health Canada

Wir beraten Sie gern:
Dr. H. D. Köster, Dr. P. Heitland
Dr. H.-W. Hoppe
info@mlhb.de

Medizinisches Labor Bremen
Haferwende 12, 28357 HB
Tel. 0421-2072-0

Rügerecht im Gerichtsverfahren

Die Klägerin hatte erstmals im Gerichtsverfahren vor dem SG gerügt, dass Prof. Dr. E. nicht Verfasser des Gutachtens gewesen sei beziehungsweise sie ihn überhaupt nicht „gesehen“ habe. Dies war nicht verspätet. Im Verfahren nach dem SGG seien trotz des herrschenden Amtsermittlungsprinzips Verstöße gegen Verfahrens- und insbesondere gegen Formvorschriften nicht von Amts wegen, sondern nur auf Rüge zu beachten. Daher müsse gemäß § 202 S. 1 SGG i.V.m. § 295 Abs. 1, § 556 ZPO eine Rüge bezüglich der Verwertbarkeit eines Gutachtens, das im Gerichtsverfahren eingeholt wird, spätestens in der nächsten mündlichen Verhandlung erhoben werden. Ansonsten gehe das Rügerecht verloren.

Soweit der erkennende Senat diese Grundsätze aus der ZPO i.V.m. § 202 S. 1 SGG auch auf das Verwaltungsverfahren übertragen und in der Vergangenheit entschieden hatte, dass bei im Verwaltungsverfahren erfolgten Verfahrensverstößen spätestens mit Erlass des Widerspruchsbescheids ein Rügeverlust eintrete, wird diese Rechtsprechung ausdrücklich aufgegeben. Die damalige Begründung des Senats, der Bürger sei hier der einzige, der eine Verletzung seines Auswahlrechts rechtzeitig abwenden oder eine Heilung dieses Verfahrensfehlers rechtzeitig anstoßen könne, erscheine wenig überzeugend, könne doch auch die Verwaltung durch einen einfachen Blick auf das ihr übersandte Gutachten jeweils feststellen, ob der im Rahmen des § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII vom Bürger ausgewählte Gutachter überhaupt und in welchem Umfang tätig geworden ist.

Des Weiteren folge aus § 31 SGB I (Vorbehalt des Gesetzes) zwingend, dass Rechte und Pflichten im Bereich des SGB einer hinreichend bestimmten gesetzlichen Grundlage bedürften. Der mit der Konstruktion einer Rügeobliegenheit im Verwaltungsverfahren verbundene Rechtsverlust lasse sich mangels ausdrücklicher Anwendbarkeit des § 295 ZPO im SGB X nicht rechtfertigen. Eine dem § 202 S. 1 SGG entsprechende Norm fehle gerade im SGB X. Daher sei die von der Klägerin hier im erstinstanzlichen Klageverfahren erhobene Rüge als rechtzeitig anzusehen.

Bedingtes Beweisverwertungsverbot

Aus einem Verstoß gegen § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII alleine folge allerdings noch kein Beweisverwertungsverbot. Nicht jeder Ver-

stoß gegen materielles oder formelles Recht bei der Beweiserhebung führe automatisch zu einem Verwertungsverbot. In bestimmten Fällen müssten rechtswidrig ermittelte, gespeicherte oder weitergegebene Daten genutzt werden, um gleich- oder höher-rangige Rechtsgüter zu schützen. Bei der Frage, ob ein Beweisgewinnungsverbot zu einem Beweisverwertungsverbot führt, sind die widerstreitenden Interessen unter- und gegeneinander abzuwägen. Die Intensität des Verfahrensverstößes falle dabei ebenso ins Gewicht wie die Überlegung, dass die Wahrheit nicht um jeden Preis erforscht werden darf.

Die Verwertung ist grundsätzlich verboten, wenn die verletzte Norm den Betroffenen vor Grundrechtseingriffen schützt. Der Senat habe insoweit bereits entschieden, dass das Auswahlrecht des § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII rein verwaltungsverfahrenrechtlicher Natur sei. Es diene zwar mittelbar auch der besseren Transparenz der Entscheidungsfindung des Trägers und des Datenflusses für den Versicherten. Das Auswahlrecht bezwecke ausschließlich, im jeweiligen Verwaltungsverfahren einen inhaltlich richtigen und für den Versicherten akzeptablen verfahrensabschließenden Verwaltungsakt vorzubereiten. Es vermittele verglichen zum Widerspruchsrecht nach § 200 Abs. 2 Halbs. 2 SGB VII dem Versicherten eine erheblich schwächere Rechtsposition, weil er sich zwar zu den vorgeschlagenen Gutachtern äußern und gegebenenfalls einen Gegenvorschlag machen kann, der Unfallversicherungsträger dem aber nicht folgen müsse. Deshalb könne der gegebenenfalls vorliegende Verfahrensfehler der faktischen Nichtbegutachtung durch den gemäß § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII benannten Gutachter als solcher alleine auch nicht zu einem Beweisverwertungsverbot führen.

Verletzung der informellen Selbstbestimmung?

Das LSG werde aber weiter zu ermitteln und zu prüfen haben, ob ein Beweisverwertungsverbot des Verwaltungsgutachtens daraus abzuleiten ist, dass in der Mitarbeit des Dr. B. bei der Gutachtenerstellung ein Verstoß gegen datenschützende Normen und damit eine Verletzung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung oder des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts der Klägerin (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1

GG) zu sehen sei. Zwar habe die Klägerin keine Verletzung der Belehrungspflicht über das Widerspruchsrecht gemäß § 200 Abs. 2 Halbs. 2 SGB VII i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X gerügt, das der Konkretisierung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung diene. Jedoch könne sowohl in der Weitergabe von personenbezogenen Daten durch die Beklagte über Prof. Dr. E. an Dr. B. als auch durch die Weitergabe von durch Dr. B. erhobene Daten an Prof. Dr. E. ein Verstoß gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht schützende Normen liegen.

Hinsichtlich der Weitergabe von personenbezogenen Daten der Klägerin an Dr. B. werde das LSG zunächst zu ermitteln haben, ob und gegebenenfalls welche personenbezogenen Daten Dr. B. durch den ernannten Gutachter Prof. Dr. E. zur Verfügung gestellt wurden. Sodann wird das LSG die konkreten rechtlichen Beziehungen zwischen der Beklagten und Prof. Dr. E. sowie Dr. B. etwa im Hinblick auf bestehende Weisungsrechte zu prüfen haben. Hierbei wird zu beachten sein, dass es sich bei personenbezogenen Daten, die zuvor von der Beklagten verarbeitet wurden, um Sozialdaten gemäß § 67 SGB X i.V.m. § 35 SGB I handelt. Die Übertragung auf Prof. Dr. E., bedeute eine Übermittlung, die eines gesonderten Legitimationstatbestandes bedurfte, sofern dieser nicht der Beklagten als verantwortlicher Stelle zum Beispiel als deren Auftragsdatenverarbeiter zuzurechnen sei.

Delegation als Auftragsdatenverarbeitung?

Als nächstes wäre zu klären, in welcher datenschutzrechtlichen Stellung zu Prof. Dr. E. der – nicht seitens der Beklagten als Gutachter ernannte – Dr. B. stand. Personenbezogene Daten verlieren – auch wenn sie an eine nicht in § 35 SGB I genannte Stelle übermittelt werden – gemäß § 78 SGB X ihre Eigenschaft als Sozialdaten nicht oder genießen zumindest den gleichen Schutz. Sofern Prof. Dr. E. nicht der Beklagten als verantwortlicher Stelle zuzurechnen ist und der die Untersuchung durchführende Dr. B. als Auftragsdatenverarbeiter des dann im Hinblick auf die Gutachtenerstellung als verantwortliche Stelle handelnden Prof. Dr. E. anzusehen wäre – beispielsweise weil die Erstellung von Gutachten zu den arbeitsvertraglichen Pflichten gegenüber dem Unfallkrankenhaus zähle und entsprechende Wei-

sungsbefugnisse des Prof. Dr. E. als Chefarzt gegenüber ihm bestünden oder sich diese kraft betrieblicher Übung auch bei an den Chefarzt gerichteten Gutachtensaufträgen ergäben –, wäre für die Weitergabe der personenbezogenen Daten keine Übermittlungsbefugnis erforderlich. Es würde sich dann nur um eine Datennutzung und keine Übermittlung i.S. des § 67 Abs. 6 Nr. 3 SGB X i.d.F. vom 06.08.1998 gehandelt haben. Andernfalls wäre die Weiterübermittlung der Daten nur mit einer grundsätzlich der Schriftform bedürftigen Einwilligung der Klägerin gemäß § 67b Abs. 2 SGB X i.d.F. vom 09.12.2004 (BGBl I 3242) rechtlich zulässig gewesen.

An diesen Maßstäben werde das LSG ebenso die Zulässigkeit der Weitergabe der von Dr. B. bei der Klägerin erhobenen Befundtatsachen an Prof. Dr. E. messen müssen.

Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht?

Sodann werde das LSG einen etwaigen Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht durch die beteiligten Ärzte als weitere das Recht auf informationelle Selbstbestimmung schützende Schranke für die Offenbarung von Daten prüfen müssen. Selbst wenn man Dr. B. als berufsmäßig tätigen Gehilfen des Chefarztes Prof. Dr. E. ansieht und er dementsprechend befugter Mitwisser im Rahmen der Gutachtenerstellungen durch Prof. Dr. E. war, ist zu ermitteln, ob der Klägerin bewusst war, dass die Untersuchung nicht vom ernannten Gutachter durchgeführt wurde, wobei auch zu berücksichtigen sein wird, dass die Klägerin nach den Feststellungen des LSG durch Dr. B. bereits zuvor behandelt worden war.

Daher wird zu prüfen sein, ob und inwieweit in der freiwilligen Teilnahme an der Untersuchung eine konkludente Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht des Dr. B. gegenüber dem eigentlich ernannten Gutachter Prof. Dr. E. zu sehen ist. Hierbei könnte auch zu beachten sein, dass nach Ziffer 4.10 der Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (AWMF-Registernummer: 094/001) – die der Senat insoweit als Formulierung eines allgemeinen wissenschaftlichen Standards betrachtet – der Gutachter „das ausdrückliche Einverständnis des zu begutachtenden Patienten dazu einholen“ muss, „dass sich die Schweigepflicht-

entbindung im Rahmen des Gutachtens auch auf die im Behandlungsverhältnis erhaltenen Informationen beziehungsweise erhobenen Befunde erstreckt“, wenn – wie hier – „ausnahmsweise ein behandelnder Arzt mit der Begutachtung beauftragt“ wird.

Rollenkonflikte der Sachverständigen?

Schließlich wird das LSG, sofern es einen Verstoß gegen die soeben genannten Normen feststellen sollte, prüfen müssen, ob diese der Beklagten unmittelbar zurechenbar sind oder ob auch Verletzungen durch beauftragte Sachverständige, die ihrerseits nicht-hoheitlich und auch nicht als Beliehene handeln, zu Beweisverwertungsverböten führen.

Hierbei wird zu berücksichtigen sein, dass sowohl Prof. Dr. E. als auch Dr. B. Beschäftigte des Unfallkrankenhauses B. sind, dessen Mehrheitsgesellschafter der „BG Kliniken-Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH“ ist, an der die Beklagte ihrerseits als Gesellschafterin beteiligt ist. Als Beschäftigte des Unfallkrankenhauses B. stehen sie in einer gewissen Nähe zur Beklagten als Gesellschafterin dieses Krankenhauses. Folglich könnte auch zu erörtern sein, welche Auswirkungen dieser Rollenkonflikt (abhängig Beschäftigter, behandelnder Arzt, neutraler Gutachter in einer Person) auf den Beweiswert des Verwaltungsgutachtens und die dort dokumentierten Befunde habe.

Das LSG werde dabei als weiteren Rollenkonflikt zu thematisieren haben, warum Dr. B. die Begutachtung überhaupt durchgeführt und nicht abgelehnt hat, obwohl er die Klägerin zuvor bereits behandelt hatte. Auch insofern könnte den in der Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen

Begutachtung“ (AWMF-Registernummer: 094/001) enthaltenen Regeln der ärztlichen Kunst Bedeutung zukommen, ohne dass deren Normqualität im Einzelnen zu prüfen wäre. Nach Ziffer 4.1 der genannten Leitlinie soll der Gutachter „stets prüfen, ob ihm der Wechsel aus dem vom Fürsorgeprinzip getragenen Behandlungsauftrag in die strikte gutachterliche Neutralität möglich ist, und im Zweifel den Auftrag mit Hinweis auf diese Konfliktsituation ablehnen.“

Schlussbemerkung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Versicherte zukünftig bei Begutachtungen im Auftrag von Berufsgenossenschaften ein nicht beschränkbares Recht auf persönliche Vorstellung beim benannten Gutachter haben, um ihre Beschwerden mitzuteilen und dem Gutachter einen persönlichen Eindruck zu vermitteln. Ob und inwieweit eine Einschränkung dieses Rechtes zur Unverwertbarkeit des Gutachtens führt, lässt sich nach diesen Entscheidungen noch nicht überblicken. Man darf auf die anstehende Entscheidung des LSG gespannt sein. Eines ist indes schon heute klar: Verstößt ein angestellter Gutachter zukünftig gegen das Delegationsverbot werden der berufsgenossenschaftlichen Verwaltung und gegebenenfalls dem Gericht umfangreiche Ermittlungen auferlegt sein, die eine exakte Analyse der Aufbau- und Ablauforganisation seines Beschäftigungsunternehmens einschließlich einer konkreten Datenflussanalyse im Einzelfall beinhalten müssen. ■

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Schnell und unkompliziert – mit wenigen Klicks zu Ihrem individuellen Hautschutzplan

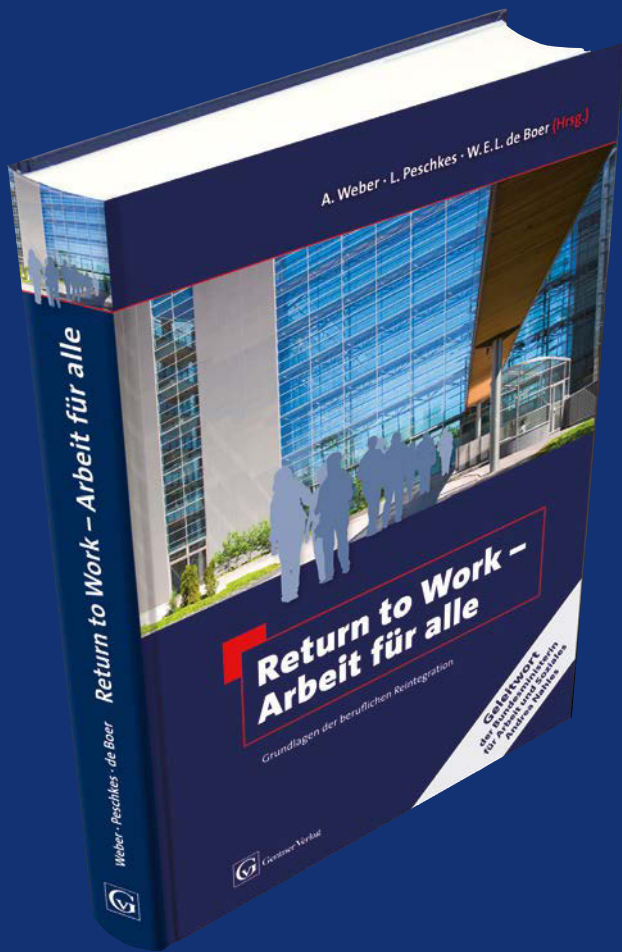
Online-Hautschutzplan-Konfigurator

Erstellen Sie jetzt Ihren individuellen Hautschutzplan:
www.hautschutzplan24.de

Peter Greven Physioderm GmbH
D-53881 Euskirchen

Die Lösung des Demografieproblems

Geleitwort der
Bundesministerin
für Arbeit und Soziales
Andrea Nahles



A. Weber – L. Peschkes – W. E. L. de Boer (Hrsg.)

Return to Work – Arbeit für alle

■ Grundlagen der beruflichen Reintegration

Unter Mitarbeit zahlreicher Fachautoren

Für diesen Anwenderkreis wurde das Fachbuch aktuell bearbeitet:

- Arbeits-, Sozial- und Rehademiziner
- Einrichtungen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation
- Haus- und Fachärzte
- Sonstige Gesundheitsberufe
- Personalverantwortliche
- Betriebsräte
- Schwerbehindertenvertreter/ BEM-Beauftragte
- Disability Manager
- Medizinische Sachverständige
- Versicherungsmediziner
- Sozialversicherungsträger
- Politik und Verwaltungen

Inhalt (Hauptkapitel)

1. Begriffsbestimmung – Hintergrund
2. Ausgangslage – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft
3. Arbeit und Krankheit
4. Rahmenbedingungen – Gesellschaft, Wirtschaft, Politik, Sozialpartner
5. Rahmenbedingungen – Gesundheitssystem, Soziale Sicherung
6. Rahmenbedingungen – Unternehmen
7. Interventionen
8. Methoden
9. Befunde und Befinden
10. Gute Praxis – „Leuchttürme“
11. „Auf dem Weg nach 2020“ – Innovationsbalken

1. Auflage 2015
ISBN 978-3-87247-758-3
Gebunden, 868 Seiten
Preis € 89,-; sFr 109,-

Bestellcoupon

Ja, bitte senden Sie mir Exemplar(e)
A. Weber et al. (Hrsg.),
Return to Work – Arbeit für alle, 1. Auflage 2015
(Best.-Nr. 75800), zum Preis von 89,- € gegen Rechnung zu.

Gentner Verlag
Buchservice Medizin
Postfach 101742
70015 Stuttgart



**MEHR INFORMATIONEN
UND VERSANDKOSTENFREI
ONLINE BESTELLEN**



Gentner Verlag • Buchservice Medizin
Postfach 101742 • 70015 Stuttgart
Tel. +49 711/63672-925 • Fax +49 711/6672-1974
E-mail: buch@gentner.de • www.asu-arbeitsmedizin.com/buecher

Fax-Hotline: +49 711 / 6672-1974

Name, Vorname

Firma/Institution

Beruf/Abteilung/Funktion

Straße / Postfach

Nr.

Land PLZ Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Datum

Unterschrift

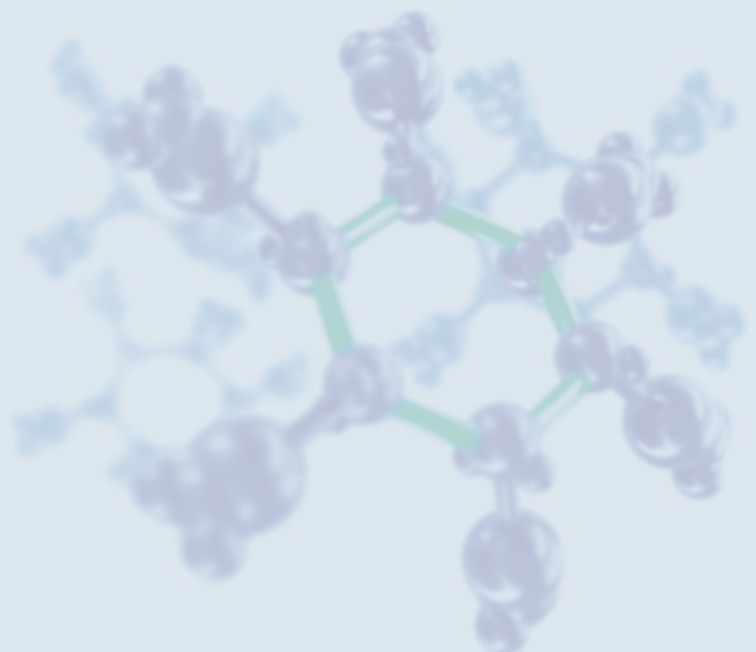
med_362

ORIGINALIA

Berufszufriedenheit in der Arbeitsmedizin – alles gut, nur keine Anerkennung?

ORIGINALIA

Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse der repräsentativen lidA-Studie



Berufszufriedenheit in der Arbeitsmedizin – alles gut, nur keine Anerkennung?

N. Amler^{1,2}
 C. Quittkat¹
 S. Sedlazcek¹
 T. Nesseler¹
 S. Letzel^{1,3}
 H. Drexler^{1,2}

¹Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM), München

²Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

(Direktor: Prof. Dr. med. Hans Drexler), Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

³Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

(Direktor: Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel), Johannes Gutenberg-Universität Mainz

(eingegangen am 28.01.2020, angenommen am 06.02.2020)

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Job satisfaction of company doctors – all is well except recognition?

Objective: The aim of this paper is to examine job satisfaction among company doctors in the German-speaking area. Moreover, we analysed the extent to which various sociodemographic data and specific occupational contexts have an influence on job satisfaction and to what extent the individual groups differ in this respect.

Methods: The present study is based on the company doctor survey conducted as part of a large-scale care research project in Germany. The survey was designed as a cross-sectional study and took place from September 2017 to April 2018. The survey was conducted online and on paper. The data was prepared and analysed mainly by using descriptive statistical methods.

Results: The majority of the doctors questioned seem to be happy with their occupation as company doctor. Company doctors were especially positive about the focus on prevention (67%), the working hours (63%), the meaningfulness (59%) and the attractiveness of the subject (57%). Company doctors found the lack of recognition by colleagues to be one of the particularly negative aspects of their occupation, with 50% of those questioned highlighting this as a negative factor. These findings hold for the most part irrespective of age, gender and occupational context.

Conclusion: It is important to work on the occupational profile of company doctors in order to counteract the lack or absence of recognition and to educate the public and professionals in a targeted manner. A start should be made with medical students to this end. Above all, it is important to emphasise the preventive character of the subject and the opportunities provided by what is plainly the largest setting for the practice of prevention. In this connection, it is also important to exploit the opportunities provided within the scope of the Prevention Act.

Keywords: job satisfaction – recognition – prevention – payment – appreciation

Berufszufriedenheit in der Arbeitsmedizin – alles gut, nur keine Anerkennung?

Zielstellung: Ziel des vorliegenden Beitrags ist die Untersuchung der Berufszufriedenheit von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern im deutschsprachigen Raum. Ferner wurde analysiert, inwiefern verschiedene soziodemografische Daten beziehungsweise tätigkeitsspezifische Merkmale einen Einfluss auf die Berufszufriedenheit haben beziehungsweise inwiefern sich die einzelnen Gruppen diesbezüglich unterscheiden.

Methoden: Im Rahmen eines großangelegten arbeitsmedizinischen Versorgungsforschungsprojekts wurden deutschlandweit Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner befragt. Die Befragung war als Querschnittsstudie konzipiert und fand von September 2017 bis April 2018 statt. Die Umfrage wurde online sowie papierbasiert durchgeführt. Die Daten wurden aufbereitet und überwiegend deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse: Der Großteil der Befragten scheint zufrieden mit der betriebsärztlichen Tätigkeit zu sein. Als besonders positiv empfinden die befragten Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner insbesondere den Schwerpunkt Prävention (67%), die Arbeitszeiten (63%), die Sinnhaftigkeit (59%) sowie die Attraktivität des Fachs (57%). Im Hinblick auf die negativen Facetten einer betriebsärztlichen Tätigkeit sticht insbesondere die mangelnde Anerkennung im Kollegenkreis heraus. Diese wurde von knapp 50% der Befragten als negativ bewertet. Die Ergebnisse gelten im Wesentlichen unabhängig von Alter, Geschlecht beziehungsweise beruflichem Kontext.

Schlussfolgerung: Um dem „Wermutstropfen“ der mangelnden beziehungsweise fehlenden Anerkennung zu begegnen, gilt es, gezielt am arbeitsmedizinischen Berufsbild zu arbeiten und sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Fachwelt gezielt Aufklärungsarbeit zu leisten. Hiermit sollte bereits im Studium begonnen werden. Vor allem gilt es, den präventiven Charakter des Fachs und die damit verbundenen Möglichkeiten auch und gerade im Hinblick auf das größte Präventionssetting herauszuarbeiten. In diesem Zusammenhang gilt es auch, gezielt die Chancen zu nutzen, die sich im Rahmen des Präventionsgesetzes bieten.

Schlüsselwörter: Berufszufriedenheit – Anerkennung – Prävention – Bezahlung – Wertschätzung

Einleitung

Mit dem Präventionsgesetz ist auch der Berufsstand der Arbeitsmedizinerinnen/-mediziner und Betriebsärztinnen/-ärzte wieder stärker in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt. Das betriebsärztliche Aufgabenspektrum ist dabei recht weit gefächert. Laut §3 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) haben Betriebsärztinnen und -ärzte die Aufgabe, das Unternehmen beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen. Dabei müssen sie den Betrieb beziehungsweise die sonst für den Arbeitsschutz und für die Unfallverhütung zuständigen Personen unter anderem bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen, bei der Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen, und auch bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozess beraten. Neben der Beratung haben Betriebsärztinnen und -ärzte die Beschäftigten zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten, sowie die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beobachten und dem Arbeitgeber etwaige Mängel mitzuteilen und auf deren Beseitigung hinzuwirken (§3 ASiG).

Über die notwendige arbeitsmedizinische Fachkunde verfügt und damit für die betriebsärztliche Tätigkeit qualifiziert ist jeder, der entweder die Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin besitzt oder die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin nachweisen kann. Neben dem Facharzt Arbeitsmedizin legitimiert somit auch der Erwerb der Zusatzbezeichnung für eine betriebsärztliche Tätigkeit. Die fachliche Herkunft ist dabei nachrangig und damit auch entsprechend heterogen. So unterschiedlich die fachliche Herkunft und vielfältig die Bandbreite an zu erfüllenden Aufgaben, so heterogen sind auch das Arbeitsumfeld und damit die Rahmenbedingungen einer betriebsärztlichen Tätigkeit. Ein Großteil der Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner arbeitet freiberuflich als Betriebsärztin/-arzt oder ist in einem Unternehmen angestellt. Wieder andere arbeiten für einen überbetrieblichen Dienst oder sind für eine Behörde tätig. Gerade die freiberufliche Tätigkeit ist oftmals mit viel Fahrtätigkeit verbunden. Während in einem Unternehmen oder bei einem überbetrieblichen Dienst festangestellte Betriebsärztinnen und -ärzte ein festes Gehalt beziehen, ist die Vergütung bei Freiberuflern in der Regel Verhandlungsbasis. Engen staatlichen Regulierungen unterliegen die Betriebsärztinnen und -ärzte hingegen mehr oder weniger unabhängig von ihrem beruflichen Kontext.

Was die Rahmenbedingungen einer betriebsärztlichen Tätigkeit beziehungsweise der damit verbundenen Berufszufriedenheit betrifft, ist die Datenlage unzureichend. In ihrem systematischen Literaturüberblick zur Arbeitssituation und Ärztegesundheit im deutschsprachigen Raum konnte Werner 2016 keine einzige Studie identifizieren, die sich mit der Berufszufriedenheit von Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner beschäftigt, obwohl die Hälfte aller identifizierten Studien die ärztliche Arbeitssituation zum Thema hatte beziehungsweise konkret die ärztliche Berufszufriedenheit oder Arbeitsbelastung untersuchte. Die Fachgruppe der Chirurgie war am häufigsten Gegenstand von Untersuchungen, gefolgt von ärztlichem Fachpersonal aus dem Bereich Anästhesie und Intensivmedizin. Die arbeitsmedizinische Fachgruppe wurde, wie bereits erwähnt, in keiner der identifizierten Studien betrachtet.

Dennoch werden, was die Rahmenbedingungen des Berufs Betriebsärztin/-arzt betrifft, in der (Fach-)Öffentlichkeit aktuell Aspekte diskutiert, von denen angenommen wird, dass sie sich positiv oder negativ auf die betriebsärztliche Berufszufriedenheit auswirken. Die ebenfalls 2016 publizierte Studie von Peißl et al. zur Arbeitssituation von Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner in Österreich kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Befragten mit ihrem Beruf identifizieren und die berufliche Sinnerfüllung im Allgemeinen als hoch eingeschätzt wird. Auch berichteten die Befragten mehrheitlich, dass diese Tätigkeit sowohl in der Gesellschaft als auch von Seiten der Unternehmen und Beschäftigten wertgeschätzt würde (Peißl et al. 2016). Die wahrgenommene Wertschätzung stand dabei in positivem Zusammenhang sowohl mit der beruflichen Sinnerfüllung als auch der Identifikation mit dem Beruf. Als Fehlbelastung wurden unter anderem die für die Tätigkeit erforderliche Flexibilität sowie Informationsprobleme berichtet (Peißl et al. 2016). Stranzinger und Niehaus berichten 2017 im Rahmen ihrer Arbeiten zur Umsetzung der Novelle der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) in Deutschland, dass die betriebsärztliche Berufszufriedenheit seit der Novellierung unverändert sei beziehungsweise sich verbessert habe. Als Gründe für die Verbesserung wurden unter anderem Rechtssicherheit und Transparenz seitens der Unternehmen sowie mehr Eigenverantwortung der Beschäftigten genannt. Als Hauptgründe für eine berufliche Unzufriedenheit im Zusammenhang mit der ArbMedVV wurden insbesondere eine Zunahme an Bürokratie sowie Unverständnis seitens der betreuten Betriebe diskutiert.

Doch wie schätzen Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner selbst einzelne Aspekte ihrer beruflichen Tätigkeit ein? Und lassen sich systematische Unterschiede feststellen in der Einschätzung zwischen betriebsärztlichen Gruppen, so dass hieraus „Handlungsempfehlungen“ abgeleitet werden können, um zu der betriebsärztlichen Berufszufriedenheit und somit indirekt auch zu der Attraktivität des Berufs beizutragen? Aufgrund der nur sehr schwachen Datenlage zu der Thematik erscheint eine systematische Analyse der Berufszufriedenheit sinnvoll.

Hinweis: Für einen einfacheren Lesefluss werden die Begriffe Arbeitsmedizinerinnen/-mediziner und Betriebsärztinnen/-ärzte synonym verwendet. Sofern es um Unterschiede im Hinblick auf die Qualifikation geht, wird gesondert darauf hingewiesen und es ist explizit die Rede von ärztlichem Fachpersonal mit der Facharztweiterbildung Arbeitsmedizin beziehungsweise der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin. Der Begriff Werksärztin/Werksarzt wird hier synonym für in einem Betrieb/Unternehmen fest angestellte Betriebsärztinnen und -ärzte verwendet (siehe Formulierung im Fragebogen).

Zielstellung

Ziel des vorliegenden Beitrags ist die Untersuchung der Berufszufriedenheit von Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner im deutschsprachigen Raum. Ferner wurde analysiert, inwiefern verschiedene soziodemografische Daten bzw. tätigkeitsspezifische Merkmale einen Einfluss auf die Berufszufriedenheit haben beziehungsweise inwiefern sich die einzelnen Gruppen diesbezüglich unterscheiden.

Methoden

Datenbasis und Variablen

Im Rahmen eines großangelegten arbeitsmedizinischen Versorgungsforschungsprojekts wurden deutschlandweit Betriebsärztinnen und -ärzte befragt. Für das Modellvorhaben „Gesund arbeiten in Thüringen“ nach §20g SGBV (Präventionsgesetz) wurde (u. a. auf der Grundlage von qualitativen Interviews) ein Fragebogen für Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner/Betriebsärztinnen und -ärzte entwickelt. Der Fragebogen wurde zunächst in einer Pilotstudie getestet und anschließend finalisiert. Bei dem verwendeten Instrument handelt es sich um einen relativ umfangreichen Fragebogen bestehend aus überwiegend quantitativen sowie vereinzelt qualitativen Items. Das Instrument bestand aus verschiedenen Themenkomplexen (u. a. ärztliche Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen, Rollenempfinden, Telemedizin, Berufszufriedenheit; Sedlaczek et al. 2018). Gegenstand dieses Beitrags sind die Fragen zur Berufszufriedenheit sowie die Angaben zur Person (Alter, Geschlecht, beruflicher Kontext; vgl. ➔ **Abb. 1**).

Die Befragung war als Querschnittsstudie konzipiert und fand von September 2017 bis April 2018 statt. Die Umfrage wurde online sowie papierbasiert durchgeführt. Dabei wurde sowohl auf Adressdaten der Bundesärztekammer zurückgegriffen als auch eine Handrecherche durchgeführt. Ein Teil der Daten wurde ferner im Rahmen der 58. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM) in München erhoben.

Datenaufbereitung und -auswertung

Die Variablen wurden teilweise neu kategorisiert. So wurde un-

Angaben zu Ihrer Person:

Ihr Geburtsjahr: ____

Ihr Geschlecht:

- weiblich
- männlich
- keine Angabe

Welche Facharztbezeichnung führen Sie (Mehrfachauswahl möglich)?

- Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin
- Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin
- Facharzt/Fachärztin für _____
- Facharztausbildung noch nicht abgeschlossen, derzeit in Weiterbildung zur Facharzt/Fachärztin für _____

Welche Zusatzbezeichnungen führen Sie (Mehrfachauswahl möglich)?

- Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
- Zusatzbezeichnung Gesundheitsförderung und Prävention
- Zusatzbezeichnung psychosomatische Grundversorgung
- Zusatzbezeichnung Reisemedizin
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- weitere Zusatzbezeichnungen: _____

In welchem zeitlichen Umfang sind Sie betriebsärztlich tätig?

- Vollzeit (35 Std./Woche und mehr)
- Teilzeit (15–34 Std./Woche)
- stundenweise (14 Std./Woche und weniger)
- keine Angabe

In welchem Setting sind Sie betriebsärztlich tätig? (Mehrfachantworten möglich)?

- Selbstständig
- festangestellter Werkarzt in einem Unternehmen
- angestellt bei einem überbetrieblichen Dienst
- Tätigkeit bei einer Behörde
- Tätigkeit bei einem Unfallversicherungsträger
- Tätigkeit an einem universitären Institut
- Tätigkeit für eine andere wissenschaftliche Einrichtung
- Sonstiges: _____

Berufszufriedenheit:

Welche Aspekte Ihrer betriebsärztlichen Tätigkeit empfinden Sie als besonders positiv? (Mehrfachantworten möglich)?

- Attraktivität des Fachs
- Schwerpunkt liegt auf Prävention
- Arbeitszeiten
- freie Zeiteinteilung
- Sinnhaftigkeit
- Anerkennung
- Bezahlung
- Sonstiges: _____

Welche Aspekte Ihrer betriebsärztlichen Tätigkeit empfinden Sie als besonders negativ? (Mehrfachantworten möglich)?

- Viel Fahrttätigkeit
- häufig alleine unterwegs
- mangelnde Anerkennung durch ärztliche Kollegen
- mangelnde Anerkennung durch Kunden/Beschäftigte
- mangelnde Anerkennung durch Familie, Bekannte, Freunde
- enge Reglementierung durch Gesetze/Vorschriften/Normen
- inhaltlich wenig Übereinstimmung mit normalen ärztlichen Tätigkeiten
- Bezahlung
- Sonstiges: _____

Abb. 1: Ausschnitt aus dem Fragebogen
Fig. 1: Excerpt from the questionnaire

ter anderem das Alter der Teilnehmenden in die Altersklassen unter 40, 40–49, 50–59 und über 60 aggregiert.

Zur Abbildung des beruflichen Kontextes wurde unter anderem unterschieden, ob jemand in Voll- oder Teilzeit tätig ist – wobei hier die beiden Ausprägungen „Teilzeit (15–34 Std./Woche)“ und „stundenweise (14 Std./Woche und weniger)“ zu einer Variablen („Teilzeit“) zusammengefasst wurden –, ob jemand die Facharztweiterbildung Arbeitsmedizin oder die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin führt, ob jemand selbstständig ist oder nicht, ob jemand festangestellt in einem Unternehmen ist oder nicht, ob jemand angestellt bei einem überbetrieblichen Dienst ist oder nicht, und so weiter. Die Befragten, die sowohl die fachärztliche Weiterbildung Arbeitsmedizin als auch die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin erworben haben, wurden zur Teilgruppe der Befragten mit dem Facharzt Arbeitsmedizin gezählt.

Zur Abbildung der Berufszufriedenheit wurden unter anderem Summenscores aus der Anzahl der Nennungen über die verschiedenen Aspekte der betriebsärztlichen Tätigkeit ermittelt. Auf diese Weise entstanden zwei neue, kardinalskalierte Variablen zur Abbildung der Berufszufriedenheit (positiv bzw. negativ konnotiert). Führt jemand bei der Frage nach den positiven Aspekten seiner betriebsärztlichen Tätigkeit beispielsweise die drei Aspekte „Attraktivität des Fachs“, „Schwerpunkt liegt auf Prävention“ und „Arbeitszeiten“ an, so geht man davon aus, dass dieser „zufriedener“ ist als jemand, der lediglich einen Aspekt wie zum Beispiel die „Attraktivität des Fachs“ genannt hat. Gleiches gilt für die negativen Facetten der betriebsärztlichen Tätigkeit. Hier geht der neu ermittelte Score davon aus, dass jemand, der beispielsweise die beiden Aspekte „Bezahlung“ und „viel Fahrtätigkeit“ angekreuzt hat, „unzufriedener“ ist als jemand, der lediglich einen Aspekt angegeben hat.

Für einzelne Subanalysen wurden die drei im Fragebogen enthaltenen Variablen zur mangelnden Anerkennung seitens Kolleginnen und Kollegen, Unternehmen beziehungsweise privatem Umfeld zu einer Variablen zusammengefasst.

Die Häufigkeiten der Nennungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Aspekten der betriebsärztlichen Tätigkeit wurden mittels deskriptiver Statistik erfasst. Zur Prüfung etwaiger Unterschiede im Hinblick auf die Berufszufriedenheit nach Alter, Geschlecht beziehungsweise beruflichem Kontext wurden Kreuztabellen verwendet. Die Signifikanz wurde mittels Chi-Quadrat-Test (χ^2) geprüft. Das Signifikanzniveau ist mit Sternchen gekennzeichnet. Ein Sternchen bedeutet dabei, dass der Unterschied zwischen den Gruppen auf dem Niveau 0,05 signifikant ist, zwei beziehungsweise drei Sternchen stehen für ein Signifikanzniveau von 0,01 beziehungsweise 0,001. Zur Abbildung der Effektstärke wurde der normierte Kontingenzkoeffizient (K^*) verwendet. Die Adjustierung des Kontingenzkoeffizienten (K) war notwendig, um diesen besser interpretieren zu können. Hierzu erfolgte jeweils eine Division durch den maximal möglichen Wert, den der Koeffizient in Abhängigkeit von der Anzahl der Zeilen beziehungsweise Spalten der jeweiligen Kreuztabelle annehmen kann. K^* konnte somit Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei 0 für keinen Zusammenhang und 1 für einen großen Zusammenhang steht.

Die Freitextitems im Kontext der Berufszufriedenheit wurden qualitativ ausgewertet und zusammengefasst.

Als Lage- bzw. Streuungsmaß im Kontext der Berufszufriedenheit wurden das arithmetische Mittel beziehungsweise die Standard-

abweichung (Varianz) verwendet. Zur Analyse etwaiger Unterschiede im Hinblick auf die Berufszufriedenheit in Abhängigkeit vom Alter der Befragten wurden Varianzanalysen durchgeführt. Die Prüfung der Varianzhomogenität erfolgte mittels Levene-Test. Als Maß zur Abbildung der Effektstärke wurde Eta-Quadrat (η^2) verwendet. Etwaige Mittelwertunterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen wurden mittels gängigen Post-hoc-Tests (Bonferroni-Test im Fall von Varianzgleichheit oder Games-Howell-Test im Fall von Varianzheterogenität) überprüft.

Das Vorliegen etwaiger Unterschiede im Hinblick auf die Berufszufriedenheit nach Geschlecht, Voll- versus Teilzeittätigkeit beziehungsweise Facharzt Ausbildung versus Zusatzbezeichnung wurde mittels T-Tests überprüft. Als Maß für die Effektstärke und damit letztlich zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines Unterschieds wurde Cohen's d (d) herangezogen. Werte kleiner als 0,2 sprechen für einen vernachlässigbaren Effekt, zwischen 0,2 und 0,5 wird von einem schwachen, zwischen 0,5 und 0,8 von einem mittleren und ab 0,8 von einem starken Effekt gesprochen. Die Prüfung der Varianzhomogenität erfolgte auch hier mittels Levene-Test.

Wären Annahmen beziehungsweise Voraussetzungen für die Verwendung der parametrischen Tests (T-Tests bzw. Varianzanalysen) verletzt, erfolgte eine Überprüfung mittels nichtparametrischer Verfahren (Mann-Whitney-U-Test beziehungsweise Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse).

Sämtliche Auswertungen erfolgten mittels SPSS 24.0 oder Excel 2016.

Ergebnisse

Stichprobe

Die Auswertung basiert auf 297 vollständig ausgefüllten Fragebögen.

Die Betriebsärztinnen und -ärzte waren zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel 54 Jahre alt, die jüngsten Befragten waren 30, der älteste Teilnehmer 76 Jahre alt. Die beiden unteren Altersgruppen unter 40 Jahren bzw. 40–49 Jahre waren mit 7% beziehungsweise 25% am geringsten besetzt. Mit 41% der Befragten waren die meisten Personen zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 50 und 59 Jahre alt. Die Kohorte der über 60-Jährigen war mit 27% die am zweitstärksten besetzte Altersgruppe. Männer (47%) und Frauen (53%) haben sich nahezu gleichermaßen an der Umfrage beteiligt. Die Stichprobe kann damit in Bezug auf Alter und Geschlecht als repräsentativ im Vergleich zur Grundgesamtheit (Bundesärztekammer 2018) gewertet werden (→ **Tabelle 1**).

Die Mehrheit der Befragten ist in Vollzeit tätig (67%) und verfügt über die Facharztweiterbildung Arbeitsmedizin (84%). Knapp ein Drittel der Befragten (31%) gab an, selbstständig tätig zu sein, 46% sind als Werksärztin/-arzt in einem Unternehmen tätig. 28% haben angegeben, bei einem überbetrieblichen Dienst angestellt zu sein. Lediglich 6 Befragte (2%) haben angegeben, bei einer Behörde, einem Unfallversicherungsträger, an einem universitären Institut oder für eine andere wissenschaftliche Einrichtung tätig zu sein. Die Ausprägungen „Tätigkeit bei einer Behörde“, „Tätigkeit bei einem Unfallversicherungsträger“, „Tätigkeit an einem universitären Institut“ sowie „Tätigkeit für eine andere wissenschaftliche Einrichtung“ im Zusammenhang mit dem beruflichen Kontext wurden aufgrund zu geringer n-Zahlen nicht weiter ausgewertet.

Tabelle 1: Verteilung nach Altersklassen und Geschlecht
Table 1: Distribution by age group and gender

	Altersklassen				Geschlecht	
	unter 40	40–49	50–59	60 und älter	Frauen	Männer
Grundgesamtheit	7%	24%	43%	27%	51%	49%
Stichprobe	7%	25%	41%	27%	53%	47%

Positive Aspekte der betriebsärztlichen Tätigkeit

Als besonders positiv empfinden die befragten Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner insbesondere den Schwerpunkt Prävention (67 %), die Arbeitszeiten (63 %), sowie die Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit (59 %). Immerhin 57 % beziehungsweise 53 % der Befragten empfinden die Attraktivität des Fachs im Allgemeinen beziehungsweise die freie Zeiteinteilung als besonders positiv. Die Punkte Bezahlung und Anerkennung wurden hingegen nur von 24 % beziehungsweise 29 % als positiv herausgestellt (→ **Abb. 2**).

Interessanterweise zeigen sich nur wenige Unterschiede nach Alter, Geschlecht beziehungsweise beruflichem Kontext (→ **Tabelle 2**). So empfinden beispielsweise die jüngeren Altersgruppen (<39 bzw. 40–49) die Arbeitszeit(en) häufiger als positiv als die älteren. Mit $K^*=0,323^{**}$ ist der Effekt vergleichsweise stark ausgeprägt. Ferner scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der wahrgenommenen Sinnhaftigkeit der Tätigkeit zu geben ($K^*=0,239^*$). Insbesondere Befragte über 60 Jahre sowie die Gruppe der unter 40-Jährigen gaben die Sinnhaftigkeit als besonders positiv an. Auch empfinden arbeitsmedizinisch Tätige, die in Vollzeit ihrem Beruf nachgehen, die Sinnhaftigkeit ihre Tätigkeit häufiger als positiv als die in Teilzeit Tätigen ($K^*=0,250^*$).

Im Hinblick auf den Aspekt der freien Zeiteinteilung zeigen sich die meisten Unterschiede. Arbeitsmedizinerin und -mediziner in Teilzeit bewerten die freie Zeiteinteilung häufiger als positiv als in Vollzeit tätige Beschäftigte ($K^*=0,166^*$). Gleiches gilt für ärztliches Fachpersonal mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin im Vergleich zu jenen mit Facharztweiterbildung ($K^*=0,235^*$). Erwartungs-

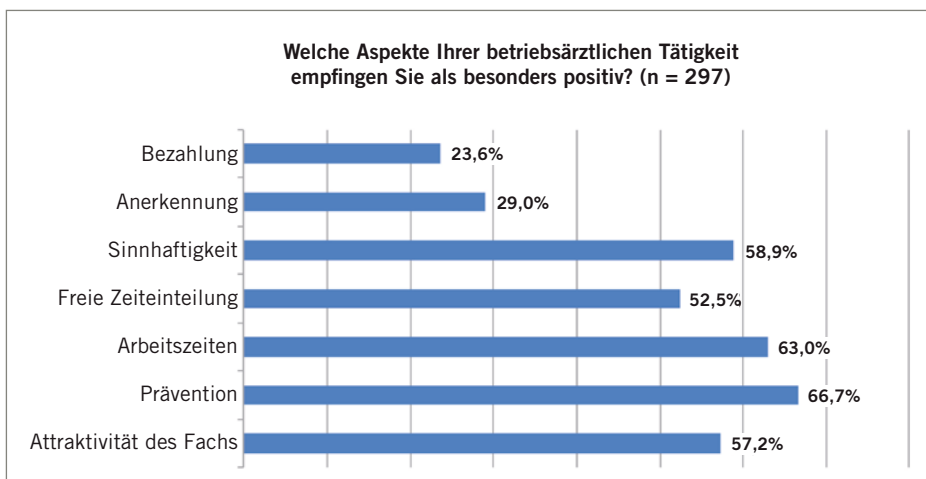


Abb. 2: Häufigkeiten der Nennungen im Hinblick auf positive Aspekte einer betriebsärztlichen Tätigkeit
Fig. 2: Number of mentions in relation to positive aspects of the occupation of company doctor

gemäß nehmen selbstständig tätige Betriebsärztinnen und -ärzte die freie Zeiteinteilung signifikant häufiger als positiv wahr als nicht selbstständig Tätige ($K^*=0,390^{***}$). Ähnliches gilt im Vergleich zwischen Betriebsärzten, die nicht als Werksarzt in einem Unternehmen angestellt sind und angestellten Werksärzten ($K^*=0,403^{***}$).

Von den insgesamt 33 Freitextnennungen im Zusammenhang mit den positiven Aspekten einer betriebsärztlichen Tätigkeit drehte sich die Mehrzahl der Antworten um das breite Spektrum an Aufgaben beziehungsweise Tätigkeiten, denen man als Betriebsärztin/-arzt gegenübersteht. Insgesamt 15 Befragte (45 %) lobten die abwechslungsreiche und vielseitige Arbeit beziehungsweise wiesen dezidiert auf das interessante und breite Spektrum an unterschiedlichen Aufgaben hin. Vereinzelt fanden sich Nennungen wie „zunehmend auch Lotsenfunktion“ oder „Unabhängigkeit von Krankenversicherungen und Kassenärztlichen Vereinigungen“ oder „Einblick in industrielle Technik“.

Negative Aspekte der betriebsärztlichen Tätigkeit

Im Hinblick auf die negativen Facetten einer betriebsärztlichen Tätigkeit sticht insbesondere die mangelnde Anerkennung im Kollegenkreis heraus. Alle anderen Aspekte, wie etwa viel Fahrtätigkeit, die enge Reglementierung oder auch eine schlechte Bezahlung wurden lediglich von 27 % oder weniger der Teilnehmenden angeführt (→ **Abb. 3**).

Mit knapp 50 % der Befragten empfindet die mit Abstand größte Gruppe die mangelnde Anerkennung im Kollegenkreises als negativ. Interessanterweise scheint diese Einschätzung vollkommen unabhängig von Geschlecht, beruflicher Tätigkeit, Voll- oder Teilzeittätigkeit sowie davon zu sein, ob jemand die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin führt oder den Facharzt für Arbeitsmedizin erworben hat (→ **Tabelle 3**). Lediglich im Hinblick auf das Alter beziehungsweise die Tätigkeit als festangestellte/r Werksärztin/-arzt scheinen sich Effekte abzuzeichnen. So empfinden Betriebsärztinnen/-ärzte,

die als festangestellte Werksärztinnen/-ärzte in einem Unternehmen beschäftigt sind, die mangelnde Anerkennung im Kollegenkreis signifikant häufiger als negativ als ihre betriebsärztlichen Kolleginnen/Kollegen, die nicht als festangestellte Werksärztinnen/-ärzte bei einem Unternehmen tätig sind ($K^*=0,164^*$). Das Alter scheint sich dahingehend auszuwirken, dass sich insbesondere die jüngeren Altersgruppen an der mangelnden Anerkennung im Kollegenkreis stören ($K^*=0,309^*$). Während nur knapp 44 % der über 60-Jährigen angaben, sich an der mangelnden Anerkennung zu stören, waren es in der Gruppe der unter 40-Jährigen 85 %.

Neben der mangelnden Anerkennung im Kollegenkreis beklagten einige der Befragten ferner eine mangelnde Anerkennung beziehungsweise Wertschätzung seitens ihres

Tabelle 2: Häufigkeiten der Nennungen im Hinblick auf positive Aspekte einer betriebsärztlichen Tätigkeit nach Alter, Geschlecht und beruflichem Kontext

Table 2: Number of mentions in relation to positive aspects of the occupation of company doctor by age, gender and occupational context

		Attraktivität des Fachs [%]	Prävention [%]	Arbeitszeiten [%]	Freie Zeiteinteilung [%]	Sinnhaftigkeit [%]	Anerkennung [%]	Bezahlung [%]
Gesamt (n=297)		57,2	66,7	63,0	52,5	58,9	29,0	23,6
Alter (n=272)	Bis 39 (n=20)	60,0	70,0	80,0	65,0	70,0	5,0	25,0
	40–49 (n=67)	56,7	71,6	82,1	55,2	53,7	23,9	31,3
	50–59 (n=112)	59,8	68,8	58,9	58,0	57,1	32,1	25,0
	Ab 60 (n=73)	63,0	68,4	56,2	43,8	74,0	39,7	21,9
		n.s.	n.s.	K*=0,323**	n.s.	K*=0,239*	K*=0,275*	n.s.
Geschlecht (n=276)	Weiblich (n=146)	59,6	71,2	64,4	54,1	61,6	32,2	21,2
	Männlich (n=130)	59,2	67,7	66,9	54,6	61,5	27,7	30,0
		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Qualifikation (n=251)	Fachärztin/-arzt Arbeitsmedizin (n=210)	63,3	71,9	65,2	50,5	62,9	28,6	23,8
	Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin (n=41)	58,5	65,9	53,6	73,2	63,4	48,8	34,1
		n.s.	n.s.	n.s.	K*=0,235**	n.s.	K*=0,224*	n.s.
Umfang der Beschäftigung (n=280)	Vollzeit (n=188)	63,3	69,7	63,3	50,5	67,6	33,5	28,7
	Teilzeit (<35 Std.) (n=92)	51,1	67,4	69,6	63,0	48,9	22,8	17,4
		n.s.	n.s.	n.s.	K*=0,166*	K*=0,250*	n.s.	K*=0,173*
Selbstständig (n=297)	Ja (n=92)	57,6	68,5	45,3	73,9	62,0	32,6	28,3
	Nein (n=205)	57,1	65,9	66,8	42,9	57,6	27,3	21,4
		n.s.	n.s.	n.s.	K*=0,390*	n.s.	n.s.	n.s.
Werksärztin/-arzt in Festanstellung (n=297)	Ja (n=137)	58,4	69,3	67,9	36,5	57,7	27,7	27,7
	Nein (n=160)	56,5	64,4	58,8	66,3	60,0	30,0	20,0
		n.s.	n.s.	n.s.	K*=0,403***	n.s.	n.s.	n.s.
Angestellt bei überbetrieblichem Dienst (n=297)	Ja (n=84)	52,4	58,3	66,7	53,6	57,1	26,2	10,7
	Nein (n=213)	59,2	70,0	61,5	52,1	59,6	30,0	28,6
		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	K*=0,264***

n. s.: nicht signifikant, *signifikant ($p < 0,05$), **hoch signifikant ($p < 0,01$), ***höchst signifikant ($p < 0,001$)

Kundenkreises (20 %) beziehungsweise des privaten Umfelds (8 %). Fasst man die drei Facetten (mangelnde Anerkennung seitens Kollegen-, Kundenkreis oder im privaten Umfeld) zusammen, wird das Problem noch deutlicher. So beklagen 55 % der Befragten von mindestens einer der drei Gruppen keine Anerkennung zu bekommen. Auch hier zeigen sich keinerlei Unterschiede nach Geschlecht, Vollzeit- vs. Teilzeittätigkeit sowie beruflicher Qualifikation (Facharzt versus Zusatzbezeichnung). Lediglich bezogen auf das Alter zeichnet sich hier wieder ein Zusammenhang ab ($K^*=0,300^{**}$). So empfinden die älteren Altersgruppen die mangelnde Anerkennung im Kollegen- und Kundenkreis beziehungsweise im privaten Um-

feld signifikant weniger häufig als negativ als die jüngeren Altersgruppen.

Stärkere statistische Effekte finden sich im Hinblick auf die Einschätzung der mit der betriebsärztlichen Tätigkeit verbundenen Fahrtätigkeit. So empfinden Selbstständige beziehungsweise Betriebsärztinnen und -ärzte, die nicht fest in einem Unternehmen angestellt sind, die Fahrtätigkeit deutlich häufiger als negativ als die nicht selbstständig Tätigen oder in einem Unternehmen festangestellten Werksärztinnen und -ärzte ($K^*=0,418^{***}$ bzw. $0,508^{***}$). Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch dahingehend ab, dass man als Betriebsärztin/-arzt häufig alleine unterwegs ist. So stören sich in

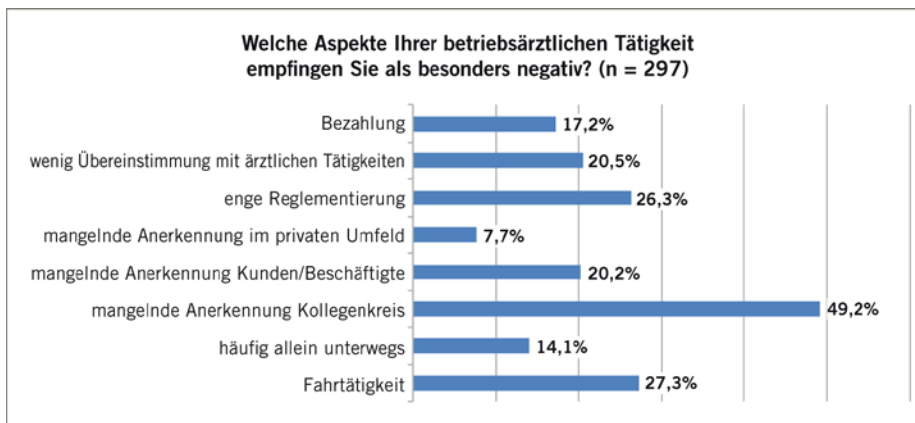


Abb. 3: Häufigkeiten der Nennungen im Hinblick auf negative Aspekte einer betriebsärztlichen Tätigkeit

Fig. 3: Number of mentions in relation to negative aspects of the occupation of company doctor

einem Unternehmen fest angestellte Werks- beziehungsweise nicht selbstständige Betriebsärztinnen und -ärzte grundsätzlich weniger daran, häufig allein unterwegs zu sein.

Im Hinblick auf die Bezahlung zeigen sich kaum Unterschiede in der Einschätzung zwischen den verschiedenen untersuchten Gruppen (→ **Tabelle 3**). Ein vergleichsweise geringer Effekt zeigt sich zum einen bei festangestellten Werksärztinnen/ärzten, die ihre Bezahlung weniger häufig als negativ einschätzen als ihre nicht festangestellten Kollegen ($K^*=0,164^*$). Zum anderen zeigt sich ein kleiner Effekt bei angestellten Ärztinnen und Ärzten in einem überbetrieblichen Dienst, die die Bezahlung häufiger als negativ beklagen als diejenigen, die nicht bei einem überbetrieblichen Dienst arbeiten ($K^*=0,210^*$).

Von den insgesamt 28 Nennungen im Zusammenhang mit den negativen Aspekten einer betriebsärztlichen Tätigkeit bei dem Freitextitem beklagten 9 Befragte Schwierigkeiten mit dem oder den von ihnen betreuten Unternehmen, angefangen bei mangelndem Interesse seitens der Geschäftsführung beziehungsweise den Führungskräften über Probleme mit der Personalabteilung bis hin zu fehlendem Wissen der Unternehmensleitungen bezüglich der gesetzlichen Vorschriften im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Sechs Befragte beklagten die fehlenden Möglichkeiten der Kuration beziehungsweise der zu geringen Verzahnung mit der kurativen Medizin (21%). Fünf Befragte stören sich an der zunehmenden Arbeitsbelastung beziehungsweise beklagen Personal- oder Nachwuchsmangel (18%). Daneben fanden sich zahlreiche einzelne Nennungen, unter anderem beklagte ein Kollege die Überregulierung bei gleichzeitig fehlender staatlicher Kontrolle.

Berufszufriedenheit

Im Mittel nannten die Befragten vier positive und lediglich zwei negative Aspekte ihrer beruflichen Tätigkeit. Insgesamt scheinen die Teilnehmenden somit tendenziell eher zufrieden mit ihrer betriebsärztlichen Tätigkeit. Dies gilt im Wesentlichen unabhängig von Geschlecht, Alter und beruflichem Kontext. Ein schwach signifikanter Unterschied ($p=0,080$) zeigt sich lediglich im Hinblick auf die Anzahl der positiven Nennungen und dem Umfang der Beschäftigung, wobei betriebsärztliches Fachpersonal in Vollzeit tendenziell mehr positive Aspekte anführten und damit tendenziell zufriedener

scheinen als Beschäftigte in Teilzeit, wenngleich der Effekt mit einem Cohen's d von 0,223 nur gering ausgeprägt ist. Anders als erwartet zeigte sich im Bezug auf das Alter der Befragten weder im Hinblick auf die Anzahl der positiven Nennungen, noch im Hinblick auf die Anzahl der negativen Nennungen ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Auf die Darstellung der Effektgrößen beziehungsweise der Ergebnisse der Post-hoc-Tests wurde daher verzichtet.

Diskussion

Zusammenfassung und Interpretation

In der Gesamtschau scheint der Großteil der Arbeitsmedizinerin/-mediziner eher zufrieden mit der betriebsärztlichen Tätigkeit zu sein. Bei den negativen Aspekten der beruflichen Tätigkeit überwiegt zu einem großen Teil die mangelnde beziehungsweise fehlende Anerkennung insbesondere im Kollegen-, aber auch im Freundes- oder Bekanntenkreis sowie seitens der Unternehmen. In diesem Punkt unterscheidet sich die vorliegende Studie von der Arbeit von Peißl et al. (2016). So berichten Peißl et al., dass der Großteil der Befragten die Frage nach dem Vorhandensein von Wertschätzung seitens der Gesellschaft sowie seitens der Unternehmen und Beschäftigten bejahten. Im Unterschied zur vorliegenden Studie wurden hier jedoch österreichische Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner befragt. Nichtsdestotrotz gilt es, an diesem Punkt anzusetzen und beispielsweise gezielt Aufklärungsarbeit zu leisten. Es ist anzunehmen, dass einem Großteil der Bevölkerung und auch vielen Ärztinnen und Ärzten das arbeitsmedizinische Berufsbild nur wenig beziehungsweise unzulänglich bekannt ist. Auch bei Studierenden der Medizin ist das Fach wenig bekannt oder gilt gemeinhin als wenig attraktiv. So rangierte die Facharztweiterbildung Arbeitsmedizin laut dem aktuellen Berufsmonitor Medizinstudierende beispielsweise wieder auf einem der hintersten Plätze (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019). Hier sollte man gezielt die Chancen nutzen, die sich im Zuge des Präventionsgesetzes bieten. Dies gilt umso mehr, als dass sich die erlebte Wertschätzung in dem Beitrag von Peißl et al. (2016) als elementares Puzzleteil im Hinblick auf die Arbeitssituation in der Arbeitsmedizin erwiesen hat. So konnte die Studie zeigen, dass die erlebte Wertschätzung im Beruf nicht nur in einem signifikant positiven Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit und dem Wohlbefinden der Befragten steht, sondern auch die berufliche Sinnerfüllung vorhersagt.

Bezüglich der positiven Facetten der betriebsärztlichen Tätigkeit kann aus den Befragungsergebnissen kein einzelner Aspekt besonders herausgehoben werden. Vielmehr scheinen die Befragten viele Aspekte ihrer Tätigkeit zu schätzen, wobei der Präventionscharakter die höchste Zustimmungsrates erhielt. In der Gesamtschau scheinen die Befragten somit – abgesehen von der mangelnden Anerkennung – sehr zufrieden mit ihrer Tätigkeit zu sein. Diese Ergebnisse gelten dabei weitgehend unabhängig von soziodemografischen oder beruflichen Kontextfaktoren.

Tabelle 3: Häufigkeiten der Nennungen im Hinblick auf negative Aspekte einer betriebsärztlichen Tätigkeit nach Alter, Geschlecht und beruflichem Kontext

Table 3: Number of mentions in relation to negative aspects of the occupation of company doctor by age, gender and occupational context

		Viel Fahrtätigkeit [%]	Häufig allein unterwegs [%]	Mangelnde Anerken- nung durch Kollegen [%]	Mangelnde Anerken- nung durch Kunden/ Beschäftigte [%]	Mangelnde Anerken- nung im privaten Umfeld [%]	Enge Reglemen- tierung [%]	Inhaltlich wenig Überein- stimmung mit ärzt- lichen Tätigkeiten [%]	Bezahlung [%]
Gesamt (n=297)		27,3	14,1	49,2	20,2	7,7	26,3	20,5	17,2
Alter (n=272)	Bis 39 (n=20)	15,0	0,0	85,0	25,0	15,0	15,0	35,0	20,0
	40–49 (n=67)	28,4	17,9	59,7	22,4	10,4	32,8	26,9	16,4
	50–59 (n=112)	24,1	16,1	46,4	21,4	5,4	25,9	18,8	11,6
	Ab 60 (n=73)	35,6	13,7	43,8	13,7	8,2	28,8	16,4	27,4
		n.s.	n.s.	K*= 0,309**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Geschlecht (n=276)	Weiblich (n=146)	29,5	14,4	56,2	17,8	6,8	25,3	18,5	17,1
	Männlich (n=130)	25,4	14,6	46,1	23,1	9,2	30,0	23,8	17,7
		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Qualifikation (n=251)	Fachärztin/- arzt Arbeits- medizin (n=210)	29,0	14,7	50,0	19,5	8,1	26,2	19,5	19,5
	Zusatzbe- zeichnung Betriebs- medizin (n=41)	31,7	17,1	43,9	22,0	7,3	43,9	22,0	9,8
		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	K*= 0,202*	n.s.	n.s.
Umfang der Beschäftigung (n=280)	Vollzeit (n=188)	27,1	14,4	50,5	21,8	8,0	26,6	19,1	15,4
	Teilzeit (<35 Std.) (n=92)	30,4	16,3	53,3	18,5	7,6	30,4	27,2	23,9
		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Selbstständig (n=297)	Ja (n=92)	47,8	20,7	44,6	17,4	6,5	31,5	15,2	18,5
	Nein (n=205)	18,0	11,2	51,2	21,5	8,3	23,9	22,9	16,6
		K*= 0,418***	K*= 0,176*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Werksärztin/- arzt in Fest- anstellung (n=297)	Ja (n=137)	8,8	7,3	55,5	19,0	8,0	28,5	23,4	12,4
	Nein (n=160)	43,1	20,0	43,8	21,3	7,5	24,4	18,1	21,3
		K*= 0,508***	K*= 0,253**	K*= 0,164*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	K*= 0,164*
Angestellt bei überbetriebli- chem Dienst (n=297)	Ja (n=84)	33,3	15,5	46,4	22,6	8,3	17,9	23,8	26,2
	Nein (n=213)	24,9	13,6	50,2	19,2	7,5	29,6	19,2	13,6
		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	K*= 0,168*	n.s.	K*= 0,210*

n. s.: nicht signifikant, *signifikant ($p < 0,05$), **hoch signifikant ($p < 0,01$), ***höchst signifikant ($p < 0,001$)

Insbesondere hinsichtlich Alter und Geschlecht hätte man doch mehr Unterschiede beziehungsweise größere Effekte erwartet. Das Geschlecht hatte zum Beispiel auf keine der untersuchten Variablen einen signifikanten Einfluss. Auch im Hinblick auf das Alter zeigten sich nur wenige Unterschiede zwischen den Gruppen. Dass die jüngeren Altersgruppen die Arbeitszeit(en) häufiger als positiv empfinden als die älteren, könnte unter Umständen mit der neuen

Generation von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern zusammenhängen. In verschiedenen Studien zeigt sich, dass Themen wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie beziehungsweise ein ausgewogenes Verhältnis von Freizeit und Arbeitsleben auch innerhalb der Ärzteschaft einen wichtigeren Stellenwert einnimmt. So zählten geregelte oder zumindest flexible Arbeitszeiten sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf 2018 wieder zu den wichtigsten An-

sprüchen, die junge Studierende an das spätere Berufsleben haben (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019). Die Arbeitszeiten scheinen in dem Zusammenhang zumindest bei den jüngeren Befragten ein wichtiger Aspekt zu sein. Hier liegt zugleich eine Chance, das Fachgebiet auch nachfolgenden Generationen „schmackhaft“ zu machen.

Warum insbesondere Beschäftigte über 60 Jahre beziehungsweise unter 40 Jahren die Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit besonders häufig als positiv empfinden, kann nicht abschließend geklärt werden.

In der Gesamtschau sind die wenigen vorhandenen Zusammenhänge eher gering. Größere Effekte zeigen sich im Hinblick auf die mit der Tätigkeit verbundenen Fahrzeiten: Selbstständige beziehungsweise Betriebsärztinnen und -ärzte, die nicht in einem Unternehmen fest angestellt sind, empfinden die Fahrtätigkeit deutlich häufiger als negativ als die nicht selbstständig Tätigen beziehungsweise in einem Betrieb festangestellten Werksärztinnen und -ärzte ($K^*=0,418^{***}$ bzw. $0,508^{***}$). Hier könnte eventuell der vermehrte Einsatz telematischer Verfahren mitunter Abhilfe schaffen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Betreuung Kleinst-, kleiner und mittlerer Betriebe in ländlichen Regionen. Auch könnte es ein Ansatz sein, Kleinst-, kleine und mittlere Betriebe vermehrt im Rahmen vorhandener Netzwerkstrukturen, wie es aktuell zum Beispiel im Rahmen des Modellvorhabens „Gesund arbeiten in Thüringen (GAIT)“ in einem Bundesland modellhaft erprobt wird, zu betreuen (DGAUM 2019). Neben „Gesund arbeiten in Thüringen (GAIT)“ gab beziehungsweise gibt es weitere Vorhaben oder Projekte, die auf einem ähnlichen (Netzwerk-)Ansatz beruhen (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2011; Heeg et al. 2004; Fischmann et al. 2019). Auf diese Weise könnten die Fahrzeiten und damit auch der Betreuungsaufwand insgesamt deutlich reduziert werden.

Auch stören sich in einem Unternehmen fest angestellte Werksärztinnen/-ärzte beziehungsweise nicht Selbstständige grundsätzlich weniger daran, häufig alleine unterwegs zu sein. Dies ist jedoch nicht weiter verwunderlich, da der Großteil dieser Gruppen üblicherweise selten allein unterwegs ist.

Im Hinblick auf die Bezahlung zeigten sich kaum Unterschiede (vgl. Tabelle 2 bzw. 3). Kleinere Effekte zeigen sich lediglich bezüglich der Festanstellung als Werksärztin/-arzt in einem Unternehmen bzw. bei einem überbetrieblichen Dienst sowie im Hinblick auf den Umfang der Beschäftigung (Voll- vs. Teilzeit). So empfinden die in einem Unternehmen festangestellten Werksärztinnen/-ärzte ihre Bezahlung weniger häufig als negativ als ihre nicht festangestellten Kolleginnen/Kollegen, wohingegen Angestellte bei überbetrieblichen Diensten die Bezahlung häufiger als negativ beklagen als Arbeitsmedizinerinnen/-mediziner, die nicht bei einem überbetrieblichen Dienst arbeiten. Letztlich ist dies ein Hinweis darauf, dass die Bezahlung für in einem Unternehmen festangestellte Befragte akzeptabel zu sein scheint, wohingegen die Bezahlung bei den überbetrieblichen Diensten als unterdurchschnittlich empfunden wird. Wenngleich sich dies sicherlich mit einzelnen Erfahrungen decken mag, kann auf Basis der Befragung weder geschlossen werden, dass die Bezahlung in Betrieben grundsätzlich fair noch bei überbetrieblichen Diensten immer unterdurchschnittlich ist. Interessanterweise empfinden auch die in Vollzeit betriebsärztlich Tätigen die Bezahlung häufiger als positiv als die in Teilzeit tätigen Beschäftigten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorliegende Studie zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommt wie die eingangs erwähnten wenigen vorhandenen Arbeiten zu der Thematik. Insgesamt zeichnet sich somit ein sehr einheitliches Bild ab: die Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner scheinen mehrheitlich sehr zufrieden mit ihrem Beruf zu sein.

Limitationen

Mit knapp 300 Fragebögen liefert die vorliegende Studie einen guten Anhaltswert bezüglich der Einschätzung beziehungsweise Beurteilung der Berufszufriedenheit der Betriebsärztinnen/-ärzte in Deutschland. Vor dem Hintergrund, dass die Repräsentativität der Daten nicht abschließend bewertet werden kann und die Daten zum Teil selektiv erhoben wurden, müssen die Ergebnisse natürlich vorsichtig interpretiert und Schlussfolgerungen sorgsam gezogen und abgewogen werden. So wurden die Daten beispielsweise zum Teil anlässlich der 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM) erhoben, so dass eine gewisse Verzerrung nicht ausgeschlossen werden kann. Viele fehlende Angaben im Zusammenhang mit den soziodemografischen Daten beziehungsweise dem beruflichen Kontext und die daraus resultierenden unterschiedlichen n-Zahlen erschweren die Interpretation. Nichtsdestotrotz stellt die vorliegende Arbeit eine erste Annäherung an das Thema dar.

Im Hinblick auf die Summenscorebildung als Versuch die Berufszufriedenheit als Globalmaß abzubilden ist limitierend anzumerken, dass einige Ausprägungen inhaltlich in eine ähnliche Richtung gehen (z.B. „Arbeitszeiten“ und „freie Zeiteinteilung“ oder auch „viel Fahrtätigkeit“ und „häufig alleine unterwegs“), so dass die konstatierten Zusammenhänge in dem Kontext nicht überbewertet werden sollten. Da der Schwerpunkt des vorliegenden Papiers jedoch auf den einzelnen Aspekten der Berufszufriedenheit lag und die Häufigkeiten über die einzelnen Ausprägungen überdies auch recht unterschiedlich waren, scheint dieser Faktor vernachlässigbar.

Methodisch ist limitierend darauf hinzuweisen, dass bei der Auswahl der Tests teilweise pragmatisch vorgegangen und parametrische anstelle von nichtparametrischen Tests verwendet wurden, obwohl teilweise Annahmen verletzt waren. Im Bezug auf Unterschiede nach Alter beziehungsweise Altersgruppen stellte sich beispielsweise heraus, dass die Gruppengrößen mit $n=20$ (bis 39), $n=67$ (40–49), $n=112$ (50–59) bzw. $n=73$ (ab 60) nicht annähernd gleich groß besetzt waren, so dass korrekterweise auf die Verwendung eines nichtparametrischen Verfahrens zurückgegriffen werden müsste. Wenngleich der nichtparametrische Test nur in seltenen Fällen zu einem ganz anderen Ergebnis kommt als das äquivalente parametrische Verfahren, wurde das Ergebnis mittels Kruskal-Wallis-Analyse überprüft. Wie bereits vermutet, zeigten sich auch bei Verwendung des nichtparametrischen Verfahrens (Kruskal-Wallis-Rangvarianz-Analyse) keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Anzahl der positiven oder negativen Nennungen und damit die Berufszufriedenheit im Allgemeinen.

Zusammenfassend lässt sich daher konstatieren, dass die dargestellten Ergebnisse im Hinblick auf das Vorliegen etwaiger Mittelwertunterschiede unabhängig von der Verwendung parametrischer beziehungsweise nichtparametrischer Verfahren gelten.

Fazit und Implikationen

Den Befragungsergebnissen zufolge ist der Großteil der Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner mit ihrer betriebsärztlichen Tätigkeit im Wesentlichen sehr zufrieden – einziger „Wermutstropfen“ scheint die mangelnde beziehungsweise fehlende Anerkennung insbesondere im Kollegenkreis zu sein. Hier gilt es, gezielt am Berufsbild der Arbeitsmedizinerinnen/-mediziner zu arbeiten und sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Fachwelt gezielt Aufklärungsarbeit zu leisten. Hier sollte bereits im Studium angesetzt werden, so dass die nachfolgenden Generationen der Mediziner ein korrektes beziehungsweise konkretes Bild der Fachrichtung haben und sich unter der betriebsärztlichen Tätigkeit etwas vorstellen können. Vor allem gilt es, den präventiven Charakter des Fachs Arbeitsmedizin und die damit verbundenen Möglichkeiten im Hinblick auf das größte Präventionssetting schlechthin herauszuarbeiten. Letztlich können am Arbeitsplatz rund 45 Millionen Erwerbstätige und damit mehr als die Hälfte aller Menschen in Deutschland erreicht und für ihre Gesundheit sensibilisiert werden. In diesem Zusammenhang müssen vor allem die Möglichkeiten gezielt genutzt werden, die sich im Rahmen des Präventionsgesetzes bieten.

Interessenkonflikt: Die Erstautorin und ihre Koautorinnen und -autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

Bundesärztekammer: Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf (zuletzt abgerufen am: 09.05.2019).

DGAUM: Unternehmensnetzwerke für „gesundes Arbeiten“. DGAUM und BARMER gründen Unternehmensnetzwerke zur Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in kleinen und mittleren Betrieben in Thüringen. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2019; 54: 190–191.

Fischmann W, Wischlitzi E, Drexler H: Netzwerke zur Gesundheitsförderung für KMU. *Gesundheitsmanagement in KMU. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2019; 54: 76–78.

Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1885), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 5 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) geändert worden ist.

Heeg F-J, Sperga M, Morgenroth U: *Sicherheitstechnische Betreuung in Klein- und Kleinstbetrieben*. 1. Aufl. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsanwendungsbericht, Fa 59). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft, 2004.

Initiative Neue Qualität der Arbeit: *Arbeitsschutz in kleinen Betrieben – wirksam, kostengünstig, rechtssicher*, 2011. https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/arbeitschutz-in-kleinen-betrieben.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (zuletzt abgerufen am 19.01.2020).

Kassenärztliche Bundesvereinigung: *Berufsmonitoring Medizinstudierende* 2018. 2019 https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf (zuletzt abgerufen am: 19.12.2019).

Peißl S, Hopfgartner L, Seubert C, Glaser J, Sachse P: *Arbeitsmedizin im Wandel – Bestandsaufnahme der Arbeitssituation von Arbeitsmedizinern*, 2016. http://www.allgemeine-psychologie.info/cms/images/stories/allgpsy_journal/Vol%209%20No%201/04_befrag_peißl.pdf (zuletzt abgerufen am: 09.05.2019).

Sedlaczek S, Quittkat C, Amler N, Nesseler T, Rieger M A, Drexler H, Letzel S: „Gesund arbeiten in Thüringen“. Schnittstelle zwischen Prävention und Kuration – Ergebnisse der Befragung von Thüringer Ärzten im Rahmen des Modellprojektes nach § 20 g SGB V. In: *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2018; 9: 588–591.

Stranzinger J, Niehaus A: *Betriebsärztebefragung zur Umsetzung der Novelle der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)*, 2017. <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/Archiv/ASU-Heftarchiv/article-799011-110576/betriebsaerztebefragung-zur-umsetzung-der-novelle-der-verordnung-zur-arbeitsmedizinischen-vorsorge-arbmedvv-.html> (zuletzt abgerufen am: 09.05.2019).

Werner A: *Arbeitssituation und Ärztegesundheit im deutschsprachigen Raum: Ein systematischer Literaturüberblick*, 2016. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/19345/2/Werner_Astrid.pdf (zuletzt abgerufen am: 09.05.2019).

Kontakt:

Dr. Nadja Amler

Deutsche Gesellschaft für
Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)
Schwanthalerstraße 73 b, 80336 München
amlerd@dgauum.de

Wie zufrieden sind Sie in Ihrem Beruf als Arbeitsmedizinerin/-mediziner? Ergänzend zum Beitrag können Sie selbst an der Umfrage teilnehmen und damit wichtige Hinweise für die wissenschaftliche Forschung geben.



www.asu-arbeitsmedizin.com/praxis/wie-zufrieden-sind-sie-ihrem-beruf-als-arbeitsmediziner

Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse der repräsentativen lidA-Studie

H.M. Hasselhorn¹
M. Michaelis²
P. Kujath³

¹Fachgebiet Arbeitswissenschaft (Leiter: Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn), Bergische Universität Wuppertal
²FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Freiburg im Breisgau
³Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA, Berlin

(eingegangen am 12.11.2019, angenommen am 09.01.2020)

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Occupational health provision among workers in Germany: results of the representative lidA study

Introduction: There is an ongoing debate in Germany as to whether there is a sufficient number of active occupational health physicians (OHPs) to meet the need for occupational health surveillance. In this contribution, the frequency of OHP contact with employees is investigated based on data of a representative sample of older workers in Germany.

Methods: The data come from the third wave (2018) of the German lidA study (www.lida-studie.de), a longitudinal study investigating work, age, health and employment among workers born in 1959 or 1965. Data analysis was restricted to those in full-time or part-time employment at the time of the interview (n=3039). The analysis of data is descriptive and specification by occupation required at least 25 cases per occupational group.

Results: 62.1% of all respondents (n=1888) reported that their enterprise had an OHP. 52.1% of all employees had already had personal contact with him, half of them in the past 12 months. It was not possible to identify a statistically significant correlation with the extent of physical strain at work. Members of the engineering and medical professions and academics reported high OHP contact rates, while low rates were reported by some manual and service professions (e.g. construction and cleaning jobs), administrative professions and retail workers.

Discussion: The findings do not point directly to a shortage of OHPs in Germany. However, they do suggest an imbalance in the distribution of OHP resources: some occupations report OHP contacts on a smaller scale than would be expected, whilst the opposite applies to others.

Conclusions: There is a need for an in-depth scientific analysis of the current organisation, practice and quality of occupational health surveillance in Germany.

Keywords: occupational health surveillance – contact with occupational health physician – lack of occupational health physicians – employees – professional groups – empirical survey

Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen – Ergebnisse der repräsentativen lidA-Studie

Zielstellungen: Gegenwärtig wird in Fachkreisen diskutiert, ob für die betriebsärztliche Betreuung Beschäftigter in Deutschland ausreichend aktive Betriebsärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehen. Mit den hier vorgestellten empirischen Ergebnissen zur Häufigkeit betriebsärztlicher Kontakte soll ein Erkenntnisbeitrag aus der Sicht von Beschäftigten in einer repräsentativen Stichprobe sozialversicherter älterer Erwerbstätiger geleistet werden.

Methoden: Die Daten stammen aus der laufenden Längsschnittstudie lidA (www.lida-studie.de), in der Zusammenhänge von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei Erwerbstätigen der Geburtsjahrgänge 1959 und 1965 untersucht werden. In die Analysen gingen die Daten von 3039 Befragten ein, die zum Zeitpunkt der Erhebung 2018 in einem Arbeitsverhältnis in Voll- oder Teilzeit beschäftigt waren. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv und berufsgruppenbezogen bei mindestens 25 Fällen pro Berufsgruppe.

Ergebnisse: Von allen Befragten berichteten 62,1% (n=1888) von einem Betriebsarzt im Betrieb. 52,1% aller Beschäftigten hatten mit ihm bereits persönlichen Kontakt gehabt, die Hälfte von ihnen in den zurückliegenden 12 Monaten. Ein Zusammenhang mit dem Ausmaß körperlicher Belastung bei der Arbeit war statistisch nicht feststellbar. Angehörige technischer und medizinischer Professionen, auch Wissenschaftler¹, gaben hohe Kontaktraten an, Angehörige mancher manueller oder Dienstleistungsberufe (z. B. Bau- oder Reinigungsberufe) und Verwaltungsberufe sowie Verkäufer niedrige.

Diskussion: Die Ergebnisse weisen nicht direkt auf einen betriebsärztlichen Mangel in Deutschland hin. Allerdings legen sie eine unausgewogene Verteilung betriebsärztlicher Ressourcen nahe: Manche Berufsgruppen berichten in geringem Maße betriebsärztliche Kontakte, obwohl mehr zu erwarten wären, bei anderen ist dies genau umgekehrt.

Schlussfolgerungen: Wünschenswert wäre die vertiefte wissenschaftliche Analyse der gegenwärtigen Ausgestaltung und Qualität der betriebsärztlichen Versorgung in der Praxis in Deutschland.

Schlüsselwörter: betriebsärztliche Betreuung – betriebsärztlicher Kontakt – Betriebsarztmangel – Beschäftigte – Berufsgruppen – empirische Befragung

ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2020; 55: 186–191

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei den Berufsbezeichnungen weitestgehend auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Wenn nicht explizit auf männliche oder weibliche Personen verwiesen wird, sind jeweils alle Geschlechter gemeint.

Einleitung

Der Schutz der Gesundheit Beschäftigter bei der Arbeit ist eine besondere und zunehmende Herausforderung für Unternehmen und damit auch für die betrieblichen Arbeitsschutzakteure. In diesem Beitrag untersuchen wir die Häufigkeit betriebsärztlicher Kontakte älterer Erwerbstätiger in Deutschland.

Die betriebsärztliche Betreuung nach der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift V2) steht in Deutschland gegenwärtig in der Diskussion. Eine zentrale Frage dabei ist, ob dazu hierzulande ausreichend aktive Betriebsärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehen (Trimpop 2019; Hien 2019; DGAUM 2017; VdBW 2018; DGUV 2017). Bereits im Jahr 2014 hatte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) eine Studie mit dem Titel „Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland“ veröffentlicht (Barth et al. 2014). Demnach bestand damals bundesweit eine Betreuungslücke, die insbesondere Kleinbetriebe, ländlichere Regionen und die östlichen Bundesländer betrafen. Für die betriebsärztliche Grundbetreuung von Unternehmen fehlten nach Schätzungen der Autoren 3000 Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde bei rund 12 000 existierenden (Barth et al. 2014). Zudem ist von einer „Altersfalle“ die Rede (Wallenfels 2015), da über 60 % aller Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde 60 Jahre alt oder älter sind (Bundesärztekammer 2019) und viele von ihnen perspektivisch nicht mehr für betriebsmedizinische Aufgaben zur Verfügung stehen werden. Die oben zitierte BAuA-Studie ergab, dass sich die im Jahr 2011 konstatierte Betreuungslücke in den kommenden Jahren weiter verschärfen würde, wenn nicht Gegenmaßnahmen ergriffen würden.

Auch in Stellungnahmen nichtmedizinischer Organisationen und Personen wird oft ein Betriebsärztemangel konstatiert (Trimpop 2019; Hien 2019; DGUV 2017). Arbeitsmedizinische Fachorganisationen dagegen relativieren die Befunde der BAuA-Studie und schreiben von einem „vorgeblichen Betriebsärztemangel“ (DGAUM 2017) beziehungsweise einem „angeblichen Mangel an Betriebsärzten“ (VdBW 2018). Inzwischen wird allerdings fachöffentlich diskutiert, ob nicht weitere Professionen in die Betreuungsaufgaben gemäß DGUV Vorschrift V2 und Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) einbezogen werden sollten (DGUV 2017; Trimpop 2019), nicht zuletzt, um die „knappen arbeitsmedizinischen Ressourcen zu entlasten“ (DGUV 2017).

Zum Umfang der betriebsärztlichen Versorgung in Deutschland liegt eine Reihe von Studien aus der Sicht von Unternehmen und Erwerbstätigen vor: Bei einer repräsentativen Unternehmensbefragung im Rahmen der Dachevaluation der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“ (GDA) aus dem Jahr 2015 gaben 35 % der befragten 6500 Betriebe an, Betriebsärztinnen und -ärzte bestellt zu haben² (GDA 2017). Bei einer früheren GDA-Befragung zeigte sich erwartungsgemäß die kleinste Betriebsgrößenklasse (1 bis 9 Beschäftigte) stark unterversorgt, während die betriebsärztliche Betreuung bei Betrieben ab 10 Beschäftigten mehrheitlich gegeben war (GDA 2014). Zu ähnlichen Ergebnissen kam im Jahr 2017 eine Online-Befragung von 724 kleinen und mittleren Thüringer Unternehmen im Rahmen des Modellvorhabens „Gesund arbeiten in Thüringen“ (GAIT). Dort erklärten nur 45 % aller antwortenden Betriebe, dass sie betriebsärztlich betreut würden. Dieser geringe

Wert war insbesondere auf eine geringe Betreuungsquote bei den zahlreichen Kleinbetrieben zurückzuführen (32 %), dagegen zeigten Kleinbetriebe mit 10–19 Beschäftigten (65 %), Betriebe mit 20–49 Beschäftigten (80 %) und insbesondere Betriebe mit 50–249 Beschäftigten (88 %) bereits deutlich höhere Betreuungsquoten (Amler et al. 2018). Zahlen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors erlauben die Einschätzung des Sachverhalts aus Sicht von Erwerbstätigen. Von 24 408 Erwerbstätigen, die zwischen 2001 und 2009 befragt wurden, wurde etwa jeder Zehnte in den zurückliegenden 12 Monaten betriebsärztlich betreut (Schnee et al. 2012); die Kontaktwahrscheinlichkeit war vergleichsweise höher bei Vollzeitbeschäftigten, chronisch Kranken und Männern.

Gemäß hiesiger Arbeitsschutzgesetzgebung muss längst nicht jeder Beschäftigte betriebsärztlichen Kontakt haben, für bestimmte Umstände allerdings sind arbeitsmedizinische Kontakte verpflichtend vorgeschrieben: Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) schreibt die Pflichtvorsorge bei „bestimmten besonders gefährdenden Tätigkeiten“ vor, diese werden im Anhang der ArbMedVV konkret benannt. Die Vorsorge findet in aller Regel beim vom Unternehmen bestellten betriebsärztlichen Dienst statt, theoretisch könnte diese allerdings auch bei weiterem ärztlichen Fachpersonal mit arbeitsmedizinischer Fachkunde erfolgen, was aber eher nur in Ausnahmefällen der Fall sein dürfte. Wie der Name es nahelegt, müssen alle Beschäftigten, deren berufliche Tätigkeiten unter die Pflichtvorsorge fallen, zwingend betriebsärztlichen Kontakt gehabt haben. Hierzu zählen unter anderem Tätigkeiten mit bestimmten Gefahrstoffen und biologischen Arbeitsstoffen, Lärm und Vibration jenseits festgelegter Schwellen, Hitze- und Kältearbeiten, Taucherarbeiten, künstlicher optische Strahlung, ebenso das Tragen von schwerem Atemschutz der Gruppen 2 und 3 sowie berufliche Tätigkeiten in den Tropen oder Subtropen.

Weiterhin schreibt die Strahlenschutzverordnung Untersuchungen durch ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte verbindlich vor, was zumeist die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt sein dürfte. Vergleichbares ist in der Druckluftverordnung für Tätigkeiten unter Überdruck festgelegt. Auch in der Gesundheitsschutz-Bergverordnung sowie der Offshore-Bergverordnung sind Eignungsuntersuchungen festgeschrieben, die in aller Regel durch betriebsärztliches Fachpersonal erfolgen dürften.

Zu den oben genannten verpflichtenden Anlässen für betriebsärztliche Kontakte der Beschäftigten kommen zahlreiche mehr oder weniger freiwillige Anlässe hinzu: Bei „bestimmten gefährdenden Tätigkeiten“ schreibt die ArbMedVV die Angebotsvorsorge vor. Entsprechende im Anhang der ArbMedVV genannte Tätigkeiten umfassen zum Beispiel die weit verbreiteten Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten körperlichen Belastungen, die mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System verbunden sind. Führen Beschäftigte solche Tätigkeiten aus, muss ihr Betrieb ihnen Angebotsvorsorge anbieten, sie müssen sie aber nicht in Anspruch nehmen. Bei der Wunschvorsorge gemäß ArbSchG und ArbMedVV können sich Beschäftigte an ihren Betrieb wenden, wenn sie befürchten, dass ihre Gesundheit arbeitsbedingt gefährdet ist. Je nach den Gefahren ermöglicht das Unternehmen ihnen in der Folge regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen. Nach Arbeitszeitgesetz haben Beschäftigte, die nachts arbeiten, Anspruch auf die regelmäßige Untersuchung ihrer Nachtdiensttauglichkeit.

Häufig werden Eignungsuntersuchungen, zum Beispiel bei Beschäftigten mit Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten, mit

² Am alternativen Betreuungsmodell, auch Unternehmensmodell genannt, nahmen nach eigenen Angaben 15% teil.

Absturzgefährdung oder mit Auslandsaufenthalten in Gebieten mit eingeschränkter ärztlicher Versorgung vom betriebsärztlichen Dienst durchgeführt. Grundlage sind die Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für arbeitsmedizinische Untersuchungen (DGUV-Grundsätze). Diese enthalten allerdings nur Beurteilungskriterien und Empfehlungen für den Untersuchungsumfang, sie sind keine eigene Rechtsgrundlage für zwingend durchzuführende Untersuchungen. Allerdings werden sie zum Teil betrieblich oder arbeitsvertraglich bindend vereinbart.

Die DGUV-Vorschrift 2 schreibt betriebsärztliche Kontakte mit Beschäftigten nicht verbindlich vor. Dennoch könnte es bei den in ihr formulierten betriebsärztlichen Aufgabenkontakten mit Beschäftigten geben, nämlich in Form von Beratung verantwortlicher Personen (dies können durchaus Beschäftigte sein), bei der Begehung der Arbeitsstätten, bei der Untersuchung der Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen (z.B. in Form einer betriebsinternen „Studie“) oder bei der Unterstützung von Unterweisungen. Die Beteiligung an der arbeitsmedizinischen Beratung im Rahmen von Unterweisungen ist in mehreren Verordnungen vorgesehen, dies muss aber nicht bedeuten, dass die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt persönlich bei der Unterweisung anwesend ist.

Betriebsärztliche Kontakte im Zusammenhang mit Neuanstellungen kommen auch in Form von „Einstellungsuntersuchungen“ vor. Durch das seit 2008 in der ArbMedVV betonte Gebot, Eignungsuntersuchungen und Vorsorge zu trennen, ist zu erwarten, dass immer seltener der eigene betriebsärztliche Dienst mit den Einstellungsuntersuchungen beauftragt wird.

Oben wurde die kontroverse Debatte zur Frage eines Betriebsarztmangels in Deutschland skizziert und auf Studien verwiesen, die hierzulande eine unvollständige betriebsärztliche Betreuung nahelegen. Schließlich wurde die rechtliche Lage in Hinblick auf betriebsärztliche Kontakte Beschäftigter dargestellt und hier bewusst zwischen zwingenden und freiwilligen Kontakten differenziert. Zusammenfassend stellt sich nicht nur die Frage, ob in Deutschland ausreichend betriebsärztliche Kapazität vorhanden ist, sondern auch, ob diese adäquat verteilt ist: Erhalten jene, die nach dem geltenden Recht betriebsärztlich Kontakte haben sollten, diese auch? Und erhalten diejenigen, die sie möglicherweise weniger brauchen, diese tatsächlich auch weniger?

Die nachfolgend präsentierten Studienergebnisse stellen das Ausmaß betriebsärztlicher Betreuung bei Beschäftigten in Deutschland anhand aktueller Daten einer umfassenden repräsentativen Stichprobe von älteren Beschäftigten vor. Ziel ist, Größenordnungen der betriebsärztlichen Betreuung und deren Passung mit dem Bedarf abzuschätzen.

Methoden

Die zur Beantwortung der Forschungsfrage erforderlichen Daten stammen von der lidA (leben in der Arbeit)-Studie (www.lida-studie.de). In dieser Kohortenstudie werden die Zusammenhänge von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei älteren Er-

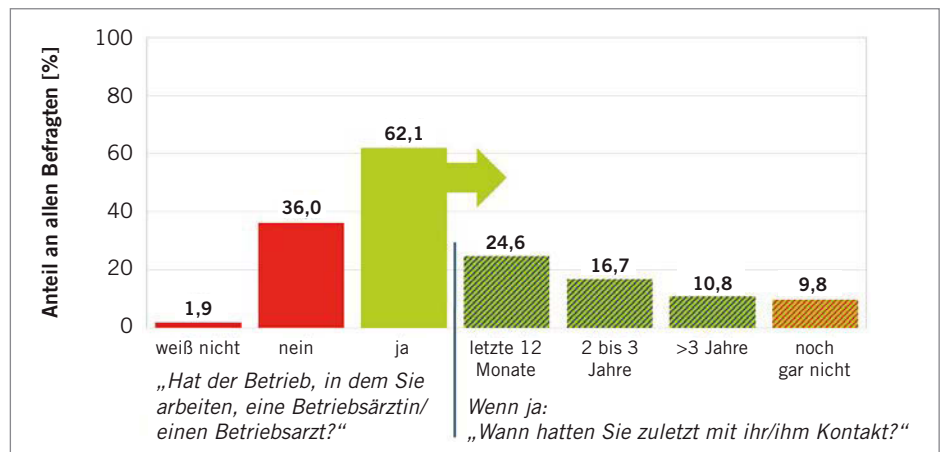


Abb. 1: Angaben älterer Beschäftigter in Deutschland zur Existenz eines betriebsärztlichen Dienstes in ihrem Betrieb und gegebenenfalls dem zeitlichen Abstand zum letzten Kontakt (n=3039, lidA-Welle 3, 2018, eigene Daten)

Fig. 1. Information from older workers in Germany on the presence of an occupational health physician in their enterprise and, if applicable, amount of time since the last contact (n=3039, lidA-Wave 3, 2018, own data)

werbstätigen untersucht, die in den Jahren 1959 oder 1965 geboren wurden und zum Stichtag 31.12.2009 in einem sozialversicherungspflichtigen Erwerbverhältnis gestanden haben. Sie werden in regelmäßigen Abständen befragt (bisher in den Jahren 2011, n = 6585; 2014, n = 4244 und 2018, n = 3586). Die Befragungen erfolgen zu Hause bei den Teilnehmenden mittels computergestützter Interviews (CAPI). Für alle drei Erhebungswellen ist die Stichprobe repräsentativ für die gleichaltrige sozialversicherungspflichtige erwerbstätige Bevölkerung der beiden Alterskohorten in Deutschland (Schröder et al. 2013, Steinwede et al. 2015). Konzept und Design der lidA-Studie werden bei Hasselhorn et al. (2014) ausführlich beschrieben. Ein positives Votum der Ethikkommission der Bergischen Universität Wuppertal zur Durchführung der lidA-Studie liegt vor vom 05.12.2008 sowie dem 20.11.2017. In der dritten Welle wurden auch Fragen zur betriebsärztlichen Betreuung erhoben. Zu diesem Zeitpunkt waren die Befragten 53 beziehungsweise 59 Jahre alt.

In die Analysen gingen die Daten von 3039 Befragten ein, die zum Zeitpunkt der Erhebung 2018 in einem Arbeitsverhältnis in Voll- oder Teilzeit beschäftigt und nicht ausschließlich geringfügig beschäftigt waren. Die Fragen wurden wie folgt gestellt:

„Hat der Betrieb, in dem Sie arbeiten, einen Betriebsarzt?“; wenn „ja“: „Wann hatten Sie mit ihm zuletzt Kontakt?“ Eine Differenzierung der Ergebnisse erfolgte

1. nach dem Ausmaß der körperlichen Exposition bei der Arbeit. Hierzu wurde ein Summenmaß aus den drei folgenden Expositionen erstellt: 1. Gebückt, hockend, kniend, liegend oder über Kopf arbeiten; 2. Heben und/oder Tragen von schweren Lasten (Frauen mehr als 10 kg/Männer mehr als 20 kg); 3. einseitige Bewegungen im Sinne einseitiger körperlicher Aktivität. Die Antwortkategorien entsprachen Anteilen an der Arbeitszeit (nie, bis zu einem Viertel, bis zur Hälfte, bis zu drei Vierteln, (fast) immer). Jegliche Exposition größer als „nie“ wurde im Summenmaß als eine „Exposition“ gewertet;
2. nach Berufsgruppen. Hier wurde auf den Dreisteller der Klassifikation der Berufe 1988 (KLDB 1988) zurückgegriffen. In drei Fällen wurden verschiedene Berufsgruppen ähnlicher Tätigkeit

körperliche Exposition(en)	Anzahl	Betriebsärztin/-arzt im Betrieb Vorhanden	eigener betriebsärztlicher Kontakt
keine	627/615	65%	55%
eine	1101/1077	63%	53%
zwei	646/631	59%	51%
drei	665/657	60%	54%

Abb. 2: Existenz eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb sowie eigener betriebsärztlicher Kontakt nach Intensität der Exposition gegenüber körperlichen Belastungen bei der Arbeit bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Jahr 2018 (eigene Daten)

Fig. 2: Presence of an occupational health physician in the enterprise and personal contact with him according to the intensity of physical strain at work among older employees in Germany in 2018 (own data)

Berufsgruppen (KLDB1988)	Anzahl	Betriebsärztin/-arzt im Betrieb Vorhanden	eigener betriebsärztlicher Kontakt
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaus	26	100%	92%
Pflegepersonal, Hebammen	163	93%	92%
Sonstige Maschinisten	30	87%	83%
Industriemeister, Werkmeister	47	83%	81%
Wissenschaftler	40	78%	75%
Maschinenschlosser	41	73%	71%
Maschinenbautechniker	30	81%	70%
Sonstige Techniker	49	78%	69%
Medizinallaboranten	26	69%	69%
Unternehmensberater, Organisatoren	30	83%	67%
Schlosser/Werkzeugmacher	47	70%	66%
Werbefachleute	27	68%	63%
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	107	68%	62%
Bankfachleute	90	82%	61%
Datenverarbeitungsfachleute	78	68%	60%
Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	101	69%	59%
Heimleiter, Sozialpädagogen	29	58%	59%
Sonstige Ingenieure	50	82%	58%
Elektroinstallateure, -monteure	38	66%	58%
Lagerverwalter, Magaziner	42	66%	57%
Lager-, Transportarbeiter	35	66%	54%
Sprechstundenhelfer	60	64%	53%
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	38	61%	53%
Unternehmer, Geschäftsführer, Geschäftsbereichsleiter	109	65%	50%
Bürofachkräfte	333	60%	53%
Sonstige Lehrer	25	62%	49%
Pförtner, Hauswarte	34	50%	44%
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	55	61%	42%
Handelsvertreter, Reisende	32	51%	41%
Kraftfahrzeugführer	47	46%	36%
Köche	25	36%	36%
Raum- und Hausratreiniger	31	35%	29%
Buchhalter	41	36%	24%
Bauberufe/Tischlerei	61	30%	23%
Real-, Volks-, Sonderschullehrkräfte	48	31%	23%
Verkäufer	113	12%	3%

Abb. 3: Existenz eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb und jemals stattgefundenen betriebsärztlicher Kontakt nach Beruf bei älteren Beschäftigten in Deutschland im Jahr 2018 (eigene Daten)

Fig. 3: Presence of an occupational health physician in the enterprise and any contact with him by occupation among older workers in Germany in 2018 (own data)

zusammengeführt: Wissenschaftler; Bauberufe/Tischlerei; Schlosser/Werkzeugmacher. Es werden nur Berufsgruppen mit einer Mindestzahl von n = 25 dargestellt.

Die Datenauswertung erfolgte mittels IBM SPSS Statistics Version 25 deskriptiv und inferenzstatistisch ($p \leq 0,05$) mittels Chi²-Test (Effektstärke: Kontingenzkoeffizient C, Kategorien: <0,3 geringe, <0,5 moderate und $\geq 0,5$ hohe Effektstärke; Bühner u. Ziegler 2017).

Ergebnisse

Von allen 3039 Befragten meinten 62,1 % (1888 Personen), dass der Betrieb, in dem sie arbeiteten, einen betriebsärztlichen Dienst habe

(nein: 36,0 %, weiß nicht 1,9%, ➔ **Abb. 1**, linke Hälfte). Bezogen auf alle Befragten, hatten 52,1 % der Beschäftigten (n = 1584) in ihrem jetzigen Betrieb schon einmal persönlichen betriebsärztlichen Kontakt (s. **Abb. 1**, rechte Hälfte). Befragt nach dem Zeitpunkt des letzten Kontakts berichtete knapp die Hälfte der Beschäftigten mit betriebsärztlichem Dienst (n = 747; 24,6 % aller), dass dies in den zurückliegenden 12 Monaten der Fall gewesen sei. Bei etwa jedem dritten von ihnen (n = 509, 16,7 % aller) lag der Kontakt zwei bis drei Jahre zurück und bei 328 Personen (10,8 % aller) über drei Jahre.

Das Ausmaß körperlicher Belastung bei der Arbeit (Anzahl verschiedener Expositionsformen) war aus statistischer Sicht nicht mit der Erfahrung betriebsärztlicher Kontakte beziehungsweise dem Vorhandensein eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb assoziiert (➔ **Abb. 2**).

In ➔ **Abb. 3** sind Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Anteilen an Personen dargestellt, die das Vorhandensein eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb beziehungsweise einen eigenen betriebsärztlichen Kontakt berichteten (absteigend sortiert nach der letztgenannten Variable). Technische und medizinische Professionen führen die Rangliste an. So gaben sämtliche 26 Personen mit dem Ingenieurberuf des Maschinen- und Fahrzeugbaus an, dass ihr Betrieb einen betriebsärztlichen Dienst habe; fast alle hatten mit diesem auch bereits Kontakt gehabt. Am unteren Ende finden sich manuelle Berufe (Reinigungskräfte sowie Bauberufe/Tischlerei), Verwaltungsberufe (Buchhaltung), Real-, Volks- und Sonderschullehrkräfte sowie Verkaufangestellte. 12 % der Letzteren berichteten von der Existenz eines betriebsärztlichen Dienstes in ihrem Unternehmen, aber nur 3 % hatten jemals Kontakt.

Diskussion

Fast zwei Drittel aller in der lidA-Welle 3 befragten älteren sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten gaben an, einen betriebsärztlichen Dienst im Betrieb zu haben und rund die Hälfte aller hatte „jemals“ Kontakt mit ihm gehabt. Damit liegen die Ergebnisse über dem, was auf Basis der zurückliegenden GDA-Evaluation zu erwarten gewesen wäre, wo eine Betreuungsquote von 35 % aller Betriebe festgestellt worden ist (GDA 2017). Die Ergebnisse der GAIT-Betriebsbefragung lagen mit einer betrieblichen Betreuungsquote von 55 % auf gleichem Niveau wie die lidA-Werte (Amler et al. 2018). Allerdings dürften Betreuungsquoten auf Basis von Betriebserhebungen (Anteil Betriebe) nur wenig vergleichbar sein mit solchen aus Beschäftigtenbefragungen (Anteil Erwerbstätiger). Bei der über lidA hinaus einzigen uns bekannten Erwerbstätigenbefragung, dem Bertelsmann-Gesundheitsmonitor, lagen die festgestellten Betreuungswerte deutlich unter den hier ermittelten: In den letzten 12 Monaten hatte dort durchschnittlich nur etwa jeder Zehnte einen betriebsärztlichen Kontakt gehabt (Schnee et al. 2012). In der lidA-Studie – bezogen auf alle Befragten – war dies mit $n = 747$ von 3039 bei jedem vierten Beschäftigten der Fall. Eingangs haben wir dargestellt, dass manche Gruppen Erwerbstätiger durchaus betriebsärztlichen Kontakt haben müssten (Berufe, für die Tätigkeiten, die Pflichtvorsorge mit sich bringen, typisch sind), andere allerdings nur möglicherweise (Berufe, die häufig mit Tätigkeiten einhergehen, für die Angebotsvorsorge vorgesehen ist) und dritte in aller Regel keinen (keine physikalischen, chemischen oder biologischen Einwirkungen und keine physischen Belastungen).

Danach wäre beispielsweise bei Pflegepersonal und Geburtshelferinnen und -helfern durch die Exposition gegenüber biologischen und anderen gefährdenden Arbeitsstoffen und der damit verbundenen Pflichtvorsorge eine sehr hohe Kontaktquote zu erwarten. Dies wird mit 92% betriebsärztlichem Kontakt auch bestätigt. Dagegen lag die Quote bei den ebenfalls von der Pflichtvorsorge betroffenen Kindergarten- und Kinderpflegeberufen nur bei ca. 60%. Diese Diskrepanz könnte durch einen positiven Zusammenhang zwischen Kontaktwahrscheinlichkeit und Betriebsgröße (z.B. Krankenhäuser vs. Kindergärten) erklärt werden. Bekanntermaßen liegt das Ausmaß des formalisierten Arbeitsschutzes in vielen Klein- und Mittelbetrieben hinter dem von Großbetrieben wie beispielsweise Krankenhäusern (Beck u. Lehnhardt 2009; Sczesny et al. 2014; Barth et al. 2014). Die Betriebsgröße wurde bei den lidA-Erhebungen allerdings leider nicht erfasst.

Die Erwartung einer vergleichsweise höheren Kontaktwahrscheinlichkeit bei gewerblichen Berufen wurde nur teilweise bestätigt. Maschinisten, Industriemeister, Schlosser usw. finden sich tatsächlich im Bereich hoher Raten betriebsärztlicher Kontakte, allerdings im starken Gegensatz zu Bauberufen/Tischlern und auch Reinigungskräften. Auch hier ist ein Zusammenhang mit der Betriebsgröße wahrscheinlich. Die gewerblichen Berufe mit hohen Kontaktraten sind typisch für stationäre industrielle Arbeitsplätze, für die eine ausgeprägtere Arbeitsschutztradition anzunehmen ist. Die Baubranche dagegen ist von kleinsten, kleinen und mittleren Handwerksbetrieben geprägt (Rein u. Schmidt 2018), ebenso, wie dies für die zahlreichen Reinigungsunternehmen anzunehmen ist. Eine Unterversorgung könnte sich auch durch Unwissen der Befragten in Bezug auf die betriebsärztliche Betreuung ihres Unternehmens ergeben, was wieder bei Angehörigen kleinerer Betriebe vermehrt zu vermuten ist, sowie dort, wo die Vorsorge außerhalb des

Unternehmens stattfindet. Niedrigere Kontaktquoten können darüber hinaus natürlich auch auf die häufige Nicht-Inanspruchnahme der vom Unternehmen angebotenen und für die Beschäftigten freiwilligen Angebotsvorsorge zurückzuführen sein (Völter-Mahlknecht et al. 2015).

Gleichzeitig finden sich Hinweise auf eine möglicherweise unverhältnismäßig hohe Versorgung bestimmter Gruppen, nämlich zum einen der Befund, dass das Ausmaß der Exposition gegenüber körperlichen Belastungen nicht mit der Prävalenz von betriebsärztlichen Kontakten assoziiert ist. Zudem weisen einige Berufsgruppen mit in aller Regel sehr geringen tätigkeitsbedingten Gefährdungen wie Berufen in der Wissenschaft, im Ingenieurwesen, Werbe-, Bank- oder Datenverarbeitungsfachleute überdurchschnittliche Kontaktquoten auf. Über die Gründe für solch hohe Kontaktquoten lässt sich auf Basis der lidA-Daten nur spekulieren: Möglicherweise wird bei diesen Tätigkeiten häufig eine arbeitsmedizinische Vorsorge wegen Tätigkeiten an Bildschirmgeräten in Anspruch genommen, was insbesondere bei älteren Beschäftigten im Vergleich zu jüngeren plausibel erscheint. Hierfür spricht auch, dass die genannten Berufsgruppen erfahrungsgemäß eher in größeren Betrieben tätig sind, wo die arbeitsmedizinische Versorgung häufiger zu finden ist und es schon zur Routine gehören könnte, diese Vorsorge anzubieten. Auch ist möglich, dass betriebsärztliche Kontakte auf Initiative der Beschäftigten zustande kommen, beispielsweise im Rahmen von betriebsärztlichen Sprechstunden oder der arbeitsmedizinischen Wunschvorsorge nach ArbMedVV. Höher qualifizierte Berufsgruppen könnten dieses Angebot bevorzugt in Anspruch nehmen, allerdings ist nicht davon auszugehen, dass dies zahlenmäßig stark ins Gewicht fällt.

Nach unserer Einschätzung weisen die hier vorgestellten Studienergebnisse nicht direkt auf einen betriebsärztlichen Mangel hin. Wenn 40% aller befragten älteren Beschäftigten in Deutschland angeben, dass sie in den zurückliegenden Jahren betriebsärztlichen Kontakt gehabt haben, dann könnte dies durchaus dem entsprechen, was man angesichts der Regulierungslage und der hiesigen Wirtschaftsstruktur erwarten würde. Allerdings legen diese Ergebnisse eine ineffektive Verteilung betriebsärztlicher Ressourcen nahe: Manche Berufsgruppen erhalten weniger Betreuung, obwohl sie mehr haben müssten und umgekehrt. Ob dies immer nur durch die Betriebsgröße zu erklären ist oder auch durch strukturelle Benachteiligungen beziehungsweise Bevorzugungen von bestimmten Berufsgruppen, kann hier nicht geklärt werden. Dafür müssen die Ergebnisse der folgenden Erhebungswelle 2021 abgewartet werden, in der die Betriebsgröße erhoben wird.

Stärken und Limitationen der Studie. Die vorliegende Untersuchung weist eine Reihe von Stärken und Schwächen auf. Zu den Stärken zählen die Repräsentativität der Daten in Bezug auf ältere sozialversicherte Erwerbstätige, die hohe Anzahl der Befragten und die Aktualität der Daten. Zu den Schwächen dieser Untersuchung gehört, dass lidA nur zwei Jahrgänge älterer Beschäftigter umfasst. Es ist nicht ausgeschlossen, dass gerade die arbeitsmedizinische Vorsorge wegen Tätigkeiten an Bildschirmgeräten eher zu betriebsärztlichen Kontakten älterer als jüngerer Beschäftigter führt. Dennoch ist nicht anzunehmen, dass die Ergebnisse Jüngerer hierdurch substanzial von den oben genannten abweichen würden. Eine Schwäche der Studie ist insbesondere, dass bislang die Betriebsgröße nicht abgefragt wurde. Dies ist bedauerlich, da die Betriebsgröße einen Teil der betriebsärztlichen Nichtbetreuung erklären, wenn auch nicht entschuldigen kann. Dies wird in der

kommen, für 2021 geplanten Erhebungswelle 4 nachgeholt. Zu beachten ist ferner, dass Beschäftigtenbefragungen den Kenntnisstand von Befragten widerspiegeln, möglicherweise aber nicht die reale Versorgungslage. Dies gilt insbesondere für die Frage des Vorhandenseins eines betriebsärztlichen Dienstes im Betrieb, weniger aber für die Frage nach dem letzten eigenen betriebsärztlichen Kontakt. Schließlich ist zu beachten, dass das Stattfinden eines betriebsärztlichen Kontakts, wie in der Studie abgefragt, nicht bedeuten muss, dass dies stets zum Beispiel ein Termin zur arbeitsmedizinischen Vorsorge gewesen wäre, auch ein beiläufiger Kontakt etwa bei einer Arbeitsplatzbegehung könnte von den Befragten als solcher bewertet worden sein. Schließlich ist zu beachten, dass die Beantwortung der gestellten Fragen nichts über die Qualität der betriebsärztlichen Versorgung aussagt.

Schlussfolgerungen

Hauptbefund der vorgestellten Ergebnisse ist, dass die Annahme eines quantitativen Mangels an betriebsärztlicher Versorgung in Deutschland nicht unterstützt werden kann, wohl aber Hinweise für eine ineffektive Verteilung betriebsärztlicher Ressourcen gefunden wurden. Hier könnte eine Reflexion aller Beteiligten, das heißt Betriebsärzteschaft und Betriebe über die Ursachen erfolgen und ggf. aktiv im Sinne einer besseren betriebsärztlichen Ressourcenverteilung gegengesteuert werden.

Die berichteten Ergebnisse stellen den Nebenbefund einer Befragungsstudie dar, in deren Fokus die Gesundheit und das Älterwerden in der Arbeit steht. Sie bieten erste Anhaltspunkte für kritische Reflexionen der Praxis der betriebsärztlichen Tätigkeit, doch tiefergehende und zahlreiche weitere relevante Fragen bleiben unbeantwortet. Es wäre wünschenswert, wenn die Ausgestaltung und die Qualität der betriebsärztlichen Versorgung in der Praxis einschließlich der sozialen Beziehungen der betrieblich Beteiligten vertieft wissenschaftlich untersucht würden, wobei quantitative als auch qualitative Forschungsansätze zur Anwendung kommen könnten. Ein Ziel wäre dabei, die Praxis der betriebsärztlichen Tätigkeit in Zeiten umfassenden gesellschaftlichen Wandels im Interesse des Arbeitsschutzes auf neue Herausforderungen einzustellen und zu optimieren.

Interessenkonflikt: Die Autorenschaft erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Förderung: Die vorliegende Arbeit wurde gefördert durch die BARMER im Rahmen der Förderung des lidA III-BGF-Teilprojekts, Förderkennzeichen: 2016-379.

Literatur

AfAMed Ausschuss für Arbeitsmedizin, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): AMR Nr. 13.2 – Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten körperlichen Belastungen mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System. GMBI 2017; 76–77: 1571 (<https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/AMR/AMR-13-2.html>).

Amler N, Voss A, Wischitzki E, Quittkat C, Sedlacek S, Nesseler T, Letzel S, Drexler H. Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz – Status quo, Kenntnisstand und Unterstützungsbedarf in KMU. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2019; 54: 36–46.

Barth CH, Hamacher W, Eickholt C: Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland. 1. Aufl. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA, 2014.

Beck D, Lenhardt U: Verbreitung der Gefährdungsbeurteilung in Deutschland. Praev Gesundheitsf 2009; 4: 71–76.

Bühner M, Ziegler M: Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. 2. Aufl. München: Pearson, 2017.

Bundesärztekammer: Gemeldete Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§3, 6 UVV Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (DGUV V2) nach Altersgruppen zum 31.12.2017 (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Arbeitsmedizin/Arbeitsmedizin_Statistik_2017.pdf – zuletzt abgerufen am 15.07.2019).

DGAUM (Hrsg.): Der demografische Wandel in unserer Gesellschaft und die zukünftige arbeitsmedizinische Versorgung – Stellungnahme der DGAUM zur Sicherung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (https://www.dgaum.de/fileadmin/pdf/Stellungnahmen_und_Positionspapiere/2017/DGAUM_Stellungnahme_BAE-Mangel_5_.pdf – zuletzt abgerufen am 17.10.2019).

DGUV (Hrsg.): Leitfaden für Betriebsärzte zu Aufgaben und Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit – 2., vollständig überarbeitete Auflage (https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/praev_gremien/arbeitsmedizin/produkte/leitfaeden/leitfaden_nutzen.pdf – zuletzt abgerufen am 17.10.2014).

DGUV, Hennefer Kreis: Positionspapier – Die betriebliche Betreuung nach der DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“. DGUV Forum 2017; 27–29.

GDA 2017 – Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (Hrsg.): GDA-Betriebs- und Beschäftigtenbefragung: Grundausswertung der Betriebsbefragung 2015 und 2011 - betriebsproportional gewichtet (https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Grundausswertung-betriebsprop-Evaluation.pdf?__blob=publicationFile&v=2 – zuletzt abgerufen am 14.10.2019).

GDA 2014 – Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (Hrsg.): Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (http://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/GDA-Dachevaluation_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt abgerufen am 18.10.2019).

Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A, Schröder H, Swart E, Bender S, du Prel JB, Ebenner M, March S, Trappmann M, Steinwede J, Müller BH: Cohort profile: The lidA cohort study – a german cohort study on work, age, health and work participation. Int J Epidemiol 2014; 43: 1736–1749.

Hien W: Chronisch Kranke im Klein- und Mittelbetrieb – ein brisantes und nach Lösung drängendes Thema. ErgoMed/Prakt Arbmed 2019; 43: 24–29.

Rein S, Schmidt C: Bautätigkeit in Europa – Beschäftigungsstrukturen und Produktivität. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR, Hrsg.): 2018 (https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/AnalysenKompakt/2018/ak-13-2018-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Schnee M, Mosebach K, Groneberg DA: Welche Erwerbstätigen haben Kontakt zu Betriebsärzten? Zbl Arbeitsmed 2012; 62: 98–103.

Schröder H, Kersting A, Gilberg R, Steinwede J. Methodenbericht – zur Haupterhebung lidA – leben in der Arbeit. FDZ-Methodenreport 2013 (http://doku.iab.de/fdz/reporte/2013/MR_01-13.pdf).

Sczesny C, Keindorf S, Droß P, Jasper G: Kenntnisstand von Unternehmen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU, 1. Aufl. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014.

Steinwede J, Kleudgen M, Häring A, Schröder M: Methodenbericht. zur Haupterhebung lidA – leben in der Arbeit, Welle 2. FDZ-Methodenreport 2015 (http://doku.iab.de/fdz/reporte/2015/MR_07-15.pdf).

Trimpop R: Bedarfsgerecht optimierte Betreuung – Die Nützlichkeit der Integration weiterer Professionen. Ergo Med 2019; 5 (<https://www.ergo-med.de/pasig/bedarfsge-recht-optimierte-betreuung-die-nuetzlichkeit-der-integration-weiterer-professionen/>).

VDBW: Betriebliche Betreuung muss in kompetenten Händen bleiben – in den Händen von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit – Extrablatt an die Mitglieder des VDBW, 2018 (https://www.vdbw.de/Extrablatt_Aenderung_der_DGUV_Vorschrift_2).

Völter-Mahlknecht S, Michaelis M, Preiser C, Blomberg N, Rieger MA: Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen in der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Forschungsbericht 448. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015.

Wallenfels W: Demografischer Wandel: Stecken Arbeitsmediziner in der Altersfalle? Ärztezeitung 28.05.2015 (https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/betriebsmedizin/article/886925/demografischer-wandel-stecken-arbeitsmediziner-altersfalle.html – zuletzt abgerufen am 14.10.2019).

Kontakt:

Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn

Bergische Universität Wuppertal, Fachgebiet Arbeitswissenschaft
Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik
hasselhorn@uni-wuppertal.de

DGAUM

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
ARBEITSMEDIZIN UND UMWELTMEDIZIN

DIE DGAUM INFORMIERT

Statusreport: Gesund arbeiten in Thüringen



Netzwerkarbeit mit den Modellfirmen

Die Aktivitäten im Modellvorhaben nach § 20g SGB V „Gesund arbeiten in Thüringen“, das in Kooperation von DGAUM und BARMER durchgeführt wird, schreiten sehr gut voran. Derzeit bestehen drei Unternehmens-Netzwerke zur Gesundheitsförderung mit insgesamt 30 Kleinst-, kleinen und mittelständischen Unternehmen (KKMU) in Mittelthüringen (Erfurt), Südthüringen (Suhl) und Ostthüringen (Gera). Die teilnehmenden Betriebe sind überwiegend den Branchen Dienstleistung, Handel, Gesundheits- und Sozialwesen sowie dem verarbeitenden Gewerbe zugehörig.

Um zu Beginn der Netzwerkarbeit einen umfassenden Überblick zu den Themen Bedarf, Angebot, Evaluation und Herausforderungen in den Modellfirmen zu erhalten, wurde im Frühjahr 2019 eine leitfadengestützte, telefonische Befragung mit Geschäftsführungen, Personalverantwortlichen beziehungsweise leitenden Angestellten durchgeführt. Die Ergebnisse werden auf der Jahrestagung der DGAUM im Rahmen des Symposiums „5 Jahre Präventionsgesetz – Schwerpunkt BGF“ vorgestellt.

In vierteljährlich stattfindenden Netzwerksitzungen treffen sich Vertreterinnen und Vertreter der teilnehmenden Modellbetriebe (Geschäftsführung und leitende Ange-

stellte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Personalverantwortliche), um Themen wie die Erfüllung gesetzlicher Vorschriften im Arbeits- und Gesundheitsschutz, Erfahrungen und Durchführbarkeit von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder auch psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu diskutieren und aufzuarbeiten. Vertiefend und flankierend werden zusätzlich Sonderveranstaltungen angeboten. In diesem Zuge fand im November 2019 ein Workshop zur Gefährdungsbeurteilung statt. Um eine effiziente interne Kommunikation zu gewährleisten und als Wissensbasis hin-

sichtlich der Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu fungieren, wird ein Kommunikationsportal genutzt.

Im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung wurde zur Ermittlung der psychischen Belastungen eine Personalbefragung individuell mit den teilnehmenden Modellfirmen abgestimmt. Die Befragungen fanden im Zeitraum von Mai bis Dezember 2019 statt. Gemeinsam mit der BARMER wurden im Oktober 2019 Maßnahmen auf Basis der bis dahin vorliegenden Befragungsergebnisse abgeleitet. Für die ersten zwei Quartale 2020 werden nun die geplanten Maßnahmen wie



Workshops zu Führung und Team, Angebote zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung sowie digitale Angebote umgesetzt. Für das 3. beziehungsweise 4. Quartal 2020 ist eine umfassende Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen geplant.

Lesen Sie auch in dieser Ausgabe:

- *Arbeits- und Gesundheitsschutz meets Betriebliches Gesundheitsmanagement – Netzwerke für Kleinst-, kleine und mittlere Unternehmen am Beispiel von GAIT in Thüringen (Wolfgang Fischmann et al.), Seite 150ff.*
- *Passgenaues BGM – nichts leichter als das? Ergebnisse der Personalbefragungen und Maßnahmenableitung im Modellprojekt „Gesund arbeiten in Thüringen“ (Regina Lösch et al.), Seite 155 ff.*

E-Learning: Arbeitsmedizin interdisziplinär

Ein weiterer wichtiger Baustein beim Fortbildungsangebot zum Modellvorhaben ist die Entwicklung interaktiver Online-Module zu verschiedenen arbeitsmedizinischen Themen als Maßnahme der Qualitätssicherung für ärztliches Fachpersonal und Unternehmen. Die von der DGAUM erarbeiteten Module werden von der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) zertifiziert und sind als Online-Fortbildungen zum CME-Punkte-Erwerb für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen bei Fortbildungsakademie-im-Netz kostenfrei verfügbar. Parallel werden die Module in angepasster Form über die Projekthomepage inklusive Teilnahmebescheinigung auch als Fortbildungen bzw. Informations-Module für Unternehmen, Beschäftigte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte,

Vertreterinnen und Vertreter der Mitarbeitervertretungen und alle Interessierten angeboten. Die ersten Module „Prävention durch Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)“ und „Prävention durch Mutterschutz“ wurden vollständig aus Eigenmitteln der DGAUM finanziert und wurden im letzten Jahr erfolgreich durch die BLÄK rezertifiziert. Ein weiteres Modul konnte 2019 unter finanzieller Beteiligung der BARMER zum Thema „Systematische Prävention mit der Gefährdungsbeurteilung“ realisiert werden. Aktuell ist das Fortbildungsmodul „Suchterkrankungen und Arbeitsplatz“ in Arbeit. Dieses geht im Laufe des Jahres online. Informationen und Teilnahme unter:

- www.fortbildungsakademie-im-netz.de/fortbildungen/arbeitsmedizin/
- www.gesund-arbeiten-in-thueringen.de/fortbildungen/fuer-unternehmen/

60. Jahrestagung der DGAUM, 11. bis 14. März 2020 in München

Mitgliederversammlung Mittwoch, 11. März 2020

Im Rahmen der diesjährigen wissenschaftlichen Jahrestagung lädt die DGAUM zur Mitgliederversammlung ein.

- TOP 1: Wahl eines Versammlungsleiters und Feststellung der Beschlussfähigkeit
- TOP 2: Genehmigung der endgültigen Tagesordnung
- TOP 3: Verabschiedung des Protokolls: Mitgliederversammlung 2019
- TOP 4: Bericht des Präsidenten
- TOP 5: Bericht des Vizepräsidenten: Entwicklung Geschäftsstelle und Mitgliederstand
- TOP 6: Begrüßung der neuen Mitglieder
- TOP 7: Zwischenbericht Kooperation BARMER: Modellvorhaben „GAIT“ und Impfverträge „DGAUM-Selekt“
- TOP 8: Bericht des Schatzmeisters
- TOP 9: Bericht der Rechnungsprüfer
- TOP 10: Diskussion
- TOP 11: Entlastung des Vorstands
- TOP 12: Beschlussfassung zur Anpassung der Mitgliedsbeiträge
- TOP 13: Berichte der Arbeitsgruppen
- TOP 14: Verschiedenes

Zeit: Mittwoch, 11. März 2020, 18:00 bis 20:00 Uhr

Ort: Hörsaal 3, Hörsaalgebäude Großhadern, Klinikum der LMU, Marchioninstr. 15, 81377 München

Nach der Satzung sind bei der Mitgliederversammlung nur ordentliche Mitglieder und Ehrenmitglieder stimmberechtigt.

Es werden keine Mitgliedsausweise ausgestellt, die Zugangskontrolle erfolgt am Eingang.

Programm der Jahrestagung und Anmeldung unter: www.dgaum.de/termine/jahrestagung

Jubiläumskongress – 60. Jahrestagung der DGAUM

11. bis 14. März 2020 | München

Schirmherr: Jens Spahn, Bundesminister für Gesundheit



Foto: Shutterstock / Sean Pavone

Die DGAUM feiert 2020 ihren Jubiläumskongress! In Kooperation mit den österreichischen und schweizerischen Schwestergesellschaften ÖGA und SGARM findet die 60. Wissenschaftliche Jahrestagung der DGAUM vom 11. bis 14. März 2020 in München statt.

Themenschwerpunkte:

- 11. März Arbeitsmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz
- 12. März Kanzerogene Stoffe und Faktoren
- 13. März 5 Jahre Präventionsgesetz
- 14. März DGAUM-AKADEMIE: Seminare und Fortbildungsveranstaltungen

Programm und Anmeldung unter www.dgaum.de/termine/jahrestagung

Tagungsleitung

Prof. Dr. med. Simone Schmitz-Spanke
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und
Umweltmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. rer. soc. Jessica Lang
Lehr- und Forschungsgebiet Betriebliche
Gesundheitspsychologie, Medizinische Fakultät,
RWTH Aachen University

Veranstalter und Pressekontakt

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin
und Umweltmedizin e.V.
Schwanthaler Straße 73 b | D-80336 München
Tel.: +49 (0) 89 / 330 396-0
Fax: +49 (0) 89 / 330 396-13
E-Mail: gs@dgaum.de – Web: www.dgaum.de

DGAUM

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
ARBEITSMEDIZIN UND UMWELTMEDIZIN



**SGARM
SSMT**

DER VDBW INFORMIERT

Darmkrebsmonat März 2020

VDBW unterstützt Initiative der Felix Burda Stiftung, der Stiftung LebensBlicke und des Netzwerks gegen Darmkrebs e. V. im März 2020

#PRÄVENTIOPHOBIE

Wenn die Angst vor der Darmkrebsvorsorge größer ist als die Angst vor dem Krebs.

Betriebsärzte übernehmen zentrale Rolle bei der Darmkrebsvorsorge

Darmkrebs zählt zu den drei häufigsten Tumorerkrankungen und doch gehört er zu den wenigen Krebsdiagnosen, die vermeidbar sind. Betriebsmedizinerinnen und -mediziner können entsprechende Vorsorgemaßnahmen initiieren, um Darmkrebs komplett zu verhindern oder ihn zumindest so früh zu erkennen, dass er heilbar ist. Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) unterstützt deshalb den Darmkrebsmonat März 2020 der Felix Burda Stiftung.

Mit dem am 9. April 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) wurden Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs gesetzlich verankert. Personen im Alter von 50 bis 54 Jahren können jährlich einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl (FOBT) durchführen lassen. Gibt es Fälle von Darmkrebs in der Familie, sollte der Test bereits früher durchgeführt werden. Die Kosten für den FOBT-Test übernimmt die Gesetzliche Krankenkasse.

Ist das Testergebnis auffällig, sollte im nächsten Schritt mittels einer Darmspie-

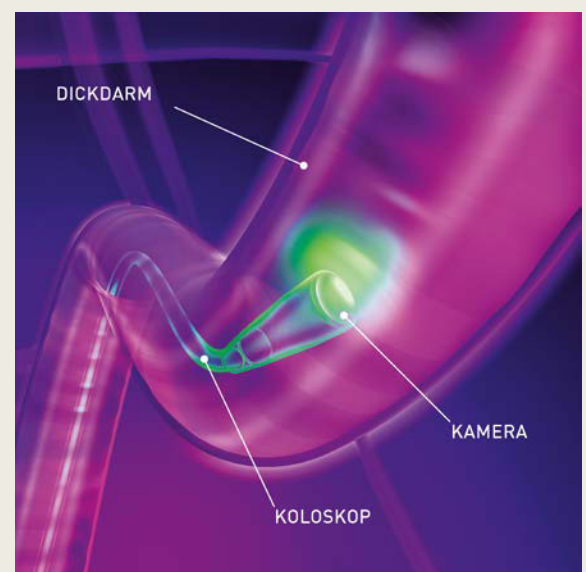
gung (Koloskopie) abgeklärt werden, ob es sich um Darmpolypen oder Krebs handelt. Krebsvorstufen können bei solch einem Eingriff gleich entfernt werden. Ein Tumor entsteht dann gar nicht erst.

Bei einem unauffälligen Befund können Personen ab 55 Jahren den Test auf verstecktes Blut im Rahmen der Krebsfrüherkennung alle zwei Jahren wiederholen. Alternativ können Männer ab 50 Jahren, Frauen ab 55 Jahren eine Früherkennungskoloskopie (präventive Darmspiegelung) wahrnehmen, die bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren wiederholt werden kann.

Früherkennung – Betriebsärzte als Initiatoren

Im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann der betriebsärztliche Dienst ganz gezielt bei der Früherkennung unterstützen. „Betriebsärzte erreichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus unteren sozialen Schichten, die dem Thema Prävention noch nicht so auf-

geschlossen sind. Dies gilt insbesondere für männliche Mitarbeiter, die Präventionsangebote noch geringer annehmen als weibliche Mitarbeiter“, sagt Dr. Wolfgang Panter, Präsident des VDBW. Außerdem kann der Betriebsarzt im Rahmen der betrieblichen Darmkrebsvorsorge auf das familiäre Risiko aufmerksam machen und damit ganz ent-



Darmspiegelung/Koloskopie

scheidend zur Früherkennung auch bei jüngeren Beschäftigten beitragen.

Und natürlich sensibilisieren Betriebsärztinnen und -ärzte die Beschäftigten für Risikofaktoren von Darmkrebs: Dazu zählen in erster Linie Tabakkonsum und Übergewicht, aber auch Bewegungsmangel, ballaststoffarme Ernährung sowie der Genuss von Alkohol und rotem und verarbeitetem Fleisch.

Diese Möglichkeiten haben auch kleinere Unternehmen, die mit ihrem betriebsärztlichen Dienst Aktionen planen können. Für die Unternehmen bedeutet die Darmkrebsvorsorge eine Win-Win-Situation: Wenn mehr Beschäftigte an solchen Untersuchun-

gen teilnehmen, erkranken insgesamt weniger Menschen an Darmkrebs.

VDBW unterstützt Initiative Darmkrebsmonat März 2020

Jährlich erkranken in Deutschland mehr als 60 000 Menschen an Darmkrebs. Als Berufsverband der Arbeitsmediziner in Deutschland setzt sich der VDBW für die Prävention von Darmkrebs ein und unterstützt die Initiative „Darmkrebsmonat März 2020“ der Felix Burda Stiftung, der Stiftung LebensBlicke und des Netzwerks gegen Darmkrebs e.V. Diese jährt sich 2020 zum 19. Mal und setzt sich für die Früherkennung von Darmkrebs ein.



VDBW-Regionalkonferenzen 2020

Nach der großen Resonanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im vergangenen Jahr werden wir das Angebot für Mitglieder des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte auch in diesem Jahr fortführen.

Aktuelle Themen haben Auswirkungen auf die Arbeitsmedizin und bewegen uns als Betriebsärztinnen und -ärzte – dies spüren wir nicht nur im alltäglichen Leben. Im Rahmen der VDBW-Regionalkonferenzen 2020 möchten wir mit unseren Mitgliedern wesentliche Punkte aufgreifen und ausgiebig diskutieren.

Neben dem „Update Arbeitsmedizin“ stehen spezifische arbeitsmedizinische Erfahrungen der jeweiligen Industriesparte am Veranstaltungsort sowie die aktuelle Berufspolitik auf der Agenda.

Ergänzt werden die Fachvorträge durch eine Betriebsbegehung unter dem Blickwinkel der Arbeitsmedizin.

Folgende Termine der VDBW Regionalkonferenzen sind vorgesehen:

29. April 2020 – Airbus Defence and Space GmbH, Manching



© Wolfram Schroll

03. Juni 2020 – Henkel AG & Co. KGaA, Düsseldorf



© Henkel AG & Co. KGaA

08. Juli 2020 – ArcelorMittal Bremen GmbH, Bremen



© Thomas Joswig

Wir danken den Unternehmen für ihre Gastfreundschaft und die Möglichkeit, spezifische arbeitsmedizinische Erfahrungen der jeweiligen Industriepartner am Veranstaltungsort kennenzulernen.

Nähere Informationen sowie Anmeldeöglichkeiten finden Sie unter www.vdbw.de

MELDUNGEN

Robert-Koch-Institut hält Covid-19-Pandemie für möglich

Das neuartige Coronavirus Sars-CoV-2 könnte nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts international in größerem Ausmaß um sich greifen. „Die globale Entwicklung legt nahe, dass es zu einer weltweiten Ausbreitung des Virus im Sinne einer Pandemie kommen kann“, heißt es in einem Bericht, den das Berliner Institut heute im Internet veröffentlicht hat (s. Link unten). Davon seien Länder mit geringen Ressourcen im Gesundheitssystem besonders stark betroffen, aber auch in Ländern wie Deutschland könne dies zu einer hohen Belastung der medizinischen Versorgung führen.

Die Experten schreiben auch, dass ein Aufeinandertreffen mit einem Infizierten für Menschen in Deutschland derzeit sehr unwahrscheinlich sei. Die Einschätzung könne sich aber jederzeit ändern. Die Situation entwickle sich sehr dynamisch und müsse ernst genommen werden.

Aktuell empfehle man eine Strategie der Eindämmung, erklärte das RKI. Versucht werde, Infizierte möglichst früh zu erkennen. Deren Kontaktpersonen sollen vorsichtshalber 14 Tage in Quarantäne verbringen. Selbst wenn nicht alle Erkrankten und ihre Kontakte rechtzeitig gefunden würden, bewirkten diese Schritte eine verlangsamte Ausbreitung des Erregers in der Bevölkerung, hieß es. Ziel sei es, Zeit zu gewinnen etwa für Vorbereitungen und um mehr über das Virus zu erfahren. Möglichst vermieden werden soll demnach, dass eine Covid-19- und die derzeit auch in Deutschland laufende Grippewelle zusammenfallen.

Dies könne zu „maximaler Belastung“ der medizinischen Versorgung führen, wird befürchtet. Das RKI verweist darüber hinaus auf viele noch offene Fragen. So hingen die Auswirkungen einer möglichen Ausbreitung auf die Bevölkerung hierzulande von verschiedenen Faktoren ab, die aktuell noch nicht einzuschätzen seien.

Spahn: EU muss mehr tun

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat eine stärkere finanzielle Beteiligung der Europäischen Union (EU) am Kampf gegen das neuartige Coronavirus Sars-CoV-2 gefordert. Zudem mahnte er vor dem Treffen der EU-Gesundheitsminister in Brüssel ein gemeinsames Vorgehen an. Er wünsche sich eine Einigung auf Mittel aus dem EU-Haushalt zur Forschung im Kampf

gegen das Virus, sagte Spahn nach einer Unterrichtung des Gesundheitsausschusses des Bundestags. In der EU wolle er zudem erreichen, „dass wir uns darauf verständigen, dass wir abgestimmt vorgehen“. Spahn wies darauf hin, dass „ganz abgestimmt“ schon nicht mehr möglich sei, „weil einzelne Länder den ganzen Flugverkehr zu China ja schon eingestellt haben, etwa Italien“.

Für Deutschland gelte: Bei ankommenden Direktflügen müssten die Piloten vor der Landung eine Meldung an den Tower machen, ob es Passagiere mit Symptomen an Bord gebe oder nicht. Außerdem gelte, dass die Information hinterlassen werden müsse, wo sich die Passagiere 30 Tage nach Ankunft aufhalten. „Alle darüber hinausgehende Maßnahmen müssten erst einmal in Deutschland und idealerweise in Europa abgestimmt werden.“

Nicht mehr im Normalmodus

Der Minister machte deutlich, dass eine Ausweitung der regional begrenzten Epidemie zu einer weltweiten Pandemie möglich sei. Ohne Zweifel nicht ausgeschlossen werden könne auch, dass sich die Zahl der bisher 16 Infektionen mit Sars-CoV-2 in Deutschland noch erhöhe. „Wir sind schon länger nicht mehr im Normalmodus, schon allein, um wachsam zu sein, um gut vorbereitet zu sein“, sagte Spahn. Die Behörden stünden täglich, manchmal stündlich mit Telefonkonferenzen in Kontakt deutschlandweit und international.

Die Fraktion der Europäischen Volkspartei im Europaparlament (EVP) haben sich ebenfalls für eine einheitliche Reaktion der EU auf das neuartige Coronavirus Sars-CoV-2 stark gemacht. In den einzelnen Mitgliedsstaaten gebe es unterschiedliche Herangehensweisen, kritisierte der Vorsitzende

der EVP-Fraktion, Manfred Weber, in Straßburg. Die EU müsse endlich eine gemeinsame Strategie haben. Die Fraktion schlug vor, dass alle Reisenden bei der Einreise in die Europäische Union einen Fragebogen ausfüllen müssen, um einer weiteren Verbreitung des Virus besser vorbeugen zu können.

Ärzte opfern sich auf

Seit Wochen betreuen Ärzte und Pfleger die Patienten, ohne über ausreichende Schutzanzüge und Atemschutzmasken zu verfügen. Viele Mediziner und Pfleger auf den Isolierstationen tragen bis zu neun Stunden lang ihre Schutzkleidung, obwohl sie eigentlich alle vier Stunden lang gewechselt werden müsste. Zwar wurden Produktion und Import von Masken und Schutzanzügen inzwischen deutlich erhöht, doch helfe das laut der Ärzte vor Ort nur wenig.

Quelle: DÄBI-Online

➔ http://https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/07_20.pdf?__blob=publicationFile

MELDUNGEN IN KÜRZE

Coronavirus in China

Die Ausbreitung des Coronavirus in China und anderen Ländern (Korea, Thailand) wirft auch für Unternehmen viele Fragen bezüglich der Entsendung von Beschäftigten in die betroffenen Gebiete auf. Das Robert Koch-Institut bietet aktuell eine Website zum Thema Coronavirus und Reisen nach China:

➔ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html

MELDUNGEN

Ausstellerbeirat: Interessensvertretung der Industrieaussteller

Die Schwerpunktaufgabe des seit 2017 geschaffenen Ausstellerbeirats liegt im Bereich der Bedarfssensibilisierung und einer nachhaltigen und zentralisierten Kommunikation, um die Ausstellung auf Kongressen und Tagungen möglichst informativ für die interessierten Besucher zu gestalten. Es wird im Folgenden über die Neuwahl eines 2. Vorsitzenden des Beirates berichtet.

Der Ausstellerbeirat ging nach zwei Jahren im März 2019 mit Eckart Rinck (GPK Gesellschaft für medizinische Prävention und Kommunikation mbH) als 1. Vorsitzenden und Sabine Austermann (CGM HSM) als Stellvertreterin in die zweite Amtszeit.

Am 16.09.2019 gab Sabine Austermann bekannt, dass sie aus persönlichen Gründen ihr Amt im Zuge des Deutschen Betriebsärzte-Kongresses in Freiburg niederlegt. Somit fand im Rahmen dieses Kongresses die Wahl eines neuen Stellvertreters statt. Als neuer Stellvertreter wurde Michael Schulte (SAmAs GmbH) einstimmig gewählt.

Die Interessensvertretung der Industrieaussteller wurde 2017 ins Leben gerufen um aus vielen Einzelstimmen eine Gesamtstimme gegenüber den Verbänden und Kongressorganisationen zu bilden. Und diese Stimme funktioniert gut:

Die Schwerpunktaufgabe des Beirats liegt im Bereich der Bedarfssensibilisierung und einer nachhaltigen und zentralisierten Kom-

munikation, um die Ausstellung auf Kongressen und Tagungen möglichst informativ für die interessierten Besucher zu gestalten. Dialogbasiert fließen nun die wichtigsten Bedürfnisse der Aussteller in die gesamte Kongressplanung des jeweiligen Kongresses ein. Nicht nur der Einsatz eines zentralen Kommunikationstools hat sich bewährt, sondern die gesamte konstruktive Arbeit des Beirats erfährt inzwischen nachweislich eine sehr hohe Akzeptanz bei den Verantwortlichen.

Durch die Nachbesetzung des Stellvertreters mit Herrn Schulte (SAmAs GmbH), können die begonnenen und dialogbasierte Optimierungen mit den Verbänden und Kongressorganisationsgesellschaften, kontinuierlich weiterverfolgt werden.

Quelle: GPK Gesellschaft für medizinische Prävention und Kommunikation

➔ www.gpk.de

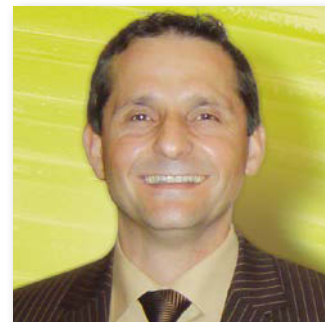


Foto: Baran Bosuter

1. Vorsitzender Eckart Rinck (GPK Gesellschaft für medizinische Prävention und Kommunikation mbH)



Foto: privat

2. Vorsitzender Michael Schulte (SAmAs GmbH)

Wenn das Imprägnierspray auf die Lunge schlägt

Was geschieht, wenn Imprägniersprays mit winzigen Teilchen (Nanopartikeln) in die Lunge gelangen? Lösen sie dort Entzündungen aus oder schädigen gar das Lungengewebe? Das sind wichtige Fragen, die im internationalen Forschungsprojekt „NANOaers“ von Fachleuten aus Deutschland, dem europäischen Ausland und den USA in den vergangenen drei Jahren unter der Leitung des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) bearbeitet wurden.

Ergebnisse der Versuche mit Aerosolen, die aus Imprägniersprays freigesetzt werden, wurden auf dem Abschlussworkshop des Projekts vom 21. bis 22. Januar 2020 vorgestellt. In einem Aerosol transportiert ein Gas (feste oder flüssige) Schwebeteilchen. Die Experimente mit Nanopartikeln aus Silber oder Cerdioxid zeigten, dass nicht allein

die Eigenschaften der Teilchen wie deren Größe die Wirkung auf das Lungengewebe beeinflussen. Auch in den Sprays enthaltene Lösungsmittel und Additive verändern die Reaktion der Aerosole mit Lungenzellen. Additive sind Stoffe, die Lösungen stabilisieren und schmutzabweisende Eigenschaften der Imprägniersprays steigern.

Nanospray-Produkte bestehen aus Partikel-Flüssigkeitsgemischen, die beim Versprühen in Aerosole umgewandelt werden. Bestehend aus kleinsten, luftgetragenen Partikel-Flüssigkeitströpfchen können diese beim Einatmen bis tief in die Lunge gelangen.

Kern des Forschungsprojekts NANOaers war die Untersuchung von Wechselwirkun-

gen der Bestandteile von Nanosprays, wie Lösungsmitteln und Zusatzstoffen, mit den enthaltenen Nanopartikeln sowie sich daraus ergebende biologische Folgen. Entwickelt wurde zudem eine Methode, um den Einfluss von aus Spraydosen versprühten Aerosolen auf Atemwege und Zellen möglichst realitätsnah abzubilden.

Bei ihren Experimenten kombinierten die Forscherinnen und Forscher eine eigens entwickelte Sprühkammer mit weiteren Geräten zur physikalischen Aerosolanalyse und Toxizitätstests mit Zellkulturen. Die Anordnung umfasste einerseits physikalische Messinstrumente zum Untersuchen der Aerosole und andererseits ein Air-Liquid-Interface, ein Gerät, in dem menschliche Lungenzellen mit Aerosolen in Kontakt kommen. In der Sprühkammer wurden Aerosole in gewünschter Zusammensetzung aus Partikeln, Lösungsmitteln und Additiven erzeugt. Dadurch konnten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler den Einfluss der einzelnen Komponenten gezielt untersuchen. Und zwar so, als ob sie aus einer kommerziellen

Spraydose kämen. Das so erzeugte Aerosol wurde dann zur Analyse in die Analysekammer geführt. Dort wurden Größe und Menge der Partikel gemessen. Ein Teil des Aerosolstromes schlug sich zugleich auf der Zellkultur nieder und reagierte mit den menschlichen Lungenzellen. Anschließend wurde untersucht, inwieweit die Zellen Partikel aufnahmen und welche Konsequenzen diese Aufnahme hatte. Dabei konnten etwa Entzündungszeichen in den Zellen ermittelt und deren Überlebensfähigkeit geprüft werden.

Bei den Versuchen mit Silber- und Cerdioxid-Nanopartikeln zeigte sich, dass sich nur ein Teil der Aerosole aus der Sprühkammer auf den Zellen niederschlägt. Wie groß dieser Anteil ist, hängt zum einen von der Zusammensetzung der Nanospraylösung ab, also vom jeweiligen Lösungsmittel und den zugefügten Additiven. Doch auch die Art des Sprühens spielt eine Rolle. Wenige und kurze Sprühstöße bedeuteten eine geringere Aufnahme durch die Zellen. Zudem sind der Abstand zur Sprühdüse und die Ventilation des Systems wichtige Faktoren, bei realer Anwen-

dung also etwa die Raumgröße oder geöffnete Fenster. Weiterhin zeigten die Versuche, dass der durch das Aerosol an den Zellen verursachte Schaden wesentlich von den Lösungsmitteln und Additiven mitbestimmt wird.

Am Projekt NANOaers waren neben dem BfR die Arbeitsgruppe Mechanische Verfahrenstechnik der Technischen Universität Dresden, das Institut für Strömungslehre und Wärmeübertragung der Technischen Universität Graz, das spanische GAIKER Technologiezentrum, die Harvard University mit der T.H. Chan School of Public Health in Cambridge, USA, und das rumänische Nationale Forschungs- & Entwicklungsinstitut für Textilien und Leder beteiligt. Mit NANOaers haben die sechs beteiligten Institutionen eine Versuchsanordnung geschaffen, die es erlaubt, Aerosole mit Nanopartikeln als Gemische realitätsnah hinsichtlich möglicher gesundheitlicher Risiken zu untersuchen, ohne auf Tierversuche zurückzugreifen.

Quelle: BfR

➔ www.bfr.bund.de

REZENSION



Patrick Aligbe

Rechtshandbuch Arbeitsmedizinische Vorsorge

2. Aufl., 460 S.,
C.H. Beck, München,
2019.

ISBN: 978 3 406 73246 1
Preis: 89,00 €

Elf Jahre nach Inkrafttreten der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) hat der Autor nun die zweite Auflage seines „Rechtshandbuches“ vorgelegt. Dabei sind die letzte Änderungsverordnung zur ArbMedVV von 2019 ebenso eingeflossen wie aktuelle medizin- und datenschutzrechtliche Aspekte sowie die vertiefenden Ausführungen einiger arbeitsmedizinischer Regeln des Ausschusses für Arbeitsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bei näherer Durchsicht der Kapitel erlebt man allerdings lebhaft, dass es im arbeitsmedizinischen Alltag nicht immer nur um die

Vorsorge geht. Nicht nur grundsätzlich geht Aligbe daher schon zu Beginn seiner Ausführungen über die Vorsorge „zur Abgrenzung“ auf Eignungsuntersuchungen ein, sondern schlägt an vielen Stellen, wie z. B. bei Einstellungen, dem § 23a des Infektionsschutzgesetzes, dem Befähigungsschein für Schädlingsbekämpfer und der ärztlichen Überwachung nach der Strahlenschutzverordnung immer wieder die Brücke zur Eignung, die er dann in einem eigenen Kapitel zum Ende hin noch einmal grundsätzlich betrachtet. Sieht man genau hin, so nehmen die Untersuchungen außerhalb der ArbMedVV sogar einen breiteren Raum ein als die Darstellung der „Anlässe“. Das macht die Darstellung lebendig und wirklichkeitsnah und bringt schnell die Informationen, die der Ratsuchende im Alltag benötigt.

So begleitet das Handbuch weit über die ArbMedVV hinaus in vielen rechtlichen Fragen. Durch gelegentlichen Blick auf den europarechtlichen Hintergrund und einschlägige Zitate aus den bekannten Kommentaren des Medizin- und Arztrechts gibt das Buch

auch Juristen wertvolle Hinweise. Die Neuauflage berücksichtigt zahlreiche Änderungen und Neuerungen, darunter das Patientenrechtegesetz, die Datenschutzgrundverordnung und die Änderungen der Gesundheitsschutz-Bergverordnung, der Strahlenschutz- und der Arbeitsstättenverordnung. Der Arbeitnehmerüberlassung wurde ein eigenes Kapitel gewidmet. Die mit der ArbMedVV überholte Darstellung der G-Grundsätze ist entfallen.

Fazit: Wie die Arbeitsmedizin ein „Nischenfach“ der Medizin ist, sind auch die zugehörigen Rechtsfragen eine Nische in der allgemeinen Rechtsbetrachtung. Hier schließt die aktuelle Auflage dieses Buches für Arbeitsmediziner, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Sicherheitsingenieure, Berufsgenossenschaften, die Arbeitsschutzbehörden des Bundes und der Länder, Unternehmer und Behördenleiter, Betriebs- und Personalräte, Rechtsanwälte und Richter wieder eine wichtige Lücke in den Rechtskommentaren.

Dr. med. Hanns Wildgans, München

TERMINE

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG IN RHEINLAND-PFALZ

Curriculum Arbeits-/Betriebsmedizin

Teilblock B1: 24.08. – 28.08.2020
31.08. – 01.09.2020

Teilblock B2: 19.10. – 23.10.2020
26.10. – 27.10.2020

Teilblock C1: 11.01. – 15.01.2021
18.01. – 19.01.2021

Teilblock C2: 22.02. – 26.02.2021
01.03. – 02.03.2021

Gebühr: € 1690,- für je zwei Module (z.B. A1+A2)

Ort: Hörsaal der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

Information und Anmeldung:

Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz
Tel.: +49 (6131) 28 43 8 15
Fax: +49 (6131) 28 43 8 10
kroehler@arztkolleg.de

ÄRZTEKAMMER BERLIN, ABTEILUNG FORTBILDUNG/QUALITÄTSSICHERUNG

Weiterbildungskurse

„Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“

Kursteil A1: 07.09. – 16.09.2020

Kursteil A2: 16.09. – 25.09.2020

Kursteil B1: 02.11. – 11.11.2020

Kursteil B2: 11.11. – 20.11.2020

Gebühr: € 550,- (je Kursteile A1, A2, B1, B2 und C1, C2);
€ 1100,- (Kurs A/B/C gesamt)

Strahlenschutz

Grundkurs im Strahlenschutz (Gebühr € 270,-)

25. bis 27. Mai 2020

26. bis 28. Oktober 2020

Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgen-diagnostik (Gebühr € 270,-)

27. bis 29. Mai 2020

28. bis 30. Oktober 2020

Aktualisierungskurs (8 h) zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz für die Röntgendiagnostik nach Röntgenverordnung (Gebühr € 155,-)

21. März und 31. Oktober 2020

Verkehrsmedizin

Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

für fachärztliche Gutachter gemäß dem neuen Curriculum der Bundesärztekammer

27. April 2020

Modul I: Basiswissen Verkehrsmedizin – Patientenaufklärung und Beratung (Teilnehmerentgelt € 100,-)

Modul II: E-Learning Modul – Relevante Regelwerke (Teilnehmerentgelt € 50,-)

28. April 2020

Modul III: Grundlagen der verkehrsmedizinischen Begutachtung (Teilnehmerentgelt € 150,-)

29. und 30. April 2020

Modul IV: Spezielle Erkrankungen und Funktionsstörungen sowie Kompensationsmöglichkeiten (Teilnehmerentgelt € 300,-)

Anmeldung und Information:

Ärztammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, Servicebereich AAG
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Tel.: +49 (30) 4 08 06-12 15
Fax: +49 (30) 4 08 06-55 13 99
fb-aag@aekb.de – www.aerztekammer-berlin.de

SOZIAL- UND ARBEITSMEDIZINISCHE AKADEMIE BADEN-WÜRTTEMBERG e. V.

Weiterbildung Arbeits-/Betriebsmedizin

Kursteil A1: 21.04. – 30.04.2020

Kursteil A2: 05.05. – 14.05.2020

Kursteil C1: 14.09. – 23.09.2020

Kursteil C2: 23.09. – 02.10.2020

Ort: Ulm (Kurs B + C), Stuttgart (Kurs A)

Repetitorium (Prüfungsvorbereitung Arbeitsmedizin)

Termin 1: 7. bis 9. Juli 2020

Ort: Leonardo Royal Hotel, Ulm

Termin 2: 7. bis 9. September 2020

Ort: Hamburg, Fortbildungsakademie der Ärztekammer

Termin 3: 7. bis 9. Oktober 2020

Ort: Intercity Hotel, Mainz

Arbeitsmedizinische Fortbildungen

Thema: Strahlenschutz

(staatlich anerkannte Aktualisierung der Fachkunde StrlSchV/RöV für ermächtigte Ärzte – arbeitsmedizinische Vorsorge)

Termin: 14. Juli 2020

Ort: Leonardo Royal Hotel, Ulm

Gebühr: € 230,- (mit Prüfung, zur Aktualisierung der Fachkunde
€ 190,- (ohne Prüfung))

Thema: G-35-Kurs – Fortbildungsseminar zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Termin: 17. und 18. Juli 2020

Ort: Heidelberg (Nähe Hauptbahnhof)

Gebühr: € 345,-

Anmeldung für alle Kurse:

Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V., Oberer Eselsberg 45, 89081 Ulm
Tel.: +49 (731) 54044
Fax: +49 (731) 552642
ulm@samanet.de – www.sama.de

LINZER AKADEMIE FÜR ARBEITSMEDIZIN IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM AMD

Ausbildungslehrgang:

Fachkraft für Arbeits- und Betriebsmedizin

Block 1: 11. und 12.03.2020

Block 2: 15. und 16.04.2020

Block 3: 13. und 14.05.2020

Block 4: 17. und 18.06.2020

Block 5: 16. und 17.09.2020

Block 6: 08. und 09.10.2020

Block 7: 12. und 13.11.2020

Block 8: 10. und 11.12.2020

Gebühren: € 3500,- (inkl. 10 % MwSt.)

Ort: Linz

Organisation und Anmeldung:

PROGES Akademie, Klaudia Honauer, MAS, MBA
Tel.: +43 (5) 7720-117
klaudia.honauer@proges.at – akademie@proges.at

AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE FORTBILDUNG, ÄRZTEKAMMER WESTFALEN-LIPPE, KASSEN-ÄRZTLICHE VEREINIGUNG WESTFALEN-LIPPE

Fortbildungskurse

„Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ 2020/2021

Block A/Modul I: 17.08. – 26.08.2020

Block A/Modul II: 14.09. – 23.09.2020

Block B/Modul I: 02.11. – 11.11.2020

Block B/Modul II: 16.11. – 25.11.2020

Block C/Modul I: 11.01. – 20.01.2021

Block C/Modul II: 01.02. – 10.02.2021

Gebühr: € 850,- (Mitglieder der Akademie)
€ 950,- (Nichtmitglieder)
€ 750,- (Arbeitslos/Elternzeit)

Ort: Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IPA), 44789 Bochum

Information und schriftliche Anmeldung:

Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL
Gartenstr. 210–214, 48147 Münster,
Tel.: +49 (251) 929-22 02
Fax: +49 (251) 929-27 22 02
anja.huster@aekwl.de

BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITS-, SOZIAL- UND UMWELTMEDIZIN

B-Kurs: 29.06. – 17.07.2020

C-Kurs: 09.11. – 27.11.2020

Ort: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Gebühr: € 1025,- je Kurs (3 Wochen),
€ 525,- je Kursteil (1,5 Wochen)

Anmeldung und Information:

Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Pfarrstraße 3, 80538 München
Tel.: +49 (91 31) 6808-4209
Fax: +49 (91 31) 6808-4338
brigitte.smejkal@igl.bayern.de



Würdesäule.

Bildung ermöglicht Menschen,
sich selbst zu helfen und aufrechter
durchs Leben zu gehen.

brot-fuer-die-welt.de/bildung

IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00



Würde für den Menschen.

Mitglied der **actalliance**

IHR KONTAKT ZUM ANZEIGENVERKAUF

Herr Axel Hollenbach, Tel.: 0711/63672-827

E-Mail: hollenbach@gentner.de

ANZEIGENSCHLUSSTERMINE

Heft 04	17.03.2020
Heft 05	17.04.2020
Heft 06	15.05.2020

Ausschreibung zum Teilnahmewettbewerb „Betriebsärzte und arbeitsmedizinische Assistenz“.

Der Rundfunk Berlin-Brandenburg (rbb) ist die gemeinsame öffentlich-rechtliche Landesrundfunkanstalt für Berlin und Brandenburg. An den Standorten Berlin und Potsdam-Babelsberg produziert er den Großteil seines multimedialen Angebots in Radio, Fernsehen und Online. Die Regionalstudios in Cottbus und Frankfurt (Oder) sowie die Regionalbüros in Perleberg und Prenzlau liefern aktuelle Berichte und Hintergrund aus ihrer Umgebung. Dem rbb zugeordnete Gemeinschaftseinrichtungen sind das ARD Play-Out-Center, der ARD Text und – mit dem WDR - das ARD-Hauptstadtstudio.

Ausschreibungsinhalt

„Betriebsärzte und arbeitsmedizinische Assistenz“.
In der Leistungsbeschreibung erfolgt die detaillierte Beschreibung des Leistungsgegenstandes (Qualifikation, geforderte Betreuungsleistung, Umfang der arbeitsmedizinischen Betreuung). Vertragsbeginn ist der 01.07.2020. Die Laufzeit des Vertrages beträgt 4 Jahre, mit der Option des rbb auf Verlängerung um weitere 2 Jahre.

Vergabeverfahren und Vergabeart

Das Ausschreibungsverfahren wird im Rahmen eines europaweiten Vergabeverfahrens als Verhandlungsverfahren mit vorherigem Teilnahmewettbewerb gemäß § 14 Absatz 3 VgV durchgeführt. Der Teilnahmewettbewerb fordert von den Bewerbern Angaben zur fachlichen Qualifikation und zur Berufserfahrung. Die geforderten Angaben für den Teilnahmewettbewerb sind bis auf die Eigenerklärung vom Bieter formlos einzureichen. Ein Angebot ist zu diesem Zeitpunkt nicht zu erstellen.

Kontaktadresse Vergabestelle / Fragen zum Verfahren

Rundfunk Berlin-Brandenburg,
Frau Richter
Fax: +49 331/97 99 3 - 43519
E-Mail: einkauf@rbb-online.de
Mündliche Anfragen werden nicht beantwortet.

Über eingehende Bieterfragen und die entsprechenden Antworten werden alle Bieter über die Vergabeplattform des Deutschen Vergabeportals informiert.

Zusätzlich finden Sie die Bieterfragen und Antworten auf unserer Internetseite unter:

<http://www.rbb-online.de/unternehmen/service/einkauf/index.html>

Anforderung der Unterlagen:

Die Teilnahme- und Vergabeunterlagen stehen für einen uneingeschränkten und vollständigen direkten Zugang gebührenfrei auf der Vergabeplattform des Deutschen Vergabeportals zur Verfügung. Der entsprechende Link ist der Bekanntmachung zu entnehmen.

Einreichung der Teilnahmeanträge

Die Teilnahmeanträge müssen bis zum 17.03.2020, 12:00 Uhr elektronisch über die Vergabeplattform eingereicht werden.

Einzureichen sind mit dem Anschreiben zum Teilnahmeantrag folgende Dokumente:

- Qualifikationsnachweise gemäß Vergabeunterlagen/Leistungsbeschreibung/Leistungsgegenstand, dort Abschnitt Qualifikation (Fachkundenachweis, Nachweis Berufserfahrung ...)
 - Eigenerklärung (gemäß rbb Formular oder Einheitliche Europäische Eigenerklärung (EEE) nach § 50 VgV oder PQ-Nachweis)
 - Mindestens eine Referenz mit Kontaktadresse des Referenzgebers
 - Ggf. Nachunternehmer- / Bietergemeinschaftserklärungen
- Von einer eventuellen Einreichung zusätzlicher bzw. weiterer Dokumente bitten wir abzusehen. Nur vollständige Teilnahmeanträge können gewertet werden.



Hilfe für Kinder in Not

Kinder der Straße



terre des hommes kümmert sich in Afrika, Asien und Lateinamerika um Kinder, die auf der Straße leben. Sie erfahren Geborgenheit, werden gesundheitlich versorgt und erhalten eine Ausbildung.

Bitte helfen auch Sie – mit Ihrer Spende!

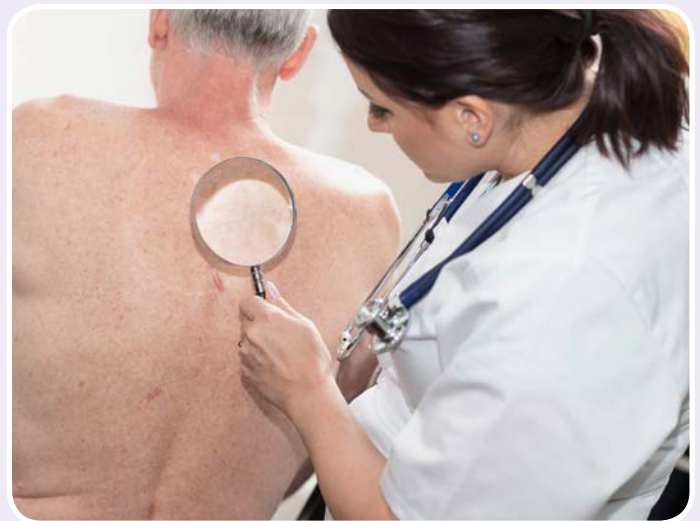
www.tdh.de/strassenkinder

VORSCHAU

ASU-Magazin 04/2020

Schwerpunkt: Haut
mit u. a. folgenden Themen:

- Hautgefährdung am Arbeitsplatz durch irritative Noxen
- Sekundäre Individualprävention
- Hautkrebs durch UV-Strahlung – Zahlen zur Berufskrankheit
- Hautschutzpräparate



RÜCKSCHAU

ASU-Newsletter

- KW 04/2020:** Meiden Frauen Homeoffice? – KI hilft bei der Prävention – Burnout geht auf's Herz
- KW 05/2020:** Aktuelles zum Coronavirus – Jetzt impfen gegen Influenza – Gesundere Ernährung per Gesetz
- KW 06/2020:** Update zum Coronavirus – Psychische Belastungen – Neues zum Diesel
- KW 07/2020:** Corona-Pandemie möglich – Macht Fernpendeln krank? – LED und Augen



Tipp:



Neugierig auf die nächsten Newsletter-Inhalte?

Werden Sie ASU Newsletter-Abonnent: www.asu-arbeitsmedizin.com/Newsletter



Im Newsletter-Archiv alle bisherigen Themen lesen:

www.asu-arbeitsmedizin.com/Archiv/Newsletter-Archiv

Für Autoren

Ausführliche Autorenhinweise: erhältlich unter www.asu-arbeitsmedizin.com/Autorenhinweise



Manuskripteinreichung:

- Praxisbeiträge an manuskript@asu-arbeitsmedizin.com
- Wissenschaftliche Beiträge an wissenschaft@asu-arbeitsmedizin.com

Impressum

So erreichen Sie direkt unseren Leserservice

Postfach 9161
97091 Würzburg
Telefon: +49 (0) 711 / 6 36 72-401
Telefax: +49 (0) 711 / 6 36 72-414
E-Mail: service@asu-arbeitsmedizin.com

Chefredaktion & Ressortleitung Wissenschaft

Prof. Dr. med. Simone Schmitz-Spanke (V.i.S.d.P.)
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,
Erlangen

Redaktion

Dr. med. Andreas Bahemann, Nürnberg
Prof. Dr. med. Thomas Brüning,
Ruhr-Universität Bochum, Bochum
Prof. Dr. med. Hans Drexler, Friedrich-Alexander-
Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen
Reinhard Holtstraeter, Rechtsanwalt, Kanzlei für
Gesundheit und Teilhabe, Hamburg
Dr. med. Jutta Kindel, Fachärztin für Arbeitsmedizin
und Innere Medizin in eigener Praxis, Hamburg
Prof. Dr. med. Thomas Kraus, RWTH Aachen
University, Aachen
Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel,
Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz
Prof. Dr. med. Michael Linden, Charité
Universitätsmedizin Berlin, Berlin
Dr. phil. Thomas Nessler, Deutsche Gesellschaft für
Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., München
Prof. Dr. med. Albert Nienhaus, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf, Hamburg
Dr. med. Wolfgang Panter, Verband Deutscher
Betriebs- und Werksärzte e.V., Karlsruhe
Prof. Dr. -Ing. Martin Schmauder,
Technische Universität Dresden, Dresden
Dr. med. Ute Teichert, MPH, Akademie für ÖGD,
Düsseldorf
Dr. med. Stefan Webendoerfer, BASF SE, Ludwigshafen
Dr. med. Hanns Wildgans, ias AG, München

Wissenschaftlicher Beirat

O. Blome, Köln – Prof. Dr. med. H. K. Geiss, Bad Neu-
stadt – Prof. Dr. med. B. Greitemann, Bad Rothenfelde –
Prof. Dr. med. B. Griefahn, Dortmund – Prof. Dr. med.
B. Hartmann, Hamburg – Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
G. O. Hofmann, Halle/S. – Prof. Dr. jur. O. E. Krasney,
Kassel – Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. C. Lang, Erlan-
gen – Dr. med. P. Lederer, Erlangen – Prof. Dr. med. G.
Leng, Leverkusen – Dr. med. E. Losch, Frankfurt/M. –
Dr. med. W. P. Madaus, Brieselang – Prof. Dr. med.
Dipl.-Chem. A. W. Rettenmeier, Essen – Prof. Dr. med.
M. A. Rieger, Tübingen – Prof. Dr. med. K. Rohrschnei-
der, Heidelberg – Prof. Dr. med. K. Scheuch, Dresden –
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. W. Schneider, Rostock –
Prof. Dr. med. A. Tannapfel, Bochum – Prof. Dr. med. K.
Ulm, München – Prof. Dr. med. S. Wicker, Frankfurt –
Priv.-Doz. Dr. med. R. Winker, Wien – Prof. Dr. med. R.
Wrbitzky, Hannover

Manuskripteinsendung

Anja Dietrich (ASU-Redaktionsmanagement)
Telefon: +49 (0) 711 / 63 67 28 96
Telefax: +49 (0) 711 / 63 67 27 11
E-Mail: manuskript@asu-arbeitsmedizin.com

Redaktions-Assistenz

Christine Hütt
Telefon: +49 (0) 711 / 63 67 28 68
Telefax: +49 (0) 711 / 63 67 27 11
E-Mail: asu@asu-arbeitsmedizin.com

Anzeigenleitung

Axel Hollenbach
Telefon: +49 (0) 711 / 63 67 28 27
Telefax: +49 (0) 711 / 63 67 27 60
E-Mail: hollenbach@gentner.de

Auftrags-Management

Melanie Schweigler (Leitung)
Telefon: +49 (0) 711 / 63 67 28 62
Telefax: +49 (0) 711 / 63 67 27 60
E-Mail: schweigler@asu-arbeitsmedizin.com

Gesamtleitung Media Sales

Oliver Scheel (verantwortlich)
Telefon: +49 (0) 711 / 63 67 28 37
Telefax: +49 (0) 711 / 63 67 27 60
E-Mail: scheel@asu-arbeitsmedizin.com

Verlag

Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG
Postfach 10 17 42, 70015 Stuttgart
Forststraße 131, 70193 Stuttgart

Regina Schönfeld (Assistenz Medizin)
Telefon: +49 (0) 711 / 63 67 28 52
E-Mail: schoenfeld@asu-arbeitsmedizin.com

Urheberrechte

Die systematische Ordnung der Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit der Annahme eines Beitrages zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor umfassende Nutzungsrechte in inhaltlich unbeschränkter und ausschließlicher Form, insbesondere Rechte zur weiteren Vervielfältigung und Verbreitung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe mechanischer, digitaler oder anderer Verfahren. Kein Teil dieser Zeitschrift darf außerhalb der engen Grenzen urheberrechtlicher Ausnahmeregelungen ohne schriftliche Einwilligung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden.

Bezugspreise

Inlandsabonnement
€ 237,90 jährlich zzgl. € 21,00 Versand (inkl. MwSt.)
Auslandsabonnement
€ 237,90 jährlich zzgl. € 36,00 Versand/Luftpost € 60,00 (mit USt.-Id. inkl. MwSt., ohne USt.-Id. zzgl. MwSt.)
Abonnement für Studenten (gegen Bescheinigung)
€ 119,00 zzgl. Versand (inkl. MwSt.)
Luftpostversand auf Anfrage.
Einzelheft € 39,- zzgl. Versand (inkl. MwSt.)
Bei Neubestellungen gelten die zum Zeitpunkt des Bestelleingangs gültigen Bezugspreise.

Bezugsbedingungen

Bestellungen sind jederzeit direkt beim Leserservice oder bei Buchhandlungen im In- und Ausland möglich. Abonnements verlängern sich um ein Jahr, wenn sie nicht schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Bezugsjahres beim Leserservice gekündigt werden.

Die Abbonnementspreise werden im Voraus in Rechnung gestellt oder bei Teilnahme am Lastschriftverfahren bei den Kreditinstituten abgebucht. Sollte die Zeitschrift aus Gründen nicht geliefert werden können, die nicht vom Verlag zu vertreten sind, besteht kein Anspruch auf Nachlieferung, Ersatz oder Erstattung von im Voraus bezahlten Bezugsgeldern.

Der Gerichtsstand für Vollkaufleute ist Stuttgart, für alle übrigen gilt dieser Gerichtsstand, sofern Ansprüche im Wege des Mahnverfahrens geltend gemacht werden.

Bitte teilen Sie Änderungen von Adressen oder Empfängern sechs Wochen vor Gültigkeit dem Leserservice mit.

Erscheinungsweise: 12 Ausgaben pro Jahr
Anzeigenpreise: Gültig ist Anzeigenpreisliste Nr. 52 vom 01. 01. 2020

Bildquellennachweis: AndreyPopov / Getty Images (Titelbild) und thodonat / Getty Images (S.202)

Layout: GreenTomato GmbH, Stuttgart
Korrektur: Feuchter Verlagsservice, Elmstein
Druck: Druckerei Marquart, 88326 Aulendorf
Die Zeitschrift ist umweltschonend auf chlor- und säurefrei hergestelltem Papier gedruckt.

ISSN 0944-6052

Arbeitsmedizin | Sozialmedizin | Umweltmedizin

ASU

Zeitschrift für medizinische Prävention

Zeitschrift für Praxis, Klinik, Wissenschaft und Begutachtung in den Bereichen Arbeitsmedizin, Betriebsmedizin, Ergonomie, Klinische Umweltmedizin, Präventivmedizin, Sozialmedizin, Rehabilitation, Arbeitsschutz

ASU ist als wissenschaftliche Zeitschrift peer reviewed

ASU ist Organ folgender Fachinstitutionen

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.

Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. – Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner

Vereinigung Schweizerischer Betriebsärzte

Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte e. V.

Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitschutz in der Ärztekammer Berlin

Bayerische Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin München

Sektion Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim

Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung

Sektion Arbeitsmedizin und Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer Dresden

Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V., Ulm

ASUonline

Abstract-Archiv seit 2002

Komplettausgaben der DGAUM-Kongressausgaben seit 2003

Inhaltsverzeichnisse je Ausgabe

Jahresregister seit 2002

Volltextsuche im Archiv

Buchshop Arbeitsmedizinische Fachliteratur

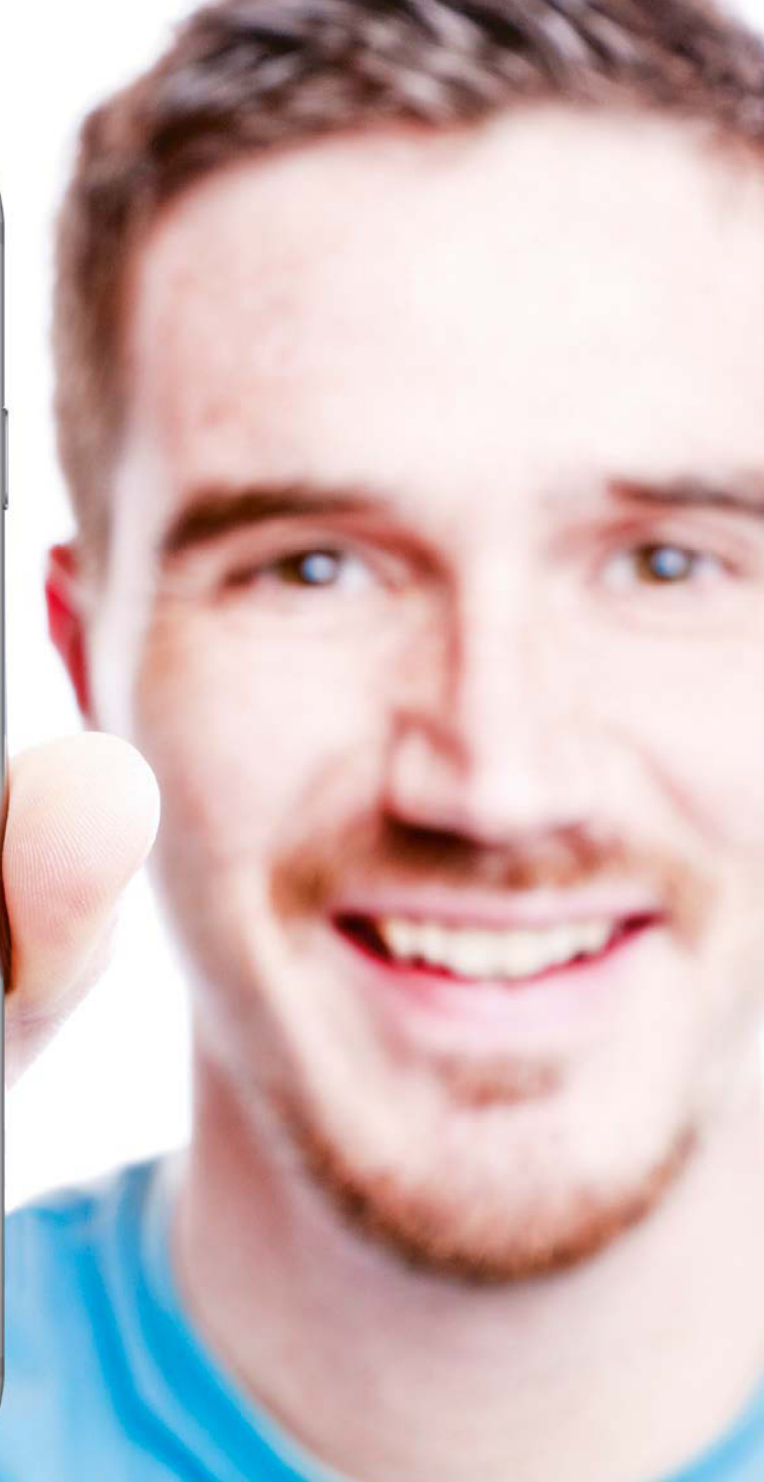
www.asu-arbeitsmedizin.com

Mitglied in:

VDZ Verband Deutscher
Zeitschriftenverleger

**Deutsche
Fachpresse**

FIPP
the network for global media



KOSTENLOSER NEWSLETTER

für alle Akteure in der medizinischen Prävention

- + Branchen-News der Woche
- + Fokus auf Monatsthemen
- + Aus der Wissenschaft für die Praxis
- + Neues von den Verbänden
- + Trendumfragen

Hier geht's zur Anmeldung:

www.asu-arbeitsmedizin.com/newsletter-anmeldung



Gentner Verlag

Einfach.
Aktuell.
Informieren.

Arbeitsmedizin | Sozialmedizin | Umweltmedizin

ASU

Zeitschrift für medizinische Prävention