

Bereich Arbeitsmedizin  
der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

**Die zukunfts- und praxisorientierte Gestaltung der  
betriebsärztlichen Betreuung von Betrieben und  
Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland**

**D i s s e r t a t i o n**

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. rer. medic.

(doctor rerum medicarum)

an der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Falko Kirsch

aus Magdeburg

Magdeburg, November 2015

## **Bibliografische Beschreibung**

Kirsch, Falko:

Zukunfts- und praxisorientierte Gestaltung der betriebsärztlichen Betreuung.

2015. – 137 Bl., 30 Abb., 1 Tab., 2 Anl., 1 Anh.

## **Kurzreferat**

In dieser Arbeit wurde ein neues Konzept zur arbeitsmedizinischen Betreuung von Wirtschaftsbetrieben aufgezeigt und in der Praxis erprobt. Die Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe Mannheim und die AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH der TÜV Rheinland Group Berlin führten hierzu ein gemeinsames Pilotprojekt durch. Ausgehend von einem Mangel an Betriebsärzten und einer zunehmend komplexeren Arbeitswelt richtete sich der Fokus auf die Delegation von ärztlichen Teilleistungen an nichtärztliche Gesundheitsprofessionen. Dabei führte der Betriebsarzt die gesetzliche arbeitsmedizinische Betreuung nicht mehr allein durch, sondern stand einem Präventionsteam vor, welches sich neben der ärztlichen Kompetenz aus Gesundheitswirten (Master, Bachelor), Sportwissenschaftlern (Master, Bachelor), Psychologen und anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zusammensetzte. Gemeinsam übernahm dieses Präventionsteam gemäß ASiG die Beratung und Betreuung einer Stichprobengruppe von 121 Betrieben der Branche Nahrungsmittel und Gastgewerbe. Mit Hilfe strukturierter Interviews bewerteten die Unternehmer die wahrgenommene Leistungsqualität und die Leistungsorganisation sowohl der bisher erfahrenen, traditionellen Betreuung, als auch des neu angewandten Konzeptes. Die Ergebnisse zeigten, dass Leistungsqualität und Leistungsorganisation nach neuem Konzept eine höhere Bewertung erfuhren als bei der bisherigen Betreuung. Die Zugriffsmöglichkeit auf weitere Fachexperten ohne zusätzlichen Organisationsaufwand wurde angenommen und positiv bewertet. Eine befürchtete Substitution des Betriebsarztes trat nicht ein, vielmehr konnte die betriebsärztliche Tätigkeit aufgewertet, erweitert und an den aktuellen Belastungen der Arbeitswelt ausgerichtet werden.

## **Stichwortverzeichnis**

Arbeitsmedizinische Betreuung,  
Arbeitssicherheitsgesetz,  
Betriebliche Gesundheitsförderung,  
Betriebsarzt,  
Betriebsarztmangel,  
Delegation betriebsärztlicher Leistungen,  
DGUV Vorschrift 2,  
Moderne Arbeitsmedizin,  
Nichtärztliche Gesundheitsberufe,  
Präventionsteam

## **Geschlechterklausel**

Die weibliche Form ist der männlichen Form in der folgenden Arbeit gleichgestellt; lediglich aus Gründen der Vereinfachung wurde die männliche Form gewählt.

# Inhaltsverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Bibliografische Beschreibung .....   | I   |
| Kurzreferat .....  | I   |
| Stichwortverzeichnis.....  | II  |
| Geschlechterklausel .....  | II  |
| Abkürzungsverzeichnis.....   | VI  |
| Abbildungsverzeichnis.....   | VII |
| Tabellenverzeichnis.....   | IX  |
| Anlagenverzeichnis .....   | X   |
| Anhangverzeichnis .....  | XI  |
| 1 Einführung .....   | 1   |
| 1.1 Ausgangsfrage .....  | 2   |
| 1.2 Aktueller Stand der betriebsärztlichen Betreuung in Deutschland.....       | 2   |
| 1.2.1 Rechtliche Grundlagen und Aufgaben des Betriebsarztes .....              | 2   |
| 1.2.2 Betriebsärztliche Ressourcen .....                                       | 3   |
| 1.2.3 Demografischer Wandel.....   | 8   |
| 1.2.4 Zunahme von Dynamik und Komplexität im Arbeitsleben.....                 | 10  |
| 1.2.5 Probleme in der betriebsärztlichen Betreuung durch Fachkräftemangel..... | 11  |
| 1.3 Delegation ärztlicher Leistungen.....                                      | 13  |
| 1.3.1 Ärztlich delegierbare Leistungen .....                                   | 14  |
| 1.3.2 Erfahrungen aus der Allgemeinmedizin.....                                | 15  |
| 1.3.3 Erfahrungen anderer europäischer Staaten .....                           | 17  |
| 1.3.4 Verfügbares Fachpersonal für delegierte Leistungen .....                 | 20  |
| 1.3.5 Delegation: Chance und Risiko .....                                      | 22  |
| 1.4 Das Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ als Chance zur Neugestaltung .....    | 25  |
| 1.4.1 Kerngedanke: Betriebsarzt und Präventionsteam .....                      | 26  |
| 1.4.2 Gefährdungsbeurteilung und Jahresarbeitsplan .....                       | 28  |
| 1.4.3 Gesundheitsbericht .....   | 29  |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.4.4 | Präventionsgesetz und Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ .....           | 29 |
| 1.5   | Zielstellung und Forschungsfragen.....                                 | 30 |
| 2     | Material und Methoden .....  | 32 |
| 2.1   | Studiendesign und Methodik .....                                       | 32 |
| 2.2   | Stichprobenauswahl und -zusammensetzung.....                           | 34 |
| 2.3   | Klientelspezifische Anpassung des Betreuungskonzeptes .....            | 35 |
| 2.3.1 | Inhaltliche Gestaltung der Interviewfragebögen .....                   | 36 |
| 2.3.2 | Handlungsfelder für das Präventionsteam .....                          | 37 |
| 2.3.3 | Durchführung der strukturierten Interviews .....                       | 37 |
| 2.3.4 | Auswahl und Darstellung der statistischen Parameter .....              | 38 |
| 2.3.5 | Zusatzinformationen .....  | 39 |
| 3     | Ergebnisse.....  | 40 |
| 3.1   | Nachbetrachtungen zum Design .....                                     | 40 |
| 3.2   | Ergebnisse der Erhebung.....   | 40 |
| 3.2.1 | Interview-Ergebnisse „ex ante“.....                                    | 41 |
| 3.2.2 | Interview-Ergebnisse „ex post“.....                                    | 48 |
| 3.3   | Erkenntnisse aus dem neuen Betreuungskonzept.....                      | 52 |
| 3.3.1 | Leistungsbedarf .....  | 53 |
| 3.3.2 | Delegierte Präventionsmaßnahmen.....                                   | 53 |
| 3.3.3 | Konzeptbewertung durch die Unternehmer.....                            | 55 |
| 3.3.4 | Einfluss der Betriebsgröße auf die Bewertung .....                     | 57 |
| 3.4   | Drop out-Betrachtung .....   | 67 |
| 3.5   | Ergebnisbetrachtung im Hinblick auf die Forschungsfragen .....         | 67 |
| 4     | Diskussion .....   | 70 |
| 4.1   | Reflexion der Ergebnisse .....   | 70 |
| 4.2   | Kompromiss im betriebsärztlichen Fachdisput.....                       | 73 |
| 4.3   | Alternativen zum Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ .....                | 74 |
| 4.4   | Die veränderte Rolle des Betriebsarztes im Wandel der Arbeitswelt..... | 77 |
| 4.5   | Erforderliche Änderungen in Gesetzen und Regelwerken .....             | 78 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 4.6 | Anforderungen an die Studiengänge nichtärztlicher Fachexperten ..... | 79  |
| 4.7 | Chancen und Risiken .....  | 79  |
| 4.8 | Ausblick für die Praxis .....  | 81  |
| 5   | Zusammenfassung .....  | 83  |
|     | Literaturverzeichnis .....   | 84  |
|     | Zitatnachweis .....  | 89  |
|     | Danksagung .....   | 90  |
|     | Erklärung.....   | 91  |
|     | Publikationen.....   | 92  |
|     | Darstellung des Bildungsweges.....                                   | 93  |
|     | Anlagen.....   | 95  |
|     | Anhang.....  | 101 |

## Abkürzungsverzeichnis

|          |  |
|----------|--|
| AMD TÜV  | AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH / TÜV Rheinland Group   |
| ArbMedVV | Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung   |
| ArbSchG  | Arbeitsschutzgesetz  |
| ASD*BGN  | Arbeitsmedizinischer und Sicherheitstechnischer Dienst der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe |
| ASiG     | Arbeitssicherheitsgesetz   |
| BÄK      | Bundesärztekammer  |
| BAuA     | Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin   |
| BGN      | Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe  |
| BsAfB    | Bundesverband selbständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e.V.                                |
| ca.      | circa  |
| CDU      | Christlich Demokratische Union   |
| DGUV     | Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  |
| DGUV V 2 | Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Vorschrift 2  |
| d. h.    | das heißt  |
| GDA      | Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie   |
| GKV      | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| KBV      | Kassenärztliche Bundesvereinigung  |
| KMU      | kleine und mittlere Unternehmen  |
| Mio.     | Millionen  |
| MTA      | Medizinisch Technischer Assistent  |
| o. g.    | oben genannt   |
| OHN      | Occupational Health Nurse  |
| OMS      | Occupational Medicine Service  |
| rd.      | rund   |
| Std.     | Stunden  |
| u. a.    | unter anderem  |
| u. a. m. | und anderes mehr   |
| VDBW     | Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.  |
| vgl.     | vergleiche   |
| vs.      | versus   |
| z. B.    | zum Beispiel   |

## Abbildungsverzeichnis

|               |   |    |
|---------------|---|----|
| Abbildung 1:  | Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde – Zeitliche Entwicklung (Quelle: Bundesärztekammer 2014) .....               | 4  |
| Abbildung 2:  | Ärzte 60 Jahre und älter – Zeitliche Entwicklung (Quelle: Bundesärztekammer 2015) .....                               | 5  |
| Abbildung 3:  | Ärzte jünger als 40 Jahre – Zeitliche Entwicklung (Quelle: Bundesärztekammer 2015) .....                              | 6  |
| Abbildung 4:  | Chancen der Delegation ärztlicher Leistungen (Quelle: Deutsches Ärzteblatt, 111, (19): 706, eigene Darstellung) ..... | 23 |
| Abbildung 5:  | Risiken der Delegation ärztlicher Leistungen (Quelle: Deutsches Ärzteblatt, 111, (19): 707, eigene Darstellung) ..... | 24 |
| Abbildung 6:  | Konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen aus der bisherigen Betreuung .....                                       | 42 |
| Abbildung 7:  | Problemlösung und Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsqualität (Mittelwerte) .....                              | 43 |
| Abbildung 8:  | Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsorganisation (Mittelwerte) .....  | 44 |
| Abbildung 9:  | Verteilung der Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsorganisation .....   | 44 |
| Abbildung 10: | Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsorganisation und Bedeutung der einzelnen Aspekte (Mittelwerte) .....        | 45 |
| Abbildung 11: | Bedeutung/Wichtigkeit der zukünftigen Leistungen (Mittelwerte) .....  | 46 |
| Abbildung 12: | Erwartungen der Unternehmer an das neue Betreuungskonzept und Bedeutung der einzelnen Aspekte (Mittelwerte) .....     | 47 |
| Abbildung 13: | Genutzte arbeitsmedizinische Leistungsinhalte nach neuem Konzept .....  | 49 |
| Abbildung 14: | Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung nach neuem Betreuungskonzept (Mittelwerte) .....                            | 50 |
| Abbildung 15: | Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation nach neuem Betreuungskonzept (Mittelwerte) .....                          | 50 |
| Abbildung 16: | Verteilung der Zufriedenheit mit der neuen Leistungsorganisation .....  | 51 |
| Abbildung 17: | Zufriedenheit und Bedeutung der Betreuung nach neuem Konzept (Mittelwerte) .....                                      | 52 |
| Abbildung 18: | Vergleich der Zufriedenheit mit Leistungsqualität .....   | 55 |
| Abbildung 19: | Vergleich der Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation .....   | 56 |
| Abbildung 20: | Vergleich der Globalzufriedenheit .....   | 56 |
| Abbildung 21: | Konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen in Betrieben bis 10 Beschäftigte .....                                   | 58 |

|               |  |    |
|---------------|--|----|
| Abbildung 22: | Konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen in Betrieben mit 11 bis 50 Beschäftigten .....                                    | 58 |
| Abbildung 23: | Konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen in Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten .....                                  | 59 |
| Abbildung 24: | Problemlösung und Zufriedenheit mit der Leistungsqualität der bisherigen Betreuungsform nach Betriebsgröße (Mittelwerte) ..... | 60 |
| Abbildung 25: | Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation der bisherigen Betreuungsform nach Betriebsgröße (Mittelwerte) .....               | 61 |
| Abbildung 26: | Genutzte arbeitsmedizinische Leistungsinhalte nach neuem Konzept.....  | 62 |
| Abbildung 27: | Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung des neuen Konzeptes nach Betriebsgröße (Mittelwerte) .....                           | 64 |
| Abbildung 28: | Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation des neuen Konzeptes nach Betriebsgröße (Mittelwerte) .....                         | 65 |
| Abbildung 29: | Vergleich der Zufriedenheit mit der Leistungsqualität in der bisherigen Betreuung und nach neuem Betreuungskonzept.....        | 66 |
| Abbildung 30: | Vergleich der Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation in der bisherigen Betreuung und nach neuem Betreuungskonzept.....    | 66 |

## Tabellenverzeichnis

|            |   |
|------------|---|
| Tabelle 1: | Bei der Bundesärztekammer gemeldete Ärztinnen und Ärzte mit arbeits-<br>medizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 und 4 DGUV V 2 nach<br>Altersgruppen; Stand: 31.12.2014 (Quelle: Bundesärztekammer 2015) ..... 4 |
|------------|---|

## Anlagenverzeichnis

|           |                         |    |
|-----------|-------------------------|----|
| Anlage 1: | Fragebogen ex ante..... | 95 |
| Anlage 2: | Fragebogen ex post..... | 98 |

## Anhangverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Abb. 7 / A Problemlösung und Zufriedenheit mit der Leistungsqualität (bisherige<br>Betreuungsform) .....  | 101 |
| Abb. 8 / A Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation (bisherige Betreuungsform) .....   | 102 |
| Abb. 10 / A Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsorganisation und Bedeutung der<br>einzelnen Aspekte (bisherige Betreuungsform) .....      | 103 |
| Abb. 11 / A Bedeutung/Wichtigkeit der zukünftigen Leistungen .....  | 104 |
| Abb. 12 / A Erwartungen an das neue Betreuungskonzept und Bedeutung der einzelnen<br>Aspekte.....   | 105 |
| Abb. 14 / A Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung (neue Betreuungsform).....  | 106 |
| Abb. 15 / A Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation (neue Betreuungsform).....  | 107 |
| Abb. 18 / A Vergleich der Zufriedenheit hinsichtlich der Leistungsqualität .....  | 109 |
| Abb. 19 / A Vergleich der Zufriedenheit hinsichtlich der Leistungsorganisation .....  | 110 |
| Abb. 24 / A Problemlösung und Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsqualität<br>(bisherige Betreuungsform).....                    | 112 |
| Abb. 25 / A Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsorganisation (bisherige<br>Betreuungsform) .....                                 | 113 |
| Abb. 27 / A 1 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbrachten Leistung<br>„Einführungsworkshop“ (neue Betreuungsform) .....                | 114 |
| Abb. 27 / A 2 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbachten Leistung<br>„betriebsärztliche Standardbetreuung“ (neue Betreuungsform) ..... | 114 |
| Abb. 27 / A 3 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbrachten Leistung „Tipps zur<br>GBU“ (neue Betreuungsform) .....                      | 115 |
| Abb. 27 / A 4 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbachten Leistung „Tipps/Übungen<br>Rückengesundheit“ (neue Betreuungsform).....       | 115 |
| Abb. 27 / A 5 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbrachten Leistung „Hautschutz“<br>(neue Betreuungsform) .....                         | 116 |
| Abb. 27 / A 6 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbachten Leistung<br>„Ausgleichsbewegung/Sport“ (neue Betreuungsform) .....            | 116 |
| Abb. 27 / A 7 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbrachten Leistung „Beratung<br>Reinigung/Desinfektion“ (neue Betreuungsform).....     | 117 |

|   |     |
|---|-----|
| Abb. 27 / A 8 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbrachten Leistung „Beratung<br>Reinigung/Desinfektion“ (neue Betreuungsform).....             | 117 |
| Abb. 27 / A 9 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbrachten Leistung „Prävention<br>Verbrühung/Erfrischung“ (neue Betreuungsform) .....          | 118 |
| Abb. 27 / A 10 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der erbrachten Leistung<br>„Verhaltenstipps für kritische Situationen“ (neue Betreuungsform) ..... | 119 |
| Abb. 28 / A 1 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsorganisation „zeitlich<br>angemessener Umfang“ (neue Betreuungsform) .....             | 120 |
| Abb. 28 / A 2 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsorganisation<br>„bedarfsgerechte Beratung“ (neue Betreuungsform) .....                 | 120 |
| Abb. 28 / A 3 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsorganisation<br>„Themenauswahl“ (neue Betreuungsform) .....                            | 121 |
| Abb. 28 / A 4 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsorganisation<br>„Verständlichkeit der Inhalte“ (neue Betreuungsform) .....             | 121 |
| Abb. 28 / A 5 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsorganisation „Nutzbarkeit<br>der Inhalte“ (neue Betreuungsform) .....                  | 122 |
| Abb. 28 / A 6 Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsorganisation<br>„Erreichbarkeit des Experten“ (neue Betreuungsform) .....              | 122 |
| Abb. 29 / A Vergleich der Zufriedenheit nach Betriebsgrößen hinsichtlich der<br>Leistungsqualität .....   | 123 |

## 1 Einführung

Die Statistiken der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2015) zeigen, dass mehr Ärzte der Fachrichtung Arbeitsmedizin altersbedingt Jahr für Jahr ausscheiden als neu in das Berufsleben eintreten. Dieser Trend wird von den beteiligten Akteuren der betriebsärztlichen Betreuung (Betriebsärzte, Unternehmer, Berufsgenossenschaften, Lokalpolitik) unmittelbar wahrgenommen. So wandte sich u. a. die Landesfachkommission Gesundheitspolitik des Wirtschaftsrates der CDU Sachsen im April 2013 in einem Positionspapier an die arbeitsmedizinischen Institute deutscher Universitäten, um Denkanstöße zur Verbesserung der aktuellen Situation in der Arbeitsmedizin zu geben (vgl. Wirtschaftsrat der CDU e.V., Landesverband Sachsen 2013). Ebenso erhalten die Berufsgenossenschaften von ihren Mitgliedsbetrieben Signale, dass es schwieriger geworden sei, die gesetzlich vorgeschriebene betriebsärztliche Versorgung nach Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) und DGUV Vorschrift 2 umzusetzen. Somit bestand und besteht dringender Handlungsbedarf.

Denkbare Lösungsansätze für personelle Engpässe könnten in der Absenkung der vorgegebenen Standards oder in neuen Konzeptideen zur Gestaltung einer zeit- und ressourcengerechten betriebsärztlichen Betreuung liegen. Eine Absenkung der bisherigen Standards birgt allerdings die Gefahr erheblicher qualitativer Einbußen oder einer gänzlichen Vernachlässigung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, was politisch nicht gewollt sein kann. Daher stellt eine Verringerung der Standards keine ernsthafte Lösung dar und sollte nicht in Betracht gezogen werden.

Um die bisherigen, hohen qualitativen Standard der betriebsärztlichen Versorgung in Deutschland aufrecht zu erhalten, sind also Überlegungen erforderlich, wie einerseits verstärkt betriebsärztlicher Nachwuchs gewonnen werden kann, andererseits aber auch, welche alternativen Möglichkeiten es gibt, um Themen wie Betriebliche Gesundheit und Gesundheitsprävention im Arbeitsleben zu sichern und weiter zu entwickeln.

Die vorliegende Arbeit begründet ein neu entwickeltes Konzept zur alternativen Gestaltung der betriebsärztlichen Betreuung in Unternehmen aller Art und analysiert seine Erprobung. Ein gemeinsames Pilotprojekt der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) und der AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH des TÜV Rheinland wandte dieses Konzept in Sachsen-Anhalt in der Praxis an und holte eine Bewertung durch die beteiligten Unternehmen ein. Die Ergebnisse und Erfahrungen werden sowohl in der BGN als auch bei der DGUV ausgewertet und können in die Überlegungen der

Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zur 2016 anstehenden Novellierung der DGUV Vorschrift 2 einfließen. Die Vorschrift 2 bestimmt die Maßnahmen, die der Unternehmer zur Erfüllung seiner Pflichten aus dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) hinsichtlich der betriebsärztlichen und arbeitssicherheitstechnischen Betreuung seiner Beschäftigten umzusetzen hat.

## **1.1 Ausgangsfrage**

Grundlage für die Erarbeitung des Konzeptes ist die Fragestellung: Wie kann die betriebsärztliche Betreuung im Rahmen der Knappheit betriebsärztlicher Ressourcen, des allgemeinen Wandels in der Arbeitswelt und insbesondere im Rahmen des demografischen Wandels und der damit verbundenen Herausforderungen hinsichtlich Personal, Markt und Wettbewerb und der resultierenden betrieblichen Bedürfnisse zukunfts- und praxisorientiert gestaltet werden?

Folgende Anforderungen seitens der Arbeitsmedizin, der Unternehmen und der Politik sollen dabei beachtet werden:

- 1) Die betriebsärztliche Betreuung erfährt mit dem neuen Konzept eine Aufwertung in Inhalt und Qualität, mindestens jedoch bleibt die Betreuungsqualität im Vergleich zur bisherigen Verfahrensweise gleich.
- 2) Den Veränderungen des Arbeitsprozesses hinsichtlich Komplexität, Dynamik und Flexibilität wird Rechnung getragen.
- 3) Die Sensibilisierung zum Thema Gesundheit im Arbeitsleben wird vergrößert.
- 4) Die knappen betriebsärztlichen Ressourcen werden optimal genutzt.

## **1.2 Aktueller Stand der betriebsärztlichen Betreuung in Deutschland**

### **1.2.1 Rechtliche Grundlagen und Aufgaben des Betriebsarztes**

Die betriebsärztliche Betreuung in Deutschland gründet sich auf gesetzliche Vorgaben und Bestimmungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Ausschlaggebend sind in erster Linie folgende Rechtsnormen:

- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) vom 7.8.1996  
(zuletzt geändert durch Art. 8 G v. 19.10.2013)

- Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) vom 12.12.1973  
(zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 5 G v. 20.04.2013)
- DGUV Vorschrift 2 vom 15.12.2009  
(in der Fassung vom 1.1.2012)
- Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) vom 18.12.2008  
(zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 23.10.2013)

Die DGUV Vorschrift 2 wird im Weiteren in der Fassung vom 1.1.2012 der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) genutzt, da die am Pilotprojekt teilnehmenden Unternehmen ausschließlich dieser Berufsgenossenschaft angehören.

Die Voraussetzungen für eine betriebsärztliche Tätigkeit regeln die §§ 3 und 6 der DGUV Vorschrift 2. Danach ist die arbeitsmedizinische Fachkunde gegeben, bei Ärzten, die berechtigt sind,

- 1) die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder
- 2) die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

zu führen. Übergangsbestimmungen für die betriebsärztliche Fachkunde (sogenannte Kleine Fachkunde) regelt § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2, die jedoch zunehmend an Relevanz verlieren (vgl. Tabelle 1).

Die Aufgaben des Betriebsarztes im Rahmen der betriebsärztlichen Betreuung werden durch § 3 ASiG beschrieben. Sie dienen der Stärkung von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

Hinzu kommen die Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Betrieblichen Wiedereingliederung nach langer Krankheit. Ebenso muss der Betriebsarzt Wechselwirkungen zwischen Arbeits- und Privatleben der Beschäftigten in den Unternehmen berücksichtigen, da diese ein enges Wirkungsgeflecht bilden.

### **1.2.2 Betriebsärztliche Ressourcen**

Die Bundesärztekammer gibt jährlich statistische Erhebungen zu den dort gemeldeten Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde (Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ und Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“) bekannt. Die abnehmende

Tendenz der betriebsärztlichen Ressourcen insbesondere durch Überalterung der Betriebsärzteschaft ist offensichtlich (Tabelle 1 und Abbildung 1).

Tabelle 1: Bei der Bundesärztekammer gemeldete Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 und 6 DGUV V 2 nach Altersgruppen; Stand: 31.12.2014 (Quelle: Bundesärztekammer 2015)

| Bei der BÄK gemeldete Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 und 6 DGUV V 2 nach Altersgruppen (Stand: 31.12.2014) |        |  |   |                     |
|---|--------|--|---|---------------------|
|   | Gesamt | davon                                  |   |                     |
|   |        | Gebietsbezeichnung<br>"Arbeitsmedizin" | Zusatz-Weiterbildung<br>"Betriebsmedizin" | Kleine<br>Fachkunde |
| unter 35 Jahre  | 39     | 36                                     | 3   | 0                   |
| 35 bis 39 Jahre   | 248    | 224                                    | 24  | 0                   |
| 40 bis 44 Jahre   | 534    | 427                                    | 107                                       | 0                   |
| 45 bis 49 Jahre   | 1.113  | 756                                    | 356                                       | 1                   |
| 50 bis 54 Jahre   | 1.519  | 902                                    | 616                                       | 1                   |
| 55 bis 59 Jahre   | 1.642  | 824                                    | 807                                       | 11                  |
| 60 bis 64 Jahre   | 1.769  | 753                                    | 954                                       | 62                  |
| 65 Jahre und älter  | 5.625  | 1.923                                  | 3.054                                     | 648                 |
| Summe   | 12.489 | 5.845                                  | 5.921                                     | 723                 |

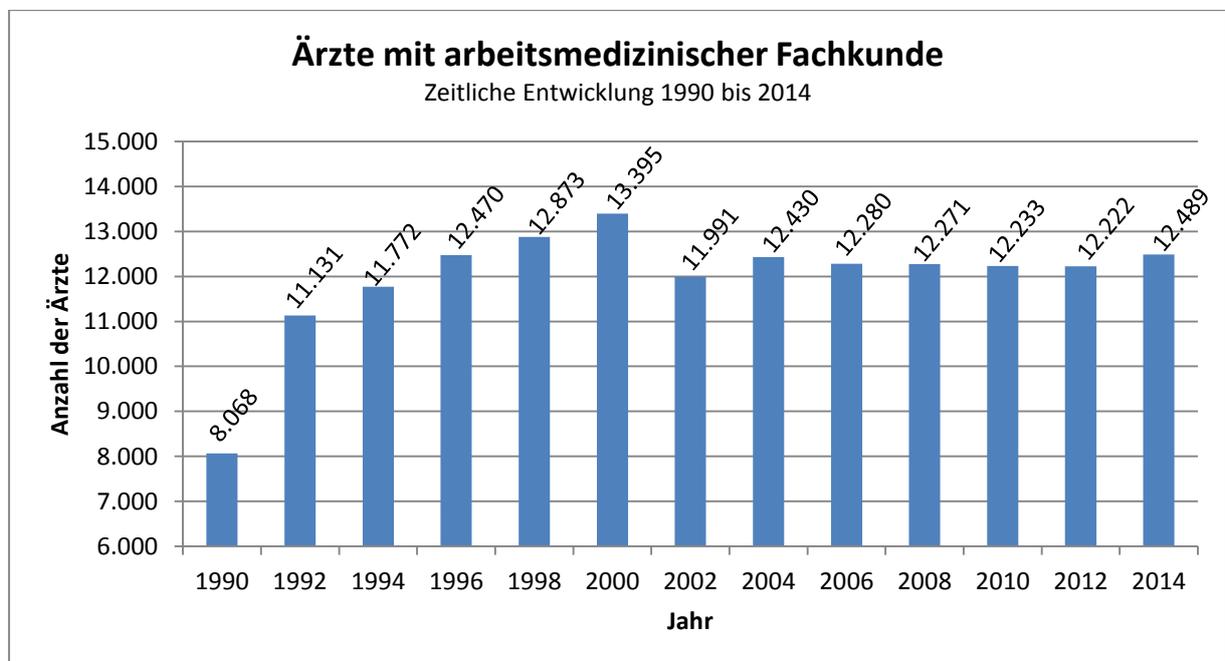


Abbildung 1: Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde – Zeitliche Entwicklung (Quelle: Bundesärztekammer 2014)

Eine Gegenüberstellung der Zahlen zu Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde der Jahre 1990 bis 2014 (Abbildung 1) weist in den ersten Jahren ein Wachstum aus, das insbesondere auf den Markteintritt der ostdeutschen Betriebsärzte nach der deutschen Wiedervereinigung zurückzuführen ist. Ab dem Jahr 2004 stellt sich eine gewisse Konstanz der absoluten Ärztezahl um den Wert 12.000 ein. Ein Einschnitt im Jahr 2002 ist lt. Bundesärztekammer auf EDV-Umstellungen der Landesärztekammern und auf Neuausrichtungen der Erhebungsgrundlagen zurückzuführen, Doppel- und Mehrfachnennungen wurden bereinigt. Lediglich die höchste Qualifikationsstufe in der Arbeitsmedizin findet Berücksichtigung (Bundesärztekammer 2014). Die vorliegenden Zahlen und die praktischen Erfahrungen lassen jedoch ebenso auf ein wachsendes Interesse in der älteren Ärzteschaft schließen, die betriebsärztliche Tätigkeit nach Erreichen des Rentenalters über einen gewissen Zeitraum weiter zu führen. Dennoch besteht ein Nachwuchsproblem (Abbildung 2 und Abbildung 3).

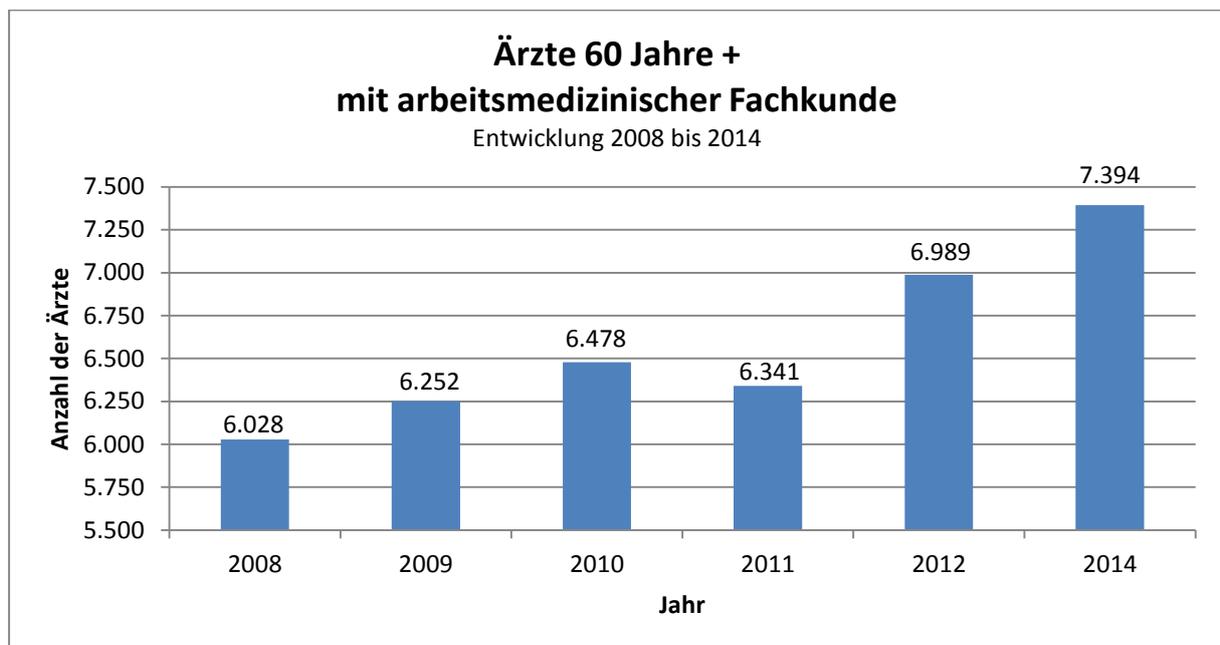


Abbildung 2: Ärzte 60 Jahre und älter – Zeitliche Entwicklung (Quelle: Bundesärztekammer 2015)

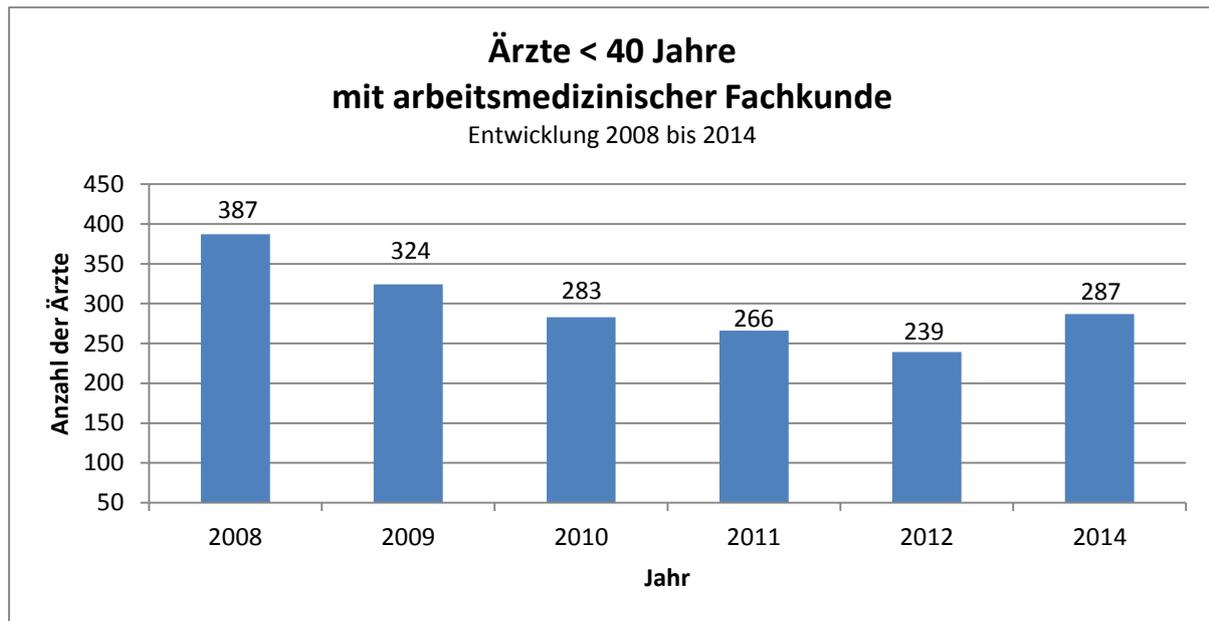


Abbildung 3: Ärzte jünger als 40 Jahre – Zeitliche Entwicklung (Quelle: Bundesärztekammer 2015)

Während die Anzahl der Ärzte unter 40 Jahre mit arbeitsmedizinischer Fachkunde seit 2008 kontinuierlich sank und erst in den Jahren 2013 und 2014 wieder leicht anstieg, wächst die Zahl der sechzigjährigen und älteren Ärzte. Inwiefern der Anstieg 2013/2014 bei jüngeren Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde eine Trendwende kennzeichnet, bleibt abzuwarten.

Barth, Glomm und Wienhold stellten einen ansteigenden Bedarf an betriebsärztlichen Ressourcen fest, sahen dies aber vor allem im Zusammenhang mit der sich damals durchsetzenden Betreuungspflicht für Kleinbetriebe (Barth et al. 2000).

Um die aktuellen und künftig in Deutschland erforderlichen betriebsärztlichen Ressourcen einschätzen und bewerten zu können, beauftragte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) die Gesellschaft für Systemforschung und Konzeptentwicklung mbH mit einem Forschungsprojekt zum Thema: „Darstellung des gegenwärtigen arbeitsmedizinischen Betreuungsbedarfs in Deutschland sowie Abgabe einer Prognose zur Entwicklung des zukünftigen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde“. Erste Auszüge aus dem Forschungsbericht „F 2326“ der BAuA wurden vorab auf einem Expertenworkshop in Berlin am 17.10.2013 vorgestellt. Der vollständige Forschungsbericht liegt seit Februar 2014 vor.

Die Autorengruppe um Barth errechnete den Betreuungsbedarf und die verfügbaren betriebsärztlichen Ressourcen für das Jahr 2011 und prognostiziert die Entwicklung des

Bedarfs bis zum Jahr 2021 (Barth et al. 2014). Hierfür wurden erstmals umfassende Fakten zusammengetragen:

- Zeitvolumen für die betriebsärztliche Betreuung nach ASiG (Grundbetreuung),
- Zeitvolumen für die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorge gemäß der novellierten Fassung der ArbMedVV,
- Zeitvolumen für weitere betriebsärztliche Leistungen und
- Wegezeiten.

Zwar existieren belastbare Daten weder für den tatsächlichen Betreuungsbedarf in den Unternehmen noch für die tatsächliche betriebsärztliche Tätigkeit der in den Statistiken der Bundesärztekammer gemeldeten Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde, die Autoren führten jedoch umfassende Literaturrecherchen und Experteninterviews durch, so dass die Ergebnisse durchaus als plausibel anzusehen sind. Den Ausgangspunkt des Forschungsprojektes bildeten die Daten des Jahres 2011. Für die Berechnung und Ergebnisdarstellung nutzten die Autoren die Szenario-Technik mit *Trichtermodell*. Im Folgenden konzentrieren sich die Ausführungen ausschließlich auf das jeweilige mittlere Szenario des BAuA-Forschungsprojektes.

Das mittlere Bedarfsszenario schließt eine betriebsärztliche Grundbetreuung auf Basis der Mindestgrößen gemäß DGUV V 2 und einen Basisumfang für die betriebsspezifische Betreuung in Höhe von 10 % der Grundbetreuung ein. Der für 2011 errechnete Bedarf lag bei 13,8 Millionen Stunden pro Jahr. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die gegenwärtige Betreuung eher bei 9,2 Millionen Stunden pro Jahr liegen dürfte. Dies führten die Autoren in erster Linie auf die sehr geringen betriebsärztlichen Aktivitäten in der Kleinst- und Kleinbetriebsbetreuung zurück.

Für die Prognose hinsichtlich des betriebsärztlichen Ressourcenbedarfs im Jahr 2021 wurden verschiedene Einflussfaktoren (Konjunktorentwicklung, Entwicklung des Arbeitskräftepotentials, zunehmende psychische Belastungen und Beanspruchungen, Fachkräftemangel, Beschäftigung zunehmend älterer Arbeitnehmer, verlängerte Lebensarbeitszeit) eingerechnet. Damit einhergehend wird eine stärkere Ausrichtung auf Präventionsthemen und auf die Betriebliche Gesundheitsförderung erwartet.

Für das Jahr 2021 prognostizierte das Forschungsprojekt im mittleren Szenario einen Bedarf von 14,5 Millionen Stunden pro Jahr, was einem Bedarfswachstum von rund 5 % entspricht.

Dem gegenüber wurden die betriebsärztlichen Kapazitäten betrachtet. Mit den Statistiken der Bundesärztekammer liegen zwar Daten zur Anzahl der Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde vor (vgl. Tab. 1 und Abb. 1-3), jedoch nicht zum Umfang der tatsächlichen betriebsärztlichen Tätigkeit dieser Ärzte. Erstmals vertiefte das o. g. Forschungsprojekt die Berechnungen dahingehend, dass konkrete Überlegungen bezüglich der dem Markt zur Verfügung gestellten Kapazitäten angestellt wurden. Unter Berücksichtigung des Aspektes, dass nicht alle Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde tatsächlich und in Vollzeit berufstätig sind und ein Teil in anderen Gebieten (Forschung, Lehre, Verwaltung) aktiv ist und somit für die betriebsärztliche Betreuung nicht zur Verfügung steht, kamen Barth et al. 2014 zu dem Ergebnis, dass nach dem mittleren *Kapazitätsszenario* 2011 insgesamt 9,1 Millionen Stunden zur Verfügung standen. Verglichen mit dem o. g. angenommenen Ist-Wert der Betreuung von 9,2 Millionen Stunden pro Jahr ergibt sich bereits ein Kapazitätsdefizit von 100.000 Stunden pro Jahr. Hinsichtlich des mittleren *Bedarfsszenarios* wäre das Defizit bereits deutlich größer (Barth et al. 2014).

Die Prognose zukünftiger Kapazitäten im Jahr 2021 wird durch verschiedene Größen determiniert. Der verstärkter erforderlichen Nachwuchsgewinnung kommt eine ebenso große Bedeutung zu wie der Aktivierung bisher nicht betriebsärztlich genutzter Ressourcen (nicht betriebsärztliche Tätigkeiten, Wegezeiten, Zuzug aus dem Ausland, Fortsetzung der Tätigkeit über das Renten-/ Pensionsalter hinaus etc.). Die Autorengruppe um Barth kommt Berechnungen zufolge zu dem Ergebnis, dass die Kapazitäten im Jahr 2021 bei gegenwärtigem Weiterbildungsstand mit jährlich rund 200 erforderlichen Neuanerkennungen der arbeitsmedizinischen Fachkunde bei lediglich 7,7 Millionen Stunden pro Jahr liegen werden. Um die Kapazitäten konstant zu halten, müssten jedes Jahr 280 Neuanerkennungen erzielt werden, und um das mittlere Bedarfsszenario zu erreichen, bedarf es 630 jährlicher Neuanerkennungen (Barth et al. 2014).

Sowohl die einfachen statistischen Daten der Bundesärztekammer als auch das von der BAuA beauftragte, vertiefende Forschungsprojekt zeigen, dass die betriebsärztlichen Kapazitäten künftig nicht ausreichen werden, um den Bedarf an betriebsärztlichen Leistungen zu decken.

### **1.2.3 Demografischer Wandel**

Der demografische Wandel betrifft zunehmend auch das betriebliche Umfeld, die Altersstrukturen im Betrieb und die betrieblichen Prozesse. In Deutschland zeichnet sich eine

Verschiebung des zahlenmäßigen Verhältnisses zwischen älteren und jüngeren Menschen ab. Nach den neuesten verfügbaren Daten des Statistischen Bundesamtes gehörten im Jahr 2008 20 % der Menschen im erwerbsfähigen Alter zur jüngeren Altersgruppe der 20- bis unter 30-Jährigen, 49 % zur mittleren Altersgruppe von 30 bis unter 50 Jahren und 31 % zur älteren Gruppe von 50 bis unter 65 Jahren. Die junge Gruppe wird trotz Migration aufgrund der geringeren Geburtenrate zahlenmäßig von knapp 10 Millionen (2008) auf 6 Millionen schrumpfen. Ihr prozentualer Anteil an allen Personen im Erwerbsalter wird jedoch bis 2060 fast konstant bleiben (Egeler 2009). Die beiden anderen Gruppen der Bevölkerung im Erwerbsalter werden sich allerdings lt. den Prognosen des Statistischen Bundesamtes anders entwickeln. Danach ist für die Jahre zwischen 2017 und 2024 eine einschneidende Veränderung zu erwarten. In diesem Zeitraum wird sich das Erwerbspotenzial voraussichtlich jeweils zu 40 % aus den 30- bis unter 50-Jährigen und aus den 50- bis unter 65-Jährigen zusammensetzen (Egeler 2009). Die schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre lässt zusätzlich einen größeren Anteil der älteren Gruppe im Erwerbsalter erwarten. Ob die aktuellen Flüchtlingsströme aus Syrien, dem Irak, Nordafrika etc. diesen Trend nachhaltig verändern werden, ist derzeit offen.

Damit dürfte die Mehrheit der deutschen Unternehmen vor der Herausforderung stehen, die Arbeitsfähigkeit der alternden Belegschaft erhalten und fördern zu müssen. Diese Anforderung spielte aufgrund des unternehmerfreundlichen Arbeitsmarktes der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle. Jancik (2002) führte aus: „Der möglichst lange Erhalt der Erwerbsfähigkeit und damit der Erhalt sowohl des betrieblichen Humankapitals wie auch des individuellen Humanvermögens wird zur Absicherung der Unternehmenswerte und der individuellen Alterseinkommen zunehmend wichtiger: der betriebliche Umgang mit diesem Themenkreis wird entscheidend die Zukunftssicherung von Unternehmen und auch der sozialen Sicherungssysteme beeinflussen.“ (Jancik 2002, S. 112).

Derzeit wird das Thema „Demografischer Wandel“ außer in Großkonzernen noch immer recht stiefmütterlich behandelt und überwiegend aus Sicht der aktuell anfallenden Kosten betrachtet. Das Beschäftigen mit dem Alter, möglichen Krankheiten, Belastungsfaktoren, veränderten Anforderungen an das Personal stellt noch immer ein gewisses Tabu dar, obwohl es von existenzieller Bedeutung für die Unternehmen ist. Demografischer Wandel, Erwerbsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit sind immanente Bestandteile eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. einer Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Damit rücken die Rolle und die Verantwortung des Betriebsarztes als Akteur der betrieblichen Gesundheit verstärkt in den Fokus (Jancik 2002).

Beispielhaft führten die Stadt Esslingen und das Klinikum Esslingen in den Jahren 2008-2011 ein „Strukturiertes Programm zur effektiven und nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung“ durch. Über einen Zeitraum von 28 Monaten wurden die Teilnehmer unter Leitung der Betriebsärztin und einer Sportwissenschaftlerin zu den vier Kompetenzbereichen Medizin, Bewegung, Ernährung und Stressmanagement sensibilisiert. Die Ziele lagen in der langfristigen Gewichtsreduktion, der Erhöhung der Stresstoleranz sowie in der Gesundheitsförderung durch Entwicklung eines eigenverantwortlichen Verhaltens (Wienhauser-Wilke und Schneider 2012). Einen wesentlichen Erfolgsfaktor sieht auch die Commerzbank AG im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Hier arbeiteten die Betriebsärzte der DB Gesundheitsservice GmbH gemeinsam mit anderen Professionen aktiv an einem mehrdimensional ausgerichteten Gesundheitsverständnis der Beschäftigten (Goldstein und Rickmann 2009).

### **1.2.4 Zunahme von Dynamik und Komplexität im Arbeitsleben**

„Zu den Konstanten der Arbeitswelt zählt ihr ständiger Wandel. Dieser wird beeinflusst von technischen Entwicklungen und Innovationen, die sich auf Arbeitsverfahren und Arbeitsorganisation auswirken, sowie von sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen.“ (Müller et al. 2009). Im Zuge des Wandels der Arbeitswelt werden die Aufgaben und Zusammenhänge immer komplexer und dynamischer. In immer kürzerer Zeit strömen umfassende Informationen auf den Mitarbeiter ein, müssen erfasst und verarbeitet werden mit der Erwartung, alles korrekt sowie zeit- und fristgerecht zu erledigen. Durch moderne technische Hilfsmittel wie Mobiltelefon, Mobiles Internet, Tablets etc. werden Mobilität, kurzfristige Reaktionen und ständige Erreichbarkeit schlicht vorausgesetzt. Vernetztes Handeln und Denken sind unabdingbar. Während früher Informationen auf dem Postweg 1-2 Tage bis zum Empfänger unterwegs waren, beschränkt sich das Zeitfenster heute oft auf wenige Sekunden. Durch den viel geringeren Aufwand (E-Mail-Kopie) können heute unkompliziert auch jene in den Informationsfluss aufgenommen werden, für die die jeweilige Information eventuell nur von begrenztem Interesse ist.

In der deutschen Sprache hat sich aus den Wörtern „Dynamik“ und „Komplexität“ bereits ein eigener Begriff entwickelt, die „Dynaxität“. Dynaxität beschreibt neue, komplexe Konstellationen, die Unternehmen letztlich dazu zwingen, in einem immer größer werdenden

Spannungsfeld von Anforderungen zu agieren (Bartscher 2008). Je nach individueller Konstitution und betrieblichem Umfeld des Mitarbeiters wachsen nicht nur seine Arbeitsbelastungen, sondern auch die durch ihn wahrgenommenen Beanspruchungen.

### **1.2.5 Probleme in der betriebsärztlichen Betreuung durch Fachkräftemangel**

In der betriebsärztlichen Betreuung lassen sich in der Praxis gegenwärtig vier Probleme bzw. Herausforderungen herauskristallisieren:

- der hohe Altersdurchschnitt der aktiven Betriebsärzte und die damit verbundene hohe Quote des Ausscheidens von Betriebsärzten aus dem Arbeitsleben,
- die geringe Zahl für die Arbeitsmedizin gewonnener Nachwuchsärzte,
- die zunehmende Konzentration der Leistungsangebote in regionalen bzw. städtischen Oberzentren,
- die Arbeitsbedingungen und die Wertschätzung in der betriebsärztlichen Tätigkeit.

Dem gegenüber steht der wachsende Bedarf an betriebsärztlicher Beratung und Einflussnahme aufgrund der stetig zunehmenden Anforderungen an Leistungsfähigkeit und Leistungsqualität der Arbeitnehmer. Durch den demografischen Wandel auch in der Betriebsärzteschaft und durch zahlenmäßig nur geringen betriebsärztlichen Nachwuchs werden Ressourcen-Probleme in der Betreuung sichtbar. Alljährlich treten mehr Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde in den Ruhestand als Nachwuchs generiert werden kann (vgl. Tabelle 1, Abb. 2 und 3 sowie Böckelmann et al. 2005). In ländlichen oder verkehrstechnisch weniger gut erschlossenen Regionen müssen bereits heute insbesondere kleine und mittlere Unternehmen in Nord- und Ostdeutschland zunehmend größere Anstrengungen unternehmen, um einen Betriebsarzt für ihr Unternehmen bestellen zu können.

Die nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten 1990 – bedingt durch Personalabbau und Betriebsschließungen in den neuen Bundesländern – auf den Markt strömenden ostdeutschen Betriebsärzte hatten diese zunächst erhebliche freie Kapazitäten. Das Leistungsangebot war größer als die Nachfrage und löste sowohl eine Wanderung ostdeutscher Betriebsärzte in die alten Bundesländer als auch einen Preissturz in der Honorierung betriebsärztlicher Leistungen aus. Lagen die Preise je betriebsärztlicher Einsatzstunde nach Recherchen im TÜV Rheinland z. B. in Nordrhein-Westfalen Anfang der 1990er Jahre bei ca. 92 Euro (180,00 DM), konnten Ende der 1990er Jahre kaum mehr als

ca. 75 Euro (146,00 DM) erzielt werden. Besonders augenfällig gestaltete sich die Situation in Berlin, wo der Preiskampf mit ca. 38 Euro (75,00 DM) je Stunde teilweise ruinöse Formen annahm. Um Aufträge zu bekommen und zu bewahren, wurde ein außergewöhnlich hoher Service-Aufwand betrieben. Betriebsärzte fuhren zur Durchführung einzelner Vorsorgeuntersuchungen oft mehr als 50 Kilometer direkt in den Vertragsbetrieb, um dort unter teilweise fragwürdigen Bedingungen (Toiletten-Vorräume, Untersuchung in Pausenräumen auf mit Essensresten verschmutztem Mobiliar, Transport des Fahrrad-Ergometers zum Kundenstandort) aktiv zu werden und zu beraten.

In den letzten Jahren ist eine Vielzahl dieser Betriebsärzte in den Ruhestand gewechselt. Neu gewonnene Ärzte konzentrieren sich hinsichtlich des Wohnsitzes und der Praxiseinrichtung eher auf regionale, städtische Oberzentren. Die überbetrieblichen Dienste schließen mangels ärztlichen Interesses im ländlichen Raum zunehmend kleine betriebsärztliche Zentren. Dies führt dazu, dass Betriebe und Einrichtungen abseits der regionalen Oberzentren weniger Anbieter betriebsärztlicher Leistungen finden, Reisekosten bezahlen und für Einzeluntersuchungen den betreffenden Mitarbeiter in das betriebsärztliche Zentrum (Praxis) entsenden müssen. Dies wird als Verschlechterung des Services empfunden, wenngleich auch kritisch hinterfragt werden muss, ob das Service-Level der 1990er Jahre als Standard gesehen werden kann. Die Probleme führten bereits zu kritischen Äußerungen in der Wirtschaft (vgl. Wirtschaftsrat der CDU e.V., Landesverband Sachsen 2013). Mit der Verknappung der Ressourcen stiegen auch die Preise bzw. Honorare. So liegt das Honorar für eine betriebsärztliche Einsatzstunde in Deutschland lt. der Erfahrungswerte des Autors aus seiner Tätigkeit beim TÜV Rheinland heute wieder zwischen ca. 85 bis 120 Euro, was für etliche Unternehmen aktuell eine Kostenverdoppelung darstellt.

Landesärztekammern und überbetriebliche Dienste beklagen Schwierigkeiten in der betriebsärztlichen Nachwuchsgewinnung. Wurden in der Vergangenheit oft eine geringe Entlohnung, eine geringe Anerkennung der Tätigkeit oder auch erschwerte Weiterbildungsbedingungen beklagt (Ricken 2008), beginnt der Mangel an betriebsärztlichem Nachwuchs zu einem Umdenken zu führen. Gespräche mit aktiven Arbeitsmedizinern zeigen, dass sich die Entlohnung deutlich verändert hat. Unter diesem Gesichtspunkt wird ggf. auch für ältere Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde die Fortführung der betriebsärztlichen Tätigkeit nach Erreichen des Rentenalters interessant. Allerdings stellt dieser letzte Aspekt keine Zukunftslösung dar, sondern kann allenfalls Überbrückungscharakter besitzen. Das vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) im Jahr 2008 aufgelegte Nachwuchsförderprogramm „doc's@work“ trifft

zwar auf Interesse junger Mediziner, schlägt sich jedoch bisher noch nicht auf die Statistiken der Bundesärztekammer nieder. An den Universitäten fristet die Arbeitsmedizin mitunter eher ein Randdasein.

Die Erweiterung der Europäischen Union in Richtung Ost- und Südosteuropa und auch die 2009 eintretende Finanzkrise insbesondere in den südeuropäischen EU-Staaten führen zu Möglichkeiten der Anwerbung ausländischer Ärzte. Jedoch sind die Hürden für eine Arbeitsaufnahme in Deutschland noch immer hoch. TÜV Rheinland als Beispiel für einen der größten deutschen Leistungsanbieter im Arbeits- und Gesundheitsschutz warb 2012 ausländische Ärzte an und trug bzw. trägt die nicht unerheblichen Kosten für Sprachausbildung und Facharztweiterbildung, ohne dass diese Ärzte bereits aktiv in das Betreuungsgeschehen eingreifen können.

### **1.3 Delegation ärztlicher Leistungen**

Eine Möglichkeit, vorhandene betriebsärztliche Kapazitäten effizienter und effektiver als bisher zu nutzen, stellt die Delegation ärztlicher Teilleistungen dar. Dabei verbleibt die gesamte Verantwortung beim Arzt.

Die Durchführung funktionsdiagnostischer Inhalte (z. B. Sehtest, Hörtest, Spirometrie) durch Krankenschwestern, Medizinische Fachangestellte oder arbeitsmedizinisches Assistenzpersonal ist bereits heute gängige Praxis und entlastet den Betriebsarzt. Mit der zunehmenden Komplexität in der Arbeitswelt werden auch die Ansprüche an den Betriebsarzt bei gleichzeitig immer knapper werdenden Ressourcen immer komplexer. Hier stellt sich die Frage, inwiefern und ggf. an wen weitere Leistungen delegierbar sind.

Die Delegation von Leistungen soll nicht zu einer Substitution führen. Bei der Substitution würde die Verantwortung auf den ersatzweise Leistenden übergehen und der Betriebsarzt verliert seine steuernde und koordinierende Rolle. Durch Delegation sollen der Arzt entlastet, knappe ärztliche Kapazitäten optimal genutzt und eine Zusammenführung ggf. weiterer Fachexpertisen in den Händen des Arztes erreicht werden.

Die Frage der Delegation oder der Substitution betriebsärztlicher Leistungen wird gegenwärtig aktiv diskutiert (Montgomery 2014, Bundesärztekammer 2013, Panter 2012, Deutscher Ärztetag 2011). Beim Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte wurde 2014 eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema eingesetzt (Schramm 2014). Der Bundesverband

selbständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte (BsAfB) weist richtigerweise darauf hin, dass Delegation auch Grenzen braucht (BsAfB 2014). Auch hier wird gewarnt, dass über die Delegation einer schleichenden Substitution der Weg bereitet werden könnte.

Neben der Delegation ärztlicher Leistungen sind auch Kooperationen mit anderen Fachexperten denkbar (Unger 2013). Während der Betriebsarzt bei der Delegation selbst in der Verantwortung bleibt, gibt er diese bei Kooperationen an die Kooperationspartner ab. Aus Sicht der Betriebe, welche die Leistung empfangen, dürfte dieser Fakt jedoch unerheblich sein.

### **1.3.1 Ärztlich delegierbare Leistungen**

Bei Überlegungen zur Delegation ärztlicher Leistungen sind die Ausführungen von Bundesärztekammer und KBV (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008), des VDBW (2012) und Panter (2012) zu Grundlagen der Delegation ärztlicher Leistungen sowie die „Resolution zur Delegation“ der ärztlichen Spitzenverbände vom 23.02.2012 (Bundesärztekammer 2012) zu beachten.

Zusammengefasst wird darin deutlich: „Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nichtärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird.“ (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008).

Weiter wird darauf hingewiesen, dass die Zulässigkeit einer Delegation immer von der Qualifikation der Person, an welche der Arzt delegiert, abhängig ist. Die Delegation von Leistungen an einen anderen qualifizierten Facharzt steht daher außer Frage. Sollen Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, darf es sich nur um Leistungen handeln, die für den Leistungsempfänger ungefährlich sind und hinsichtlich der Art und Umstände der Erbringung nicht persönlich durchgeführt werden müssen. Auch hier kommt der Qualifikation des ausführenden Experten mit einem anderen Fachberuf im Gesundheitswesen große Bedeutung zu. Verfügt dieser Experte über eine zu der delegierten Leistung befähigende Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen, darf der Arzt sich darauf beschränken, die Qualifikation anhand eines Zeugnisses festzustellen und die

Qualität stichprobenartig in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Eine Delegation von Teilleistungen ist demnach sowohl an ärztliche als auch an nichtärztliche Mitarbeiter durchaus zulässig.

Für die weiteren Überlegungen im Nachgang zu dieser Arbeit wird in die echte Delegation und in eine Kooperation zu unterscheiden sein. Während die Delegation im klassischen Sinn voraussetzt, dass die ausführende Person Praxismitarbeiter des Arztes oder ebenso wie der delegierende Arzt bei demselben Arbeitgeber beschäftigt ist, stellt die Kooperation eine Einbeziehung von Fachexperten dar, die dem delegierenden Arzt oder dessen Arbeitgeber nicht unterstellt bzw. bei diesen nicht beschäftigt sind. Kooperationen sind bereits in Form von Gesundheitsnetzwerken oder dem fachlichen Austausch verschiedener Fachärzte bekannt und verbreitet.

### 1.3.2 Erfahrungen aus der Allgemeinmedizin

Aufgrund des demografischen Wandels sowohl in der Ärzteschaft als auch bei den Patienten besteht in der Allgemeinmedizin, konkret in der hausärztlichen Versorgung, seit Jahren in einigen Regionen des ländlichen Bereiches eine Unterversorgung. Die Änderung der Altersstruktur führt zu höheren Patientenzahlen, vor allem für altersassoziierte Erkrankungen und Multimorbidität. Zunehmende Morbidität und abnehmende Mobilität erfordern wiederum eine höhere Zahl allgemeinmedizinischer Hausbesuche. Gleichzeitig bestehen schon heute Probleme in der Wiederbesetzung von Praxen im hausärztlichen Bereich. So beträgt der Wiederbesetzungsbedarf bis zum Jahr 2020 in Mecklenburg-Vorpommern z. B. 40 % (Hoffmann 2009) und stellt damit ebenso wie in der Arbeitsmedizin einen Ressourcenmangel dar.

Um Versorgungslücken abzufedern, wurde in der Allgemeinmedizin nach Möglichkeiten gesucht, die Hausärzte bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu unterstützen. Das Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald konzipierte, koordinierte und bewertete in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt zeitlich befristete (2005-2008) Modellprojekte unter dem Namen AGnES. Die Konzeptbezeichnung steht für **A**rztentlastende, **G**emeindenahe, **E**-Healthgestützte, **S**ystemische Intervention. Gesetzliche Grundlagen für dieses und ähnliche andere Projekte bildeten das SGB V, § 63, das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV sowie die Richtlinie zur Übertragung ärztlicher Leistungen für ausgewählte Krankheitsbilder auf Fachpersonal der Alten- und

Krankenpflege. Über die Delegation ärztlicher Leistungen an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte (Krankenschwestern, Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte) sollten die Hausärzte entlastet und gleichzeitig die Versorgung eines größeren Patientenstammes ermöglicht werden (Sozialministerien der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt 2008).

Im Ergebnis wurden bis zum 8. Juli 2008 über das AGnES-Projekt 1.486 Patienten betreut. Das Feedback mittels standardisierter Fragebögen war bei allen Beteiligten (Hausärzte, AGnES-Fachkräfte, Patienten) positiv. 53 teilnehmende Hausärzte delegierten 8.386 Hausbesuche an 38 nichtärztliche AGnES-Fachkräfte. Ca. 50 % der Tätigkeiten lagen in der Erhebung diagnostischer Parameter (z. B. Blutdruck, Blutzucker, Gewicht, EKG), ca. 35 % entfielen auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes, Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen und die Dokumentation. 92 % der Hausärzte bewerteten die Qualität der gemeinsamen Betreuung von Arzt und AGnES-Fachkraft als vergleichbar mit der üblichen, rein ärztlichen Betreuung. 90 % der Hausärzte empfanden eine Entlastung und 99 % der Patienten sahen in den AGnES-Fachkräften kompetente Ansprechpartner für Gesundheitsfragen. 94 % der Patienten konnten sich vorstellen, dass der Hausarzt nur bei dringendem Bedarf persönlich aktiv wird (Hoffmann 2009).

Ähnliche Projekte mit Entlastungszielen, wie VerAH (**V**ersorgungs-**A**ssistentin in der Hausarztpraxis), EVA (**E**ntlastende **V**ersorgungs-**A**ssistentin) oder MoPra (**M**obile **P**raxisassistentin) kamen in anderen Bundesländern zum Einsatz. Umfassende Evaluationsergebnisse liegen von der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) mit VerAH aus Baden-Württemberg in den Jahren 2010 bis 2011 vor. Danach sahen 79 % der VerAH-Experten und 70 % der Hausärzte eine Verbesserung in der Patientenversorgung. 73 % der VerAH-Experten und immerhin noch 58 % der Hausärzte nahmen eine Entlastung für den Arzt wahr (Gerlach et al. 2012).

Die Modellprojekte zeigen, dass über delegierte Leistungen an nichtärztliches Fachpersonal durchaus Entlastungsszenarien für die Ärzte geschaffen werden können, ohne dass die wahrgenommene Betreuungs- und Versorgungsqualität eingeschränkt wird. Vermutlich kann auch davon ausgegangen werden, dass die nichtärztlichen Fachexperten mehr Zeit für das Patientengespräch aufgewandt haben, was von den Patienten als besonders angenehm empfunden worden sein dürfte.

### 1.3.3 Erfahrungen anderer europäischer Staaten

In anderen europäischen Staaten bereits praktizierte und etablierte Betreuungsmodelle im Arbeits- und Gesundheitsschutz geben die Möglichkeit, Erfahrungen aufzugreifen und eventuell Modelle für Deutschland abzuleiten.

#### Beispiel: Niederlande

Die betriebsärztliche Betreuung in den Niederlanden basiert auf dem Gesetz über Arbeitsbedingungen (Arbeidsomstandighedenwet = arbowet). Gemäß diesem Gesetz müssen alle Betriebsgesundheitsdienste, sogenannte Arbodienste, interdisziplinär aufgebaut sein und mindestens vier verschiedene Aktionsfelder abdecken:

- Arbeitsmedizin,
- Arbeitshygiene,
- Arbeitssicherheit,
- Arbeits- und Organisationsentwicklung sowie Managementberatung

(Enderle/Nemitz 2005).

Bereits 2001 auf dem Internationalen Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Düsseldorf beschreibt van Dijk (van Dijk 2001) vom Coronel Institut Amsterdam (Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid) die veränderte Rolle des Betriebsarztes in den Niederlanden. Demnach kümmern sich die Arbeitsmediziner dort stärker um kurative medizinische Aspekte, vor allem im Zusammenhang mit der Rehabilitation arbeitsunfähig Erkrankter. Die präventiven Aufgaben werden vorrangig durch die anderen Disziplinen abgedeckt. Obwohl van Dijk die betriebsärztliche Kernaufgabe in der Prävention sieht, bewertet er die interdisziplinäre Zusammensetzung in den Betreuungsteams der Arbodienste und deren enge Zusammenarbeit als einzigen Weg, um der wachsenden Komplexität im Arbeits- und Gesundheitsschutz gerecht zu werden (van Dijk 2001). In den Niederlanden ist der Betriebsarzt demnach Teamplayer und arbeitet eng mit anderen Fachexperten der Prävention zusammen.

#### Beispiel: Finnland

Basis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Finnland ist das Gesetz zur arbeitsmedizinischen Betreuung aus dem Jahr 1979, novelliert im Jahr 2001. Die Realisierung der gesetzlichen Vorgaben erfolgt über sogenannte Occupational Health Units,

die als kommunale Institution, privatwirtschaftliche Zentren oder in Verbunden von Unternehmensgruppen agieren. Nach gesetzlicher Vorgabe setzt sich die Unit mindestens wie folgt zusammen:

- Arbeitsmediziner (Arzt),
- Occupational Health Nurse (OHN),
- Physiotherapeut,
- Psychologe.

Ggf. sollen weitere „Occupational Health Experts“ eingebunden werden. Alle Teammitglieder arbeiten auf der gleichen Hierarchieebene. Die Leitung der OHS-Unit obliegt meist dem Arbeitsmediziner (Kaul et al. 2013).

Die interdisziplinäre Zusammensetzung in Form eines „Präventionsteams“ bindet in Finnland bereits ein breites Spektrum an Fachexperten ein. Der Betriebsarzt wirkt als Teamplayer. Während Physiotherapeuten und Psychologen auch in Deutschland bekannte Professionen sind, treten in Finnland Occupational Health Nurses (OHN) in Erscheinung, sinngemäß ins Deutsche übersetzt: Arbeitsmedizinische Fachassistenten. Die Qualifikation einer OHN ist dabei breit gefächert und als sehr hoch zu bewerten. Grundlage ist eine Ausbildung zur Krankenschwester. Es schließt sich eine Spezialisierung zu Theorie und Praxis im Arbeits- und Gesundheitsschutz an, auf die weitere Spezialisierungen aufgesetzt werden können. Die OHS teilen sich bestimmte Aufgaben mit dem Arbeitsmediziner und führen in Kleinbetrieben selbständig kleinere arbeitsmedizinische Untersuchungen zur Entlastung des Arztes durch.

### Beispiel: Großbritannien

Grundlage des britischen Arbeits- und Gesundheitsschutzes bildet das Gesetz für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit, modifiziert zuletzt im Jahr 2010.

In einer Befragung von britischen Unternehmen aus dem Jahr 2002 wurde die betriebsärztliche Betreuung als mangelhaft bezeichnet. Ursachen wurden im arbeitsmedizinischen Fachkräftemangel gesehen (Kaul et al. 2013). Zur Verbesserung der Situation wurde eine Zusatzqualifikation für Krankenschwestern zur „Occupational Health Nurse Consultant“ geschaffen. Nach der dreijährigen Ausbildung zur examinierten Krankenschwester und einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung wird die zweijährige Qualifikation zur OHN angeknüpft. Der Arbeitsmediziner soll durch diese Fachkraft um bis zu 50 % entlastet werden. Darüber hinaus entstand die neue Berufsgruppe des Medical Assistent, der als Hilfskraft Arzt und OHN unterstützen soll (Kaul et al. 2013).

Der Gedanke des Präventionsteams, bestehend aus unterschiedlichen Fachexperten, wird in Großbritannien noch nicht angewandt. Vielmehr geht es bei OHN und Medical Assistent ausschließlich um die Arztlastung. Eigenständige Fachexpertisen aus anderen Präventionsgebieten fließen in die Betreuung nicht vordergründig ein.

### Beispiel: Polen

Der polnische Arbeits- und Gesundheitsschutz gründet sich auf das Gesetz über den Occupational Medical Service von 1997. Die Beurteilung der Gesundheit der Beschäftigten und die Prävention gegenüber Gesundheitsrisiken obliegen dem Occupational Medicine Service (OMS). Dieser agiert nicht unbedingt eigenständig und/oder privatwirtschaftlich, sondern ist auch in Einrichtungen der primären Gesundheitsvorsorge und im öffentlichen Gesundheitssektor angesiedelt (vgl. Kaul et al. 2013).

Im OMS wirken Arbeitsmediziner, andere Fachärzte, OHN, Medizinisch-Technische Assistenten, Psychologen und andere akademische Berufe zusammen. Auch in Polen ist also die Verbindung verschiedener Professionen im Interesse der Zusammenarbeit und des Präventionsgedankens etabliert.

### Parallelen zu Deutschland

Die Problemlage ist in vielen Ländern Europas ähnlich. Die immer komplexer werden Anforderungen der Arbeitswelt erfordern Unterstützung vor allem im betrieblichen Gesundheitsschutz und in der Gesunderhaltung. Traditionell war und ist dies Aufgabe der Arbeitsmedizin und Tätigkeitsfeld des Betriebsarztes. Da die betriebsärztlichen Ressourcen in Deutschland immer knapper werden, stellt sich auch in Deutschland die Frage, auf welche Weise diesem Problem entgegen gewirkt werden kann.

Obwohl Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) und Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) in Deutschland die betriebsärztliche Betreuung klar definieren, steht bereits heute außer Frage, dass der Betriebsarzt durch nicht ärztliche Professionen, in erster Linie durch Medizinische Fachangestellte, unterstützt wird. Kooperationen mit anderen Fachexperten wie z. B. Arbeitspsychologen sind ebenfalls bereits verbreitet (Seibt et al. 2008, Goldstein und Rickmann 2009, Schneider 2011). Eine spezielle, eigene Berufsgruppe, vergleichbar der OHN, gibt es in Deutschland jedoch nicht. Zwar wurden Zusatzqualifikationen, z. B. „Arbeitsmedizinischer Assistent – VDBW“ (Panter 2008) bzw. über das Curriculum „Arbeitsmedizinische Assistenz“ geschaffen, eine eigenständige Berufsgruppe stellt dies aber bisher nicht dar.

An der Deutschen Hochschule Baden-Württemberg in Karlsruhe wurde 2010 ein Bachelor-Studiengang zum Arztassistenten eingeführt, der sich an vergleichbare Ausbildungen in den USA, Großbritannien und den Niederlanden orientiert und eine qualifizierte Ausbildung zwischen Arzt und Pflegepersonal bilden soll. Inwieweit die Absolventen tatsächlich eigenständig aktiv werden können, ist fraglich, da hierfür zum Teil bestehende Gesetze geändert werden müssten.

### **1.3.4 Verfügbares Fachpersonal für delegierte Leistungen**

Zunächst muss die Frage gestellt werden, welche betriebsärztlichen Leistungen delegiert werden können. Dabei gilt der allgemeine Grundsatz, dass die Delegation durch den Arzt rechtlich zulässig, ökonomisch notwendig und ethisch vertretbar sein muss. Im Sinne dieser Dissertation kann es in diesem Zusammenhang nicht um betriebsärztliche Kernkompetenzen gehen, sondern um Leistungsteile, die den Betriebsarzt in seiner Tätigkeit unterstützen. Insbesondere im Rahmen der Beratung zur Verhältnis- und Verhaltensprävention gemäß DGUV V 2 bieten sich sowohl in der Grundbetreuung als auch in der Betriebsspezifischen Betreuung sinnvolle Möglichkeiten. Hier muss der Betriebsarzt entscheiden, ob er als Generalist qualitativ hochwertige Expertisen geben und Maßnahmen selbst durchführen kann bzw. will, oder ob er nichtärztliche Fachexperten einbezieht, die nach seinen Vorgaben Teilleistungen ausführen. Unter Verhaltens- und Verhältnisprävention lassen sich diverse Leistungen zusammenfassen, die für eine Delegation durchaus geeignet sein können, z. B.:

- Analyse der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz,
- EAP- (Employee Assistance Program) Beratung,
- Arbeitstechnik-Training,
- Rückenschule,
- Entspannungsübungen,
- Stimmtraining,
- Supervision/Coaching,
- Führungskräftebildung etc.

Eine Delegation bedeutet nicht zwingend, dass sich der Betriebsarzt aus diesem Leistungsteil vollständig zurückzieht. Vielmehr kann er sich selbst einbringen, mitwirken und schließlich die Ergebnisse in sein Gesamtkonzept einfließen lassen.

An welche Fachexperten können nun die oben beispielhaft genannten Inhalte delegiert werden? Auf die Fachexpertisen spezieller, anderer Fachärzte oder die einfachen Tätigkeiten einer Arzthelferin bzw. Medizinischen Fachangestellten soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Das Augenmerk richtet sich vielmehr auf die in den letzten Jahren neu entstandenen Gesundheitsberufe wie

- Gesundheitswirt (Diplom, Master, Bachelor),
- Sportwissenschaftler (Diplom, Master, Bachelor)
- Ernährungswissenschaftler (Master, Bachelor, IHK),
- Demografieberater (Zusatzqualifikation),
- Bewegungstherapeut (meist Zertifikatslehrgänge)

und auf etablierte Spezialisten wie

- Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologen (ABO-Psychologen),
- Logopäden und Sprachtherapeuten,
- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten etc.

Sie stellen einen breiten Pool an Fachwissen zur Verfügung, auf den der Betriebsarzt – nach Überzeugung zur qualitativen Wertigkeit – zugreifen und den er jederzeit einbinden kann.

Ein Überblick über die verfügbaren personellen Ressourcen existiert bisher nicht. Dies erscheint auch schwierig, da seit Ende der 1990er Jahre insbesondere eine wachsende Zahl von Fachhochschulen, aber auch diverse Universitäten und private Bildungseinrichtungen Absolventen der Fachrichtungen Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung oder Sportwissenschaft hervorbringen. Ein Schwerpunkt der beruflichen Ausrichtung liegt seither in Tätigkeiten bei Krankenkassen, obwohl diese nur einen Teil im Netzwerk der betrieblichen Gesundheit darstellen.

Konkrete Modellprojekte zur Delegation betriebsärztlicher Teilleistungen analog der Projekte aus der Allgemeinmedizin sind bisher nicht bekannt. Die vorliegende Dissertation beschreibt erstmals ein offizielles Pilotprojekt dieser Art.

### 1.3.5 Delegation: Chance und Risiko

Im Koalitionsvertrag der seit 2013 amtierenden Bundesregierung aus CDU, CSU und SPD heißt es: „Der Einsatz von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt.“ (Koalitionsvertrag 2013). Auch im am 23.7.2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist eine Überprüfung vorgesehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch qualifiziertes nicht ärztliches Gesundheitspersonal erbracht werden können (Bundesministerium für Gesundheit 2014a). Zwar bezieht sich dieses Vorhaben zunächst nur auf die kassenärztliche Versorgung, jedoch ist eine Übertragung auf die betriebsärztliche Betreuung durchaus denkbar.

Der Einsatz nichtärztlicher Fachexperten soll also gefördert und gestärkt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 (Aktualisierung: 1.1.2015) eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Fachpersonal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte getroffen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015), in der ein Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen enthalten ist. Da sich der Beispielkatalog an der kurativen Medizin orientiert, erfolgt die Delegation hier überwiegend an medizinische Fachangestellte, welche die entsprechenden Mindestqualifikationen erfüllen. Bei Übertragung der Beispiele in die präventive Medizin, erscheint auch eine Delegation an die unter 1.3.4 genannten nichtärztlichen Professionen möglich.

Dennoch muss konstatiert werden, dass Bundesärztekammer, VDBW und andere im Interesse des erreichten hohen Qualitätsstandards der bisherigen betriebsärztlichen Betreuung in der Vergangenheit sehr sensibel auf das Thema der Delegation an nichtärztliches Personal reagierten. Sie befürchteten einen mit sinkender Qualität verbundenen schleichenden Übergang zur Substitution (Bundesärztekammer 2013, Schramm 2014). Im Rahmen der VDBW-Jahrestagung 2015 wuchs jedoch in Teilen der Betriebsärzteschaft die Offenheit gegenüber diesem Thema (Schramm et al. 2015).

Auf der Basis konträrer Ansichten hat der Hartmannbund als freier ärztlicher Berufsverband zu den Themenkomplexen Delegation, Substitution und Telemedizin eine

Mitgliederbefragung durchgeführt. 1.063 Ärzte beteiligten sich und sahen in der Delegation von ärztlichen Leistungen überwiegend positive Aspekte (Protschka 2014). 71,5 % der Befragungsteilnehmer erwarten dadurch eine stärkere Konzentration auf originäre ärztliche Tätigkeiten, 61,4 % vermuten eine Entlastung. Von einer Verbesserung der Betriebsabläufe gehen indes nur 44 % aus (Abbildung 4). Vor allem jüngere Ärzte im Alter zwischen 25 und 35 Jahren sind mit 71 % grundsätzlich für eine Delegation von Leistungen. In der Altersgruppe der über 55-Jährigen beträgt der Zuspruch nur 60 % (Protschka 2014).

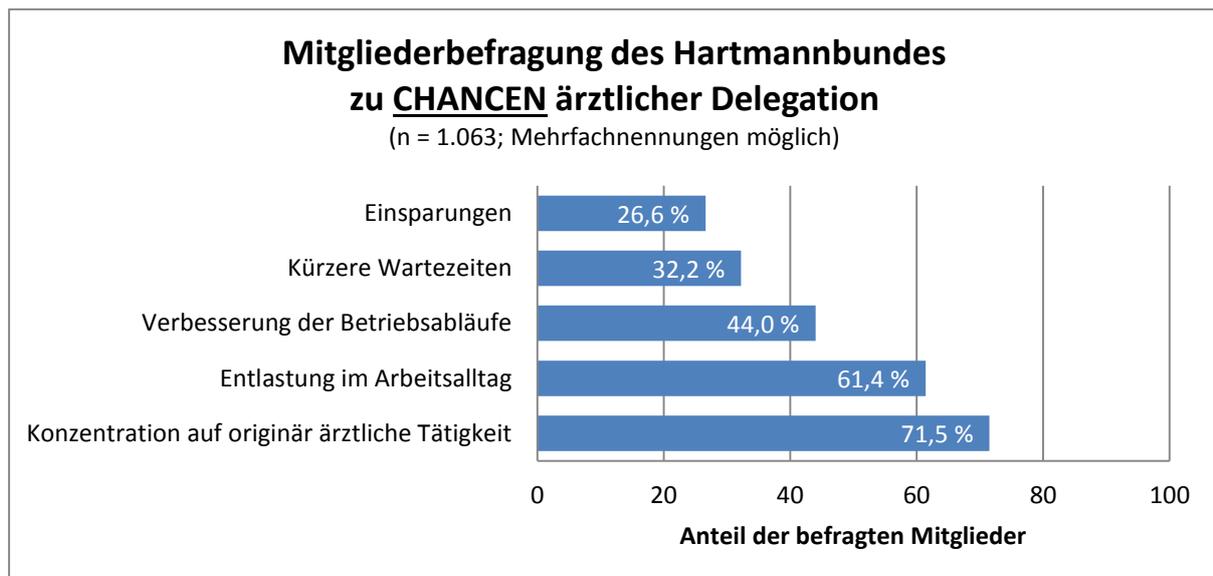


Abbildung 4: Chancen der Delegation ärztlicher Leistungen (Quelle: Deutsches Ärzteblatt, 111, (19): 706, eigene Darstellung)

Die Befragten sehen aber auch Risiken (Abbildung 5). Rd. 33 % erwarten das Heranwachsen einer Konkurrenz, 59,4 % sehen Unsicherheiten in der Kompetenz des nicht-ärztlichen Fachpersonals und 52,2 % befürchten das Abfließen finanzieller Mittel. 42,9 % sehen in der Delegation den Einstieg in eine Substitution ärztlicher Leistungen. Die größten Vorbehalte, 78,2 %, beziehen sich auf das Haftungsrisiko des Arztes, bei dem letztlich die Verantwortung verbleibt (Protschka 2014). Hier dürfte noch Regulierungsbedarf seitens des Gesetzgebers bestehen.

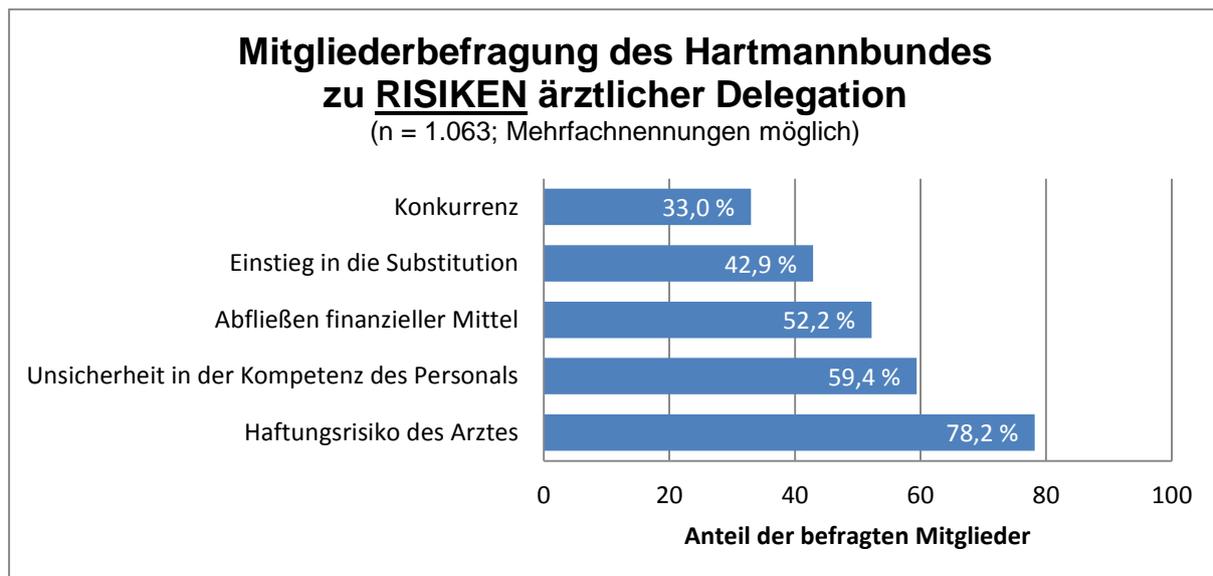


Abbildung 5: Risiken der Delegation ärztlicher Leistungen (Quelle: Deutsches Ärzteblatt, 111, (19): 707, eigene Darstellung)

Glomm und Jurkschat (2010) beschreiben die zukünftige Rolle des Betriebsarztes treffend. Durch den grundlegenden Wandel in der Arbeitswelt, seine Auswirkungen auf Krankheitsgeschehen und Gesundheitspotenziale sowie den technischen Fortschritt in der medizinischen Versorgung mit zunehmender Spezialisierung und Zwang zur Priorisierung und den demografischen Wandel mit älter werdenden Belegschaften sehen sie die Betriebsärzte vor neue Aufgaben gestellt, die sie optimal nur als Teamplayer innerhalb eines etablierten betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems erfüllen können. Sie sehen den Betriebsarzt in der Rolle des Initiators und Koordinators, dessen Wirksamkeit von der Fähigkeit abhängt, mit Partnern anderer Fachdisziplinen zu kooperieren (Glomm, Jurkschat 2010). Auch Hartmann (2014) gesteht dem Betriebsarzt trotz kritischer Worte zur Delegation die Rolle eines Koordinators für betriebliches Gesundheitsmanagement zu und entspricht damit auch der EntschlieÙung „Prävention in der Arbeitswelt“ des 115. Deutschen Ärztetages 2012 (Schoeller 2012).

Die Verknüpfung der Arbeitsmedizin mit anderen Gesundheitsfachdisziplinen kann durch Kooperationen und Netzwerke erfolgen. Effektiver und vor allem einfacher praktikabel dürfte der interdisziplinäre Ansatz werden, wenn der Betriebsarzt direkt in seiner Praxis bzw. in seinem arbeitsmedizinischen Zentrum auf ein fest angestelltes Team von Mitarbeitern anderer Fachdisziplinen zugreifen kann. Bei dieser Konstellation erfolgt eine Delegation von Teilleistungen und die Gesamtverantwortung bleibt in der Hand des Betriebsarztes, z. B. als Teamleiter. Die Prozesse lassen sich einfacher koordinieren und aneinander ausrichten. Die

gemeinsame Arbeit in einem „Präventionsteam“ stellt quasi ein kleines internes Unterstützungs-Netzwerk dar.

Meyer-Falcke (2014) führte eine schriftliche Befragung (10 Fragen) zu institutionellen Kooperationsansätzen im Betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz bei diversen Verbänden und Vereinen durch (Meyer-Falcke 2014). Zwar ist diese Befragung nach Einschätzung Meyer-Falckes nicht repräsentativ, sie zeigt jedoch in Frage 3 nach subjektiv für erforderlich gehaltenen Änderungen im Arbeitsschutz-Regelwerk in zwei Fällen den Wunsch nach Einbeziehung nichtärztlicher Fachexperten und deren Anrechnung auf die Betreuungszeiten gemäß DGUV V 2. Darüber hinaus widmet sich Frage 6 konkreten Kooperationsansätzen. Interessanterweise wird der interdisziplinäre Denkansatz hier nicht weitergeführt, sondern in zwei Fällen auf Rahmenverträge mit Dienstleistern verwiesen, die im Bedarfsfall eingeschaltet werden können (Meyer-Falcke 2014).

### **1.4 Das Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ als Chance zur Neugestaltung**

Das Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ geht von folgenden fünf Erkenntnissen aus:

- Mangel an Betriebsärzten und erwartete Verschärfung der Situation,
- wachsender Bedarf an Arbeits- und Gesundheitsschutz-Beratung,
- hohe Komplexität der Gesundheitsfragen im Arbeitsprozess,
- Verfügbarkeit nichtärztlicher Gesundheitsfachexperten über (neue) universitäre oder Fachhochschulstudiengänge mit gut qualifizierten und hoch motivierten Absolventen, in der Regel mit Praxiserfahrungen aus studienbegleitenden Praktika,
- wachsende Beachtung des Themas Betriebliche Gesundheit in Politik und Wirtschaft infolge des demografischen Wandels in Deutschland.

Neue Konzepte und deren Verankerung in verbindlichen Regelwerken rufen, wie in Veränderungsprozessen üblich, Diskussionen auf den Plan. Schwerpunkt der aktuellen Diskussion ist die Entscheidung zwischen Delegation oder Substitution. Bei Substitution betriebsärztlicher Leistungen würde der Betriebsarzt Teile seiner bisherigen Aufgaben verlieren, andere Gesundheitsberufe würden ihn ersetzen. Bei der Delegation hingegen bleibt der Betriebsarzt Prozesseigner. Seine bisherige Rolle als „Einzelkämpfer“ und Generalist in Sachen betrieblicher Gesundheit erfährt eine grundlegende Änderung.

Das vom Autor entwickelte Konzept greift den Gedanken der Delegation auf und sieht den Betriebsarzt neben seiner ursprünglichen Rolle nunmehr als Teamleiter, Organisator und betrieblichen Gesundheitsmanager.

### **1.4.1 Kerngedanke: Betriebsarzt und Präventionsteam**

Das Konzept sieht einen Wandel in der betriebsärztlichen Leistungserbringung vor. Der Betriebsarzt führt nicht wie bisher die Leistungsinhalte selbst durch, sondern er bezieht andere, nichtärztliche Fachexperten in den Prozess ein, entlastet sich dadurch und verbessert gleichzeitig durch die zusätzlichen Fachexpertisen die Betreuungsqualität. Der Arzt fungiert dabei als Teamleiter, der gemeinsam mit dem Unternehmer, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Mitarbeitervertretung Gesundheitsziele und Gesundheitsmaßnahmen definiert und mit Hilfe seines Präventionsteams zielführende Maßnahmen als ärztlich delegierte Leistungen durchführt, bewertet, ggf. präzisiert und neu ausrichtet.

Die betriebsärztliche Betreuung nach ASiG und DGUV Vorschrift 2 wird unter betriebsärztlicher Führung, Steuerung und Aufsicht und in Abhängigkeit von den konkreten Leistungsinhalten durch ein Präventionsteam ausgeführt, an welches der Arzt konkrete Teilleistungen delegiert. Es wird sowohl im Rahmen der Grundbetreuung (Beratung zur Verhaltens- und Verhältnisprävention), als auch in der Betriebsspezifischen Betreuung aktiv. Das Präventionsteam bildet den Kerngedanken des neuen Konzeptes. Es schließt neben der betriebsärztlichen Kompetenz weitere Professionen ein, z. B.

- Arbeits-/Betriebs- und Organisationspsychologen,
- Gesundheitswirte,
- Ergotherapeuten,
- Pädagogen,
- Physiotherapeuten,
- Logopäden, Sprachtherapeuten,
- Sportwissenschaftler,
- Medizinische Fachangestellte etc.

Die Präventionsteammitglieder ergänzen bzw. erweitern die Leistungen des Betriebsarztes und ermöglichen es, ein deutlich breiteres Spektrum an gesundheitsfördernden Inhalten betrieblich umzusetzen. Integriert in die gesetzliche Betreuungsverpflichtung erfahren die Beschäftigten der so betreuten Betriebe tätigkeitsspezifische, praxisbezogene und

nutzbringende Unterstützung zum Erhalt und zur Förderung ihrer Gesundheit. Neben einer umfassenderen Beratung zur Minimierung oder Vermeidung von Gefährdungen und Belastungen fließen vor allem konkrete, praktische Übungen (z. B. Arbeitstechnik Training, Entspannungsübungen, Sensibilisierung zur Rückengesundheit etc.) in die Betreuung ein.

Voraussetzung für die Delegation von Teilleistungen ist die genaue Kenntnis des Betriebes und der betrieblichen Gegebenheiten hinsichtlich Gefährdungsbeurteilung, Arbeitsaufgaben, Belastungen und Beanspruchungen. Hierfür ist ein persönlicher Besuch des Betriebsarztes in regelmäßigen Zeitabständen erforderlich.

Delegiert der Betriebsarzt Teilaufgaben der betriebsärztlichen Betreuung oder auch der Betrieblichen Gesundheitsförderung verbleibt die Gesamtverantwortung bei ihm. Das bedeutet, der Betriebsarzt überzeugt sich zunächst von Qualifikation, Leistungsfähigkeit und vorliegender aktenkundiger Unterweisung zu Schweigepflicht und Datenschutz der nichtärztlichen Fachexperten in seinem Präventionsteam, delegiert dann konkrete Leistungsinhalte und lässt sich über Ausführung und Ergebnisse berichten.

Der Betriebsarzt wird durch diese Fachexperten nicht ersetzt.

Eine alleinige Delegation an Medizinische Fachangestellte, wie bereits in der Vergangenheit praktiziert, wird durch die wachsende Komplexität der Arbeitsprozesse künftig vermutlich nicht ausreichen, um das bisherige hohe Qualitätsniveau insbesondere bei knapper werdenden Ressourcen dauerhaft zu erhalten. Es erscheint daher sinnvoll, dass sich der Betriebsarzt mit anderen Fachexperten vernetzt.

Die Rolle des Betriebsarztes wandelt sich im neu entwickelten Konzept vom Einzelberater zum Teamleiter. Darüber hinaus können Professionen, die nicht im Präventionsteam vertreten sind, aber benötigt werden, auch als externe Partner (z. B. Krankenkassen, andere Fachärzte) in Form einer Kooperation hinzu gezogen werden.

Zusammengefasst lassen sich sechs Nutzenargumente herausstellen:

1. Ganzheitliche Betrachtung und Steuerung der betrieblichen Gesundheit unter Leitung des Betriebsarztes,
2. Kompetenzerweiterung in der Betreuung durch weitere Fachexperten,
3. Schaffung eines Mehrwertes für so betreute Unternehmen und ihrer Beschäftigten,

4. Bündelung aller Gesundheitsaktivitäten auch hinsichtlich der Nachhaltigkeit,
5. Fokussierung auf die Mitarbeiter, ihre Belastungen und individuellen Beanspruchungen sowie auf den bestmöglichen Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit,
6. Aufwertung des Betriebsarztes und Vermeidung von Qualitätsabstrichen.

### 1.4.2 Gefährdungsbeurteilung und Jahresarbeitsplan

Arbeitsgrundlage ist gemäß der gesetzlichen Vorgaben nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) die Gefährdungsbeurteilung. Im Rahmen der regelmäßigen Arbeitsplatzbegehung und permanenten Überprüfung und Fortschreibung der Gefährdungsbeurteilung stimmt der Betriebsarzt gemeinsam mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit, dem Unternehmer und der Mitarbeitervertretung einen jährlichen oder auch mehrjährigen Arbeitsplan ab, in welchem die betrieblichen Gesundheitsziele sowie durchzuführende Maßnahmen und Aktionen fixiert werden. Je nach Art und Inhalt einer Maßnahme oder Aktion entscheidet der Betriebsarzt, ob er diese Leistung selbst ausführt oder an einen (nichtärztlichen) Fachexperten seines Präventionsteams delegiert.

Leistungen, die der Betriebsarzt grundsätzlich selbst ausführt, sind z. B.:

- Arbeitsplatzbegehungen,
- persönliche Beratungsgespräche,
- arbeitsmedizinische Untersuchungen,
- detaillierte Anamnese-Gespräche,
- Befundauswertungen u. a. m.

Dagegen kann der Betriebsarzt z. B. die Kompetenzen seines Präventionsteams nutzen bei:

- Analyse der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz,
- Schulungen für Führungskräfte zum „Gesunden Führen“,
- Organisation und Durchführung von Gesundheitstagen im Betrieb,
- Übungen und Sensibilisierungen zum Thema Rückengesundheit (z. B. MediMouse®-Messung, Corpus Ergonomics etc.),
- Arbeitstechnik-Training,
- Stimmtraining,
- Bewegungs- und Entspannungsübungen,
- Kurse zur gesunden Ernährung,

- Externe Mitarbeiterberatung (EAP),
- Sehtest,
- Audiometrie,
- Blutzucker-Bestimmung,
- Blutdruckmessung u. a. m.

Alle Ziele, Maßnahmen und ausführenden Akteure werden im Arbeitsplan aufgeführt, so dass für die Umsetzung in die Praxis eine strukturierte Grundlage besteht.

### **1.4.3 Gesundheitsbericht**

Sämtliche Ergebnisse, Auswertungen und Erfahrungen (statistisch wie inhaltlich) der involvierten Präventionsteammitglieder fließen beim Betriebsarzt zusammen und münden in einen Gesundheitsbericht. Je nach Reifegrad der betrieblichen Umsetzung kann ein solcher Gesundheitsbericht auch die Gesundheitsdaten der Krankenkassen aufgreifen und einbeziehen. Je enger das Zusammenwirken auch mit den Krankenkassen im Sinne Betrieblicher Gesundheitsförderung erfolgt, desto aussagekräftiger dürfte der betriebliche Gesundheitsbericht werden und dem Unternehmer die Möglichkeit bieten, gezielt in den Standortfaktor „Gesundheit“ bzw. „Gesunde Mitarbeiter“ zu investieren. So kann der Gesundheitsbericht z. B. verknüpft werden mit einer Balanced Scorecard (Gesundheitsscorecard) oder auch mit einem Reifegradmodell zur Bewertung des Entwicklungsprozesses von Betrieblicher Gesundheitsförderung. Beispiele gibt es u. a. aus der Automobilindustrie (Horvath et al. 2008) und aus dem Krankenpflegebereich (North et al. 2009). Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz werden dabei zwingend berücksichtigt.

### **1.4.4 Präventionsgesetz und Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“**

Nach Bestrebungen seit 2004 hatte sich die CDU-/FDP-Regierung der Legislaturperiode 2009 bis 2013 das Ziel gesetzt, ein Präventionsgesetz zu erlassen. Diverse Maßnahmen zur Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten sollten festgeschrieben werden. Nach drei vergeblichen Versuchen wurde das Präventionsgesetz am 18.6.2015 vom deutschen Bundestag und am 10.7.2015 vom Bundesrat verabschiedet. Es gibt ab 2016 neue Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung vor.

Das Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ stellt keinen Widerspruch zum Präventionsgesetz dar. Das Gesetz orientiert sich an den Lebenswelten der Betroffenen. Eine Lebenswelt sind

auch der Arbeitsprozess und das Arbeitsumfeld. Bereits heute unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen Betriebe und Einrichtungen mit Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Maßgeblich dafür ist § 20 SGB V. Dieser Prozess wird noch verstärkt. Das neue Gesetz bezieht die Nationale Arbeitsschutzstrategie und neu in § 132e und § 132f auch die Arbeitsmediziner ein. Je nach praktischer Umsetzung erhalten die Arbeitsmediziner damit die Möglichkeit, auch bisher vertragsärztliche Leistungen (Schutzimpfungen) zu erbringen. (Bundesministerium für Gesundheit 2014b).

### **1.5 Zielstellung und Forschungsfragen**

Ziel des neuen Konzeptes ist es, die aktuellen Probleme in der betriebsärztlichen Betreuung bestmöglich zu lösen und gleichzeitig eine Möglichkeit aufzuzeigen, die gesetzlich vorgeschriebene Betriebsbetreuung zeitgemäß, weiterhin qualitativ hochwertig und den komplexen Anforderungen entsprechend durchzuführen.

Das neu entwickelte Konzept soll mit dieser Dissertation theoretisch begründet und durch ein gemeinsames Pilotprojekt der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe und TÜV Rheinland praktisch erprobt werden. Über eine zweiseitige Begleitstudie in Form strukturierter Interviews mit Bewertung sowohl der bisherigen betriebsärztlichen Betreuung als auch der Betreuung nach neuem Konzept erfolgt eine formative Evaluation.

Folgende Forschungsfragen werden gestellt:

- 1) Welche Auswirkungen auf die Qualität der betriebsärztlichen Betreuung ergeben sich aus Sicht der betreuten Unternehmen durch die Anwendung des Konzeptes „Moderne Arbeitsmedizin“ mit der Delegation von Teilleistungen auf ein vom Betriebsarzt geführtes Präventionsteam?
- 2) Welche Auswirkungen hat das Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation in den betreuten Unternehmen?
- 3) Gibt es Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit von der Betriebsgröße (Beschäftigtenzahl)?

Sehr wahrscheinlich ist davon auszugehen, dass es für die Umsetzung des neuen Konzeptes bedingende Faktoren auf Betriebsebene gibt. So dürften Unternehmen, für die Personalentwicklung, -bindung und -recruiting sowie Mitarbeitergesundheit bereits unternehmerische Schwerpunktthemen sind, das Konzept eher und stärker begrüßen als Unternehmen, bei denen solche Themen noch sekundär sind. Ebenso ist davon

auszugehen, dass Unternehmen mit hoch qualifiziertem Fachpersonal(bedarf) die erweiterten betriebsärztlichen Leistungen stärker frequentieren werden als Unternehmen mit Bedarf an geringer qualifiziertem Personal (Linfante et al. 2011, Wienhausen-Wilke, Schneider 2012).

Diesbezügliche Erkenntnisse zu Kleinbetrieben sind nicht bekannt. Dennoch kann angenommen werden, dass auch kleine Betriebe bei entsprechenden unternehmensspezifischen Angeboten und eingehender Sensibilisierung zum Thema die erweiterten betriebsärztlichen Leistungsangebote aufgreifen und nutzen.

## 2 Material und Methoden

Das Forschungsprojekt wird als gemeinschaftliches Pilotprojekt des Arbeitsmedizinischen und Sicherheitstechnischen Dienstes der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe (ASD\*BGN) und der AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH / TÜV Rheinland Group (AMD TÜV) durchgeführt, begleitet durch die Arbeit im Rahmen der vorliegenden Dissertation im Bereich Arbeitsmedizin der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Material (Stichprobe) und Methoden bedurften daher einer Abstimmung zwischen allen Projektbeteiligten und berücksichtigen sowohl Vorgaben seitens des ASD\*BGN bezüglich der Stichprobengruppe als auch die personellen Ressourcen der AMD TÜV.

Der geplante Inhalt und das Forschungsdesign der Arbeit wurden der Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität vorgestellt und mit der Registraturnummer 98/13 am 31. Juli 2013 schriftlich genehmigt.

### 2.1 Studiendesign und Methodik

Die Forschungsfragen beeinflussten die Wahl der angewandten Methoden. Nach Flick (2005) ist das Forschungsdesign als Zusammenführung von bestimmten Einflussfaktoren wie verwendeten Methoden, verfügbaren Ressourcen, dem Theorierahmen, den zielorientierten Forschungsfragen sowie der Darstellung und Generalisierbarkeit zu sehen, ausgerichtet auf das Erreichen des gesetzten Zieles, der systematischen Ergebniserhebung.

Hierfür stehen zahlreiche Methoden und Verfahren zur Verfügung. Unterschieden werden qualitative und quantitative Forschungsmethoden.

Zur Beantwortung der o. g. Forschungsfragen werden empirisch-quantitative Befragungen, hier in der Sonderform des strukturierten Einzelinterviews, durchgeführt. Der Forschungsprozess verläuft linear:

- Fixieren von Forschungsgrundlage und Forschungsziel,
- Formulierung der Forschungsfragen,
- Auswahl von Verfahren und Stichprobe,
- Planung des Fragebogendesigns als Grundlage der strukturierten Interviews,

- Praxiserprobung und Überarbeitung der Fragebögen,
- Datenerhebung mittels strukturierter Interviews sowie
- Datenauswertung, -aufbereitung und Schlussfolgerung.

Ein neues Betreuungskonzept muss sich inhaltlich und organisatorisch mit dem bisher praktizierten vergleichen lassen. Daher dienen die Interviews einer vergleichenden Gegenüberstellung (Vorher-Nachher-Betrachtung)

Für die Datenerhebung werden zwei Interviews je Betrieb durchgeführt: Das erste („ex ante“) findet vor der Erläuterung des neuen Konzeptes statt und erfasst die Bewertung der bisherigen betriebsärztlichen Betreuung allein durch den Betriebsarzt.

Das zweite Interview erfolgt jeweils nach der Nutzung („ex post“) von Leistungen des neuen Konzeptes unter Einbeziehung von nichtärztlichen Experten. Der konkrete Zeitpunkt des zweiten Interviews wird je nach Betriebsgröße und der daraus abgeleiteten, von der BGN zur Verfügung gestellten Einsatzzeit der Grundbetreuung jeweils sehr zeitnah liegen, maximal eine Woche nach der Leistungserbringung, so dass die Eindrücke und Erfahrungen noch präsent sind.

Für die Interviews stehen zwei selbst entwickelte, standardisierte Fragebögen, „ex ante“ und „ex post“ zur Verfügung (Anlagen 1 und 2). Alle Befragten bekommen die jeweils gleichen Fragen in identischer Formulierung und Reihenfolge vom Interviewer gestellt. Wichtige Voraussetzung ist dabei die strikte Neutralität des Interviewers. Die erfragten Aspekte entsprechen explizit nicht der Gliederung der betriebsärztlichen Aufgaben nach ASiG oder DGUV V 2, da diese sehr allgemein formuliert sind und für die angestrebte Gegenüberstellung nicht ausreichend aussagefähig erscheinen.

Befragt wird jeweils dieselbe Person (Unternehmer/Betriebsleiter) eines Unternehmens, da diese letztlich als Auftraggeber und Entscheider fungiert. Der Unternehmer/Betriebsleiter nutzt die Leistungen jeweils gemeinsam mit seinen Beschäftigten.

Die Vorteile des strukturierten Interviews liegen in der persönlichen Befragung. Aufgrund der Diversität der Stichprobengruppe hinsichtlich Branche und individuellem Bildungsgrad können vereinzelt Erläuterungen hilfreich sein. Zudem besteht die Sicherheit, dass die Antworten überlegt sind und nicht unter Zeitdruck oder als „Ankreuzspiel“ abgegeben werden.

Innerhalb des Dienstleistungsprozesses der betriebsärztlichen Betreuung erscheint diese quantitative Forschungsmethode sinnvoll, da die Beurteilungskriterien vergleichsweise einfach strukturiert, ausreichende Kenntnisse über die relevanten Inhalte vorhanden sind und die Beurteilung eines neuen Betreuungskonzeptes quantifiziert werden soll. Die Methode liefert exakt quantifizierbare Ergebnisse, bietet die Möglichkeit, größere Stichproben zu untersuchen, um repräsentative Ergebnisse und eine hohe Validität zu erhalten. Außerdem lässt sie vielfältige statistische Auswertungen zu (Winter 2000).

### **2.2 Stichprobenauswahl und -zusammensetzung**

In Abstimmung mit dem Projektpartner ASD\*BGN wurde als Stichprobe die Pilotregion Magdeburg-Halberstadt mit den jeweils angemeldeten Mitgliedsbetrieben gemäß der ASD\*BGN-Struktur ausgewählt. Innerhalb eines Jahres ist eine definierte Anzahl von Unternehmen zu betreuen. Die Mitgliedsbetriebe des ASD\*BGN weisen eine sehr heterogene Zusammensetzung auf hinsichtlich

- Teilbranchenzugehörigkeit innerhalb der BGN,
- Beschäftigtenzahl,
- der geografischen Lage und der
- Erfahrungen mit betriebsärztlicher Betreuung.

Die Unternehmen der Stichprobengruppe umfassen folgende Teilbranchen:

- Gastgewerbe und Schausteller,
- Bäckereibetriebe,
- Fleischereibetriebe,
- Betriebe der Nahrungsmittelherstellung und die
- Getränkeindustrie.

Gemäß der Vorgabe des Projektpartners ASD\*BGN wird innerhalb der Stichprobengruppe unterschieden nach Beschäftigtenzahl in

- a) Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten,
- b) Betriebe mit 11 bis 50 Beschäftigten und
- c) Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten.

Diese Klassifikation erfolgt analog der DGUV Vorschrift 2 der BGN, Anlagen 1, 2 und 3, sie entspricht damit den in der Vorschrift aufgeführten Betriebsgrößengruppen. Im Interesse der Vereinbarkeit der wissenschaftlichen Erkenntnisse mit den aktuellen Gegebenheiten des Regelwerkes sollen die Betriebsgrößen ebenfalls betrachtet werden.

Die geografische Lage der einzelnen Betriebe ist zwar hinsichtlich der Termindisposition für die AMD TÜV von Bedeutung, soll in dieser Arbeit jedoch vernachlässigt werden, da keine unmittelbare Auswirkung mit Bezug auf die Forschungsfragen anzunehmen ist.

Bestehende Erfahrungen zur betriebsärztlichen Betreuung sind in der Mehrzahl der Unternehmen aus der jährlichen Regelbetreuung vorhanden. Ausnahmen stellen personelle Wechsel in den Führungsebenen und Unternehmensneuanmeldungen dar.

Insgesamt beträgt die potentielle Stichprobenanzahl 463 Unternehmen, die innerhalb eines Jahres turnusgemäß betriebsärztlich betreut werden. Allen diesen Unternehmen wird das Pilot- und Forschungsprojekt vorgestellt. Den Unternehmern steht es frei, sich am Projekt zu beteiligen oder die bisherige Betreuungsform beizubehalten. Ebenso wie die Projektteilnahme ist für die Unternehmen auch die Teilnahme an den strukturierten Interviews freiwillig.

Die in den strukturierten Interviews gewonnenen Daten werden über das Statistik-Programm „IBM SPSS Statistics“, Version 17, erfasst und ausgewertet. Da die Interview-Fragebögen eine Vielzahl von Fragen aufweisen und die Stichprobengruppe mehr als 100 Betriebe umfasst, welche jeweils zwei Interviews (zur Bewertung der alten Betreuungsform und zur Bewertung der neuen Betreuungsform) durchlaufen, bietet die computergestützte Datenanalyse eine Arbeitserleichterung und verspricht eine geringere Fehlerquote.

### **2.3 Klientelspezifische Anpassung des Betreuungskonzeptes**

Für das konkrete Forschungsprojekt ist es erforderlich, das Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ an die konkrete Stichprobengruppe anzupassen. Ausschlaggebend ist die klientelspezifische, oft geringe Beschäftigtenzahl je Unternehmen mit weniger als 10 Beschäftigten. Daraus resultiert auf Basis der DGUV Vorschrift 2 auch ein sehr geringes Zeitfenster für betriebsärztliche Leistungen in der Grundbetreuung, welches durch den ASD\*BGN je Betrieb zugewiesen wird. Allerdings gestattet der ASD\*BGN, die

Leistungszeiten als Pool zu betrachten bzw. in einem Betrieb nicht ausgeschöpfte Zeiten als Jongliermasse anderen Betrieben zugutekommen zu lassen.

Aufgrund zum Teil verschiedener Arbeitszeiten von ASD\*BGN-Betrieben und betriebsärztlichem Dienstleister (z. B. private Bäckereien, Bars) erfolgen Terminabstimmung und Erfassung von Leistungswünschen auch vorab schriftlich in Form einer strukturierten Briefaktion. Einerseits ist das schriftliche Leistungsangebot Bestandteil des Dienstleistungsauftrages des ASD\*BGN an den betriebsärztlichen Dienstleister, andererseits wird über die Briefaktion der Organisationsaufwand gesenkt.

Die bei Kleinstbetrieben (bis 10 Beschäftigte) geringen Zeitfenster je Betrieb für die Grundbetreuung ermöglichen es dem Betriebsarzt nicht, jeden Betrieb einmal pro Jahr persönlich aufzusuchen. Im Regelfall erfolgt ein persönlicher Besuch des Betriebsarztes im Drei-Jahres-Intervall. Seine Betriebs- und Branchenkenntnisse gestatten es jedoch, in Abstimmung mit dem Unternehmer, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und ggf. der Mitarbeitervertretung praxisorientierte und nutzbringende Leistungsinhalte herauszustellen und durch das Präventionsteam umsetzen zu lassen. Hierfür ist prozessbegleitend eine besonders enge und regelmäßige Abstimmung zwischen Betriebsarzt und Präventionsteam notwendig.

### **2.3.1 Inhaltliche Gestaltung der Interviewfragebögen**

Beide Interview-Fragebögen, sowohl „ex ante“ als auch „ex post“, erfassen Informationen zu den erhaltenen Leistungsinhalten je Betrieb und zur wahrgenommenen Organisation der Leistungserbringung. Erfragt wird konkret, welche Leistungen genutzt werden, welche Bedeutung diesen beigemessen wird und wie zufrieden die Leistungsempfänger sind. Um eine korrekte Auswertung zu ermöglichen, wird, wie oben erwähnt, darauf geachtet, dass die projektteilnehmenden Betriebe jeweils beide Interviews durchlaufen.

Die Fragengruppen A 1 bis A 12 des Interview-Fragebogens „ex ante“ beschäftigen sich mit der Situation auf Basis der bisherigen Betreuung allein durch den Betriebsarzt und mit den Erwartungen der Unternehmer. Im Interview-Fragebogen „ex post“ konzentrieren sich die Fragengruppen B 1 bis B 16 auf die Bewertung der neuen Betreuungsform mit ärztlich delegierter Leistung, ausgeführt durch nichtärztliche Mitglieder des Präventionsteams. In beiden Interview-Fragebögen sind die Fragen 1 bis 6 (A und B) gleichermaßen enthalten. Sie ermöglichen die spätere Auswertung u. a. nach Betriebsgrößen (Anlagen 1 und 2).

### **2.3.2 Handlungsfelder für das Präventionsteam**

Der Interview-Fragebogen „ex post“ spiegelt in der Fragengruppe 8 verschiedene Möglichkeiten ärztlich delegierbarer Leistungen wider und zeigt damit Handlungsfelder für das Präventionsteam auf. Diese Handlungsfelder resultieren aus der betriebsärztlichen Kenntnis der Betriebe durch bereits in Vorjahren vorgenommene Betriebsstätten-Begehungen oder in Einzelfällen aus der Kenntnis gleichwertiger Betriebe. Unternehmer, Betriebsarzt und Präventionsteam stimmen in regelmäßigen Meetings ab, welche Leistungen in welchem Betrieb sinnvoll sind. Wesentlichen Einfluss hat neben dem Betriebsarzt der Unternehmer. Seine konkreten Wünsche werden berücksichtigt.

Neben dem Betriebsarzt stehen für die Übernahme delegierter Leistungen im AMD TÜV-Zentrum bis zu vier nichtärztlich qualifizierte Fachexperten zur Verfügung. Alle vier Personen sind Fachhochschulabsolventen in den Studiengängen Gesundheitsmanagement oder Sportwissenschaft. Zusatzqualifikationen bestehen in einer Ausbildung zum Physiotherapeuten und in der Psychologie (Doktorand). Der Tätigkeitsschwerpunkt dieser Fachexperten soll in erster Linie in der Ausführung praktischer Übungen zur Förderung von Bewegung, Entspannung und gesunder Ernährung liegen. Diese speziell im Studium erworbenen Kenntnisse werden als Grundvoraussetzung für eine Mitwirkung im Präventionsteam angesehen. Darüber hinaus können das bestehende Wissen und bereits gesammelte Erfahrungen aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz je nach Bedarf der Vertragsbetriebe eingebracht und vermittelt werden.

Ferner stehen im Präventionsteam ein Ernährungsberater und ein Logopäde als externe Kooperationspartner zur Verfügung. Spiegeln die Interviews einen Bedarf auf diesen Fachgebieten wider, ist die Einbeziehung dieser Gesundheitsexperten ebenfalls möglich.

### **2.3.3 Durchführung der strukturierten Interviews**

Die strukturierten Interviews werden je Betrieb jeweils durch ein und dieselbe Person durchgeführt, entweder durch den Betriebsarzt selbst oder durch ein Mitglied seines Präventionsteams. Entscheidet der Betriebsarzt, persönlich im Betrieb aktiv zu werden, führt er auch persönlich die Interviews. Entscheidet er, Teilleistungen für einen Betrieb an ein Mitglied seines Präventionsteams zu delegieren, übernimmt das Präventionsteammitglied die Interviews. Da die Fragen und Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, können Fehler durch

unterschiedliche Interviewer weitgehend minimiert werden. Alle Interviewer erfahren eine gemeinschaftliche Einweisung.

### **2.3.4 Auswahl und Darstellung der statistischen Parameter**

Für die Auswertung werden folgende Werte berechnet bzw. zusammengestellt:

- Arithmetisches Mittel (Mittelwert),
- Median,
- Minimum und Maximum sowie
- oberes und unteres Quartil.

Die Basis bildet eine Likert-Skala als gängiges Verfahren zur Messung persönlicher Einstellungen, die mit Hilfe von Items abgefragt werden. Dabei sind die Items positiv oder negativ formulierte Aussagen zu einem konkreten Sachverhalt, zu dem die Befragten den Grad ihrer Ablehnung oder Zustimmung in mehreren, vorgegebenen Stufen äußern. Hierfür wird ein Fünf-Punkte-Maßstab angewandt. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind so aufgebaut, dass zwischen ihnen ein möglichst gleicher „Abstand“ besteht (Äquidistanz).

Die Ergebnisse der strukturierten Interviews werden als arithmetisches Mittel oder prozentual wiedergegeben. Die Mittelwerte errechnen sich auf Basis einer Antwortklassifizierung von „0“ schlecht/gering über „1“ eher schlecht/eher gering, „2“ teils/teils, „3“ eher gut/eher hoch bis „4“ gut/hoch.

Zur Veranschaulichung erfolgt eine farbliche Unterlegung in drei Gruppen, wobei die Bewertungen von 0 bis 1,33 mit rot (negativ), die Bewertungen von 1,34 bis 2,66 mit gelb und Bewertungen von 2,67 bis 4,0 mit grün (positiv) dargestellt werden, so dass im Ampelsystem eine qualitative Bewertung auch optisch deutlich wird.

Im arithmetischen Mittel (Mittelwert) werden alle Werte gleichermaßen abgebildet. Extreme Ausreißer können den Mittelwert je nach Stichprobengröße durchaus stark beeinflussen. Daher stellt die Ermittlung von Median – er wird von extremen Werten (Ausreißern) praktisch kaum beeinflusst, macht aber andererseits auf Ausreißer weniger deutlich aufmerksam –, Minimum und Maximum sowie von oberem und unterem Quartil, zwischen denen 50 % aller Bewertungen lagen, eine gewisse Kontrolle auf Plausibilität dar.

Alle genannten Werte werden grafisch auch in Boxplots dargestellt. Um Redundanzen zu vermeiden, erfolgt die Bündelung der Boxplots im Anhang dieser Arbeit. Tiefer gehende Informationen zu einzelnen Bewertungen durch die Unternehmer können hier eingesehen werden. Zur Vereinfachung beim Auffinden tragen die Boxplots im Anhang dieselbe Nummer wie die Abbildung der Mittelwerte, ergänzt um ein „A“ für Anhang.

Für den Vergleich zwischen alter und neuer Betreuungsform hinsichtlich der Zufriedenheit der befragten Unternehmen erfolgte die Signifikanz-Berechnung mit Hilfe des Wilcoxon-Tests.

### **2.3.5 Zusatzinformationen**

Die Einführung einer neuen Betreuungsform und deren Bewertung über strukturierte Interview-Fragebögen sowie die enge Zusammenarbeit mit dem Unternehmer verleiten dazu, zusätzlich einige Aspekte und Fragen aufzunehmen, die die Meinung der Unternehmer zum Arbeits- und Gesundheitsschutz generell beleuchten. Zwar ist dies nicht vordergründig Forschungsaufgabe dieser Arbeit, es rundet jedoch das Gesamtbild ab. So wird der Unternehmer „ex post“ gefragt, wie er die gesetzliche Pflicht zur betriebsärztlichen Beratung bewertet (B 14) und ob er ohne gesetzliche Verpflichtung dem Arbeits- und Gesundheitsschutz dieselbe Aufmerksamkeit widmen würde. Die Ergebnisse bieten vor allem der Diskussion zu diesem Forschungsprojekt hinsichtlich der Erfordernisse konkreter Zeitvorgaben für betriebsärztliche und auch arbeitssicherheitstechnische Betreuung Raum und könnten bei einer möglichen, späteren Novellierung der Regelwerke wesentlich werden.

## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Nachbetrachtungen zum Design**

Vor der Darstellung inhaltlicher Ergebnisse sollen zunächst die Ergebnisse/Erfahrungen mit dem gewählten Design beschrieben werden. Betrachtet werden in erster Linie die Fragen:

- War in der Retrospektive die Auswahl des Designs richtig und zielführend?
- Konnten mit dem gewählten Design verwertbare Ergebnisse erzielt werden, die es ermöglichen, die gestellten Forschungsfragen zu beantworten?

Beide Fragen werden zustimmend beantwortet. Die gestellten Forschungsfragen gaben eine klare Orientierung für die Gestaltung der strukturierten Interviews. Dabei äußerten die interviewten Teilnehmer ihre persönliche Meinung aus unternehmerischer Sicht und bewerteten das neue Betreuungskonzept nach einheitlichem Standard. Häufige Wechsel der Führungskräfte in den Betrieben oder Betriebsteilen und eine am Anfang offensichtliche, vorsichtige Zurückhaltung begrenzten die erhaltenen Einschätzungen zur bisherigen Leistungsqualität. Hinzu kam, dass gerade in kleinen Betrieben die bisherige Betreuung „pflichtgemäß wahrgenommen“ wurde, aber wenig Aufmerksamkeit und Wertschätzung erfuhr, so dass bewertende Nachbetrachtungen schwer fielen.

Die unter 2.1 beschriebenen Vorteile des strukturierten Interviews erwiesen sich als zutreffend. Einzelne Fragen bedurften vertiefter Erläuterungen, welche vorab nicht erwartet worden waren und auch in der Erprobung der Interview-Fragebögen nicht auftraten. Die Interviewer berichteten keinen Zeitdruck und keine unüberlegten Antworten der Unternehmer. Bei einem Wechsel in der Unternehmens- oder Betriebsteilführung und damit verbundener, fehlender Kenntnisse zur bisherigen Betreuung blieben die entsprechenden Fragen offen. Damit haben die Interview-Fragebögen „ex ante“ und „ex post“ den ihnen zgedachten Zweck erfüllt.

### **3.2 Ergebnisse der Erhebung**

In der ASD\*BGN-Pilotregion Magdeburg-Halberstadt waren zum Zeitpunkt des Forschungsprojektes 463 Betriebe gemeldet. Davon wünschten 28 Betriebe (6 %) aktuell keinerlei Betreuungsleistung und 74 weitere Betriebe (16 %) lehnten eine Teilnahme am Forschungsprojekt mangels Interesse ab. Somit verblieben für die Anwendung des neuen

Konzeptes 361 Betriebe (78 %). An den strukturierten Interviews beteiligten sich als Stichprobengruppe 121 Betriebe, das entspricht einem Anteil von 33,5 %. Diese 121 Betriebe stellen somit die tatsächliche Stichprobengruppe dar, 28 aus der Teilregion Halberstadt und 93 aus der Teilregion Magdeburg (Unterteilung gemäß Kundenliste des ASD\*BGN). Hinsichtlich der Beschäftigtenzahl und der Branchenverteilung führten die Interviews zu folgenden Ergebnissen:

### Zusammensetzung nach der Beschäftigtenzahl

- Betriebe mit ≤ 10 Beschäftigte - 55 Betriebe (45 %)
- Betriebe mit 11-50 Beschäftigten - 49 Betriebe (41 %)
- Betriebe mit > 50 Beschäftigten - 17 Betriebe (14 %)

### Zusammensetzung nach Branchen

- Gastgewerbe und Schausteller - 83 Betriebe (69 %)
- Bäckereibetriebe - 16 Betriebe (13 %)
- Nahrungsmittelherstellung - 15 Betriebe (12 %)
- Fleischereibetriebe - 5 Betriebe ( 4 %)
- Getränkeindustrie - 2 Betriebe ( 2 %)

Im Folgenden werden zunächst die „ex ante“-Ergebnisse dargestellt, dann die Ergebnisse „ex post“.

### **3.2.1 Interview-Ergebnisse „ex ante“**

Rückblickend auf die bisherige Betreuung nach altem Konzept ausschließlich durch den Betriebsarzt gaben lediglich 33 der befragten 121 Betriebe an, neben der betriebsärztlichen Standardberatung weitere, konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen gehabt zu haben. Dies entspricht einem Anteil von 27 % der Gesamtstichprobe.

Bei Betrachtung der konkreten arbeitsmedizinischen Fragestellungen belegten die Themen Hautschutz (18 Betriebe, 54 %), Tauglichkeit/Berufsfähigkeit (6 Betriebe, 18 %) und Hygiene (6 Betriebe, 18 %) die ersten drei Plätze. Die seitens der Berufsgenossenschaft als Schwerpunkte herausgestellten Themen Rückenbeschwerden (3 Betriebe, 9 %) und psychische Belastungen (2 Betriebe, 6 %) belegten in der Vergangenheit bezüglich aktiver Fragestellungen hintere Plätze (Abbildung 6).

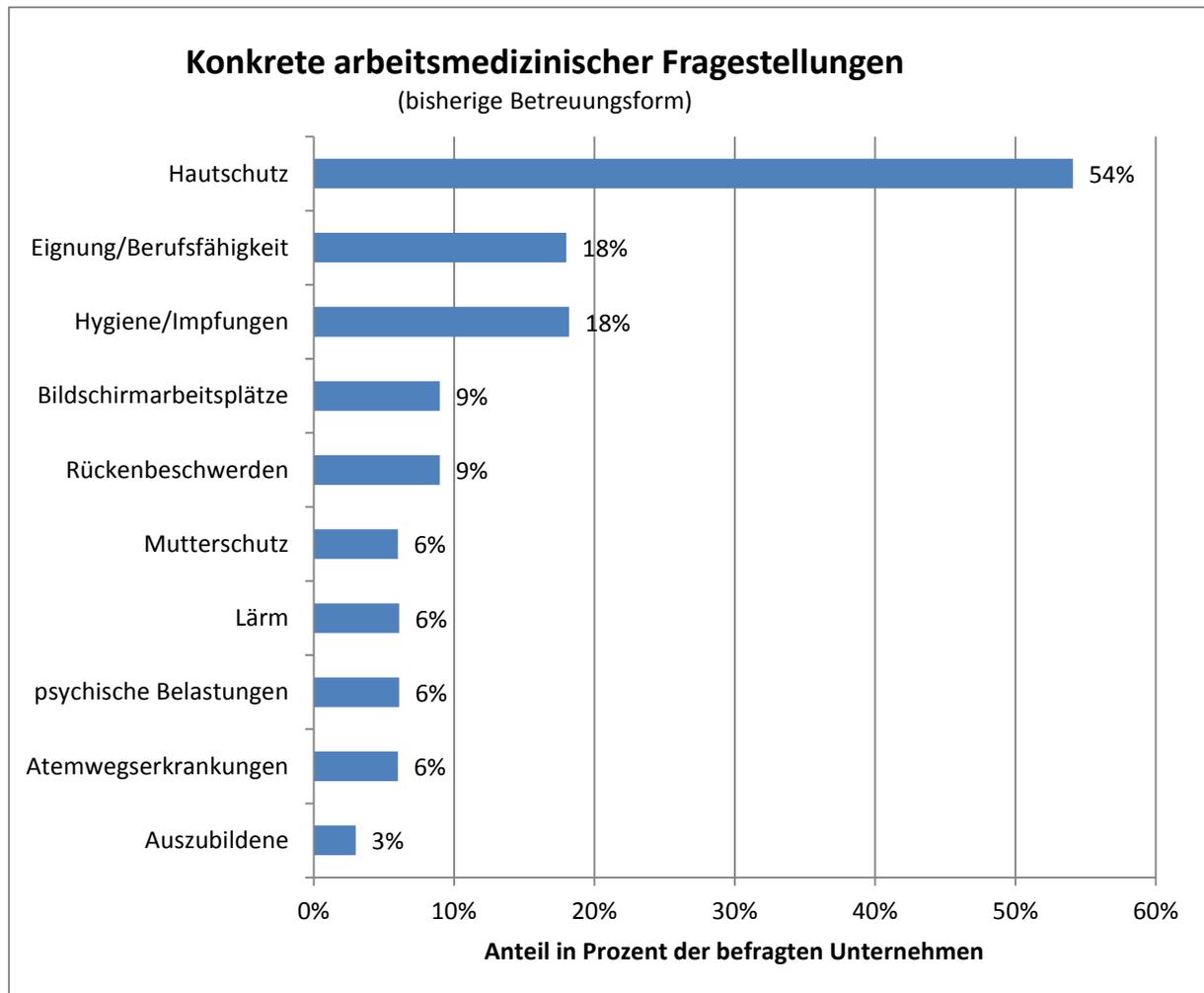


Abbildung 6: Konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen aus der bisherigen Betreuung

Ermittelt wurde die vom Unternehmer wahrgenommene Leistungsqualität, ob die Fragestellungen eine Lösung erfuhren und wie zufrieden der Unternehmer mit dieser Lösung war. Die Antwortmöglichkeiten entsprachen der o. g. Bewertungsklassifikation in fünf Gruppen (0 bis 4). Die Unternehmer bewerteten die Tatsache einer Lösungsfindung im Mittelwert mit 2,75, was nach der gewählten Skala zwischen „teils/teils“ und „eher ja“ einzuordnen ist. Mit dem Mittelwert 2,72 lag die Zufriedenheit mit der gefundenen Lösung auf einem ähnlichen Niveau, zwischen „teils/teils“ und „eher zufrieden“ (Abbildungen 7, 7/A). Eine Unterteilung der Zufriedenheitsbewertung nach Leistungsinhalten bzw. Themen erschien nicht sinnvoll, da alle Aspekte durch ein und dieselbe Person, den Betriebsarzt, bearbeitet und zudem meist in Kombination durchgeführt wurden. Die Leistungen selbst lagen oft ein Jahr oder länger zurück, so dass retrospektive Betrachtungen schwierig erschienen.

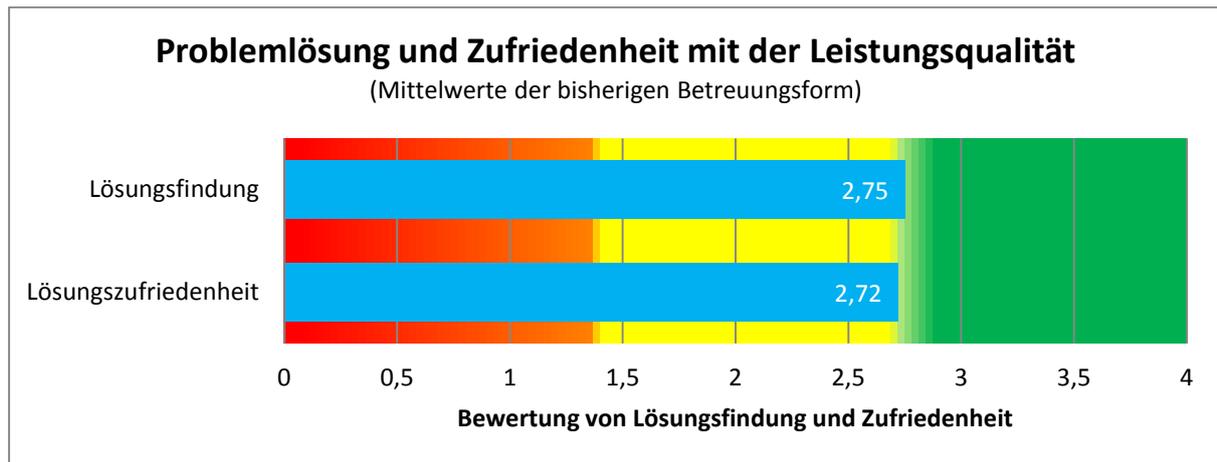


Abbildung 7: Problemlösung und Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsqualität (Mittelwerte)

Insgesamt waren 67,9 % der Befragten der Ansicht, dass für ihre arbeitsmedizinischen Fragestellungen in der Vergangenheit überwiegend eine Lösung gefunden werden konnte und 62,1 % der Unternehmer waren mit der gefundenen Lösung überwiegend oder ganz zufrieden.

90 % der befragten Unternehmer gaben an, in der Vergangenheit die betriebsärztliche Standardbetreuung genutzt zu haben. Ergänzend informierte der Betriebsarzt schwerpunktmäßig zu Hautschutzthemen (38 %) und ferner zu Fragen des Bewegungs- und Stützapparates im Zusammenhang mit Steh- und Sitzarbeitsplätzen (9 %) sowie zur Rückengesundheit allgemein (5 %). Während der betriebsärztlichen Standardbetreuung hinsichtlich ihrer Bedeutungsbewertung auf der Skala von 0 bis 4 lediglich ein Mittelwert von 2,45 beigemessen wurde, erzielten die Themen Bewegungs- und Stützapparat (2,67), Hautschutz (2,79) und Rückengesundheit allgemein (3,2) deutliche höhere Bewertungen. Konkreten, praxisnahen Themen messen die Unternehmer demnach eine höhere Bedeutung bei als der Standardbetreuung mit Arbeitsplatzbegehung und allgemeiner Beratung.

Neben der inhaltlich-fachlichen Bedeutung wurden auch die Zufriedenheitswerte in der bisherigen Leistungsorganisation hinterfragt. Dabei lag der Fokus auf der Erreichbarkeit des Betriebsarztes, der Nutzbarkeit und Verständlichkeit der vermittelten Inhalte, der Themenauswahl und auf dem zeitlichen Umfang der Betreuungsleistung. Alle Mittelwerte lagen um die Bewertung 3,0 und wiesen damit auf eine überwiegende Zufriedenheit hin (Abbildungen 8, 8/A).

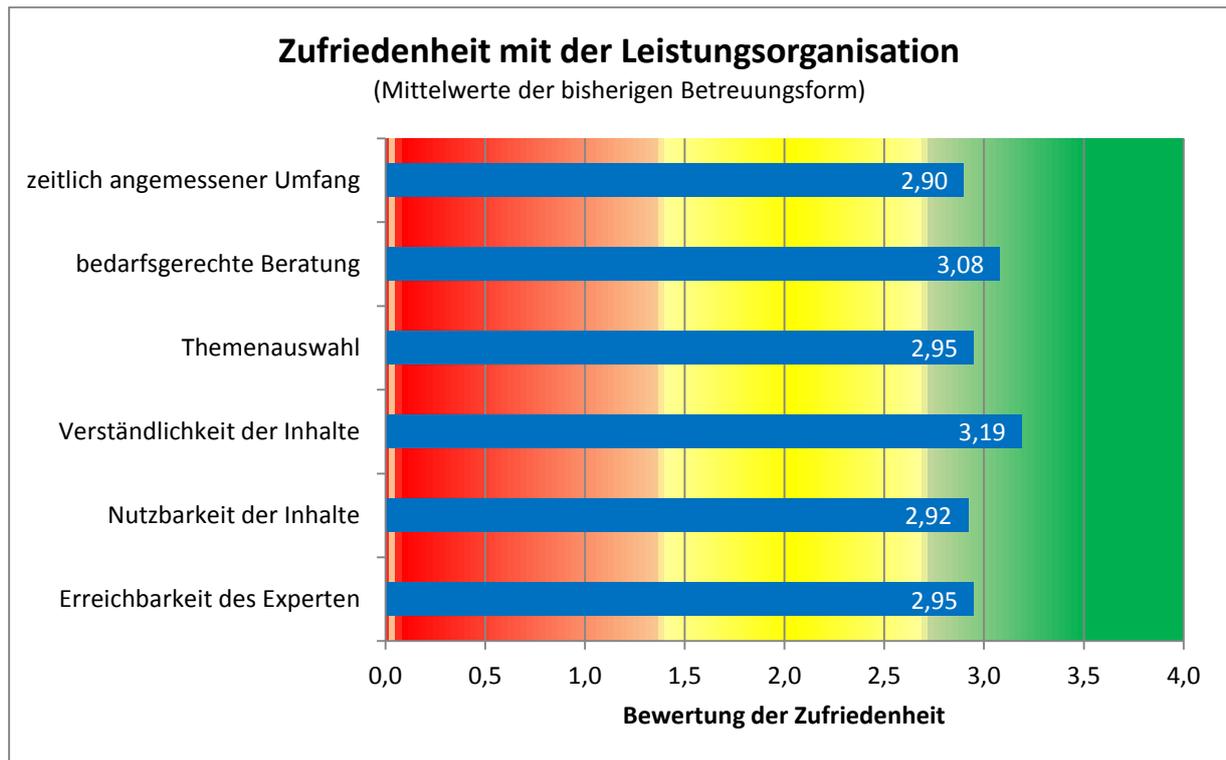


Abbildung 8: Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsorganisation (Mittelwerte)

Mindestens 72,1 % der Befragten waren mit der Leistungsorganisation zufrieden oder sehr zufrieden (Abbildung 9).

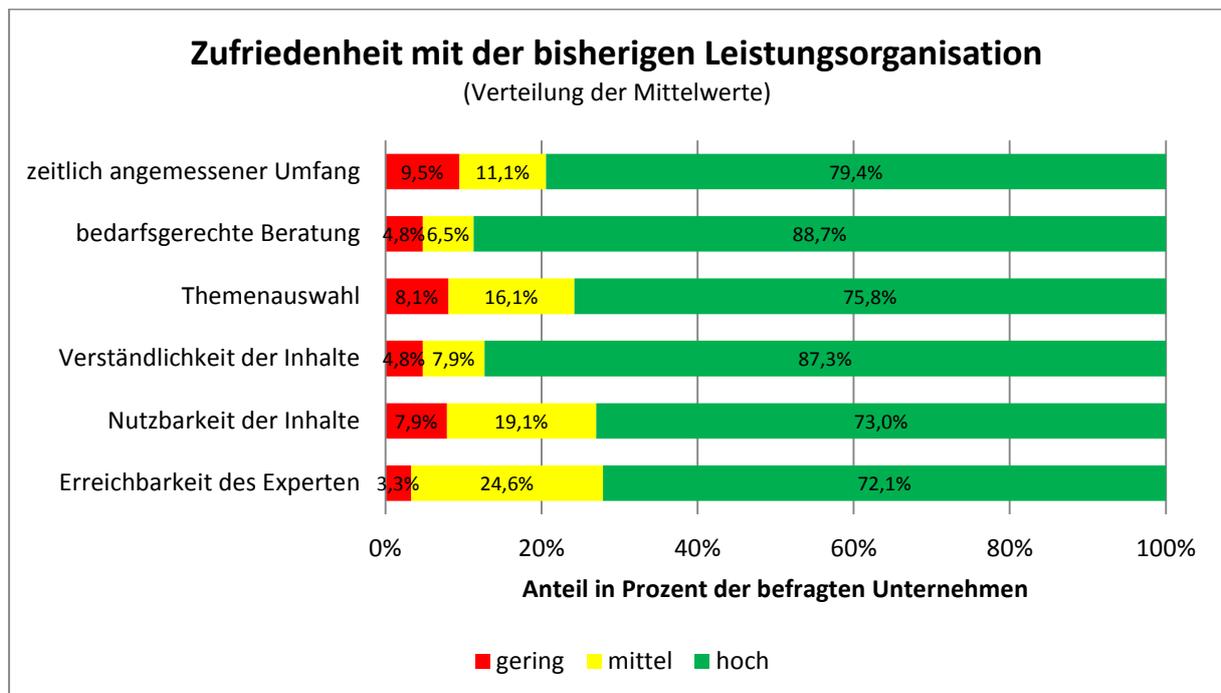


Abbildung 9: Verteilung der Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsorganisation

Neben der Zufriedenheit gaben die befragten Unternehmer auch ihre Einschätzung zur Bedeutung einzelner Aspekte an (Abbildungen 10, 10/A). Insbesondere die Verständlichkeit und die Nutzbarkeit der vermittelten Inhalte dominierten in der Bedeutung.

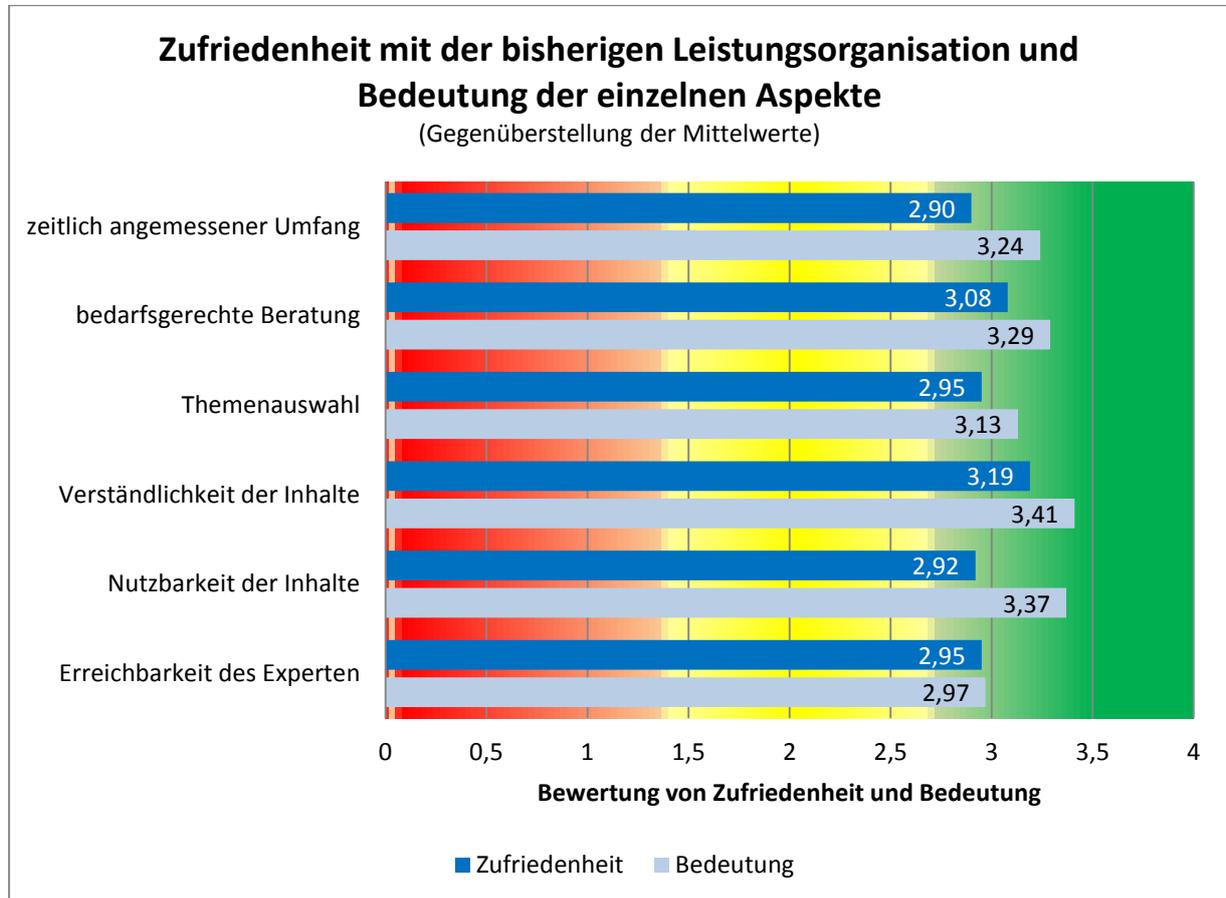


Abbildung 10: Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsorganisation und Bedeutung der einzelnen Aspekte (Mittelwerte)

Die separat erfragte Globalzufriedenheit wurde mit 2,96 bewertet und fasste damit die einzelnen Zufriedenheitswerte als überwiegend gut bzw. hoch noch einmal zusammen.

Wesentlich für die Umsetzung des neuen Betreuungskonzeptes ist die inhaltliche Berücksichtigung des Leistungsbedarfs der Unternehmer. Auf Basis betriebsärztlich vorausgewählter, klientelspezifischer Themengebiete sollten die Befragten ihren künftigen inhaltlichen Leistungsbedarf neben der betriebsärztlichen Beratung benennen.

Als künftige Leistungsschwerpunkte kristallisierten sich nach der Häufigkeit der Benennung die Themen Rückengesundheit (76 %), spezifische Beratung an Steh- und Sitzarbeitsplätzen (70 %), Hautschutz (60 %), psychische Belastungen (50 %) und Umgang mit kritischen

Situationen/Kunden (28 %) heraus. Hinsichtlich der eingeschätzten Wichtigkeit lagen diese Inhalte bis auf den Hautschutz ebenfalls an der Spitze. Auffallend war dabei, dass die betriebsärztliche Standardbetreuung bzw. die bisher übliche betriebsärztliche Beratung mit der wiederkehrenden Arbeitsplatzbegehung etwas in den Hintergrund der Bedeutung tritt (Abbildungen 11, 11/A).

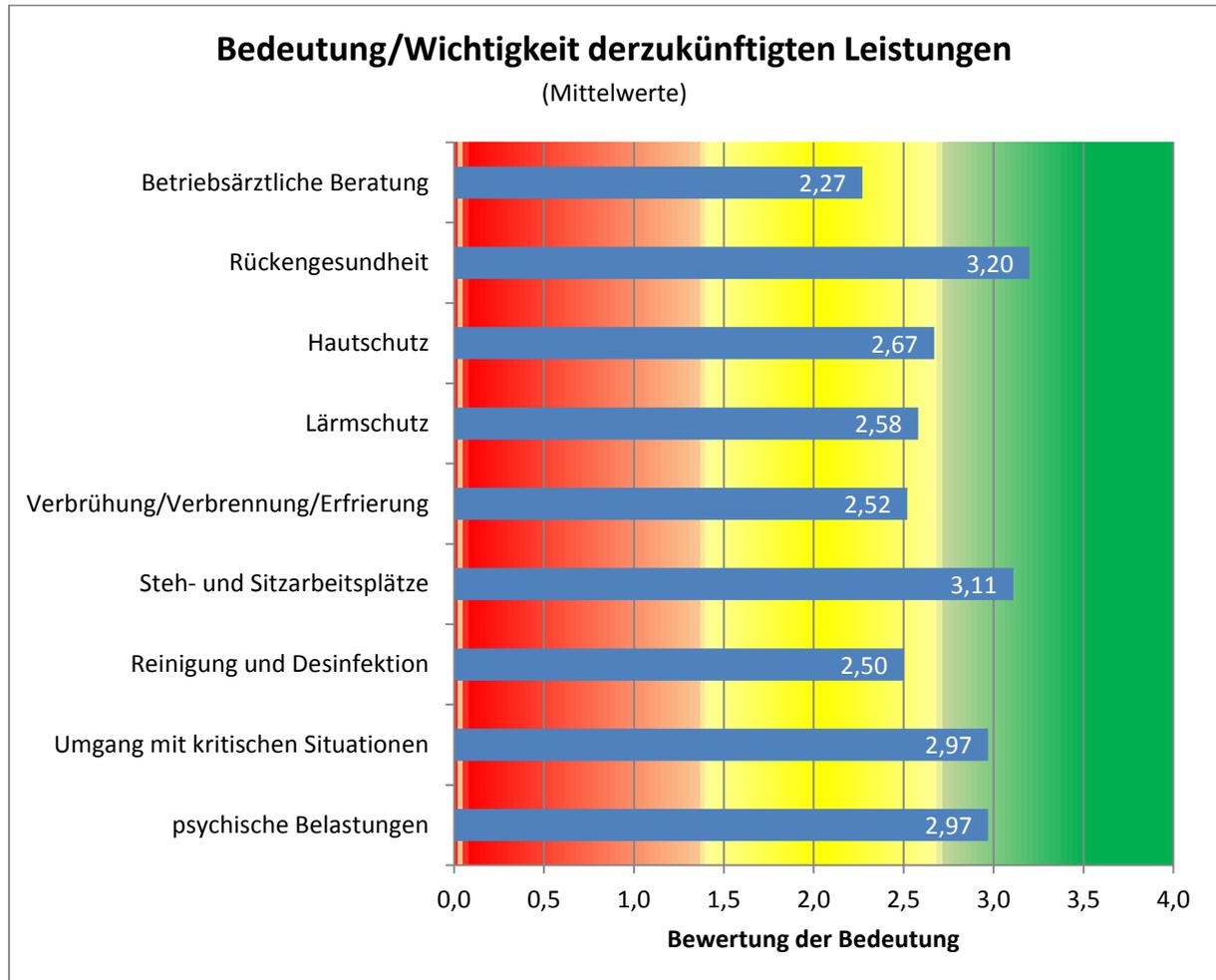


Abbildung 11: Bedeutung/Wichtigkeit der zukünftigen Leistungen (Mittelwerte)

Im Weiteren gaben die Unternehmer darüber Auskunft, welche Erwartungen sie an ein neues Betreuungskonzept knüpfen und welche Bedeutung sie einzelnen Aspekten beimessen.

Die oben bereits genannte hohe Bedeutung hinsichtlich Nutzbarkeit und Verständlichkeit der Inhalte spiegelte sich auch bei der Erwartungshaltung zum neuen Konzept wider. Die höchste Erwartung liegt in der Praxisorientierung (3,42) des neuen Betreuungskonzeptes und dieser kommt eine ebenso hohe Bedeutung (3,41) zu (Abbildungen 12, 12/A).

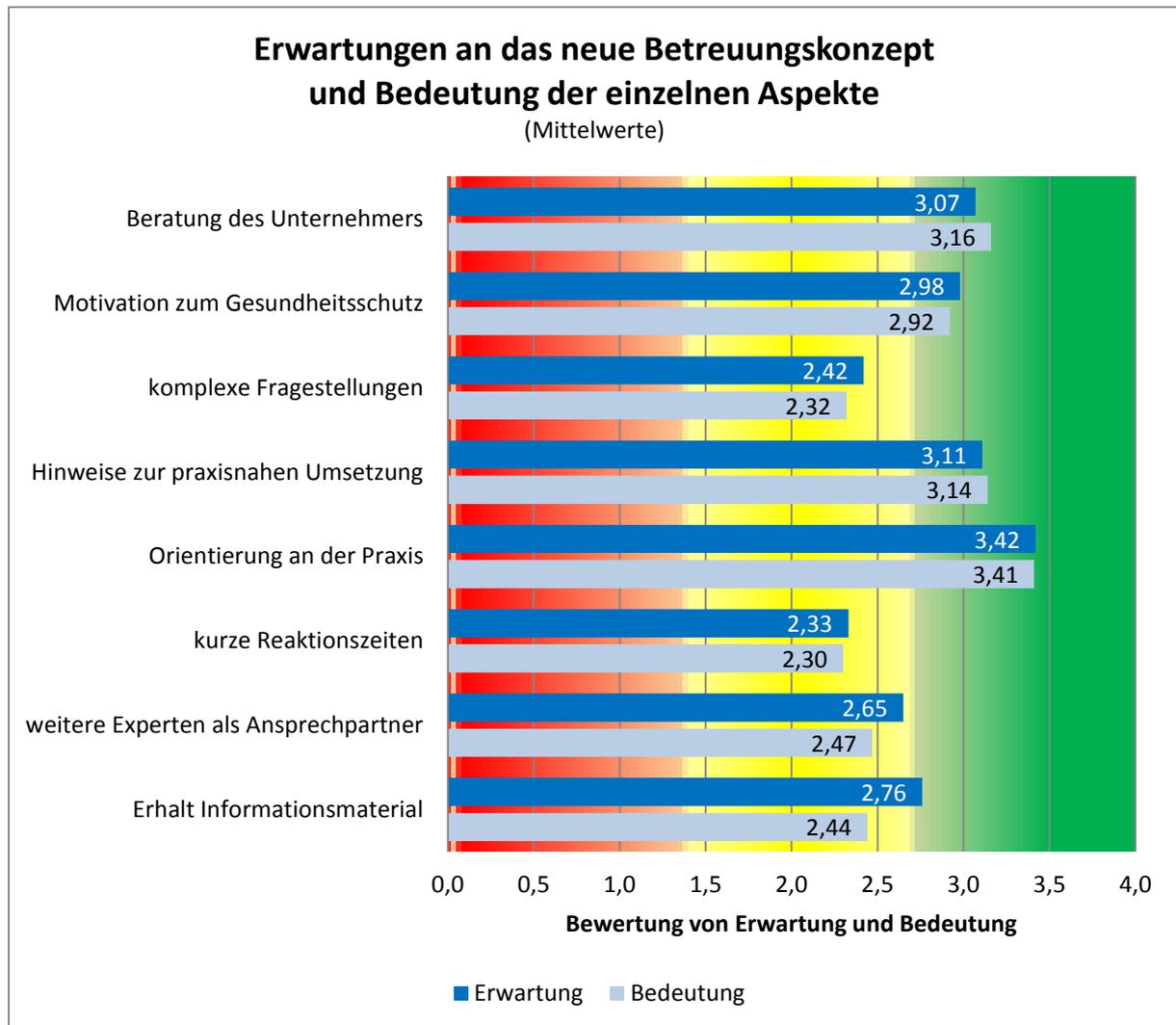


Abbildung 12: Erwartungen der Unternehmer an das neue Betreuungskonzept und Bedeutung der einzelnen Aspekte (Mittelwerte)

Zusammengefasst wurde die bisherige Betreuung ausschließlich durch den Betriebsarzt sowohl inhaltlich als auch organisatorisch gut bewertet. Auch die Globalzufriedenheit drückte eine überwiegende Zufriedenheit aus. An das den befragten Unternehmern anschließend vorgestellte neue Betreuungskonzept richteten diese konkreten Erwartungen, insbesondere hinsichtlich der Praxisorientierung. Dabei rückte die ärztliche Beratung mit der wiederkehrenden Arbeitsplatzbegehung nach bisherigem Muster in den Hintergrund. Erwartet wird das Aufgreifen und Thematisieren aktueller, spezifischer gesundheitlicher Belastungen und das Aufzeigen praktischer Lösungen und Hilfen.

### 3.2.2 Interview-Ergebnisse „ex post“

Der Einführungsworkshop als Prämisse des neuen Konzeptes, der Verknüpfung von betriebsärztlicher Betreuung und betrieblicher Gesundheitsförderung durch Delegation von Teilleistungen an nichtärztliche Gesundheitsexperten, fand in allen 121 Betrieben der Stichprobengruppe Anwendung (100 %).

In diesen Workshops wurden die vom Betriebsarzt empfohlenen Maßnahmen vorgestellt und erläutert, so dass der Unternehmer das nutzbare Gesamtportfolio kennen lernte und die für ihn bzw. seine Beschäftigten relevanten Inhalte auswählte. Diese Themeninhalte flossen je nach Betriebsgröße und gemäß DGUV V 2 zur Verfügung stehender Einsatzzeit für die Grundbetreuung in eine Jahres- oder Mehrjahresplanung ein und fanden nachfolgend im Unternehmen Anwendung. Angestrebt wurden im Interesse einer strukturierten und systematischen Vorgehensweise mehrjährige Arbeitspläne.

Nach der Vorstellung und Anwendung der abgestimmten Leistungsinhalte schloss sich in allen 121 Unternehmen der Stichprobengruppe mit dem zweiten Interview erneut eine Bewertung durch die Unternehmer an. Dabei sollten zuerst die neben dem Einführungsworkshop in Anspruch genommenen Leistungsinhalte benannt werden (Abbildung 13).

70 Betriebe (58 %) führten, meist aufgrund der für die Grundbetreuung sehr geringen Einsatzzeitvorgabe, im betrachteten Jahreszeitraum ausschließlich den Einführungsworkshop durch nichtärztliche Fachexperten durch und planen für die Folgejahre konkrete, weitere Aktionen, welche von nichtärztlichen Fachexperten ausgeführt werden.

In 51 Betrieben (42 %) wurden neben dem Einführungsworkshop insgesamt 100 weitergehende Maßnahmen durchgeführt. Am stärksten frequentiert waren:

- |   |           |
|---|-----------|
| - Beratung zur Gefährdungsbeurteilung und zu gesetzlichen Regelwerken | 20 Fälle, |
| - Betriebsärztliche Beratung  | 20 Fälle, |
| - Aktive Tipps und Übungen zur Rückengesundheit                       | 17 Fälle, |
| - Praktische Übungen zum Hautschutz                                   | 9 Fälle,  |
| - Beratung zu Ausgleichsbewegung/Sport                                | 8 Fälle.  |

Da die Gesamtzahl der o. g. Maßnahmen 100 beträgt, sind der absolute Wert (Fallzahl) und der relative Wert (Prozentzahl) hier identisch (Abbildung 13).

Betriebsärztlich empfohlene Entspannungsübungen für Büroarbeitsplätze stießen nicht auf Resonanz, obwohl diese aus ärztlicher Sicht durchaus angeraten waren.

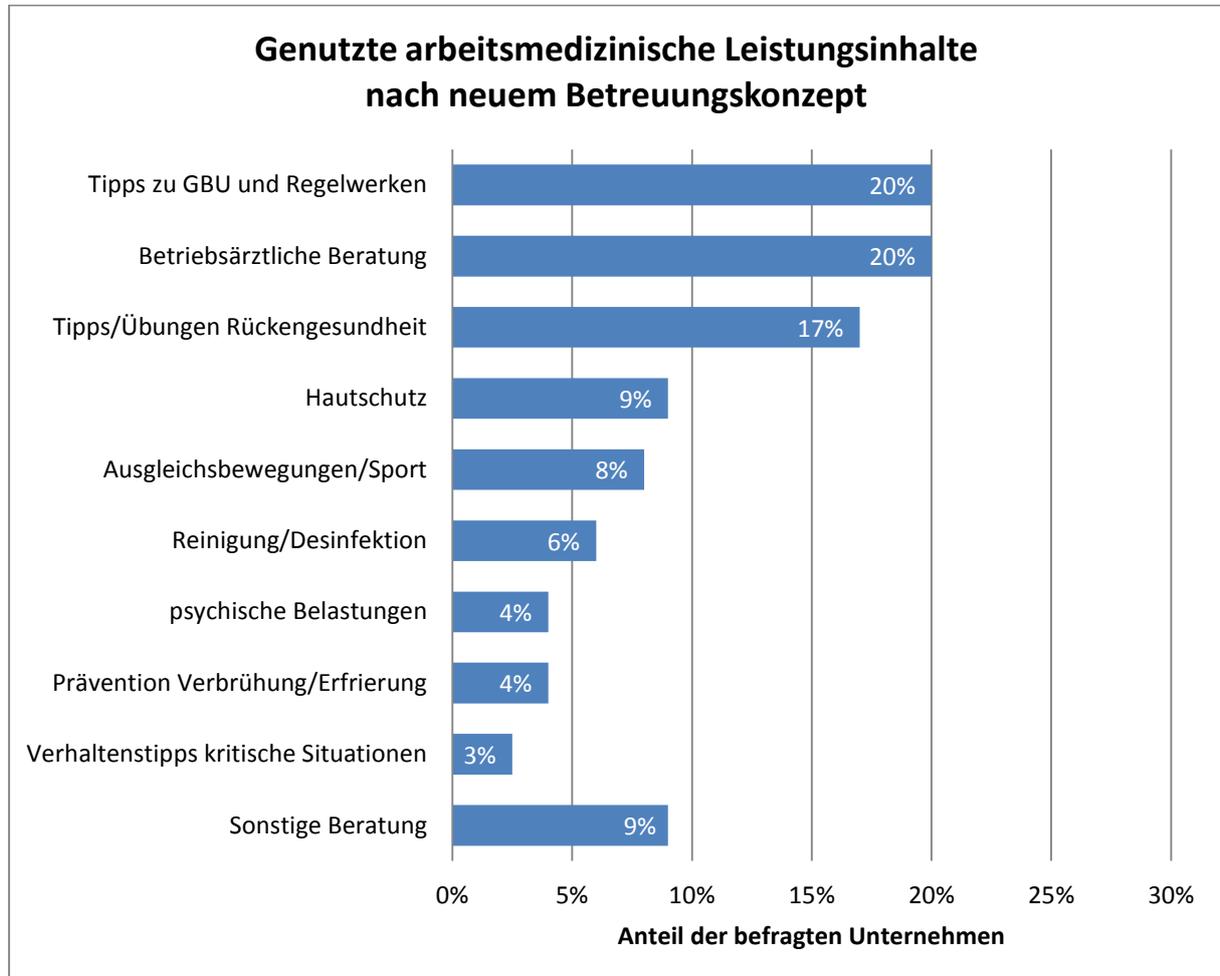


Abbildung 13: Genutzte arbeitsmedizinische Leistungsinhalte nach neuem Konzept

Die „sonstige Beratung“ umfasste Einzelfälle zu verschiedenen Fragestellungen hinsichtlich Arbeitsplatzgestaltung, Ernährung und Entspannung sowie zur Teamentwicklung.

Die Bewertung „ex post“ der Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung und mit der Leistungsorganisation nach dem neuen Konzept ergab Mittelwerte im positiven, oberen Drittel der Bewertungen (Abbildungen 14, 14/A und 15, 15/A).

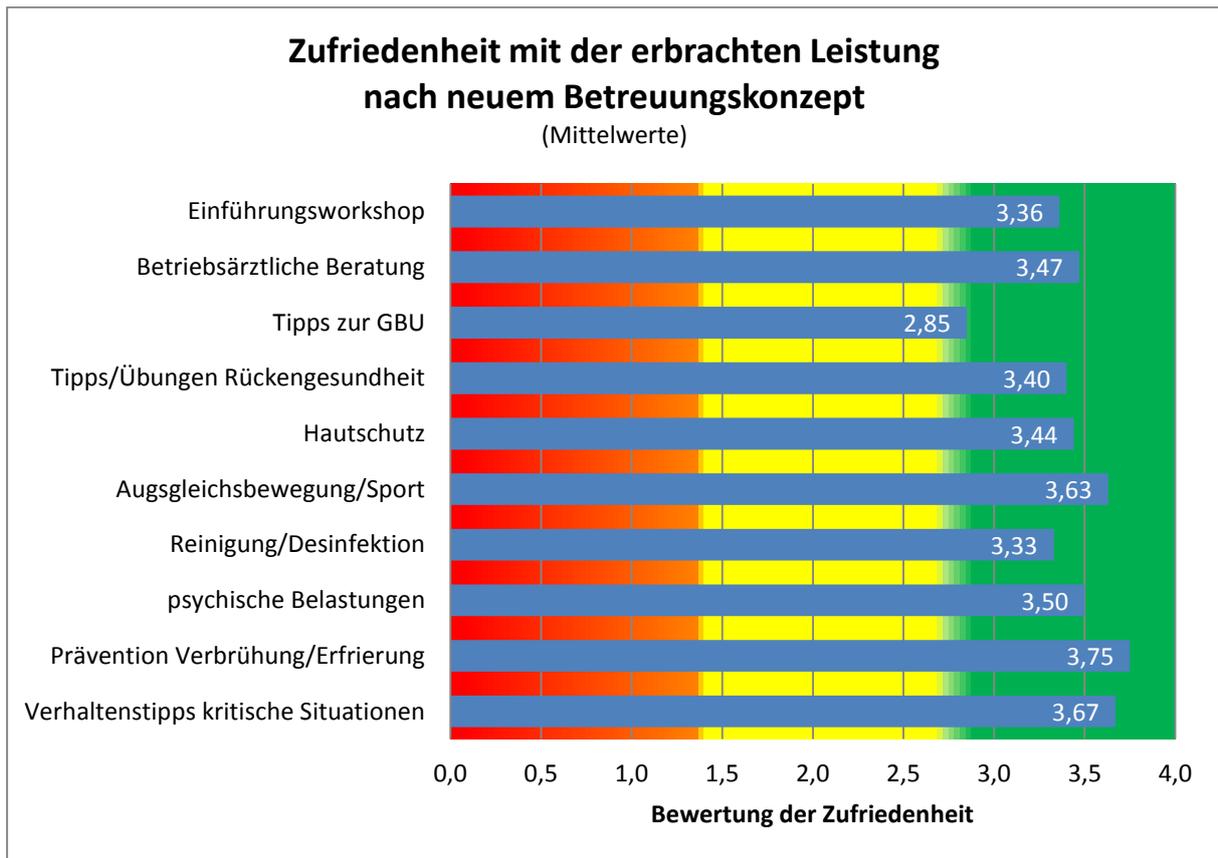


Abbildung 14: Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung nach neuem Betreuungskonzept (Mittelwerte)

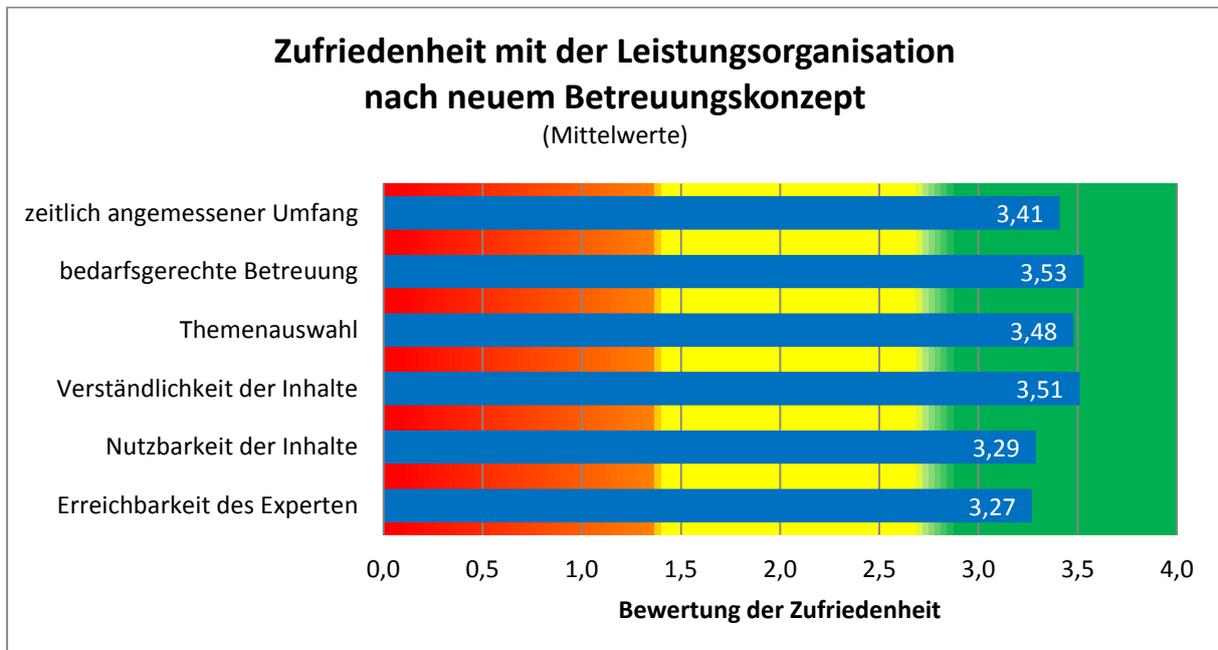


Abbildung 15: Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation nach neuem Betreuungskonzept (Mittelwerte)

Die Verteilung der Zufriedenheit wies insgesamt sehr hohe Werte aus. Mindestens 86,4 % der Befragten waren mit der Leistungsorganisation nach neuem Konzept zufrieden oder sehr zufrieden (Abbildung 16).

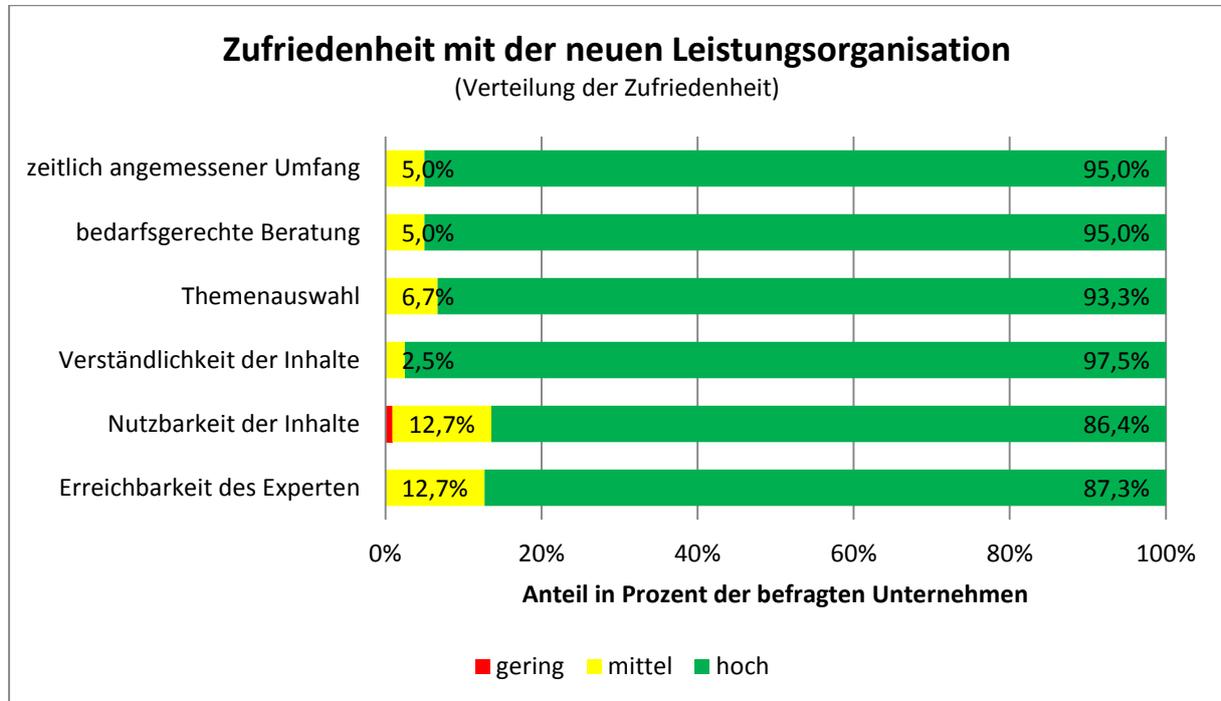


Abbildung 16: Verteilung der Zufriedenheit mit der neuen Leistungsorganisation

Um Leistungsqualität und Leistungsorganisation an den Bedürfnissen der Unternehmer auszurichten, konzentrierte sich eine Frage im Interview auf die Zufriedenheit hinsichtlich konkreter Aspekte und deren Bedeutung. Dabei wurde u. a. deutlich, dass es keine dominierende Rolle spielt, wie zeitnah der Betreuer/Berater die abgestimmten Leistungsinhalte ausführt. Die häufige Annahme einer sofortigen Erwartungshaltung bestätigte sich nicht. Dem Einordnen konkreter, betrieblich relevanter Themen in komplexe Zusammenhänge (komplexe Betrachtungen von Ursache und Wirkung) kam ebenso keine große Bedeutung zu.

Die Zufriedenheit lag jeweils höher als die ursprünglich einem Aspekt beigemessene Bedeutung. Bei der Praxisorientierung in der Leistungserbringung liegt die Zufriedenheit ähnlich hoch wie der Bedeutungswert (Abbildungen 17, 17/A).

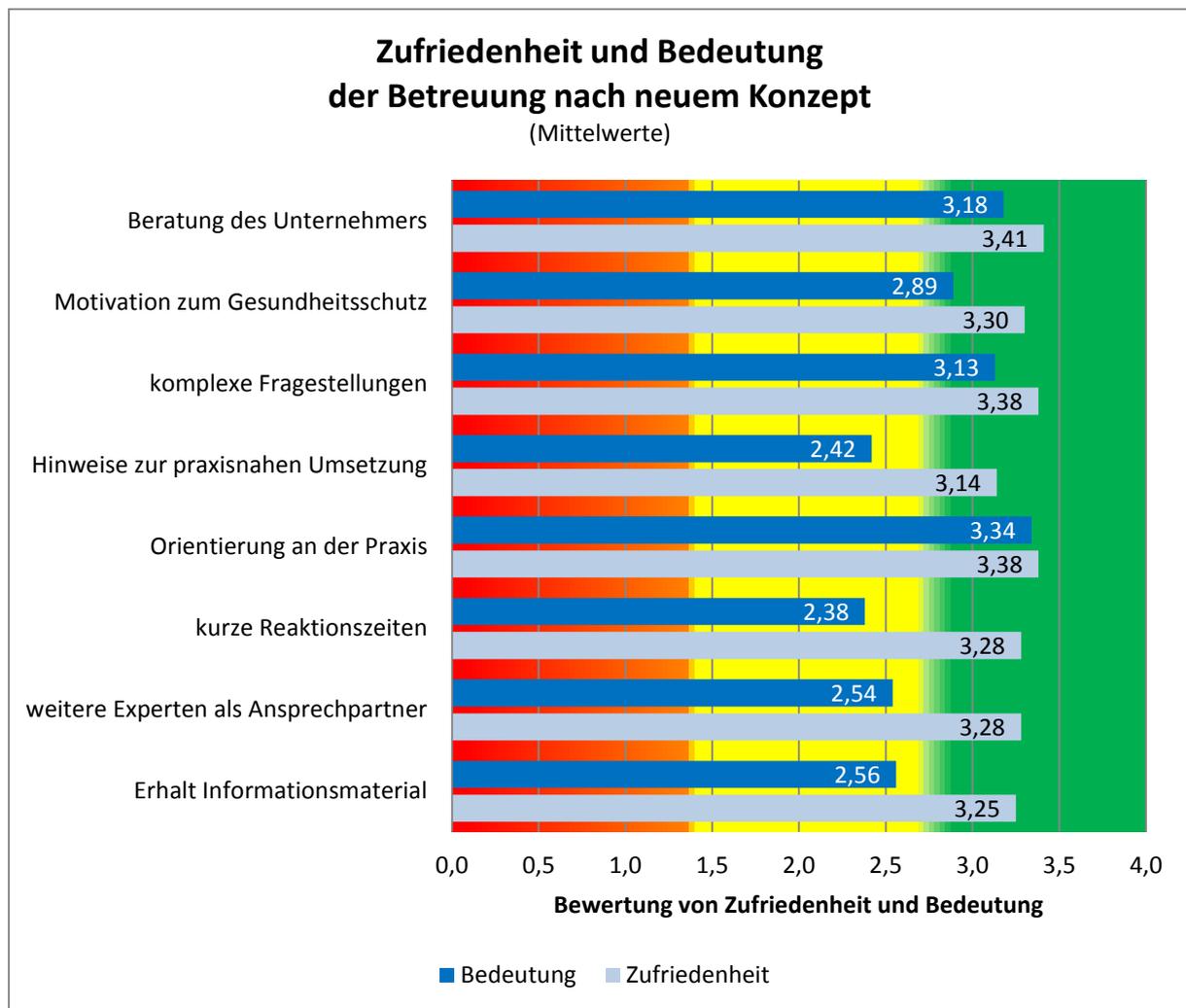


Abbildung 17: Zufriedenheit und Bedeutung der Betreuung nach neuem Konzept (Mittelwerte)

Die Globalzufriedenheit mit der Betreuung nach neuem Konzept lag im Mittelwert bei 3,39. Zusammengefasst zeigte sich, dass das neue Betreuungskonzept hohe Erwartungen weckte, diese aber auch im Wesentlichen erfüllen konnte. Die Praxisorientierung aller Aktionen war/ist aus Sicht der Unternehmer besonders wichtig. Hier konnte die neu organisierte Betreuung gute Bewertungen erzielen, wenngleich noch nicht alle Reserven diesbezüglich ausgeschöpft wurden.

### 3.3 Erkenntnisse aus dem neuen Betreuungskonzept

Mit Hilfe der strukturierten Interviews sollten bedarfsgerechte Handlungsfelder für die Betreuung nach dem neuen Konzept herausgestellt, die Möglichkeiten der Delegation bestimmter thematischer Teilleistungen abgeleitet und die neue Betreuungsform mit der alten hinsichtlich der von den betreuten Unternehmen wahrgenommenen Qualität verglichen

werden. Diesem Anspruch konnten die Interview-Fragebögen gerecht werden, so dass Aussagen zu Anwendbarkeit und Akzeptanz des neuen Betreuungskonzeptes in den BGN-Unternehmen der Stichprobengruppe möglich sind, welche durch die BGN oder die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung bei der Veränderung oder Neugestaltung ihrer Regelwerke aufgegriffen werden können.

### **3.3.1 Leistungsbedarf**

In der Vergangenheit stellten die Betriebsärzte im Rahmen der betriebsärztlichen Standardbetreuung (Arbeitsplatzbegehung) überwiegend während ihres Vor-Ort-Besuches den konkreten Beratungsbedarf heraus und führten die Beratung als Grundbetreuung im Regelfall sofort selbst durch. Konkrete Fragestellungen seitens der Unternehmer waren dabei eher selten. Im Zuge der Interviews „ex ante“ gaben lediglich 27 % der Befragten an, arbeitsmedizinische Fragestellungen an den Betriebsarzt herangetragen zu haben. Um den tatsächlichen Bedarf und die Wünsche der Unternehmer zu berücksichtigen, wurde „ex ante“ konkret erfragt, welche Leistungsinhalte künftig aus Sicht der Unternehmer bedeutsam erscheinen (vgl. 3.2.1).

In Vorbereitung der Umsetzung des neuen Konzeptes erarbeitete der Betriebsarzt mit den Mitgliedern seines Präventionsteams ein Angebot praxisbezogener Gesundheitsmaßnahmen und Aktionen, das auf den Ergebnissen und Erfahrungen der zurückliegenden Begehungen und auf Branchenerfahrungen beruht. Diese Angebote wurden neben der persönlichen betriebsärztlichen Beratungsmöglichkeit den Unternehmern vorgestellt und empfohlen. Die Unternehmer wählten die gewünschten Inhalte aus und priorisierten.

Insgesamt wurden in 51 Betrieben 100 Aktionen durchgeführt (vgl. 3.2.2).

### **3.3.2 Delegierte Präventionsmaßnahmen**

In Kenntnis des jeweiligen Betriebes bzw. der jeweiligen Branche und des Leistungsbedarfs stimmten der Unternehmer und der Betriebsarzt mit seinem Präventionsteam zuvor ab, ob und wenn ja welche Leistungsinhalte aus Sicht potentieller Gefährdungen und Belastungen delegierbar waren und welche Leistungen der Betriebsarzt selbst ausführt.

Aufgrund bestehender nichtärztlicher Fachkompetenzen im Präventionsteam wurden alle Leistungen außer der betriebsärztlichen Beratung delegiert (vgl. 3.2.2 und Abbildung 13).

Im Mittelpunkt standen einerseits vor allem theoretische, organisatorische Hinweise und Tipps zur Gefährdungsbeurteilung und zu den gesetzlichen Regelwerken (genutzt von 20 % der Betriebe) und andererseits praktische Übungen zur Förderung der Rückengesundheit (genutzt von 17 % der Betriebe). Betriebsarzt und Berufsgenossenschaft hatten in den Vorjahren bereits über Beratungsgespräche und schriftliche Unterlagen zur Rückengesundheit informiert, so dass die Verknüpfung mit konkreten Übungen logisch erschien. Konkrete Übungsinhalte zur Förderung der Rückengesundheit waren z. B.

- Arbeitstechnik-Training mit körperlicher Belastungsanalyse und tätigkeitsbezogenen Bewegungsübungen,
- Rückenschule,
- Beratung zur Körperhaltung im täglichen Arbeitsprozess unter Verwendung von ErgoMouse® oder MediMouse®.

Weitere delegierte Themen (vgl. Abbildung 13) bildeten Erläuterungen und Übungen zum Hautschutz einschließlich Reinigung und Desinfektion sowie die Beratung zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen. Beim Hautschutz ging es explizit nicht um eine medizinische Beratung zu Hautproblemen, sondern um Übungen des richtigen Händewaschens, der richtigen Händedesinfektion, nicht zuletzt auch um Infektionskrankheiten wie den neuen Grippearten vorzubeugen, sowie um das richtige Eincremen. Themen der psychischen Belastung und Beanspruchung wurden an einen Psychologen delegiert, dessen kompetente Unterstützung hilfreich und praxisnah war.

Neben ärztlich delegierten Leistungen führte der betreuende Betriebsarzt auf Wunsch der Unternehmen weiterhin auch eigene, nicht delegierbare Leistungen durch. Konkrete medizinische Inhalte wurden als betriebsärztliche Beratung erörtert. Dies betraf z. B. medizinische Fragen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung oder individuelle medizinische Fragen einzelner Unternehmer oder Beschäftigter. Die Durchführung von Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Prävention (Betriebsspezifische Betreuung) oblag im Bedarfsfall ebenfalls dem Arzt. Auf die Delegation funktionsdiagnostischer Teilleistungen (z. B. Sehtest) soll hier nicht näher eingegangen werden.

Die Unternehmer wirkten bei der Auswahl praktischer Beratungsinhalte aktiv mit und stimmten keineswegs allen Empfehlungen des Betriebsarztes zu. So wurden z. B. empfohlene Übungen zur Augenentspannung für Bürobeschäftigte trotz ärztlichen Rates in keinem Fall gewünscht.

### 3.3.3 Konzeptbewertung durch die Unternehmer

Bereits während der Leistungserbringung, aber auch beim Führen der strukturierten Interviews war ein hohes Maß an Zustimmung seitens der Unternehmer erkennbar. Die Möglichkeit der aktiven Mitwirkung bei der inhaltlichen Gestaltung der betriebsärztlichen Betreuung sorgte für ein hohes Maß an Akzeptanz und eine starke Orientierung am praktischen Bedarf des jeweiligen Betriebes. Teilweise war der gemeinsam ausgearbeitete Bedarf letztlich höher als die zur Verfügung stehende Einsatzzeit der Grundbetreuung, weshalb Aktionen auf die Folgejahre verschoben wurden. Im Gegensatz zur wiederkehrenden Standardbetreuung der Vorjahre konnte somit der Grundstein für eine kontinuierliche Weiterführung begonnener Maßnahmen gelegt werden. Die Verschiebung von Leistungsteilen auf Folgejahre ist zwar betriebsärztlich nicht unbedingt befriedigend, kann jedoch den Beginn einer systematischen Berücksichtigung des Themas Gesundheit im jeweiligen Betrieb darstellen.

Die Interviews „ex ante“ und „ex post“ ermöglichen in der Gegenüberstellung der Ergebnisse eine vergleichende Bewertung des alten und des neuen Betreuungskonzeptes aus Sicht der befragten 121 Unternehmen. Betrachtet wurden dabei sowohl die unmittelbar vom Unternehmer wahrgenommene Leistungsqualität als auch die Leistungsorganisation (Abbildungen 18, 18/A und 19, 19/A).

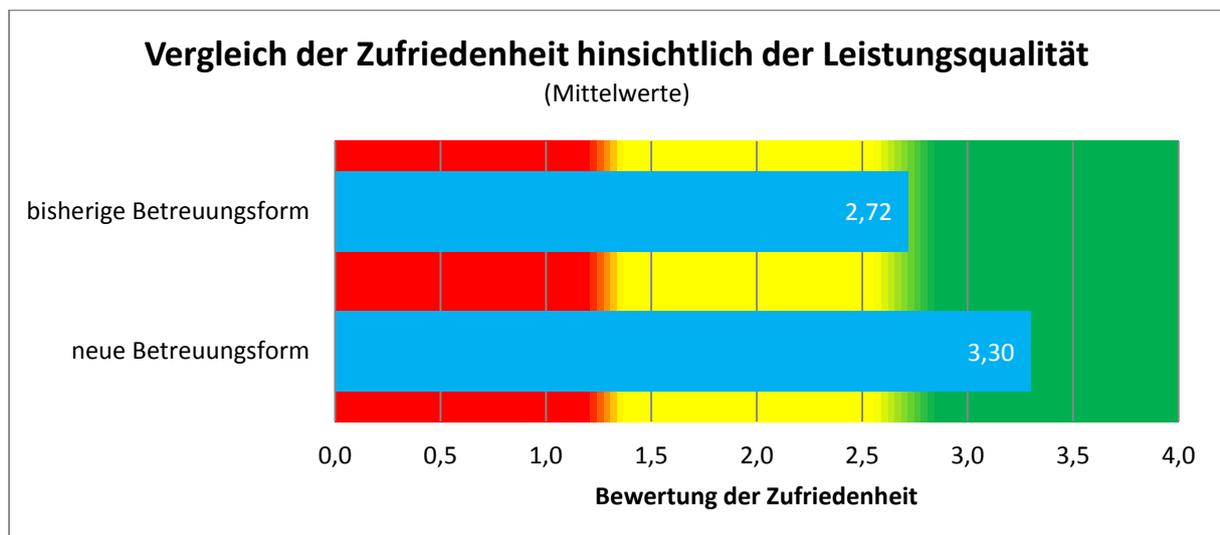


Abbildung 18: Vergleich der Zufriedenheit mit Leistungsqualität

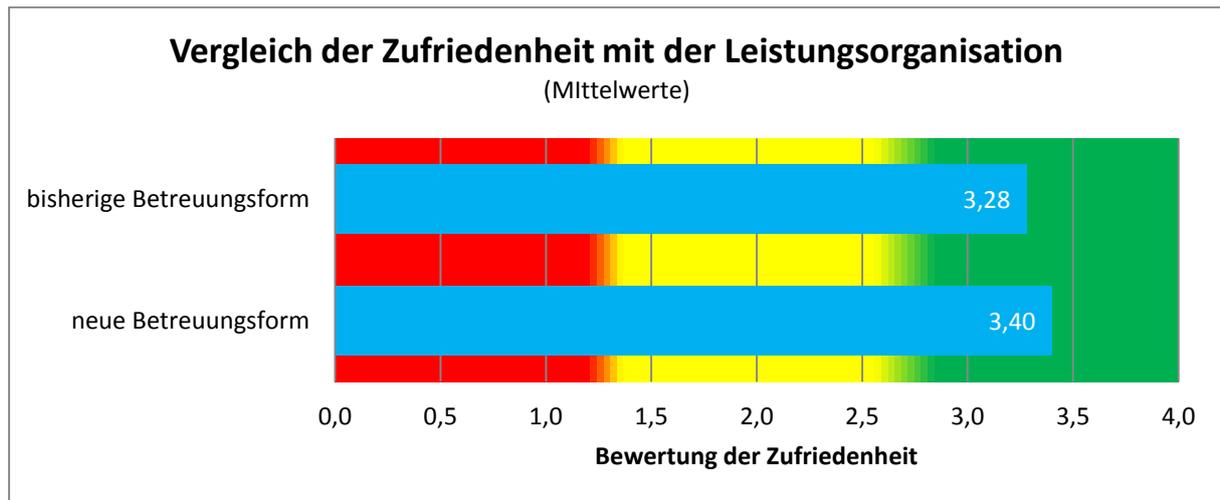


Abbildung 19: Vergleich der Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation

Hinsichtlich der Leistungsqualität als auch hinsichtlich der Leistungsorganisation bewerteten die befragten Unternehmer das neue Konzept im Mittelwert höher. Die Abweichungen sind in der Leistungsqualität signifikant ( $p < 0,01$ ). In der Leistungsorganisation führten die zusätzlich und neu eingesetzten Fachexperten zu keiner signifikanten Veränderung auf die Zufriedenheit ( $p = 0,495$ ).

In der Leistungsqualität konnte mit Umsetzung des neuen Konzeptes der Mittelwert der Zufriedenheit um 21,3 % gesteigert werden. In der Leistungsorganisation lag der Mittelwert der Zufriedenheit um 3,6 % und damit nur geringfügig höher als bei der alten Betreuungsform. Die verbesserte Wahrnehmung spiegelt sich insgesamt in der Globalzufriedenheit wider (Abbildungen 20, 20/A).

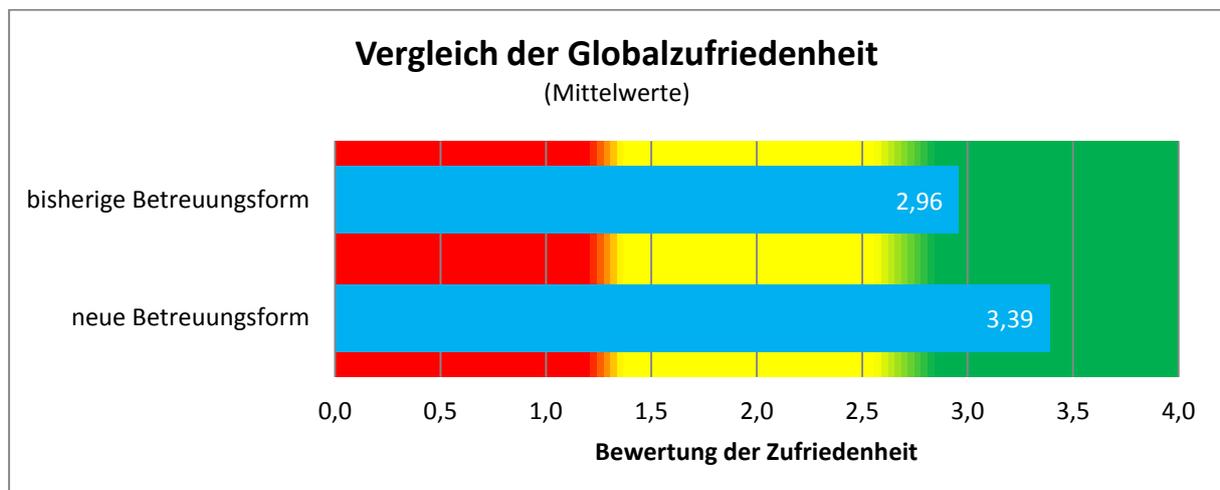


Abbildung 20: Vergleich der Globalzufriedenheit

Die Verbesserung in der Globalzufriedenheit ist ebenfalls signifikant ( $p < 0,001$ ). Die Globalzufriedenheit konnte um 14,5 % gesteigert werden.

### **3.3.4 Einfluss der Betriebsgröße auf die Bewertung**

#### Erkenntnisse zur bisherigen Betreuung

Die Stichprobengruppe schloss Betriebe mit unterschiedlichen Beschäftigtenzahlen ein. Sie umfasste einerseits z. B. Hotels mit mehr als 50 Beschäftigten, andererseits eine Vielzahl kleiner Gastronomieeinrichtungen mit bis zu 10 Beschäftigten. ASD\*BGN legte Wert darauf, die Auswertungen des Pilotprojektes auch nach Betriebsgrößen vorzunehmen. Bei den Mitgliedsbetrieben des ASD\*BGN in der für das Pilotprojekt ausgewählten Region Magdeburg/Halberstadt handelt es sich überwiegend um Klein- und Kleinstbetriebe. Diese Struktur spiegelte sich auch in den geführten Interviews wider. 45 % der befragten Betriebe waren Kleinstbetriebe mit bis zu 10 Beschäftigten, weitere 41 % waren den Kleinbetrieben mit 11 bis 50 Beschäftigten zuzurechnen und lediglich 14 % der befragten Betriebe besaßen eine Beschäftigtenzahl von 50 und mehr.

Bei Betrachtung der tatsächlichen arbeitsmedizinischen Fragestellungen neben der betriebsärztlichen Standardbetreuung in der Vergangenheit („ex ante“) traten bei der Stichprobengruppe von 121 Betrieben insgesamt nur in 33 Betrieben konkrete Fragen auf. Nach der Betriebsgröße unterschieden, äußerten in der Vergangenheit

- 8 von insgesamt 55 Kleinstbetrieben mit bis zu 10 Beschäftigten (15 % der Betriebe dieser Betriebsgröße),
- 14 von insgesamt 49 Kleinbetrieben mit 11 bis 50 Beschäftigten (29 % der Betriebe dieser Betriebsgröße) und
- 11 von insgesamt 17 Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten (65 % der Betriebe dieser Betriebsgröße)

konkrete arbeitsmedizinische Fragen. Die Ursache für diese erheblichen Unterschiede dürfte vor allem darin liegen, dass es sich bei den Kleinstbetrieben häufig um Familienbetriebe handelt. Auftretende Probleme oder Fragen werden auf privater Ebene geklärt, in der Regel ohne externen Rat.

Hinsichtlich der Inhalte konkreter arbeitsmedizinischer Fragestellungen trat in der Vergangenheit vor allem die Hautschutzthematik in allen Betriebsgrößen ähnlich in Erscheinung. 63 % der Fragestellungen innerhalb der Betriebsgruppe mit bis zu 10 Beschäftigten, 50 % der Fragestellungen innerhalb der Gruppe mit 11-50 Beschäftigten und 55 % der Fragestellungen bei den Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten konzentrierten sich auf den Hautschutz. Anderen Themen ordneten sich unter (Abbildungen 21 bis 23).

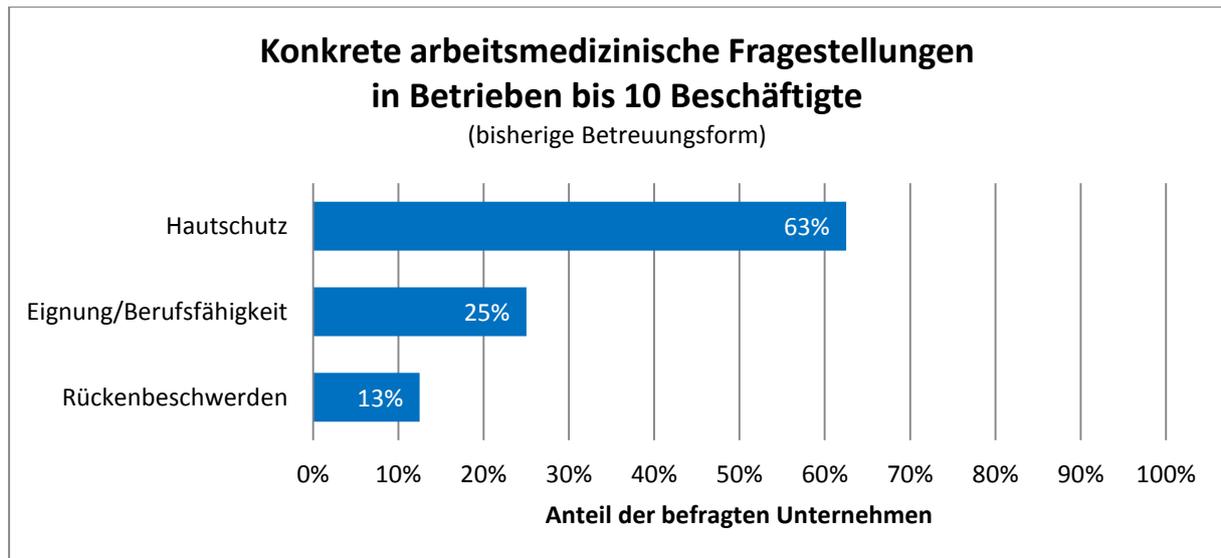


Abbildung 21: Konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen in Betrieben bis 10 Beschäftigte

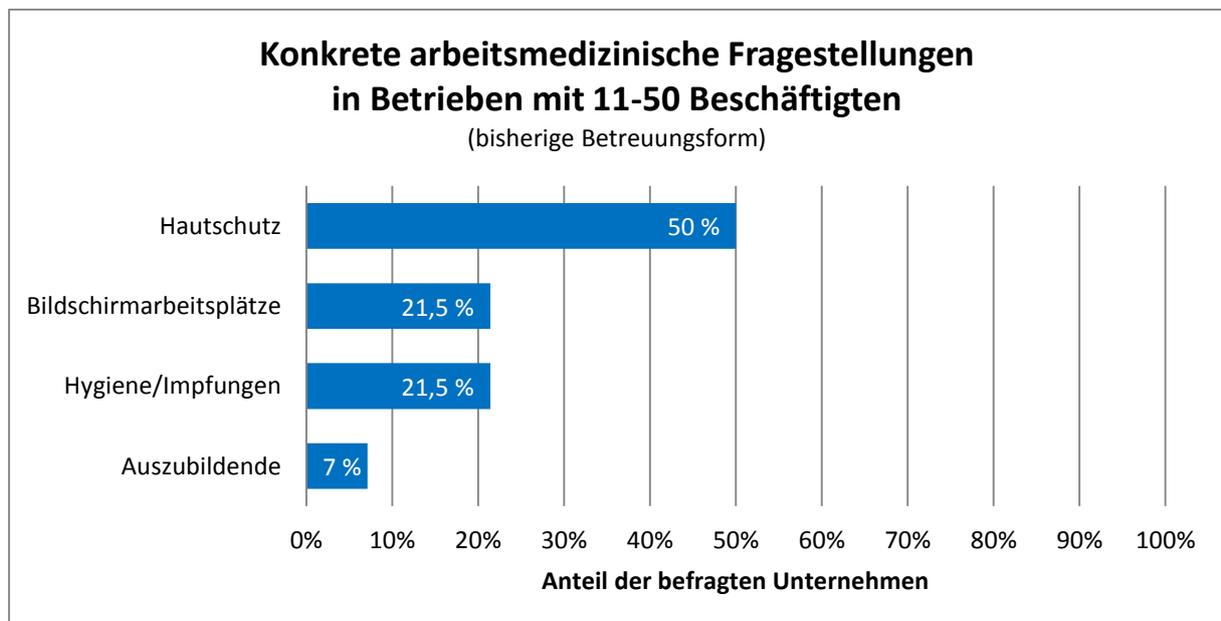


Abbildung 22: Konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen in Betrieben mit 11 bis 50 Beschäftigten

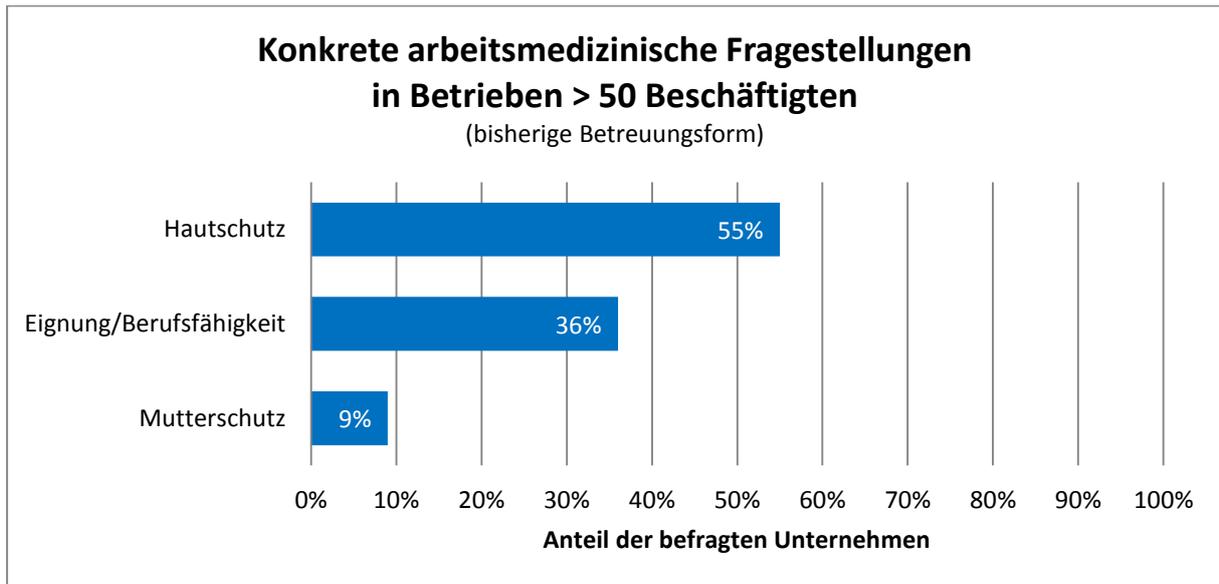


Abbildung 23: Konkrete arbeitsmedizinische Fragestellungen in Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten

Der Anlass der Fragestellungen außerhalb der Hautschutzproblematik war überwiegend situationsbedingt und bezog sich auf konkrete Probleme oder Fragen einzelner Mitarbeiter. Die Bewertungen der Lösung und der Zufriedenheit mit der Lösung variierten deutlich (Abbildungen 24, 24/A).

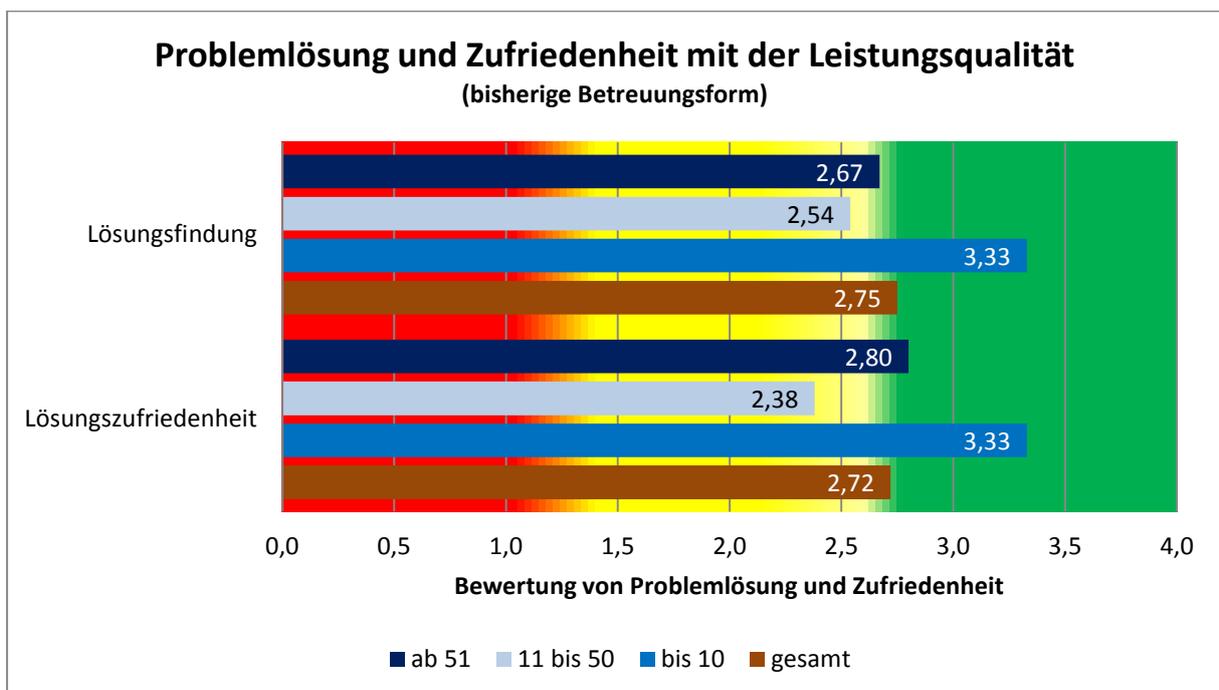


Abbildung 24: Problemlösung und Zufriedenheit mit der Leistungsqualität der bisherigen Betreuungsform nach Betriebsgröße (Mittelwerte)

Die Ursachen für diese Bewertungsunterschiede sind unklar. Die vergleichsweise wenigen Fragen der Kleinstbetriebe konnten überwiegend zufriedenstellend beantwortet werden. Offensichtlich waren die mittleren und größeren Betriebe nicht in jedem Fall von der Lösung überzeugt bzw. mit ihr zufrieden.

In der Bewertung der Leistungsorganisation der bisherigen Betreuungsform sind ebenfalls Unterschiede nach den Betriebsgrößen erkennbar (Abbildungen 25, 25/A).

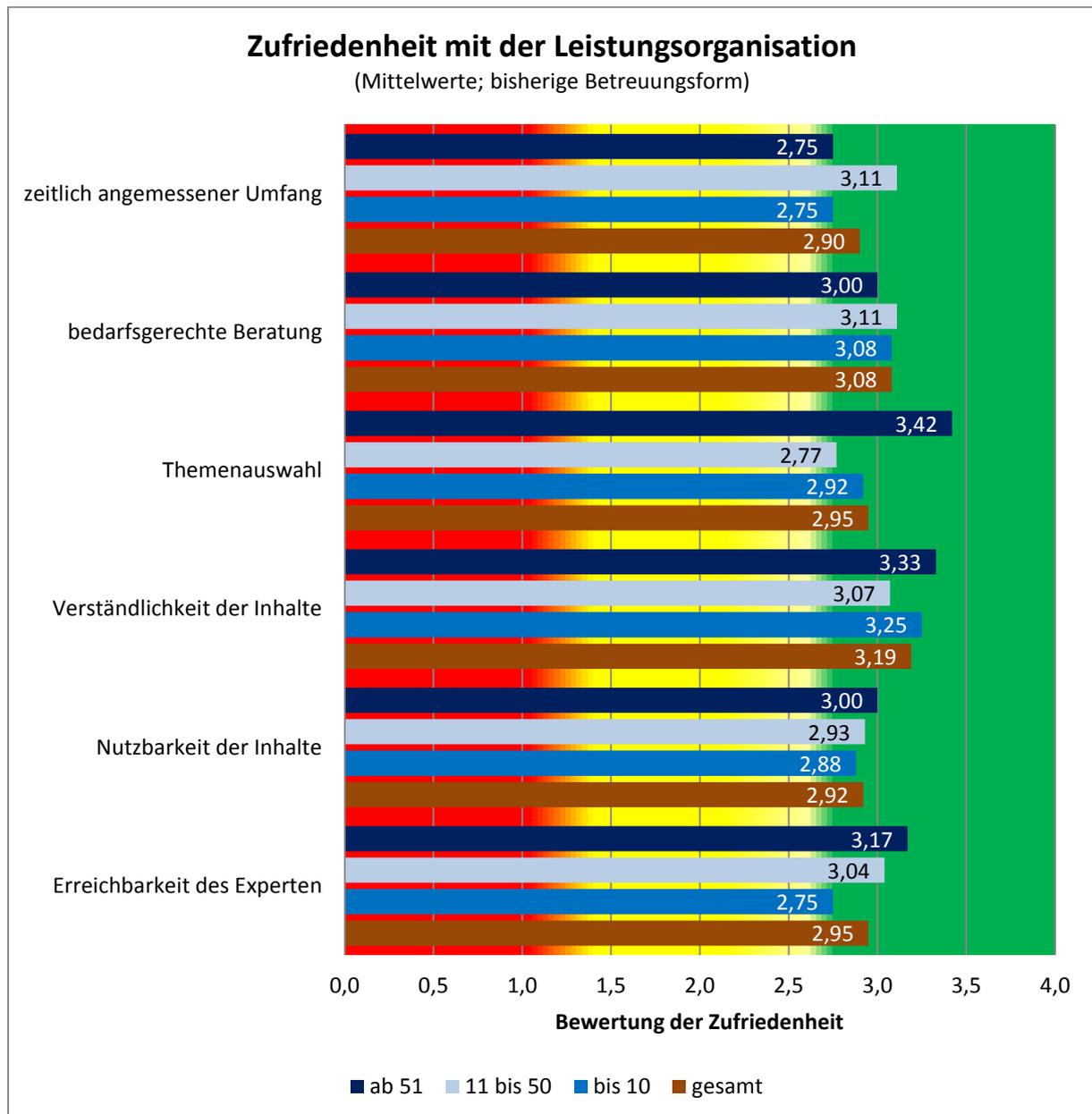


Abbildung 25: Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation der bisherigen Betreuungsform nach Betriebsgröße (Mittelwerte)

### Erkenntnisse im Rahmen der Betreuung nach neuem Konzept

Nach Vorstellung und Durchführung des neuen Betreuungskonzeptes nutzten von den 121 Unternehmen der Stichprobengruppe 51 Betriebe neben dem Einführungsworkshop weitere 100 Leistungen. Aufgeschlüsselt nach Betriebsgrößen ergaben sich folgende Werte:

- 22 Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten (40 % der Betriebe dieser Gruppe),  
48 Leistungsinhalte,
- 19 Betriebe mit 11 bis 50 Beschäftigten (39 % der Betriebe dieser Gruppe),  
37 Leistungsinhalte und
- 10 Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten (59 % der Betriebe dieser Gruppe),  
15 Leistungsinhalte.

Abbildung 26 gibt Auskunft darüber, welche konkreten Leistungsinhalte je Betriebsgruppe wie stark anteilig genutzt wurden.

In Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten wurden delegierte Leistungen an nichtärztliche Experten anteilig stärker genutzt als in den kleineren Betrieben, vermutlich begünstigt durch zur Verfügung stehende, höhere Jahreseinsatzzeiten in der Grundbetreuung. Zudem bestanden einzelne Maßnahmen aus mehreren Terminen. Dennoch konnte auch bei den befragten Kleinbetrieben bereits im Projektzeitraum, also ohne die Planung für die Folgejahre, eine Nutzung und damit ein Interesse an diesen Leistungen von rd. 40 % nachgewiesen werden.

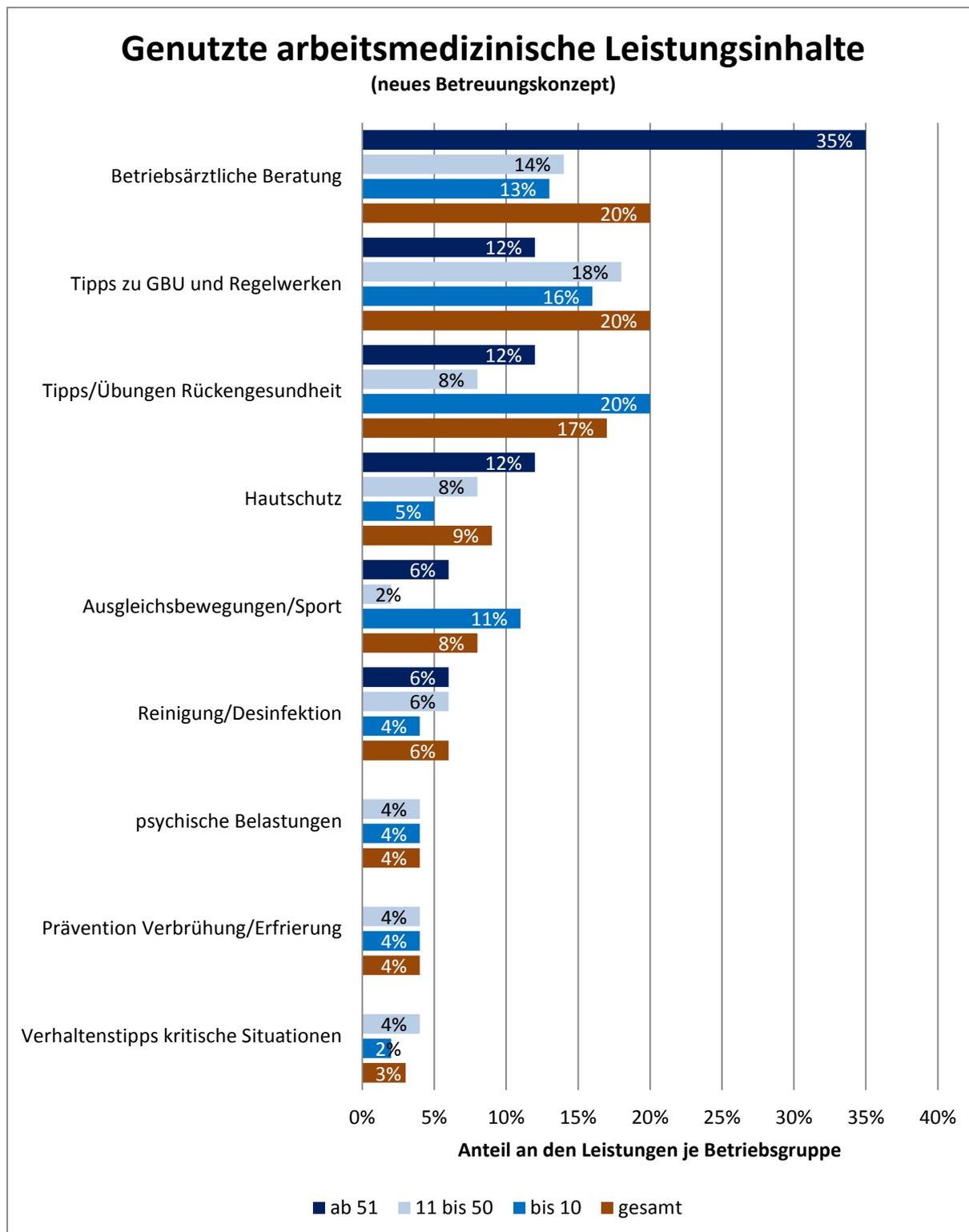


Abbildung 26: Genutzte arbeitsmedizinische Leistungsinhalte nach neuem Konzept

Die auffallend hohe Nutzung der persönlichen betriebsärztlichen Beratung bei der Betriebsgruppe mit mehr als 50 Beschäftigten ist darauf zurückzuführen, dass den größeren Unternehmen eine höhere Jahreseinsatzzeit in der Grundbetreuung gemäß DGUV V 2 zur

Verfügung steht, so dass der Betriebsarzt jährlich auch persönlich vor Ort in Aktion tritt. Die größeren Betriebe legten hierauf auch großen Wert. In den kleineren Betrieben erfolgen persönliche Ansprachen gemäß dem neuen Konzept in der Regel im Drei-Jahres-Intervall, sofern ärztlich delegierte Leistungen abgestimmt und ausgeführt werden.

Auch hinsichtlich der Betriebsgröße wurde die Zufriedenheit mit der Leistungsqualität und mit der Leistungsorganisation näher betrachtet. Die Bewertungen insbesondere der Leistungsqualität schwanken je nach Betriebsgröße teilweise erheblich. Ursachen hierfür liegen vermutlich darin, dass aufgrund der Vielzahl der angebotenen, delegierten Leistungen nur sehr wenige Betriebe einer Betriebsgrößengruppe die jeweilige Leistung in Anspruch nahmen, so dass die Aussagefähigkeit eingeschränkt ist. In größeren Betrieben wurden in häufigeren Aktionen je Betrieb mehr Mitarbeiter erreicht. Hintergrund war u. a. die zur Verfügung stehende, höhere Einsatzzeit in der Grundbetreuung gemäß DGUV V 2.

Neben dem Einführungsworkshop, der in allen 121 Betrieben durchgeführt wurde, war die jeweils am häufigsten nachgefragte Leistung je Betriebsgruppe:

### Betriebsgröße bis 10 Beschäftigte

Tipps/Übungen und Beratung zur Rückengesundheit 11 Betriebe.

### Betriebsgröße 11-50 Beschäftigte

Organisatorische Hinweise/Tipps zur Gefährdungsbeurteilung 9 Betriebe.

### Betriebsgröße ab 51 Beschäftigte

Betriebsärztliche Beratung 6 Betriebe.

Mehrfachnennungen waren möglich.

Trotz erheblicher Unterschiede nach den Betriebsgrößen liegen die Bewertungen zur Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung und der erfahrenen Leistungsorganisation meist im überwiegenden zufriedenen Bereich (Abbildungen 27, 27/A und 28, 28/A).

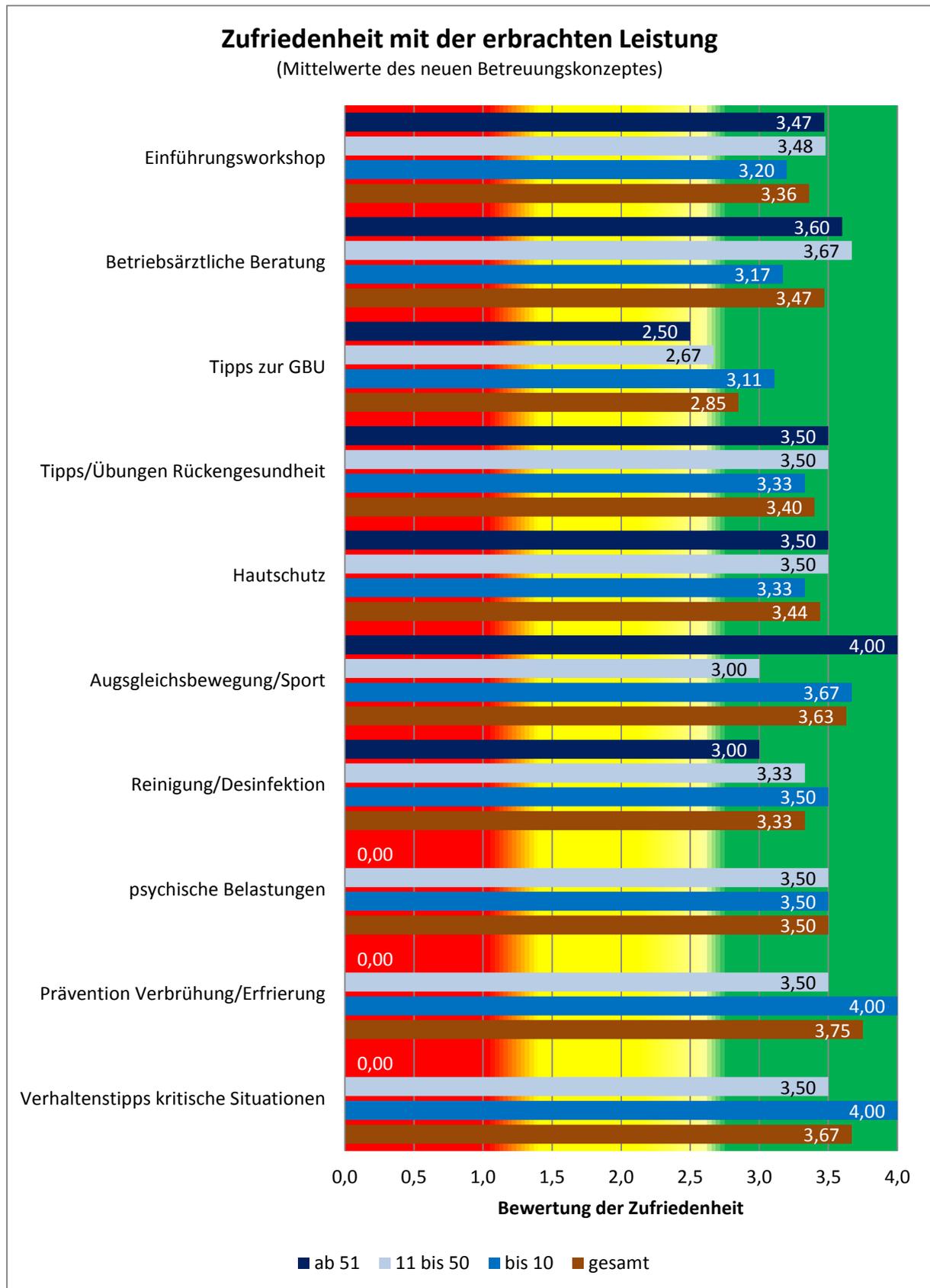


Abbildung 27: Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung des neuen Konzeptes nach Betriebsgröße (Mittelwerte)

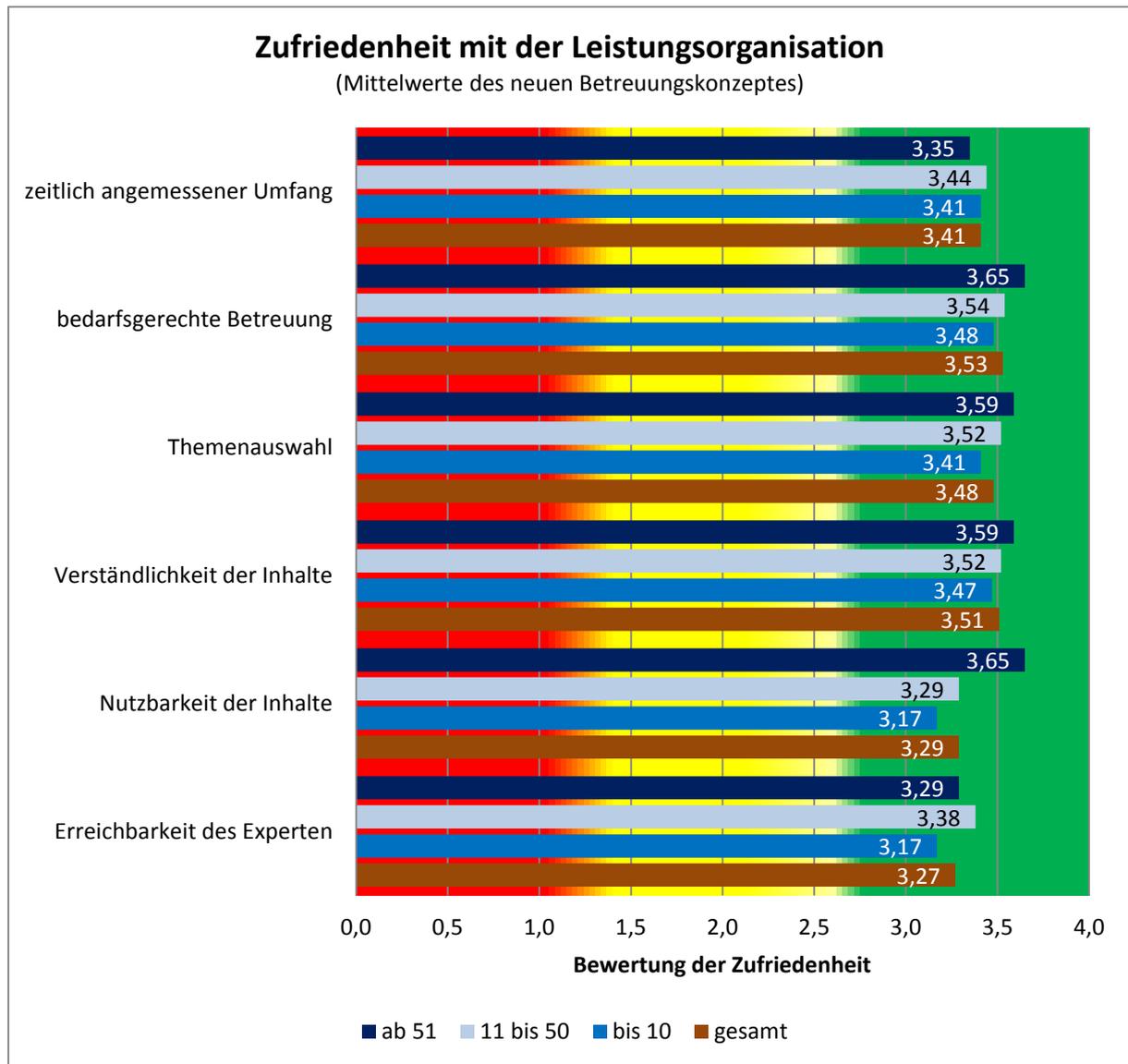


Abbildung 28: Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation des neuen Konzeptes nach Betriebsgröße (Mittelwerte)

Wie bereits unter 3.3.3 insgesamt dargestellt, wurde die Leistungs*qualität* im Rahmen des neu entwickelten Konzeptes betriebsgrößenübergreifend höher bewertet (Abbildung 18). In der Aufschlüsselung nach Betriebsgröße stellte sich eine annähernd gleiche Leistungsqualität in den Kleinstbetrieben bis 10 Beschäftigte dar (keine signifikante Änderung). Bei den größeren Betrieben stieg die Bewertung deutlich an. Die Unterschiede in den Betriebsgruppen mit 11-50 Beschäftigten ( $p < 0,05$ ) und ab 51 Beschäftigten ( $p < 0,05$ ) sind signifikant (Abbildungen 29, 29/A).

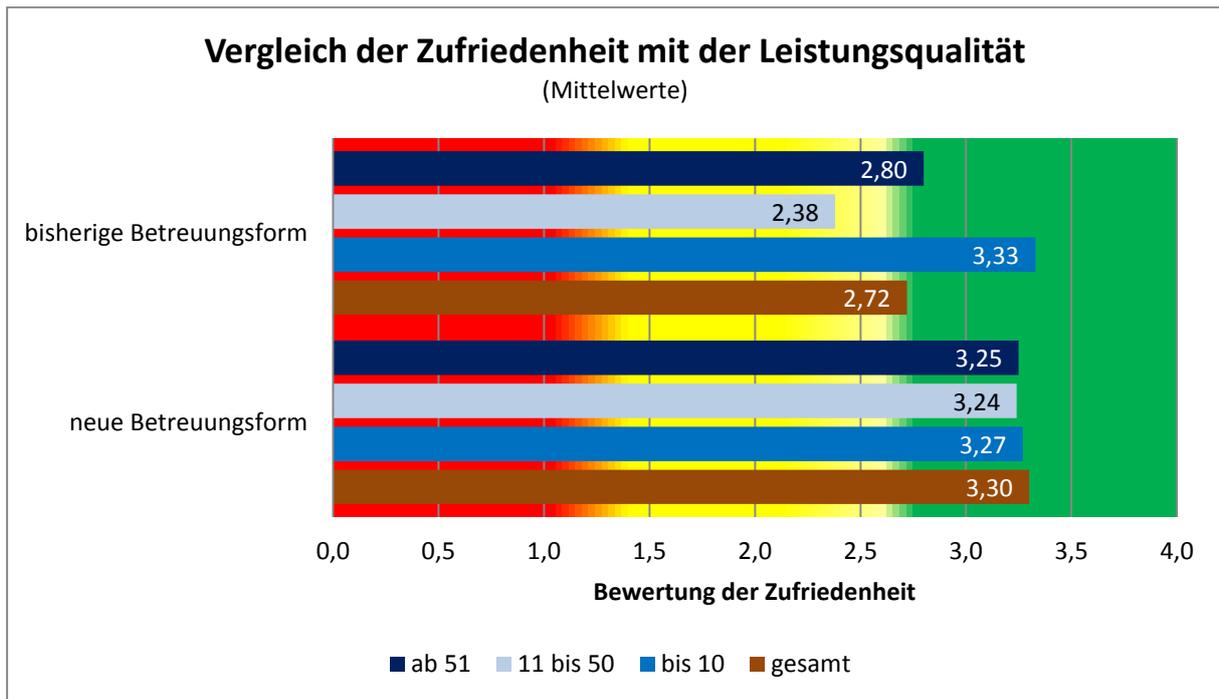


Abbildung 29: Vergleich der Zufriedenheit mit der Leistungsqualität in der bisherigen Betreuung und nach neuem Betreuungskonzept

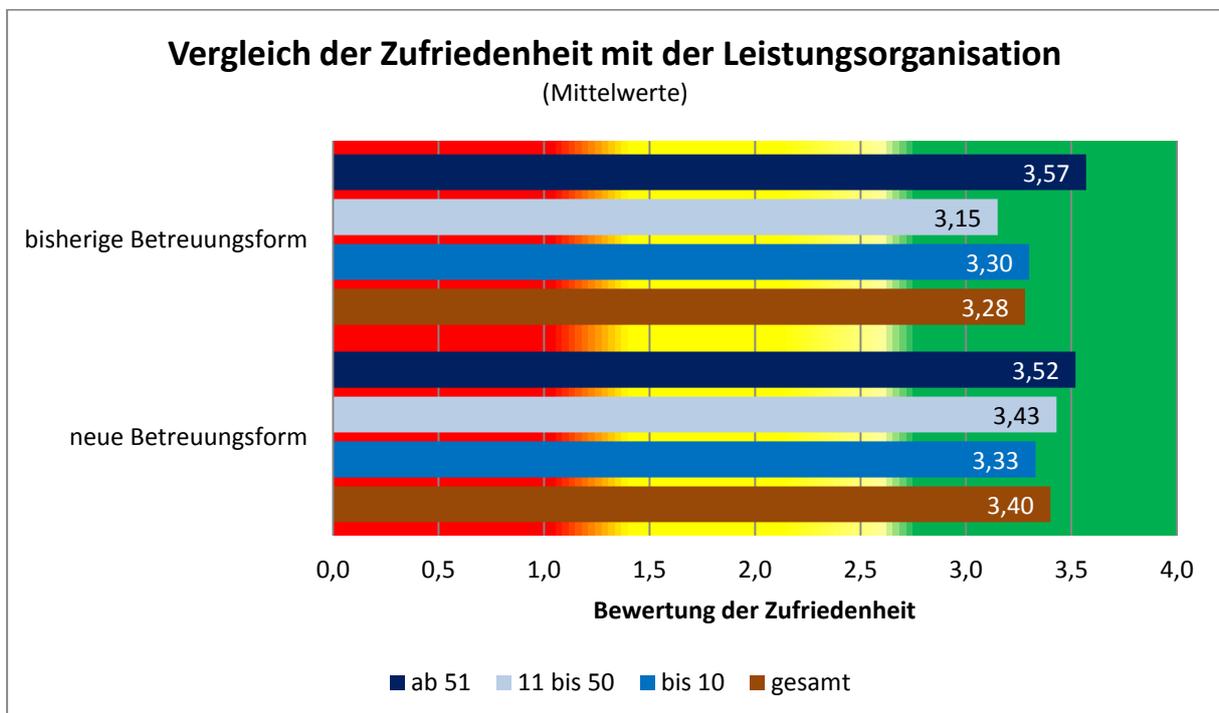


Abbildung 30: Vergleich der Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation in der bisherigen Betreuung und nach neuem Betreuungskonzept

Die Leistungsorganisation im neuen Konzept bewerteten die Unternehmer der Betriebsgruppe mit 11-50 Beschäftigten höher, in den anderen Betriebsgrößen war die Bewertung annähernd gleich. (Abbildungen 30, 30/A). Signifikante Veränderungen ergaben sich in keiner Betriebsgrößengruppe.

### **3.4 Drop out-Betrachtung**

121 Betriebe beteiligten sich an den strukturierten Interviews sowohl „ex ante“, als auch „ex post“. Dabei handelte es sich jeweils um dieselben 121 Betriebe.

Durch die Entscheidung für strukturierte Interviews gab es keinen Fall von technischem Drop out. Teilnehmerinduziert konnten jedoch teilweise einzelne Fragen zur bisherigen Betreuungsform nicht beantwortet werden, wenn der Befragte erst seit Kurzem im Unternehmen aktiv war und keine Einschätzung zu früheren Abläufen geben konnte, oder wenn der Befragte keine Einschätzung geben durfte, da er nicht selbst der Eigentümer/Unternehmer ist oder dies in der Vergangenheit nicht war.

Eine Beeinträchtigung der Antwortqualität insgesamt war nicht erkennbar. Allerdings können, unabhängig vom Drop out, bei der Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Betriebsgröße Beeinträchtigungen aufgrund einer geringeren Anzahl zur Verfügung stehender Antworten nicht ausgeschlossen werden.

Auch mit fortschreitender Zeitdauer des Interviews blieben die Befragten interessiert. Unterstützt wurde das andauernde Interesse auch durch streitbare Fragen, z. B. nach der Investitionsbereitschaft des Unternehmers in Gesundheitsthemen ohne die gesetzlichen Verpflichtungen aus ASiG und DGUV V 2.

### **3.5 Ergebnisbetrachtung im Hinblick auf die Forschungsfragen**

Mit Hilfe der vorliegenden Ergebnisse aus den strukturierten Interviews lassen sich die unter 1.5 gestellten Forschungsfragen beantworten.

- 1) Auswirkungen des neuen Konzeptes auf die Qualität der Betreuung (Leistungsqualität)

Aus Sicht des Unternehmens waren folgende Auswirkungen zu verzeichnen:

- Einsatz und Kontakt weiterer Experten neben dem eigentlichen Betriebsarzt,
- Einbeziehung des Unternehmers in die Auswahl der inhaltlichen Betreuungsschwerpunkte,
- Aktive Praxisübungen neben der Beratung.

Im Ergebnis des durchgeführten Pilotprojektes waren durchweg gute Bewertungen der Unternehmer zur Leistungsqualität nach dem neuen Betreuungskonzept zu verzeichnen. Die Möglichkeit des Zugriffs auf andere, nichtärztliche Gesundheitsexperten, neben der betriebsärztlichen Standardbetreuung, wurde positiv besonders hinsichtlich des Praxisbezuges empfunden.

Der Betriebsarzt selbst konnte nach eigenen Aussagen entlastet werden, er blieb und bleibt jedoch Prozessführer. Über sein Präventionsteam bot er den von ihm betreuten Unternehmen ein breiteres Leistungsspektrum als bisher. Systematisierung und Zielorientierung waren durch die betriebsärztliche Führung gewahrt. Der Betriebsarzt blieb Hauptansprechpartner des Unternehmers. Das Kundenunternehmen hatte neben seinem Betriebsarzt Kontakt zu weiteren Experten des betriebsärztlichen Präventionsteams.

Die durchgeführten Interviews zeigten, dass das neue Betreuungskonzept nicht nur die bisher bereits guten Qualitätsbewertungen bestätigen konnte, sondern insgesamt betrachtet sogar einen signifikant höheren Zufriedenheitsgrad in der Leistungsqualität erzielte.

Auch der beteiligte Betriebsarzt äußerte sich mit dem Projekt sehr zufrieden.

### 2) Auswirkungen des neuen Konzeptes auf die Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation in den betreuten Betrieben

Die breitere Fächerung der in den Unternehmen angebotenen und durchgeführten Leistungsinhalte führte in der Leistungsorganisation zu Umstellungen. Konzentrierte sich zuvor die gesamte Betreuung auf den Betriebsarzt, traten jetzt gegenüber dem Unternehmer weitere Experten in Erscheinung, die zusätzliche Schnittstellen bildeten und Akzeptanz erzielen mussten. Die aktive Mitwirkung der Unternehmer bei der Auswahl gesundheitsfördernder Maßnahmen war im Vergleich zur früheren, passiven, eher abwartenden Haltung ein Novum. Erste Reaktionen der Unternehmer reichten von Misstrauen bis Überraschung.

Im Ergebnis der Interviews lag die Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation nach neuem Konzept leicht höher als zuvor. Signifikante Verbesserungen konnten jedoch nicht nachgewiesen werden.

Der beteiligte Betriebsarzt gab an, auch in der Organisation der Leistungserbringung entlastet worden zu sein. Nach Delegation der Leistung organisierten sich die Mitglieder seines Präventionsteam überwiegend allein.

### 3) Unterschiede in Abhängigkeit von der Betriebsgröße (Beschäftigtenzahl)

Bei Betrachtung der Befragungsergebnisse nach der Betriebsgröße waren Differenzierungen zu verzeichnen.

Hinsichtlich der Leistungs*qualität* konnten in Kleinstbetrieben mit bis zu 10 Beschäftigten keine signifikanten Verbesserungen nachgewiesen werden. Die Interviews in diesem Unternehmen spiegelten im Wesentlichen eine gleichbleibende Qualität der Betreuung wider. Die oben dargestellte Verbesserung der Betreuungsqualität basiert demnach auf den Interview-Ergebnissen der Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten.

In der Leistungs*organisation* ergaben sich hinsichtlich der Betriebsgröße ebenfalls unterschiedliche Ergebnisse. In Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten war eine annähernd gleichbleibende Zufriedenheit zu verzeichnen. In Betrieben mit bis zu 10 Beschäftigten und 11-50 Beschäftigten wurde die Leistungsorganisation des neuen Konzeptes höher bewertet. Signifikante Veränderungen konnten jedoch nicht ermittelt werden.

## 4 Diskussion

Das Thema der Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches Fachpersonal führt sowohl in der Ärzteschaft allgemein, aktuell aber insbesondere unter den Betriebsärzten zu kontroversen Diskussionen. Dabei wird in erster Linie vor der Gefahr einer Substitution betriebsärztlicher Leistungen und damit vermutlich einhergehenden qualitativen Verschlechterungen gewarnt. Daher soll in der Diskussion zum neu entwickelten Betreuungskonzept einer modernen Arbeitsmedizin eben mit der Delegation betriebsärztlicher Leistungen an nichtärztliches Fachpersonal insbesondere auf Chancen, Risiken und Alternativen eingegangen werden. Ebenso sollen die unterschiedlichen Voraussetzungen z. B. für große überbetriebliche Dienste im Vergleich zu selbständigen Betriebsärzten als „Einzelkämpfer“ einfließen.

### 4.1 Reflexion der Ergebnisse

Die Zufriedenheitsbefragung hinsichtlich der Leistungsqualität bei Anwendung des neuen Konzeptes verzeichnete insgesamt eine signifikante Verbesserung. Lediglich in den Kleinstbetrieben (bis 10 Beschäftigte) wurde die Qualität kaum verändert wahrgenommen. Hintergrund könnte die geringe Jahreseinsatzzeit je Kleinstbetrieb sein, welche den nichtärztlichen Fachexperten zeitlich und inhaltlich ebenso einschränkt wie zuvor den Betriebsarzt selbst. In der Leistungsorganisation konnten keine signifikanten Veränderungen nachgewiesen werden. Dies bedeutet auch, dass – obwohl durch die Delegation von Leistungen mehr Schnittstellen entstanden – die Unternehmen keine Nachteile empfanden. In der Bewertung der Globalzufriedenheit mit der neuen Betreuungsform waren sehr hoch signifikante Verbesserungen zu verzeichnen.

Durch personelle Wechsel oder durch schlichtes Vergessen konnten nur 29 Unternehmen der Stichprobengruppe (n = 121) eine Einschätzung zur Qualität der erfahrenen Leistungen und gefundener Lösungen in der Vergangenheit der letzten 1-2 Jahre geben. Der geringe Anteil dürfte jedoch kaum einen negativen Einfluss implizieren, da kritische Erfahrungen oft ebenso in der Erinnerung bleiben wie positive.

Die positiven Ergebnisse in der Anwendung des neuen Konzeptes einer modernen Arbeitsmedizin in der Stichprobengruppe zeigen, dass mit der Delegation von Teilleistungen an nichtärztliche Gesundheitsexperten kein zwingender Qualitätsverlust einher geht und dass alle Beteiligten, auch der dem Präventionsteam vorstehende Betriebsarzt, von der neu

entwickelten Form der arbeitsmedizinischen Betreuung profitieren können. Das neue Konzept stellt damit eine gute Alternative zur bisherigen Betreuung dar und trägt dazu bei, in der Vergangenheit aufgetretene Probleme zu lösen.

Der Betriebsarzt wurde nach eigener Wahrnehmung zeitlich um ca. 25 % entlastet, seine knappen und wertvollen Ressourcen stehen dadurch für die eigentliche betriebsärztliche Tätigkeit zur Verfügung und werden somit weniger durch Reisezeiten oder organisatorische Aufgaben gemindert. Das Know-how einer Vielzahl von hervorragend ausgebildeten und hoch motivierten Fachleuten neuer Gesundheitsberufe gibt dem Betriebsarzt die Möglichkeit, sein Leistungsspektrum um konkrete, praktische Aktionen zu erweitern. Dies soll den Betriebsarzt nicht ersetzen, sondern seine Beratung den komplexen Anforderungen der Arbeitswelt anpassen. Vermutlich unumstritten ist dies bei der Analyse und der Beratung zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen. Die Mehrheit der Betriebsärzte bezieht hier gern die Kompetenz eines Psychologen ein. Der Arzt wertet damit seine eigene Tätigkeit eher auf, als seine Stellung im betreuten Betrieb zu verringern. Einen gleichen Nutzen liefern neben den Psychologen auch andere Professionen. Bedeutsam ist dabei allerdings, dass der Betriebsarzt Aktionen anderer Akteure auf Basis seines medizinischen Wissens, seiner Kenntnisse und Erfahrungen zum Betrieb sowie seiner Stellung im Betrieb bewusst und systematisch auswählt, abstimmt und sämtliche Ergebnisse schlussendlich zusammenführt und auswertet. Je größer der Betrieb auf Basis der Beschäftigtenzahl war, desto einfacher war die Umsetzung. In Kleinstbetrieben mit bis zu 10 Beschäftigten gestaltete sich die Umsetzung des Konzeptes etwas schwieriger, da sehr viel weniger Einsatzzeit in der Grundbetreuung zur Verfügung stand und die Anzahl der Betriebe innerhalb der Stichprobengruppe am größten war.

Die Auswahl der Stichprobengruppe aus den Mitgliedsbetrieben des ASD\*BGN stellte für das Pilotprojekt eine Herausforderung dar. Es handelte sich überwiegend um kleine Unternehmen, die für die BGN typisch sind. Die Inhaber kleiner gastronomischer Einrichtungen besitzen oft einen Migrationshintergrund und sind nicht immer der deutschen Sprache vollumfänglich mächtig. Zudem werden aufgrund anderer Erfahrungen in den jeweiligen Heimatländern die Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Deutschland eher als störend denn als hilfreich empfunden. Ihr Eigenengagement ist daher eher gering. Größere Unternehmen wie Fleischereibetriebe, Hotelketten, Bäckereiketten, Getränkehersteller, Kaffeeröstereien und andere haben dagegen bereits die Wichtigkeit des Themas Betriebliche Gesundheit erkannt und sind deutlich offener für unterstützende Maßnahmen. Kleinstbetriebe konzentrieren sich erfahrungsgemäß auf die Erfüllung der

gesetzlichen Verpflichtung und versuchen, diese ressourcenschonend und mit minimalem finanziellem Aufwand zu realisieren. Dennoch zeigt der hohe Grad der Zufriedenheit mit dieser neuen Betreuungsform, dass die Einbeziehung weiterer Gesundheitsexperten eine Lösung für die teilweise schleppende Umsetzung der Betreuungspflicht insbesondere in Kleinstbetrieben sein kann.

Die Bereitschaft sowohl zur Beteiligung am freiwilligen Pilotprojekt, als auch zu den strukturierten Interviews lässt darauf schließen, dass die Stichprobengruppe vor allem am Thema Gesundheit interessierte Unternehmen einschloss und weniger interessierte Unternehmer die Teilnahme eher ablehnten. Dies beeinträchtigt jedoch nicht zwingend die Ergebnisbetrachtung. In jedem Fall werden die Betreuungserfahrungen nach altem und neuem Konzept vergleichend durch die Unternehmer bewertet.

In den Interviews wurden jeweils die Unternehmer bzw. Betriebsleiter befragt. Die Erfahrungen angestellter Mitarbeiter waren nicht Bestandteil. Die Entscheidung für diese Vorgehensweise gründete sich auf die Verantwortlichkeit des Unternehmers für den Arbeits- und Gesundheitsschutz. Zudem trägt dieser auch die damit verbundenen Kosten.

Mit Anwendung des neuen Konzeptes in der täglichen Praxis kann davon ausgegangen werden, dass unter den Betriebsärzten auch die Bereitschaft zur Betreuung von Kleinstbetrieben wieder wächst. Diese Bereitschaft ist erfahrungsgemäß gerade bei knappen Ressourcen eher gering, da bisher in vielen Fällen wenig Reflexion oder Wertschätzung der Betreuung erfolgt. Die praktischen Übungsinhalte des neuen Konzeptes, realisiert z. B. durch Gesundheitswirte oder Sportwissenschaftler, können helfen, den tatsächlichen Nutzen auch für Kleinstunternehmen deutlicher zu gestalten, so dass auch die Wertschätzung des Betriebsarztes und der betriebsärztlichen Betreuung steigt.

Die für die AMD TÜV neben dem Betriebsarzt beteiligten drei nichtärztlichen Mitarbeiter des Präventionsteams waren ebenso Befürworter des neuen Konzeptes wie der Betriebsarzt selbst. Die ärztlich delegierten Leistungen wurden in der Stichprobengruppe ausgeführt durch:

- einen Diplom-Gesundheitswirt mit psychologischer Zusatzqualifikation (Doktorand),
- einen Gesundheitsmanager M.A. und
- einen Sportwissenschaftler B.A. mit Zusatzqualifikation Physiotherapeut.

Die Hochschulqualifikationen der Akteure dürften einen nicht unerheblichen Beitrag für die Akzeptanz der Leistung sowohl in den betreuten Unternehmen als auch beim Betriebsarzt des Präventionsteams geleistet haben. Zudem war der Betriebsarzt aus einer bereits bestehenden, gemeinsamen Arbeit im Präventionsteam mit den Delegationsempfängern vertraut und kannte deren fachliche und soziale Kompetenzen. Darin dürfte ein wesentlicher Erfolgsfaktor liegen. Die Kundenbetriebe waren dem Betriebsarzt aus früheren Betreuungsterminen überwiegend bekannt, so dass die Auswahl und Zuordnung delegierbarer Maßnahmen vergleichsweise leicht fiel.

Die Betreuung durch das Präventionsteam mit Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsexperten brachte für die teilnehmenden Betriebe hinsichtlich der mit der Betreuung verbundenen Kosten keine Veränderungen. Die Kosten blieben unverändert und wurden in gewohnter Weise durch die Berufsgenossenschaft berechnet. Eine diesbezügliche Ergebnisverzerrung kann ausgeschlossen werden.

Nach Abschluss des ersten Betreuungsjahres mit dem neuen Konzept begrüßen sowohl der Betriebsarzt als auch die nichtärztlichen Fachexperten die neue Handlungsweise. Darüber hinaus führt die enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen zwischenzeitlich vermehrt zu gemeinsamen Aktionen in anderen Unternehmen außerhalb des Pilotprojektes.

### **4.2 Kompromiss im betriebsärztlichen Fachdisput**

In der Betriebsärzteschaft gibt es derzeit Befürchtungen, das eigene Berufsfeld aufzuweichen (BsAfB 2014) und die aktuell gute Marktstellung preis zu geben. Unter diesen Gesichtspunkten besteht lediglich die bereits gängige Bereitschaft, einfache Teilleistungen an medizinische Fachangestellte zu delegieren. Allerdings hat diese Delegation eher eine persönliche Arbeitserleichterung zum Ziel als eine Kompetenzerweiterung. Dem gegenüber steht immer häufiger die externe Überlegung, andere, nichtärztliche Gesundheitsberufe stärker einzubinden, um die verfügbaren Ressourcen zu erweitern und den komplexen Anforderungen des Arbeitsalltags besser gerecht zu werden.

Das neu entwickelte Konzept kann durchaus als Kompromiss betrachtet werden, um bisherige Gegner an eine Mitwirkung und persönliche Erprobung heranzuführen. Durch die betriebsärztliche Entscheidung, ob und welche Teilleistungen delegiert werden und welche Schulungen für das nichtärztliche Fachpersonal vorab ggf. erforderlich sind, kann der

Betriebsarzt selbst beeinflussen und auch in Teilschritten erproben, welche Wirkung und Resonanz er erzielt. Es liegt in seiner Hand, Vorurteile zu überwinden, Teilkompetenzen ggf. schrittweise zu übertragen und eigene Erfahrungen zu sammeln. Die Gefahr einer Blockade des neuen Denkansatzes dürfte gering sein, da positive Ergebnisse, wie auch die des Pilotprojektes, zumindest im Bereich des TÜV Rheinland bereits Schule machen und in großen Konzernen die Beschäftigung oder Einbeziehung von z. B. Psychologen, Physiotherapeuten, Sportwissenschaftlern oder Gesundheitsmanagern als hilfreich erkannt wurde und zunehmend den Managementalltag bereichert.

### **4.3 Alternativen zum Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“**

Das entwickelte und vorgestellte Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ stellt *eine* Möglichkeit zur Gestaltung einer zukunftsorientierten arbeitsmedizinischen Betreuung dar.

Eine naheliegende Alternative wäre die erfolgreiche Verstärkung der Nachwuchsgewinnung und Nachwuchsförderung (Schöller 2011). Allerdings setzt diese voraus, dass die Reputation der präventiven Tätigkeit des Betriebsarztes grundlegend verbessert wird. Medizinstudenten streben überwiegend eine Tätigkeit in der kurativen Medizin an. Die Rolle des Arztes unterscheidet sich hier deutlich. In der kurativen Medizin suchen die Patienten den Arzt auf und wünschen seinen Rat. Der Arzt agiert auf Wunsch der Patienten. In der präventiven Medizin des Betriebsarztes besteht der Regelfall noch immer darin, dass der Arzt zwar von den Unternehmen bestellt wird, seine konkrete Leistung dennoch selbst offerieren muss. Zudem steht es dem Unternehmer frei, die gegebenen Empfehlungen umzusetzen. Ist eine Umsetzung mit zusätzlichen Kosten verbunden, erfolgt diese eher schleppend, wie Erfahrungen der AMD TÜV zeigen. Hinzu kommt, dass der Betriebsarzt seine Tätigkeiten überwiegend vor Ort in den Unternehmen ausführt, was mit entsprechendem Reiseaufwand verbunden ist. Das alles wirkt wenig verlockend und wird mitunter als mangelnde Wertschätzung der ärztlichen Tätigkeit empfunden.

Nachwuchsförderprogramme wie Docs@work vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte gehen in die richtige Richtung. Sie könnten durch Veränderungen in der Studienfachgestaltung bezüglich Inhalt und Umfang während des Medizinstudiums unterstützt und forciert werden. Der Bereich Arbeitsmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg beschreitet hier bereits neue Wege, indem die theoretische Ausbildung im Zusammenwirken sowohl mit freiberuflichen Betriebsärzten als auch mit überbetrieblichen Diensten eng mit Hospitationen und Famulaturen verknüpft wurde.

Anders gestaltet sich die betriebsärztliche Tätigkeit in Großkonzernen, die eigene Betriebsarztzentren betreiben, in denen der Betriebsarzt die Möglichkeit hat, Präventionsprogramme zu entwickeln und umzusetzen. In der Regel sind spezielle Gesundheitsförderungsprogramme ebenso wie der allgemeine Arbeits- und Gesundheitsschutz in Großkonzernen bereits integrierte Managementbestandteile. Jedoch wird es auch dort zunehmend schwieriger, frei werdende Stellen neu zu besetzen, wie eine Vielzahl von Angeboten z. B. im Deutschen Ärzteblatt oder auf Fortbildungsveranstaltungen zeigt.

Alternative Denkansätze liegen aktuell auch in der Absenkung der Qualifikationsvoraussetzungen für den Einstieg in die Arbeitsmedizin. Eine „Kleine Fachkunde“ als Schnelleinstieg für Ärzte anderer Fachgebiete erscheint jedoch wenig hilfreich, da andere Fachgebiete vielerorts selbst Kapazitätsprobleme haben und diverse Konzepte zur Delegation ärztlicher Leistungen erproben und praktizieren (vgl. 1.3.2). Diskutiert wird ebenso der verstärkte Einsatz von Assistenzpersonal. Hier handelt es sich ebenfalls um ärztlich delegierte Leistungen, jedoch stellt sich die Frage, ob die bisherigen Ausbildungsvoraussetzungen für Medizinische Fachangestellte für einen solchen Einsatz ausreichend sind. Das neu gestaltete Curriculum „Arbeitsmedizinische Assistenz“ kann hier eine Grundlage bzw. eine Voraussetzung darstellen.

Einzelne Anbieter von ausschließlich arbeitssicherheitstechnischen Leistungen (z. B. Ingenieurbüros für Arbeitssicherheit) versuchen bereits, schleichende Änderungen als Alternative zur bisherigen Betreuungsform umzusetzen. Der Gedanke besteht darin, den Betriebsarzt nur für einzelne Teilaspekte, wie z. B. eine Teilnahme am Arbeitsschutzausschuss, einzukaufen. Hier besteht die Gefahr eines Missbrauchs, da faktisch keine betriebsärztliche Betreuung erfolgt und die bloße Teilnahme an der Arbeitsschutzausschuss-Beratung es dem Betriebsarzt nicht ermöglicht, fundierte Unterstützung zu geben. Vielmehr drängt sich der Verdacht auf, dass das Streben nach zusätzlichen Marktanteilen für die Arbeitssicherheit diese Vorgehensweise beeinflusst. Setzt sich ein solcher Ansatz durch, würde dies einen Anstieg des Marktvolumens für die Anbieter von arbeitssicherheitstechnischen Dienstleistungen zwischen 25 % und 66 % in Abhängigkeit von den aktuell gültigen Zeitvorgaben der DGUV V 2 bedeuten.

Überlegungen, die betriebsärztliche Gesundheitsbetreuung in der DGUV Vorschrift aufzugliedern und neben den Einsatzzeiten für Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit eine „dritte Spalte“ für nichtärztliche Gesundheitsexperten zu schaffen,

erscheinen auf den ersten Blick durchaus zielführend und nah am hier beschriebenen Delegationskonzept. Allerdings ist zu befürchten, dass der ganzheitliche und systematische Ansatz mit einheitlicher betriebsärztlicher Steuerung zu Gunsten vermeintlicher Kostenvorteile verloren geht. Die Loslösung der nichtärztlichen Experten vom Betriebsarzt würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu unterschiedlichen Preisen in Abhängigkeit vom tätigen Protagonisten führen. Dies dürfte in den betreuten Betrieben zunächst auf Zustimmung stoßen. Allerdings ist zu befürchten, dass allein wirtschaftliche Aspekte dann die Auswahl des Gesundheitsexperten beeinflussen – unabhängig vom Nutzen einer Leistung.

Eine denkbare Alternative stellt auch die Abschaffung der Mindesteinsatzzeiten für die betriebsärztliche Betreuung zu Gunsten einer freiwilligen Nutzung nach betrieblichem Bedarf dar. Bei diesem Denkansatz bliebe es den Unternehmern überlassen zu entscheiden, ob ein Beratungsbedarf besteht und ggf. in welchem Umfang. So genutzte Leistungen wären dann nach tatsächlicher Inanspruchnahme zu bezahlen. Zunächst scheint dies einer freien Wirtschaft unter dem Gesichtspunkt der Stärkung der unternehmerischen Verantwortung durchaus angemessen. In den strukturierten Interviews zu dieser Arbeit wurde daher auch hinterfragt,

- wie die Unternehmer die gesetzliche Verpflichtung zur betriebsärztlichen Betreuung bewerten und
- ob der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz ohne gesetzliche Verpflichtung ein ebenso wichtiges Thema für den Unternehmer wäre.

Nur 56,2 % der Befragten sehen die gesetzliche Verpflichtung als überwiegend hilfreich an und lediglich 46,3 % würden ohne gesetzliche Verpflichtung im Arbeits- und Gesundheitsschutz ein wichtiges Thema sehen. Offensichtlich betrachten noch immer viele Unternehmer in erster Linie den Kostenfaktor und weniger den betrieblichen Nutzen. Ein Wegfall der Betreuungspflicht mit konkreten Zeitvorgaben würde demnach zur Einstellung vieler Aktivitäten führen. Dies kann weder im Sinne der Politik noch im Sinne der beschäftigten Arbeitnehmer sein.

Die dargestellten alternativen Überlegungen veranschaulichen, dass dem Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ tatsächlich die Funktion einer „Klammer“ bzw. eines Kompromisses zukommen könnte. Die Interessen aller Beteiligten werden berücksichtigt und das über Jahre aufgebaute hohe Qualitätsniveau bliebe erhalten und würde weiterentwickelt werden.

#### 4.4 Die veränderte Rolle des Betriebsarztes im Wandel der Arbeitswelt

Die arbeitsmedizinische Betreuung nach dem Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ stellt auch neue, weitreichende Anforderungen an den Betriebsarzt. In der Vergangenheit orientierte er sich bereits an den Veränderungen der modernen Arbeitswelt und dem daraus resultierenden veränderten Betreuungsbedarf. Diese Veränderungen bezogen sich vordergründig auf die **fachliche Kompetenz**. Mit Anwendung des neuen Betreuungskonzeptes kommen auf den Betriebsarzt – nach Aussage des im Pilotprojekt teamleitenden Arztes – verstärkt Anforderungen bezüglich der **Sozialkompetenz** zu.

Im Regelfall führte er zuvor ein bis zwei medizinische Fachangestellte, deren Tätigkeiten meist in seiner unmittelbaren Nähe und unter seiner direkten Aufsicht abliefen. Mit Aufstellung des Präventionsteams rücken in der internen Organisation Teamarbeit, Abstimmung, Führung und Managementaufgaben stärker in den Fokus der Tätigkeit.

Der Betriebsarzt nimmt im von ihm betreuten Betrieb künftig die Rolle eines Gesundheitsberaters für den Unternehmer wahr, was mit einer Rolle als Manager vergleichbar ist. Weitreichende fachliche Kompetenzen auch hinsichtlich der Leistungsinhalte seiner Teammitglieder werden ebenso gefordert wie die Fähigkeit, ein Team, bestehend aus verschiedenen nichtärztlichen Gesundheitsexperten, zu organisieren, zu motivieren und zu führen. Dabei kann das Präventionsteam auch externe Kooperationspartner einschließen. Eine Vielzahl breit angelegter Ergebnisse und Feedback-Informationen muss systematisiert, bewertet, aufbereitet und letztlich im Unternehmen präsentiert werden (**Methoden- und Medienkompetenz**).

Entsprechend seiner individuellen Persönlichkeit wird nicht jeder Betriebsarzt willens und in der Lage sein, diese neuen Herausforderungen anzugehen, sich diesbezüglich zu qualifizieren und den Anforderungen gerecht zu werden. Dies erscheint jedoch nicht problematisch, da nicht jeder Betriebsarzt zwingend einem Präventionsteam vorstehen muss. Bei der Betreuung größerer Betriebe ist ebenso eine Mitarbeit im Team unter Leitung eines Betriebsarztkollegen denkbar. Darüber hinaus wird es zumindest in den kommenden Jahren auch ausreichend Bedarf für die betriebsärztliche Standardbetreuung geben. Auch bei Delegation von Teilleistungen bleiben bestimmte Inhalte (nicht delegierbare Leistungen) den Ärzten vorbehalten.

## 4.5 Erforderliche Änderungen in Gesetzen und Regelwerken

Bei den bestehenden Gesetzen und Regelwerken war zunächst zu prüfen, ob diese bereits Festlegungen zur Delegation von Teilleistungen und zur Einbeziehung weitergehender fachlicher Inhalte anderer Fachgebiete treffen.

### Delegation von Teilleistungen nach ärztlicher Maßgabe

Die für die arbeitsmedizinische Betreuung bestehenden Gesetze und Regelwerke (Arbeitssicherheitsgesetz, Arbeitsschutzgesetz, DGUV V 2, Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung) sprechen von der Bestellung eines Betriebsarztes und den zugehörigen betriebsärztlichen Aufgaben. Sie schließen eine Delegation von Teilleistungen weder ein noch aus. Hierzu gibt es allgemeine, nicht für den Betriebsarzt spezifizierte Hinweise der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008). Inwiefern der Betriebsarzt generell Inhalte delegieren darf, ist im ASiG, im ArbSchG und in der DGUV V 2 nicht geregelt. Hier besteht ggf. noch Regelungsbedarf.

Im Sinne eines einheitlichen Verständnisses und klarer Regelung wäre die Aufnahme einer Formulierung in die DGUV V 2 hilfreich, die es dem Betriebsarzt explizit gestattet, *nach seiner fachlichen Maßgabe* und unter Berücksichtigung der Delegierbarkeit spezifischer Teilleistungen andere, nichtärztliche Gesundheitsberufe einzubeziehen. Um Missbrauch vorzubeugen erscheint es empfehlenswert, die Zielgruppe der Delegationsempfänger einzugrenzen auf Gesundheitsprofessionen mit fachspezifischem Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss und ggf. auf bestimmte Ausbildungsberufe (z. B. Physiotherapeut). Auf Medizinische Fachangestellte sollte wie bisher delegiert werden können. Für eigenständige Aktionen Medizinischer Fachangestellter ohne Beisein des Arztes erscheint die Erfordernis einer Zusatzqualifikation (z. B. über den VDBW) sinnvoll (Panter 2008).

### Einbeziehung fachlicher Inhalte anderer Fachgebiete

Zu den betriebsärztlichen Aufgaben der Grundbetreuung gehört laut DGUV V 2 u. a. die Unterstützung und Beratung bei grundlegenden Maßnahmen zur Verhältnis- und zur Verhaltensprävention.

Darunter könnten die Leistungsinhalte der nichtärztlichen Delegationsempfänger bereits heute in der Grundbetreuung subsumiert werden. Ebenso ist dies je nach Tätigkeitsfeldern in der betriebsspezifischen Betreuung möglich. Inhaltlich sind die Teilleistungen der nichtärztlichen Gesundheitsexperten bereits mit dem vorhandenen Regelwerk abgedeckt.

## **4.6 Anforderungen an die Studiengänge nichtärztlicher Fachexperten**

Die Absolventen diverser Studiengänge für Gesundheitsmanagement, Sportwissenschaften oder auch Psychologie (Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie) besitzen nach Erfahrungen der AMD TÜV meist nur wenige Kenntnisse zur Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Deutschland. Die Schnittstelle zur Arbeitsmedizin und zum Betriebsarzt ist kaum bekannt. Eine Ursache liegt vermutlich in der verstärkten Ausrichtung der Ausbildung auf bisherige, klassische Einsatzgebiete wie in Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen (Gesundheitswirte und Sportwissenschaftler) oder in Begutachtungsunternehmen (Psychologen). Mit der Delegation betriebsärztlicher Leistungen an andere, nichtärztliche Gesundheitsexperten stehen die Universitäten und Hochschulen vor der Herausforderung, die Schnittstelle zur Arbeitsmedizin stärker als bisher in den Studienplänen zu berücksichtigen. Für die Vermittlung dieser eher organisatorisch ausgerichteten Themen wie Gesetze, Vorschriften und Regelwerke, Organisation des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Funktionsweise eines Präventionsteams etc. können problemlos Führungskräfte aus der freien Wirtschaft gewonnen werden. Sie bereichern die Ausbildung mit starkem Praxisbezug. Darüber hinaus eröffnen sich den Absolventen dieser Studiengänge neue Einsatzmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt. Gute Arbeitsmarktchancen wiederum lassen mit einer verstärkten Nachfrage der Studiengänge rechnen, so dass wiederum auch die Universitäten und Fachhochschulen profitieren.

## **4.7 Chancen und Risiken**

Die Chancen des neu entwickelten Konzeptes liegen in erster Linie in der Erweiterung und Verbesserung des betriebsärztlichen Leistungsangebotes sowie im optimierten Einsatz knapper betriebsärztlicher Ressourcen. Insbesondere in KMU kann diese Betreuungsform durch verstärkten Praxisbezug bis hin zur Ausführung praktischer Maßnahmen helfen, die Betriebsärzte zu entlasten und dennoch eine hohe Leistungsqualität beizubehalten und neu zu schaffen. Durch die Einbeziehung der Kompetenzen anderer, nichtärztlicher Gesundheitsprofessionen wird das Thema Gesundheit ganzheitlich in seiner vollen Komplexität betrachtet. Dies ist erforderlich, da sich die berufliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit nicht von der privaten Gesundheit bzw. gesundheitsgerechtem Verhalten trennen lässt.

Eine weitere, bisher wenig beschriebene Chance liegt in der Einbindung der gesetzlichen Krankenkassen. Gemäß § 20 SGB V und das neue Präventionsgesetz sollen diese

Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter unterschiedlicher Gesundheitschancen leisten. Dies führt in den Unternehmen bisher lediglich zu Parallelangeboten, die seitens der Krankenkasse meist kostenfrei und im Sinne der Mitgliederwerbung ausgeführt werden. Dabei handelt es sich häufig um unspezifische Standardangebote ohne Abgleich mit betrieblichen Belastungssituationen und ohne Einbindung der betriebsärztlichen Expertise. Die konkrete Chance liegt in einer Bündelung der Aktivitäten. Auf Basis der Gefährdungsbeurteilung stimmen Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Unternehmer, Mitarbeitervertretung und Krankenkasse gemeinsam ab, welche Maßnahmen und Aktionen hilfreich und sinnvoll sind, wer diese durchführt und wer welche Kosten trägt. Die Ergebnisse münden in eine gemeinsame Gesundheitsstrategie für das Unternehmen. Auf diese Weise ließen sich die verschiedenen Akteure in der betrieblichen Gesundheit als Netzwerk zusammenführen im Sinne eines nachhaltigen Erfolges und der GDA. Das geplante Präventionsgesetz (Bundesministerium für Gesundheit 2014b) könnte hier zu einer Verbesserung führen.

Die vielfältige und praxisnahe Gestaltung der Betreuung nach dem neuen Konzept bietet den Unternehmern die Möglichkeit, im Rahmen der Grundbetreuung neue Inhalte kennen zu lernen und auszuprobieren, ohne zwingend die Betreuungskosten zu erhöhen. Zudem sind sie aktiv an der Auswahl der Maßnahmen beteiligt. Die Bereitschaft, Neues zu erproben, dürfte vermutlich höher sein, wenn damit keine zusätzlichen Kosten verbunden sind. Wird eine konkrete Verbesserung im Nutzen wahrgenommen, ist eine stärkere Implementierung des Themas Gesundheit in die betrieblichen Abläufe wahrscheinlich. Ggf. stellt sich dann die Frage eines zusätzlichen Investments unter anderen Gesichtspunkten neu.

Neben den Chancen bestehen auch Risiken. Der von vielen Betriebsärzten befürchtete Missbrauch der Delegation als schleichender Übergang zur Substitution ärztlicher Leistungen ist weitgehend latent. Bisher wird die Umsetzung der DGUV V 2 eher zurückhaltend von den Berufsgenossenschaften und den staatlichen Aufsichtsbehörden kontrolliert. Ein beträchtliches Risiko besteht darin, dass bei den Leistungsanbietern im Sinne einer Gewinnmaximierung und zu Lasten des Präventionsgedankens ärztliche Inhalte an kostengünstigere Professionen per Anweisung quasi aus dem Controlling abgegeben werden müssen. Ein verantwortliches, betriebsärztliches Handeln wäre dann nicht mehr gegeben. Ziel könnte es sein, Kostenvorteile zu realisieren. Das Risiko ist umso größer, je weniger Einfluss der Betriebsarzt bzw. die Betriebsärzteschaft auf unternehmerische Entscheidungen auf Seiten ihres eigenen Arbeitgebers (z. B. überbetrieblicher Dienst)

haben. Die Verantwortung bliebe bestehen, ohne dass der Betriebsarzt diese tatsächlich wahrnehmen kann.

Ein Risiko kann sich ergeben, wenn der Betriebsarzt die Prozessführerschaft abgibt oder nicht vollumfänglich ausführt. Erreicht das Präventionsteam, ggf. auch mit externen Kooperationspartnern, eine Größe von mehr als ca. 6 Personen, dürfte es dem Betriebsarzt zunehmend schwerfallen, eine funktionierende Abstimmung innerhalb des Präventionsteams vorzunehmen.

Risikobehaftet erscheint auch eine seitens z. B. der DGUV zu allgemein formulierte Möglichkeit der Delegation bzw. einen zu allgemein formulierten Präventionsauftrag. Ohne Berücksichtigung der ärztlichen Maßgabe in der Delegation und ohne definiertes Präventionsteam bzw. definierte Leistungsinhalte könnten sich Anbieter z. B. arbeitssicherheitstechnischer oder physiotherapeutischer Leistungen ermutigt sehen, ihre eigenen Tätigkeitsinhalte auf Basis von Kostenvorteilen direkt auf die arbeitsmedizinische Einsatzzeit eines Unternehmens anrechnen zu lassen. Systematik und Nachhaltigkeit würden vermutlich beeinträchtigt, wenn die betriebsärztliche Tätigkeit vom Unternehmer selbst z. B. durch losgelöste Nackenmassagen, ausgeführt von Masseuren, oder Fitness-Studio-Angebote ersetzt werden könnte. Dies käme einer Substitution des Betriebsarztes gleich. Die im Gegenzug beschworene Gefahr einer so genannten Kontrollbürokratie dürfte geringer sein als das Risiko eines Verlustes des ganzheitlichen Ansatzes im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Gerade der ganzheitliche Ansatz soll durch die erfolgte Formulierung einer Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) forciert werden.

### **4.8 Ausblick für die Praxis**

Das entwickelte und vorgestellte Konzept mit stärkerer Orientierung auf die Delegation von Teilleistungen an nichtärztliches Fachpersonal lässt sich vergleichsweise schnell in die Praxis umsetzen. Zahlreiche Initiativbewerbungen und Praktikumsanfragen z. B. beim TÜV Rheinland und Gespräche mit Absolventen verschiedener Gesundheitsstudiengänge sowie eine Vielzahl von einschlägigen Studiengängen an Universitäten und Fachhochschulen weisen darauf hin, dass qualifiziertes und motiviertes, studiertes Personal zur Verfügung steht. Dabei wird es seitens der Betriebsärzte erforderlich sein, sich vom traditionellen Delegationsgedanken ausschließlich an Medizinische Fachangestellte zu lösen und den Personenkreis der Delegationsempfänger weiter zu fassen.

Größeren überbetrieblichen Diensten wird die Aufstellung eines Präventionsteams vermutlich leichter fallen. In diesen Unternehmen arbeiten in der Regel mehrere Betriebsärzte, die eine größere Anzahl von Betrieben betreuen. Damit steht eher ein Delegationsvolumen an nichtärztliche Gesundheitsexperten bereit, das die Anstellung eines oder mehrerer solcher Experten rechtfertigt. Betriebsärztliche Einzelkämpfer werden ihr Präventionsteam daher eher über Kooperationspartner zusammenstellen. Ein mögliches Konkurrenzhandeln innerhalb der Kooperation ließe sich ggf. über einen Vertrag oder, bei Vertrauensbruch, über die Beendigung der Kooperation regeln.

Das in der Praxis realistische Delegationsvolumen lässt sich aktuell nur abschätzen. Es dürfte stark abhängig von der Betriebsgröße und der Tätigkeitsbranche sein und kann durchaus jährlich schwanken. Bei Einführung des neuen Betreuungskonzeptes erscheint zunächst ein Richtwert von im Mittel 25 % der betriebsärztlichen Einsatzzeit in der Grundbetreuung nach DGUV V 2 als realisierbar. Nachdem sich ein neu aufgestelltes Präventionsteam zusammengefunden, konstituiert und eingearbeitet hat, kann diese Zahl ggf. noch wachsen.

In der Umsetzung des neuen Konzeptes muss berücksichtigt werden, dass auch für die betriebsärztliche Eigenleistung ein ausreichendes Zeitvolumen zur Verfügung steht. Ein Vor-Ort-Termin des Betriebsarztes im von ihm betreuten Unternehmen sollte mindestens einen halben Arbeitstag ausmachen. Kürzere Termine lassen eine sinnvolle Arbeit kaum zu und werden anteilig von hohen Reisezeiten und -kosten dominiert.

Die komplexen Wirkmechanismen der täglichen Arbeitswelt lassen das Hinzuziehen weiterer, nichtärztlicher Gesundheitsprofessionen sehr sinnvoll erscheinen. Ganzheitlichkeit der Betrachtung und Nachhaltigkeit der Investition in die betriebsärztliche Betreuung schaffen durch die breitere fachliche Ausrichtung einen Mehrwert für alle Beteiligten. Der Betriebsarzt wird entlastet und konzentriert sich auf die eigentliche betriebsärztliche Tätigkeit, den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten, insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel. Die knappen betriebsärztlichen Ressourcen werden bestmöglich eingesetzt.

## 5 Zusammenfassung

Knappe betriebsärztliche Ressourcen unter Berücksichtigung der zunehmenden Komplexität des Arbeitslebens optimal einzusetzen und den hohen Praxisanforderungen an die betriebsärztliche Betreuung gerecht zu werden, ist Hauptanliegen dieser Arbeit. Dazu wurde vom Verfasser ein neues Konzept entwickelt, in dessen Mittelpunkt die Delegation ärztlicher Leistungen steht. In der Vergangenheit delegierten die Betriebsärzte bereits Teile der Funktionsdiagnostik an Medizinische Fachangestellte, kooperierten mit Arbeitspsychologen oder anderen Fachärzten. Der Qualität der Leistung wurde damit kein Abbruch getan. Vielmehr erleichterte die Delegation den Ärzten die Arbeit und erhöhte für einzelne Fachspezifika die Beratungskompetenz.

Im Rahmen des neuen Betreuungskonzeptes bindet der Betriebsarzt nun neben seiner eigenen ärztlichen Kompetenz neu ein Präventionsteam ein, das aus nichtärztlichen Fachexperten besteht. In genauer Kenntnis der betrieblichen Gegebenheiten hinsichtlich Gefährdung und Belastung delegiert er Teilleistungen z. B. an Psychologen, Gesundheitswirte, Sportwissenschaftler, Logopäden etc. Die Ergebnisse der delegierten Leistungen laufen schließlich wieder beim Betriebsarzt zusammen und ermöglichen eine zusammenfassende Auswertung und Beratung.

In einem Pilotprojekt der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe und des TÜV Rheinland wurden in der Region Magdeburg-Halberstadt in Sachsen-Anhalt 121 Betriebe unterschiedlicher Größe durch ein Präventionsteam betreut. Mit Hilfe der Ergebnisse strukturierter Interviews in den Unternehmen zur bisherigen und zur neuen Betreuungsform ließen sich vergleichende Aussagen zur wahrgenommenen Leistungsqualität und zur Leistungsorganisation treffen. Die Interviewergebnisse zeigen: Hinsichtlich der Leistungsqualität bewerten die befragten Unternehmen die Betreuung mit zusätzlich eingesetzten nichtärztlichen Fachexperten im Mittelwert signifikant höher. In der Leistungsorganisation führt das neue Konzept zu keiner signifikanten Veränderung der Zufriedenheit. Die neue entwickelte Betreuungsform zeigt demnach einen Weg auf, die betriebsärztlichen Kapazitäten so einzusetzen, dass einerseits die Rolle des Betriebsarztes aufgewertet und andererseits ein Mehrwert für die betreuten Unternehmen geschaffen wird. Zudem wurde der Betriebsarzt nach eigener Aussage zeitlich um ca. 25 % entlastet und konnte sich stärker den eigentlichen, ärztlichen Tätigkeiten widmen.

Das Konzept kann den Präventionsleitern der Berufsgenossenschaften und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zur Aufnahme in die Regelwerke empfohlen werden.

## Literaturverzeichnis

1. BARTH, CH., GLOMM, D., WIENHOLD, L. (2000). *Betriebsärztliche Kleinbetriebsbetreuung – Bedarfsabschätzung, Strategien, zeitgemäße Betreuungsmodelle*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschung, Fb 904, Bremerhaven.
2. BARTH, CH., HARMACHER, W., EICKHOLT, C. (2014). *Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland*. Forschungsprojekt F 2326 im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, ohne Verlag, Dortmund/Berlin/Dresden. URL: [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.baua.de%2Fde%2FPublikationen%2FFachbeitraege%2FF2326.pdf%3F\\_\\_blob%3DpublicationFile%26v%3D5&ei=ddVBVbb9KsfnaoGXgLAF&usg=AFQjCNGEIRGMgr9bE7MD9xRljMxEK7j5Bw&bvm=bv.92189499,d.d2s](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.baua.de%2Fde%2FPublikationen%2FFachbeitraege%2FF2326.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D5&ei=ddVBVbb9KsfnaoGXgLAF&usg=AFQjCNGEIRGMgr9bE7MD9xRljMxEK7j5Bw&bvm=bv.92189499,d.d2s) (Zugriff: 30.04.2015, 9:00)
3. BARTSCHER, T. (2008). *Personalarbeit im Wandel*. Praxiswissen „Moderne Personalarbeit“, ProFirma 12/2008. Haufe. Freiburg.
4. BÖCKELMANN, I., WAGNER, C., PFISTER, E. A. (2005). *Nachwuchssituation in der Arbeitsmedizin in Sachsen-Anhalt*. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt, 16 (9): 35-38.
5. BSAFB (2014). *Delegation braucht Grenzen, Stellungnahme des BsAfB*. ErgoMed – Praktische Arbeitsmedizin 10 (38), URL: [www.bsafb.de/560.0.html](http://www.bsafb.de/560.0.html) (Zugriff: 05.10.2014, 8.30)
6. BUNDESÄRZTEKAMMER UND KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2008). *Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*. Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 29.08.2008, Deutsches Ärzteblatt 105 (41): A 2173-A 2177.
7. BUNDESÄRZTEKAMMER (2012). *Resolution zur Delegation*. Resolution der ärztlichen Spitzenverbände. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/24022012\\_-\\_Resolution\\_Verbaendegespraech.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf) (Zugriff: 30.04.2015, 9.15 Uhr).
8. BUNDESÄRZTEKAMMER (2013). *Statement der Bundesärztekammer zum Expertenworkshop Möglichkeiten und Grenzen der Delegation betriebsärztlicher Leistungen*. unveröffentlichtes Handmaterial für Teilnehmer, Berlin, 26.08.2013.
9. BUNDESÄRZTEKAMMER (2014). *Arbeitsmedizinische Fachkunde, Statistiken 2001-2013*. URL: [www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.99.3477.12314,12398](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.99.3477.12314,12398) (Zugriff: 14.10.2014, 6.30)
10. BUNDESÄRZTEKAMMER (2015). *Arbeitsmedizinische Fachkunde, Statistiken 2001-2014*. URL: [www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/arbeitsmedizin/statistik](http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/arbeitsmedizin/statistik) (Zugriff: 17.09.2015, 6.30)

11. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2014a). *Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)*. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html> (Zugriff: 24.09.2015, 22:20).
12. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2014b). *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)*. Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilungen 2014-04. URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/14\\_1217\\_Gesetzesentwurf\\_Praeventionsgesetz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/14_1217_Gesetzesentwurf_Praeventionsgesetz.pdf) (Zugriff: 24.09.2015, 23:05).
13. DEUTSCHER ÄRZTETAG (2011). *Entschießung des Deutschen Ärztetages 2011: Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich*. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/114\\_Beschlussprotokoll20110704.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/114_Beschlussprotokoll20110704.pdf) (Zugriff: 18.08.2014, 11:30).
14. EGELER, R. (2009). *Statistisches Bundesamt, Pressekonferenz „Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2060“*. Statement von Präsident Roderich Egeler am 18. November 2009 in Berlin, URL: [www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2009/Bevoelkerung](http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2009/Bevoelkerung) (Zugriff: 30.05.2014, 9:00).
15. ENDERLE, G, NEMITZ, B. (2005). *Didaktische Modelle für die betriebsärztliche Qualifikation gemäß § 3 ASiG und modernem europäischem Arbeitsschutz*. Forschung, Projekt F 5189 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden. URL: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/699474/publicationFile/46733/F5189.pdf> (Zugriff 30.04.2015, 9:00).
16. FLICK, U. (2005) Hrsg. *Qualitative Forschung, Ein Handbuch*. 6. Auflage, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
17. GERLACH, F., MERGENTHAL, K., ROEHL, I., GONDAN, H., BEYER, M. (2012). *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg 2010-2011*. Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main, Vortrag von Prof. Gerlach in Berlin, 15. Juni 2012. URL: [http://www.neueversorgung.de/tl\\_files/neueVersorgung/PDF/HZV-Evaluation-Basisvortrag\\_12\\_Juli\\_2012.pdf](http://www.neueversorgung.de/tl_files/neueVersorgung/PDF/HZV-Evaluation-Basisvortrag_12_Juli_2012.pdf) (Zugriff: 10.06.2014, 22:50)
18. GLOMM, D., JURKSCHAT, R. (2010). *Arbeitsmedizin zwischen Prävention, Therapie und Rehabilitation, Ansätze eines modernen Gesundheitsmanagement unter einer interdisziplinären Perspektive*. ASU Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 45 (3): 96-102.
19. GOLDSTEIN, K., RICKMANN, J. (2009). *Meilensteine im Gesundheitsmanagement am Beispiel der Commerzbank AG*. ErgoMed/Prakt. Arb. Med., 33 (3): 76-81.
20. HARTMANN, B. (2014). *Zur Delegation betriebsärztlicher Leistungen, Betriebsärztliche Leistungen effizient und ressourcenoptimiert gestalten*. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 49 (9): 653-657.

21. HOFFMANN, W. (2009). *AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz*. Deutsches Ärzteblatt 106 (1-2): 3-9.
22. HORVÁTH, P., GAMM, N., MÖLLER, K., KASTNER, M., SCHMIDT, B., ISERLOH, B., KLIESCH, G., OTTE, R., BRAUN, M., MATTER, M., PENNIG, ST., VOGT, J., KÖPER, B. (2008). *Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Hilfe der Balanced Scorecard am Beispiel eines Unternehmens in der Automobilindustrie*. Forschungsbericht F 2126 im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Ohne Verlag. Dortmund/Berlin/Dresden.
23. JANCIK, J. M. (2002). *Betriebliches Gesundheitsmanagement, Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken*. Gabler, Wiesbaden, 111 ff.
24. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2015). *Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1.10.2013, Stand 1.1.2015*.  
URL: [http://www.kbv.de/media/sp/24\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf) (Zugriff: 24.09.2015, 22.00).
25. KAUL, G., FISHTA, A., HASSELHORN, H. M. (2013). *Aufgaben und Kompetenzen von arbeitsmedizinischem Fachpersonal in Deutschland und in ausgewählten Ländern der EU*. Unveröffentlichtes Skript des Vortrages Vortrag zum Expertenworkshop der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin, 17.10.2013.
26. KOALITIONSVERTRAG (2013). *„Deutschlands Zukunft gestalten“*. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin, 16.12.2013,  
URL: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>  
Zugriff: 10.06.2014, 11:00)
27. LANG, F. (2014). *Überlegungen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Arbeitspsychologen und Arbeitsmedizinern*. ErgoMed /Prakt. Arb. Med. 38 (4): 32-35.
28. LINFANTE, A., SAAKE, K.-P., ACKENHAUSEN, F. (2011). *Ergotherapie in Industrieunternehmen, Werk Salzgitter der Volkswagen AG*. ErgoMed/Prakt. Arb. Med., 35 (5): 6-13.
29. MEYER-FALCKE, A. (2014). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit: Ergebnisse einer Befragung zu institutionellen Kooperationsansätzen*. ErgoMed/Prakt. Arb. Med. 38 (4): 22-30.
30. MONTGOMERY, F. U. (2014). *Delegation ärztlicher Leistungen*. Statement von Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery vom 11.07.2014. URL: <http://www.vdbw.de/Aktuell-Detailansicht.27+M55be6ceea7b.0.html> (Zugriff: 07.05.2015, 12.00 Uhr).
31. MÜLLER, E., BAUR, X., LETZEL, S., NOWAK, D. (2009). *Arbeitsmedizinische Praxis im Spannungsfeld von ethischem Anspruch und betrieblichem Alltag aus Sicht der Arbeitgeber*. Ethik in der Arbeitsmedizin, Orientierungshilfen in ethischen Spannungsfeldern. Ecomed Medizin. Landsberg.
32. NORTH, K., FRIEDRICH, P., BERNHARDT, K. (2009). *Die Gesundheitshebel, Partizipative Gesundheitsförderung in der Pflege*. Gabler. Wiesbaden.

33. PANTER, W. (2008). *Kriterien für den Erwerb der Fachbezeichnung „Arbeitsmedizinische Assistentin / Arbeitsmedizinischer Assistent – VDBW e.V.“*. Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., Karlsruhe, 12.06.2008, URL: [www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/05-Presse/Kriterien\\_und\\_Anhang\\_A\\_fuer\\_den\\_Erwerb\\_der\\_Fachbezeichnung.pdf](http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/05-Presse/Kriterien_und_Anhang_A_fuer_den_Erwerb_der_Fachbezeichnung.pdf) (Zugriff: 20.12.2013, 17.30).
34. PANTER, W. (2012). *Delegation betriebsärztlicher Leistungen*. URL: <http://www.ergomed-landau.de/downloads/Panter-Delegation-betriebsaerztlicher-Leistungen.pdf> (Zugriff: 07.05.2015, 12.10 Uhr).
35. PROTSCHKA, J. (2014). *Delegation: Chance und Risiko*. Dtsch Arztebl 2014; 111 (19): 706-707.
36. RICKEN, U. (2008). *Leserbrief zu: „Arbeitsmedizin: Nachwuchsmangel zu befürchten“*. Prakt. Arb. Med., 13 (2008): 26.
37. SCHNEIDER, M. (2011). *Psychomentale Belastung in der Arbeitsmedizin: Das Kooperationskonzept „Ambulante Psychotherapeuten“*. Poster zur 51. DGAUM-Jahrestagung, Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 46 (3): 199.
38. SCHOELLER, A. E. (2011). *Nachwuchsförderung in der Betriebsmedizin in Aussicht*. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 46 (5): 50-53.
39. SCHOELLER, A. E. (2012). 115. *Deutscher Ärztetag zur Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung*. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 47 (8): 98-99.
40. SCHRAMM, W. (2014). *Das Thema der Delegation betriebsärztlicher Leistungen wird zunehmend diskutiert*. VDBW aktuell, April 2014: 29.
41. SCHRAMM, W., WILDGANS, H., PANTER, W. (2015). *Delegation betriebsärztlicher Leistungen. Die besondere Rolle der Betriebsärzte im Arbeits- und Gesundheitsschutz*. Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Karlsruhe.
42. SCHUBERT, S. (2013). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden. Ein Vergleich am Beispiel der Befragung*. Grin. München/Regensburg.
43. SEIBT, R., REHM, U., SCHEUCH, K. (2008). *Das Dresdner Modell – Arbeitsmedizinische Betreuung von Lehrkräften*. ErgoMed/Prakt. Arb. Med., 32 (6): 164-173.
44. SOZIALMINISTERIEN DER LÄNDER MECKLENBURG-VORPOMMERN, BRANDENBURG, SACHSEN UND SACHSEN-ANHALT (2008). *Die Modell-Projekte nach dem AGnES-Konzept in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt, Projektbeschreibung*. URL: [www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Masterbibliothek/Gesundheit/Aktuelles/hintergrundinformation\\_agnes.pdf](http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Masterbibliothek/Gesundheit/Aktuelles/hintergrundinformation_agnes.pdf) (Zugriff: 11.12.2012, 11:30)
45. UNGER, H.-P. (2013). *Die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Psychiater bei Früherkennung und Wiedereingliederung, Interdisziplinäre ärztliche Kooperationen*. ASUpraxis, Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 48 (1): 4-7.

46. VAN DIJK, F. (2001) . *Der Betriebsarzt im Team – Interdisziplinäre Betreuung durch die ARBO-Dienste in den Niederlanden*. Manuskript des Vortrages auf der Veranstaltung „Das Berufsbild des Betriebsarztes – auf dem Weg in die Zukunft“ am 14. Mai 2001 auf dem Internationalen Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (A + A) in Düsseldorf, beschrieben in: Didaktische Modelle für die betriebsärztliche Qualifikation gemäß § 3 ASiG und modernem europäischem Arbeitsschutz, Forschung Projekt F 5189 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Ohne Verlag. Dortmund/Berlin/Dresden 2005, 35.
47. VDBW (2012). *Delegation ärztlicher Leistungen*. Verlag VDBW. Karlsruhe.
48. WIENHAUSEN-WILKE, V., SCHNEIDER, K. (2012). *Wohlfühlen leicht gemacht – Strukturiertes Programm zur effektiven und nachhaltigen Gesundheitsförderung, Stadt und Klinikum Esslingen*. ErgoMed/Prakt. Arb. Med., 36 (2): 6-10.
49. WINTER, S. (2000). *Quantitative vs. Qualitative Methoden*. URL: [http://nosnos.synology.me/MethodenlisteUniKarlsruhe/imihome.imi.uni-karlsruhe.de/quantitative\\_vs\\_qualitative\\_methoden\\_b.html](http://nosnos.synology.me/MethodenlisteUniKarlsruhe/imihome.imi.uni-karlsruhe.de/quantitative_vs_qualitative_methoden_b.html) (Zugriff: 10.06.2014, 11.00)
50. WIRTSCHAFTSRAT DER CDU E.V., LANDESVERBAND SACHSEN (2013). *Positionspapier „Zur Situation der Arbeitsmedizin in Sachsen und Deutschland – Forderungen der Landesfachkommission (LFK) Gesundheitspolitik im Wirtschaftsrat Sachsen e.V.“*. Rundbrief an die Universitäten, Dresden, 16. April 2013.

## Zitatnachweis

1. BUNDESÄRZTEKAMMER UND KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2008). *Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*. Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 29.08.2008, Deutsches Ärzteblatt 105 (41): A 2173.
2. JANCIK, J. M. (2002). *Betriebliches Gesundheitsmanagement, Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken*. Gabler. Wiesbaden, 112
3. KOALITIONSVERTRAG (2013). „*Deutschlands Zukunft gestalten*“. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin, 16.12.2013, URL: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (Zugriff 10.06.2014, 11:00)
4. MÜLLER, E., BAUR, X., LETZEL, S., NOWAK, D. (2009). *Arbeitsmedizinische Praxis im Spannungsfeld von ethischem Anspruch und betrieblichem Alltag aus Sicht der Arbeitgeber*. Ethik in der Arbeitsmedizin, Orientierungshilfen in ethischen Spannungsfeldern. Ecomed-Medizin. Landsberg, 70.

## Danksagung

Berufsbegleitend im Rahmen eines Pilotprojektes eine wissenschaftliche Arbeit zu verfassen, stellt über einen längeren Zeitraum hohe Anforderungen an das Berufs- und Privatleben. Vieles muss sich der wissenschaftlichen Arbeit unterordnen. Daher möchte ich meiner Familie für ihr großes Verständnis danken, nicht selten auf Ehemann oder Vater verzichten zu müssen. Trotzdem erhielt ich zu jeder Zeit bestmögliche Unterstützung.

Ein besonderes Dankeschön gilt Frau Professor Dr. med. habil. Irina Böckelmann und Frau Dr. med. Sabine Darius vom Bereich Arbeitsmedizin und Herrn Professor Dr. med. M.P.H. Bernt-Peter Robra vom Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg für die sehr freundliche Beratung und die sehr hilfreichen Hinweise bei der Planung, Durchführung und Auswertung des Projektes sowie bei der Erstellung der schriftlichen Arbeit.

Meinen herzlichen Dank widme ich auch dem Leiter des ASD\*BGN, Herrn Andreas Pitz und seinem Team für die nützlichen Hinweise zu Besonderheiten der BGN-Mitgliedsbetriebe sowie zu Branchenspezifika und insbesondere für die Erlaubnis, die Ergebnisse des Pilotprojektes im Rahmen der Dissertation zu veröffentlichen.

Mit ihrem anhaltenden Interesse am Thema dieser Dissertation, Nachfragen zum aktuellen Zwischenstand und vielen fachlichen Hinweisen motivierten und berieten mich viele Kolleginnen und Kollegen des TÜV Rheinland. Vielen Dank dafür meinen Geschäftsführern Frau Rose-Linde Anderlohr und Herrn Dr. med. Dieter Feitsch. Ebenso großer Dank gebührt Frau Dr. med. Wiete Schramm, Herrn Dr. med. Hans Wildgans, Herrn Dr. med. Bernward Siebert, Frau Dr. med. Britta Krüger, Frau Dr. med. Petra Botta, Herrn Norbert Wieneke sowie Frau Dana Niemann, Frau Teresa Sacher-Tacke und Frau Franziska Pflüger.

Magdeburg, im November 2015

Falko Kirsch

## Erklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke- Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

„Die zukunfts- und praxisorientierte Gestaltung der betriebsärztlichen Betreuung von Betrieben und Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland“

im Bereich Arbeitsmedizin

mit Unterstützung durch

Frau Prof. Dr. med. habil. Irina Böckelmann und  
Herrn Prof. Dr. med. M.P.H. Bernt-Peter Robra

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe die Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, im November 2015

Falko Kirsch

## Publikationen

Kirsch, F. (2015). *Die zukunfts- und praxisorientierte Gestaltung der betriebsärztlichen Betreuung – Ein Modellprojekt*. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 50 (11): 810-817.

Kirsch, F. (2015). *The Future- and practice-oriented organisation of occupational medical care – a model project*. ASUinternational, Occupational, social & environmental medicine. DOI: 10.17147/ASUI.2015-10-06-01.

Kirsch, F. (2014). *Der Betriebsarzt als Leiter eines Präventionsteams*. ErgoMed/Prakt. Arb.med., 38 (2): 16-19.

Kirsch, F. (2009). *Entwicklung einer Balanced Scorecard für die AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH als Führungs- und Steuerungsinstrument der Geschäftsführung*. Masterarbeit, Hochschule Magdeburg-Stendal.

Kirsch, F. (2005). *Die Gestaltung eines Vergütungssystems mit variablen Bestandteilen für die AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH unter Berücksichtigung der bestehenden innerbetrieblichen und markttechnischen Gegebenheiten*. Diplomarbeit, Fachhochschule Merseburg.

## Darstellung des Bildungsweges

### Persönliche Daten:

Falko Kirsch  
geboren am 01.10.1965 in Magdeburg

### Bildungsweg:

- 2007 – 2009      **Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Magdeburg**  
Berufsbegleitendes Fernstudium Management im Gesundheitswesen  
**Abschluss: Master of Arts**
- 2000 – 2005      **Fachhochschule Merseburg, Merseburg**  
Berufsbegleitendes Fernstudium Betriebswirtschaftslehre  
**Abschluss: Diplom-Kaufmann (FH)**
- 1992 – 1994      **Studienseminar Halle/Saale, Halle**  
Studienreferendariat für das Lehramt an Gymnasien  
**Abschluss: Zweite Staatsprüfung**
- 1987 – 1992      **Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, Halle**  
Lehramtsstudium Geographie/Russisch für das Lehramt an Gymnasien  
**Abschluss: Erste Staatsprüfung**
- 1984 – 1987      **Wehrdienst**
- 1980 – 1984      **Erweiterte Oberschule (Gymnasium) Humboldt, Magdeburg**  
**Abschluss: Abitur**
- 1972 – 1980      **Polytechnische Oberschule, Magdeburg**

### Beruflicher Werdegang:

seit 01/2013      **Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg**  
Gastwissenschaftler und Promovend

- seit 01/1999      **TÜV Rheinland Group,**  
**AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH, Berlin**  
Niederlassungsleiter Sachsen-Anhalt,  
Leiter überregionaler Vertrieb Deutschland,  
Key Account Manager Arbeits- und Gesundheitsschutz
- 11/1994 – 12/1998      **AMD Arbeitsmedizinische Dienste GmbH, Berlin**  
Profit Center Leiter Sachsen-Anhalt

Magdeburg, im November 2015

Falko Kirsch

# Anlagen

## Anlage 1: Fragebogen ex ante

**Konzept** „Moderne Arbeitsmedizin“

**Ex-ante Erhebung** zur Bedarfsanalyse



TÜVRheinland®  
AMD  
Genau. Richtig.

|      |                              |   |  |
|------|------------------------------|---|--|
| A1   | Datum:                       | _____ 20__  | AUS GRÜNDEM DER BESSEREN LESBARKEIT WIRD IM FOLGENDEN BELWAISE NUR DIE MÄNNLICHE FORM VERWENDET. ALLE AUSSAGEN GELTEN SELBSTVERSTÄNDLICH FÜR FRAUEN UND MÄNNER GLEICHZEITIG. |
| A2.1 | Name/ Ort des Unternehmens:  | _____   |  |
| A2.2 | BLN-Nummer:                  | _____   |  |
| A3   | Mitarbeiterzahl:             | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> ≤ 10 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 11-30 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ≥ 31 |  |
| A4   | Branche:                     | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Gastgewerbe & Schausteller <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Nahrungsmittelherstellung  |  |
|      |                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Backbetriebe <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Getränkeindustrie                        |  |
|      |                              | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Fleischereibetriebe   |  |
| A5   | Interviewpartner ist:        | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Betriebsrat                           |  |
|      |                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Führungskraft <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Mitarbeiter                             |  |
| A6   | Interview wurde geführt von: | _____   |  |

A7 Gab es in Ihrem Betrieb bisher arbeitsmedizinische Fragestellungen?

<sub>0</sub> nein     <sub>1</sub> ja, welche: \_\_\_\_\_

A7.1 Wurden diese Fragestellungen im Rahmen der bisherigen Betreuung gelöst und wie zufrieden waren Sie mit der Lösung?

| Lösung                                |                                       |                                       |                                       |                                       | Zufriedenheit                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ganz und gar nicht                    | eher nicht                            | tells/ tells                          | eher ja                               | voll und ganz                         | sehr unzufrieden                      | eher unzufrieden                      | tells/ tells                          | eher zufrieden                        | sehr zufrieden                        |
| <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

A7.2 Wer war maßgeblich an der Lösung beteiligt?

<sub>0</sub> ein externer Berater    
  <sub>2</sub> Sonstige: \_\_\_\_\_  
 <sub>1</sub> Betriebsarzt

A8 Welche Leistungen haben Sie bisher erhalten/ genutzt und wie wichtig waren diese für Sie? (Mehrfachnennung möglich)

|  | nicht erhalten/ genutzt               | erhalten/ genutzt                     | Bedeutung                             |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|  |                                       |                                       | sehr unwichtig                        | eher unwichtig                        | tells/ tells                          | eher wichtig                          | sehr wichtig                          |
| A8.1 betriebsärztliche Standardbetreuung                             | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A8.2 Beratung zur Rückengesundheit                                   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A8.3 Beratung zum Hautschutz   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A8.4 Beratung zum Lärmschutz   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A8.5 Beratung zur Prävention von Verbrühung, Verbrennung, Erfrierung | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A8.6 Beratung für Tätigkeit an Steh-/ oder Sitzarbeitsplätzen        | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A8.7 Beratung zu Reinigung und Desinfektion                          | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A8.8 Beratung zum Umgang mit kritischen Situationen                  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A8.9 Beratung zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen         | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

1

Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ | Ex-ante Erhebung zur Bedarfsanalyse

| A9   | Wie zufrieden waren Sie mit der bisherigen Leistungsorganisation und wie wichtig waren Ihnen diese Aspekte? | Zufriedenheit                         |                                       |                                       |                                       |                                       | Bedeutung                             |                                       |                                       |                                       |                                       |
|------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|      |   | sehr unzufrieden                      | eher unzufrieden                      | teils/teils                           | eher zufrieden                        | sehr zufrieden                        | sehr unwichtig                        | eher unwichtig                        | teils/teils                           | eher wichtig                          | sehr wichtig                          |
| A9.1 | zeitlich angemessener Umfang der Betreuung  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A9.2 | bedarfsgerechte Beratung/ Eingehen auf Ihre oder Mitarbeiterbedürfnisse                                     | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A9.3 | Themenauswahl in der Beratung   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A9.4 | soziale Kompetenz des Experten  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A9.5 | Nutzbarkeit der vermittelten Inhalte  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A9.6 | Erreichbarkeit des Experten   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| A 9.7 | Globalzufriedenheit: Wie zufrieden waren Sie bisher ganz allgemein mit der arbeitsmedizinischen Betreuung? | sehr unzufrieden                      | eher unzufrieden                      | teils/teils                           | eher zufrieden                        | sehr zufrieden                        |
|-------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|       |  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| A10   | Welchen Leistungsbedarf sehen Sie zukünftig und wie wichtig sind die Leistungen für Sie bzw. Ihre Mitarbeiter? (Mehrfachnennung möglich) | kein Bedarf                           | Bedarf                                | Bedeutung                             |                                       |                                       |                                       |                                       |
|-------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|       |  |                                       |                                       | sehr unwichtig                        | eher unwichtig                        | teils/teils                           | eher wichtig                          | sehr wichtig                          |
| A10.1 | betriebsärztliche Standardbetreuung  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A10.2 | Beratung zur Rückengesundheit  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A10.3 | Beratung zum Hautschutz  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A10.4 | Beratung zum Lärmschutz  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A10.5 | Beratung zur Prävention von Verbrühung, Verbrennung, Erfrierung  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A10.6 | Beratung für Tätigkeit an Steh-/ oder Sitzarbeitsplätzen   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A10.7 | Beratung zu Reinigung und Desinfektion   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A10.8 | Beratung zum Umgang mit kritischen Situationen   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A10.9 | Beratung zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

Das neue Betreuungskonzept „Moderne Arbeitsmedizin“ eröffnet Ihnen bzw. Ihren Mitarbeitern - im Rahmen der Delegation von Leistungen durch den Betriebsarzt - die Nutzung ergänzender Fachexperten. Der Betriebsarzt analysiert mit Ihnen und der Fachkraft für Arbeitssicherheit Gefährdungen, Belastungen und Beanspruchungen und stimmt mit Ihnen ab, welche Leistungsinhalte im Rahmen der betriebsärztlichen Begehung durchgeführt werden. Dabei kann der Betriebsarzt eine Leistung auf Fachexperten seines Präventionsteams (Psychologen, Physiotherapeuten, Gesundheitswirte, Sportwissenschaftler etc.) delegieren.

**Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“** | **Ex-ante Erhebung zur Bedarfsanalyse**



| A11   | Welche Erwartungen haben Sie an die Leistungsqualität des neuen Konzeptes und wie wichtig sind Ihnen diese Aspekte? | Erwartung                             |                                       |                                       |                                       |                                       | Bedeutung                             |                                       |                                       |                                       |                                       |
|-------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|       |   | sehr unwichtig                        | eher unwichtig                        | teils/ teils                          | eher wichtig                          | sehr wichtig                          | sehr unwichtig                        | eher unwichtig                        | teils/ teils                          | eher wichtig                          | sehr wichtig                          |
| A11.1 | Aufklärung/ Beratung des Unternehmers   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A11.2 | die Sensibilisierung zum Thema Gesundheitsschutz beim Unternehmer bzw. bei den Mitarbeitern                         | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A11.3 | dem Erhalt von Hinweisen zur praxisnahen Umsetzung  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A11.4 | die Ausrichtung an den komplexen Fragestellungen aktuellen im Arbeitsleben  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A11.5 | die Orientierung an konkreten Bedürfnissen der Praxis   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A11.6 | die Verkürzung der Reaktionszeiten des Beraters   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A11.7 | die Erweiterung der Kompetenzen durch weitere Ansprechpartner   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| A11.8 | die Nutzung von Infomaterial  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

A12 Welche Aspekte möchten Sie uns vorab noch mitteilen?

---



---



---



---



---

**Herzlichen Dank für dieses Interview, das selbstverständlich gemäß Schweigepflicht und Datenschutz-Vorgaben behandelt wird und nur zur statistischen Auswertung dient.**

Anlage 2: Fragebogen ex post

Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ Ex-post Erhebung zur Leistungsbewertung



|      |   |  |  |
|------|---|--|--|
| B1   | Datum:                                    | _____ 20__   | Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden teilweise nur die männliche Form verwendet. Alle Aussagen gelten selbstverständlich für Frauen und Männer gleichermaßen. |
| B2.1 | Name/ Ort des Unternehmens:               | _____  |  |
| B2.2 | BLN-Nummer:                               | _____  |  |
| B3   | Mitarbeiterzahl:                          | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> ≤ 10 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 11-30 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ≥ 31  |  |
| B4   | Branche:                                  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Gastgewerbe & Schausteller <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Nahrungsmittelherstellung<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Backbetriebe <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Getränkeindustrie<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Fleischereibetriebe  |  |
| B5   | Interviewpartner ist:                     | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Geschäftsführer <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Betriebsrat<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Führungskraft <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Mitarbeiter   |  |
| B6   | Interview wurde geführt von:              | _____  |  |
| B7   | Qualifikation des beratenden Fachexperten | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Betriebsarzt <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Psychologischer Therapeut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Gesundheitswirt <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Ökotrophologe<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sportwissenschaftler <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Präventionsassistentin<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Physiotherapeut <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Hygienefachkraft<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> ABO-Psychologe <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Sonstige Qualifikation: _____ |  |

Das Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ wurde in Ihrem Betrieb angewandt. Die Neuerung besteht darin, dass der Betriebsarzt in Kenntnis Ihres Betriebes gemeinsam mit der zuständigen Fachkraft für Arbeitssicherheit und mit Ihnen Gefährdungen, Belastungen und Beanspruchungen in den Tätigkeiten analysiert. Im Ergebnis werden gezielte präventive und gesundheitsfördernde Betreuungsschwerpunkte abgestimmt. Deren Ausführung kann der Betriebsarzt gegebenenfalls auch an ergänzende Fachexperten seines Präventionsteams (Psychologen, Physiotherapeuten, Gesundheitswirte, Sportwissenschaftler etc.) delegieren. Sämtliche Ergebnisse laufen nach Abschluss beim Betriebsarzt zusammen.

| B8   | Welche Leistung wurde nach dem neuen Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ in Ihrem Betrieb erbracht und wie zufrieden waren Sie damit?<br><i>(Mehrfachnennung möglich)</i> | nicht durchgeführt                    | durchgeführt                          | Zufriedenheit                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
|------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|      |  |                                       |                                       | sehr unzufrieden                      | eher unzufrieden                      | teils/teils                           | eher zufrieden                        | sehr zufrieden                        |
| B8.1 | betriebsärztliche Standardbetreuung  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B8.2 | Beratung zur Rückengesundheit  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B8.3 | Beratung zum Hautschutz  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B8.4 | Beratung zum Lärmschutz  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B8.5 | Beratung zur Prävention von Verbrühung, Verbrennung, Erfrierung  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B8.6 | Beratung für Tätigkeit an Steh-/ oder Sitzarbeitsplätzen   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B8.7 | Beratung zu Reinigung und Desinfektion   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

**Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“** | **Ex-post Erhebung zur Leistungsbewertung**



Genau. Richtig.

| B8    | Welche Leistung wurde nach dem neuen Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“ in Ihrem Betrieb erbracht und wie zufrieden waren Sie damit?<br><i>(Mehrfachnennung möglich)</i> | nicht durchgeführt       | durchgeführt             | Zufriedenheit            |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|       |  |                          |                          | sehr unzufrieden         | eher unzufrieden         | teils/teils              | eher zufrieden           | sehr zufrieden           |                          |
| B8.8  | Beratung zum Umgang mit kritischen Situationen   | <input type="checkbox"/> |
| B8.9  | Beratung zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen  | <input type="checkbox"/> |
| B8.10 | Maßnahmen zur Rückengesundheit (Rückenschule, ErgoMouse, Ergonomics)   | <input type="checkbox"/> |
| B8.11 | Maßnahmen zum Arbeitstechnik-Training  | <input type="checkbox"/> |
| B8.12 | Maßnahmen zur Augenentspannung   | <input type="checkbox"/> |
| B8.13 | Maßnahmen zu Ausgleichsbewegungen/ Sport   | <input type="checkbox"/> |
| B8.14 | Maßnahmen zur Entspannung  | <input type="checkbox"/> |
| B8.15 | sonstige Maßnahmen:  | <input type="checkbox"/> |

| B9   | Wie zufrieden waren Sie mit der Leistungsorganisation im Rahmen des neuen Konzeptes und wie wichtig sind Ihnen diese Aspekte? | Zufriedenheit            |                          |                          |                          |                          | Bedeutung                |                          |                          |                          |                          |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|      |   | sehr unzufrieden         | eher unzufrieden         | teils/teils              | eher zufrieden           | sehr zufrieden           | sehr unwichtig           | eher unwichtig           | teils/teils              | eher wichtig             | sehr wichtig             |
| B9.1 | zeitlich angemessener Umfang der Betreuung  | <input type="checkbox"/> |
| B9.2 | bedarfsgerechte Beratung/ Eingehen auf Ihre oder Mitarbeiterbedürfnisse   | <input type="checkbox"/> |
| B9.3 | Themenauswahl in der Beratung   | <input type="checkbox"/> |
| B9.4 | soziale Kompetenz des Experten  | <input type="checkbox"/> |
| B9.5 | Nutzbarkeit der vermittelten Inhalte  | <input type="checkbox"/> |
| B9.6 | Erreichbarkeit des Experten   | <input type="checkbox"/> |

| B10   | Wie beurteilen Sie die wahrgenommene Leistungsqualität nach dem neuen Konzept und wie wichtig sind Ihnen diese Aspekte? | Zufriedenheit            |                          |                          |                          |                          | Bedeutung                |                          |                          |                          |                          |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|       |   | sehr unzufrieden         | eher unzufrieden         | teils/teils              | eher zufrieden           | sehr zufrieden           | sehr unwichtig           | eher unwichtig           | teils/teils              | eher wichtig             | sehr wichtig             |
| B10.1 | Aufklärung/ Beratung des Unternehmers   | <input type="checkbox"/> |
| B10.2 | die Sensibilisierung zum Thema Gesundheitsschutz beim Unternehmer bzw. bei den Mitarbeitern                             | <input type="checkbox"/> |
| B10.3 | dem Erhalt von Hinweisen zur praxisnahen Umsetzung  | <input type="checkbox"/> |
| B10.4 | die Ausrichtung an den komplexen Fragestellungen im aktuellen Arbeitsleben  | <input type="checkbox"/> |

**Konzept „Moderne Arbeitsmedizin“** | **Ex-post Erhebung zur Leistungsbewertung**



Genau. Richtig.

| B10   | Wie beurteilen Sie die wahrgenommene Leistungsqualität nach dem neuen Konzept und wie wichtig sind Ihnen diese Aspekte? | Zufriedenheit                         |                                       |                                       |                                       |                                       | Bedeutung                             |                                       |                                       |                                       |                                       |
|-------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|       |   | sehr unzufrieden                      | eher unzufrieden                      | teils/teils                           | eher zufrieden                        | sehr zufrieden                        | sehr unwichtig                        | eher unwichtig                        | teils/teils                           | eher wichtig                          | sehr wichtig                          |
| B10.5 | die Orientierung an konkreten Bedürfnissen der Praxis   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B10.6 | die Verkürzung der Reaktionszeiten des Beraters   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B10.7 | die Erweiterung der Kompetenzen durch weitere Ansprechpartner   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B10.8 | die Nutzung von Infomaterial  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| B11   | Globalzufriedenheit: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuung nach dem neuen Konzept? | sehr unzufrieden                      | eher unzufrieden                      | teils/teils                           | eher zufrieden                        | sehr zufrieden                        |
|-------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| B11.1 | Zufriedenheit mit der betriebsärztlichen Betreuung insgesamt                                    | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| B11.2 | Zufriedenheit mit dem erweiterten Expertenteam  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| B12 | Verglichen mit der bisherigen Betreuung, welchen Wert hatte die Beratung nach dem neuen, erweiterten Konzept abschließend für Sie? | sehr viel schlechter                  | eher schlechter                       | gleich/unverändert                    | eher besser                           | sehr viel besser                      |
|-----|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|     |  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| B13 | Wie bewerten Sie den innovativen Ansatz des neuen Konzeptes mit der Schaffung eines Teams an Fachexperten unter Leitung Ihres Betriebsarztes? | sehr negativ                          | eher negativ                          | teils/teils                           | eher positiv                          | sehr positiv                          |
|-----|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|     |   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| B14 | Wie sehen Sie die gesetzliche Pflicht zur betriebsärztlichen Betreuung insgesamt? | voll und ganz verzichtbar             | eher verzichtbar                      | teils/teils                           | eher hilfreich/nützlich               | sehr hilfreich/nützlich               |
|-----|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|     |   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

| B15 | Wäre ohne gesetzliche Verpflichtung der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz ein wichtiges Thema für Sie? | ganz und gar nicht                    | eher nicht                            | teils/teils                           | eher ja                               | ganz bestimmt                         |
|-----|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|     |  | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

B16 Welche Informationen/ Tipps möchten Sie uns zum neuen Konzept noch geben?

---



---



---



---



---

Herzlichen Dank für dieses Interview, das selbstverständlich gemäß Schweigepflicht und Datenschutz-Vorgaben behandelt wird und zur statistischen Auswertung dient.

## Anhang

Abb. 7 / A

Problemlösung und Zufriedenheit mit der Leistungsqualität  
(bisherige Betreuungsform)

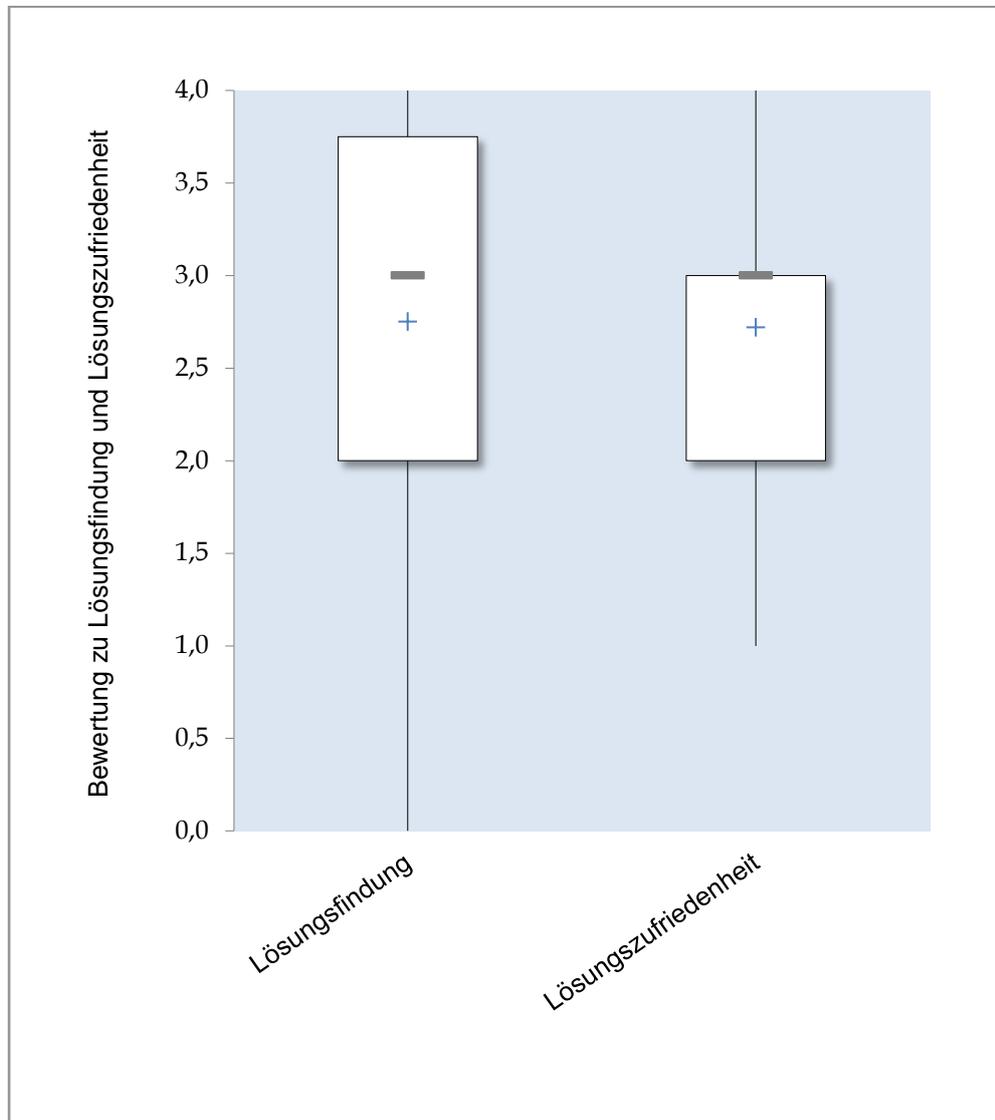


Abb. 8 / A

Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation  
(bisherige Betreuungsform)

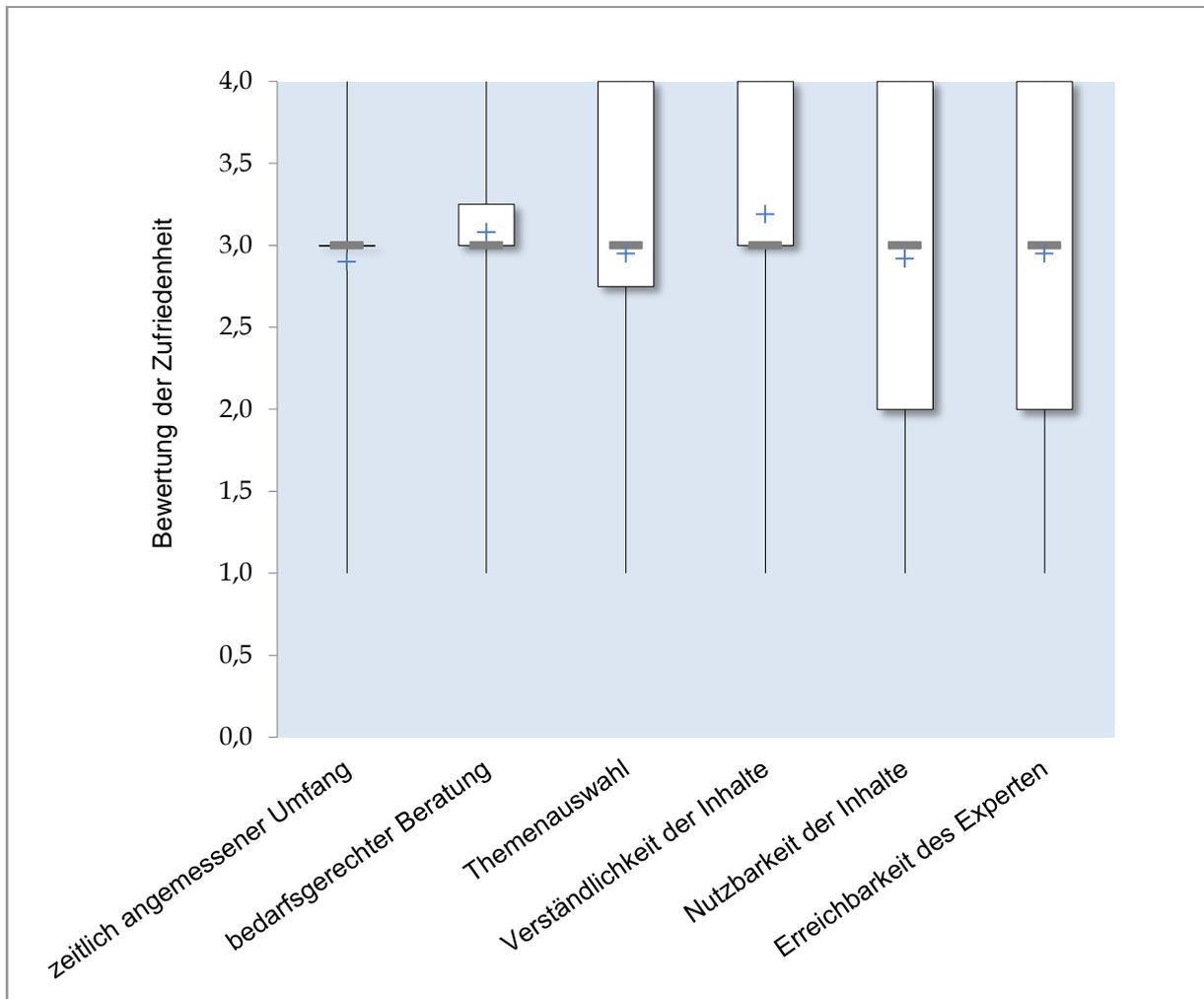


Abb. 10 / A

Zufriedenheit mit der bisherigen Leistungsorganisation und Bedeutung der einzelnen Aspekte  
(bisherige Betreuungsform)

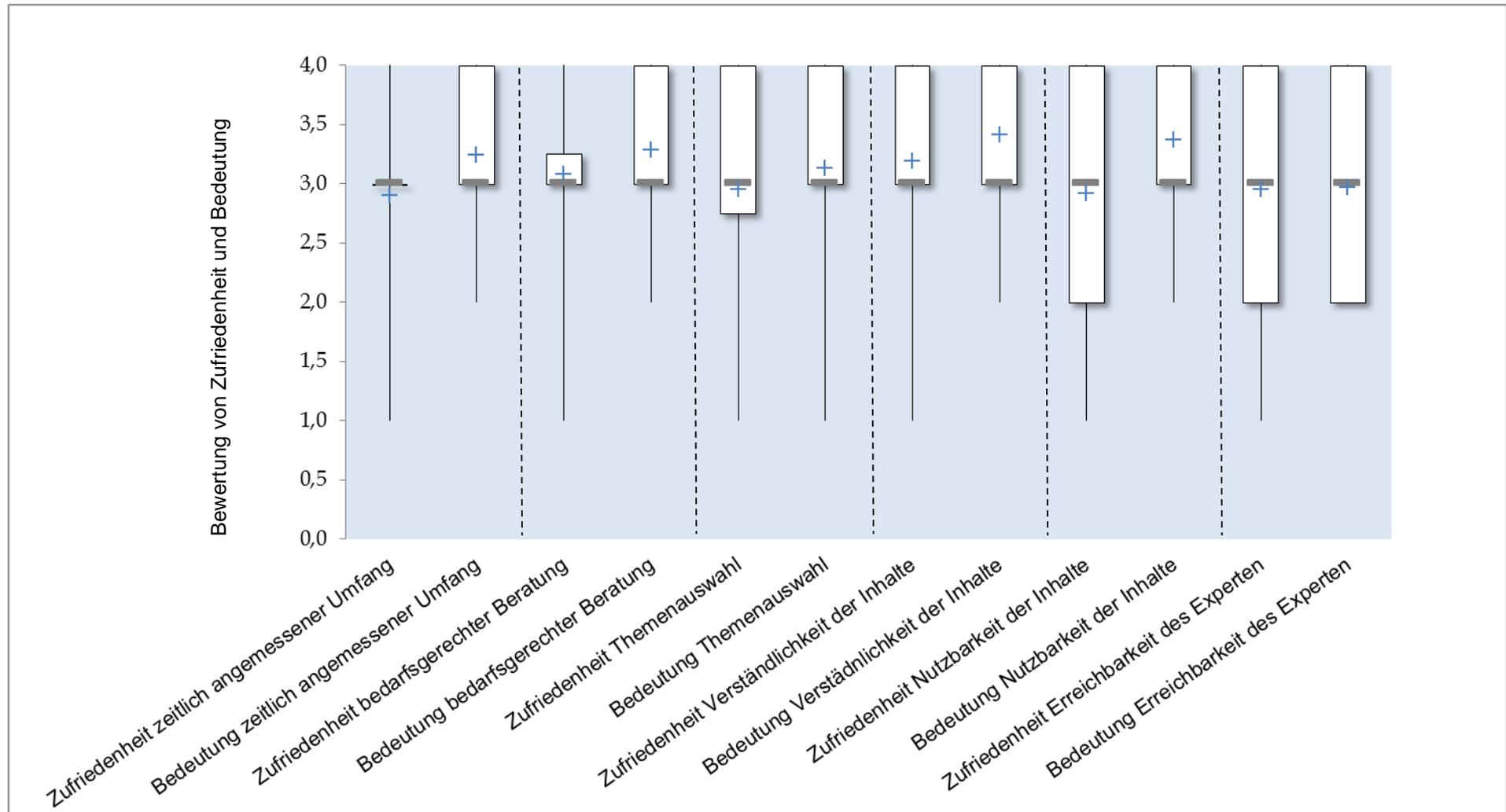


Abb. 11 / A

Bedeutung/Wichtigkeit der zukünftigen Leistungen

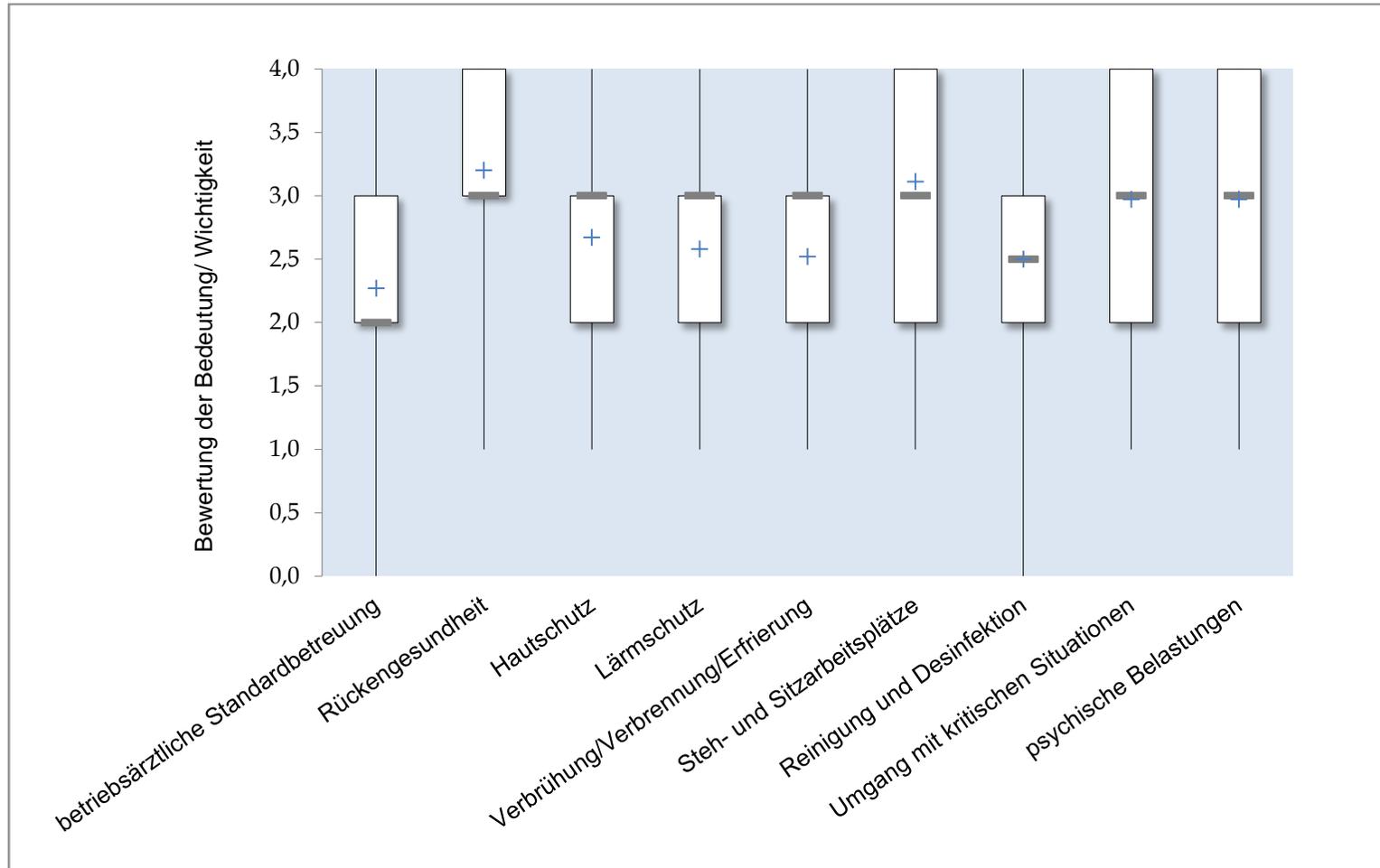


Abb. 12 / A

Erwartungen an das neue Betreuungskonzept und Bedeutung der einzelnen Aspekte

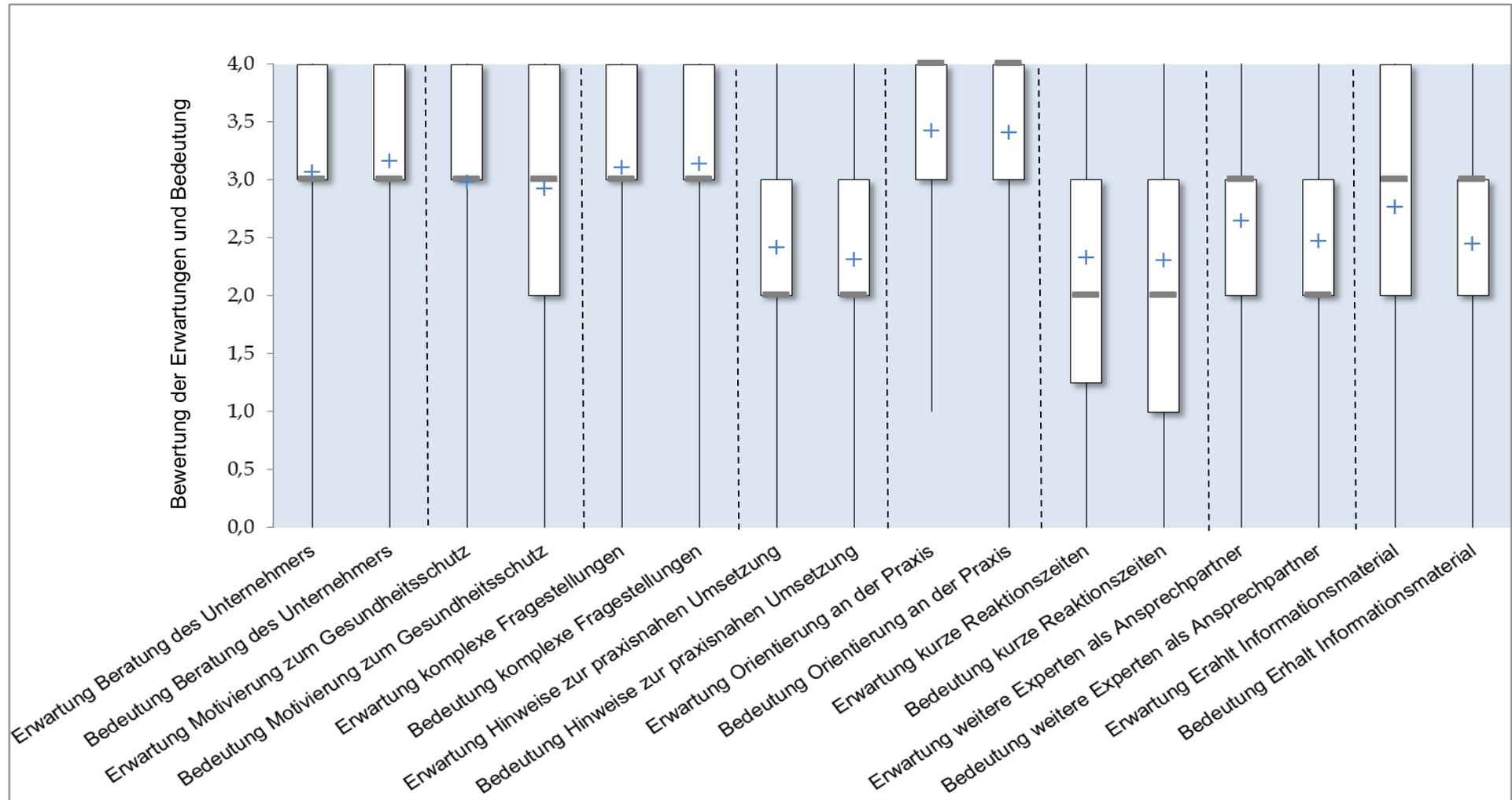


Abb. 14 / A

Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung  
(neue Betreuungsform)

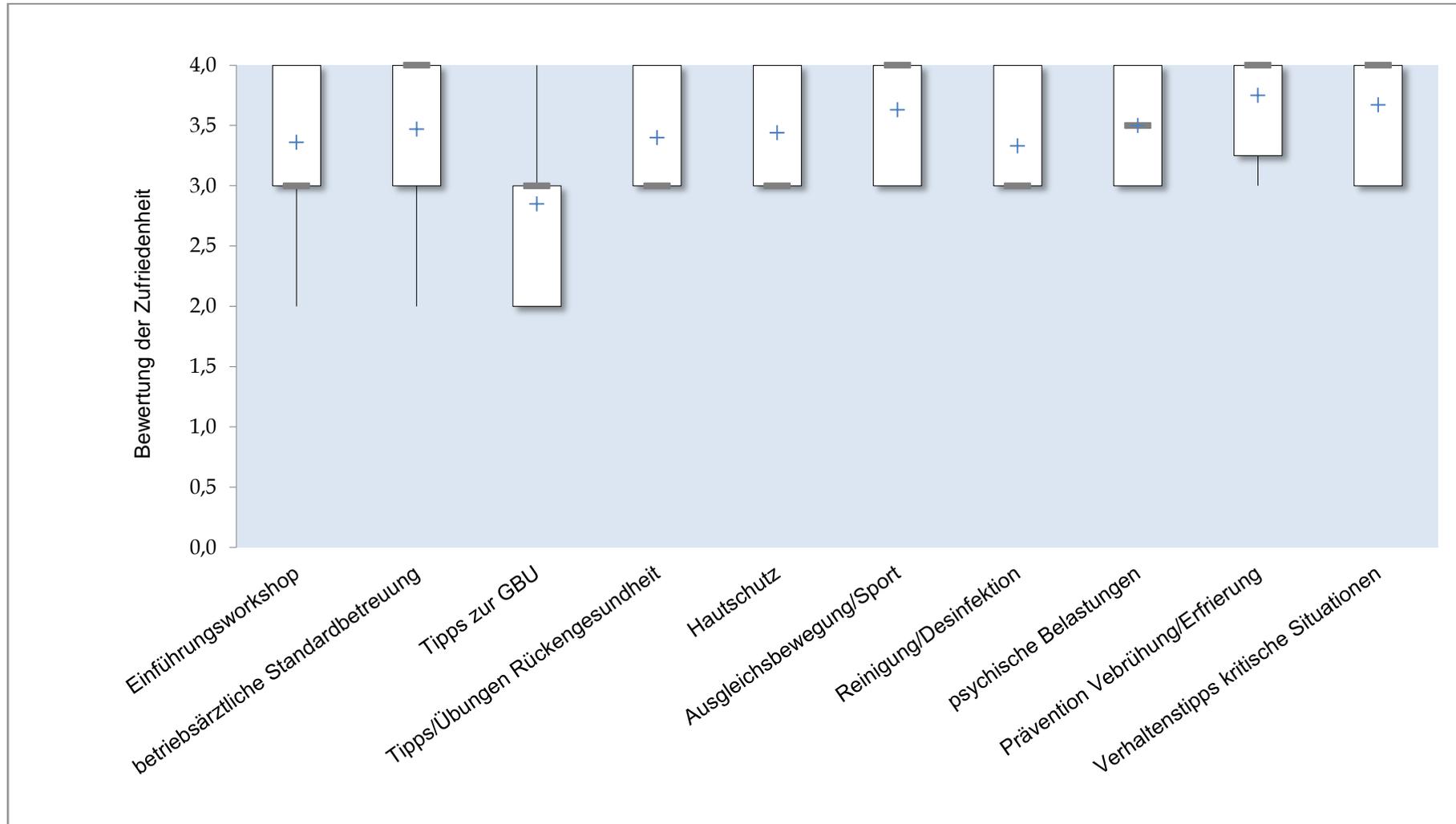


Abb. 15 / A

Zufriedenheit mit der Leistungsorganisation

(neue Betreuungsform)

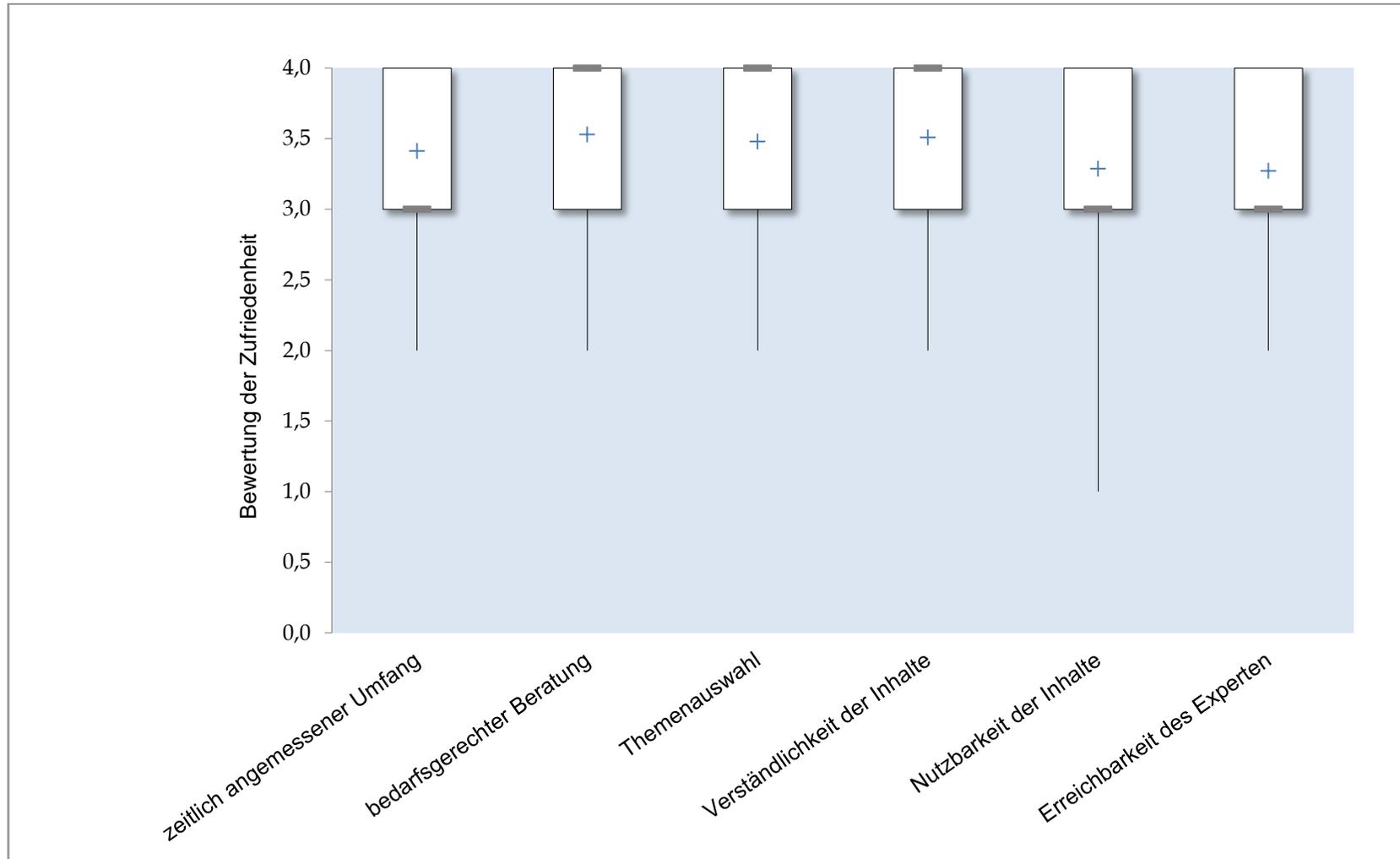


Abb. 17 / A

Zufriedenheit und Bedeutung der Betreuung  
(neue Betreuungsform)

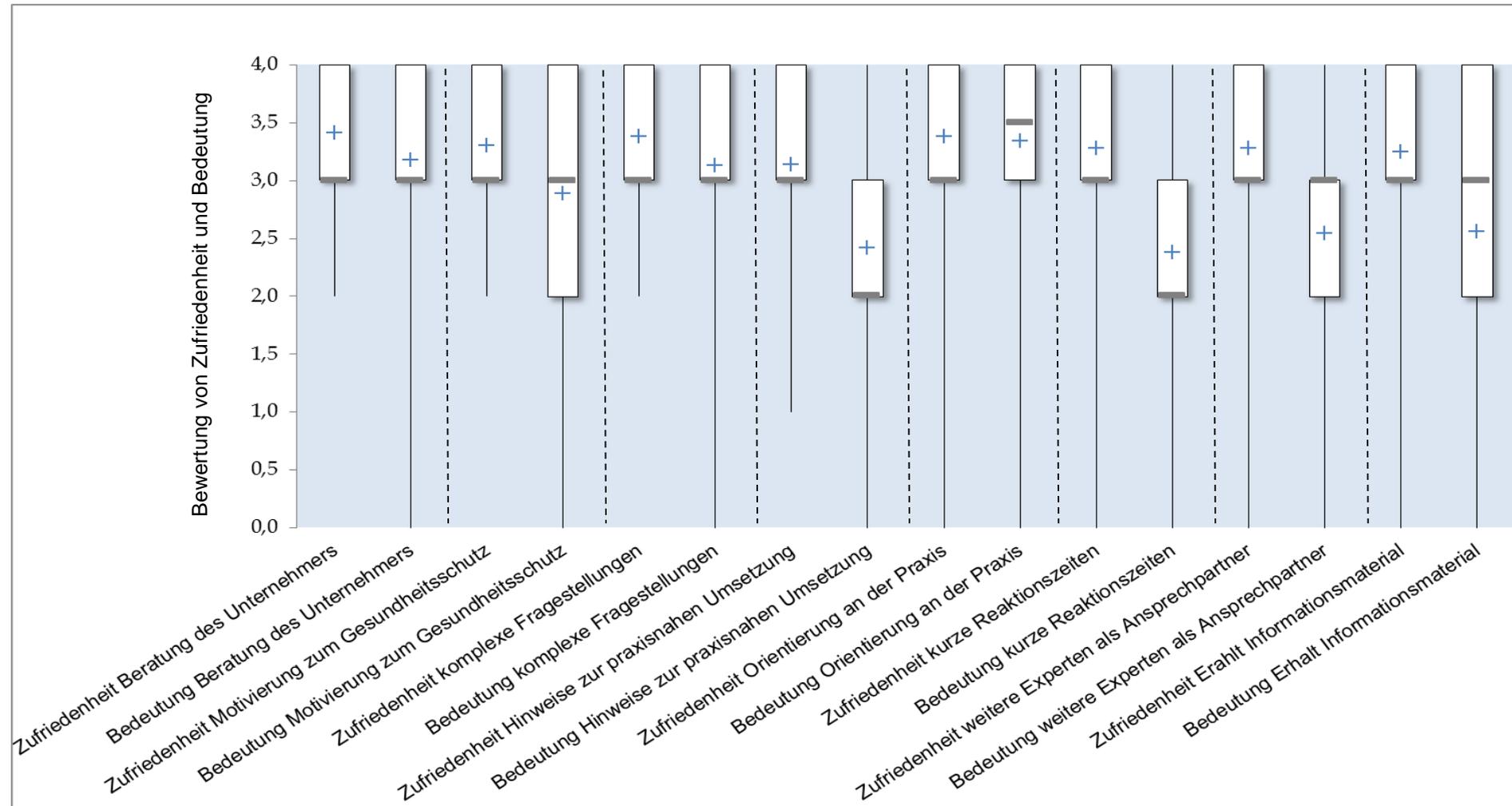


Abb. 18 / A

Vergleich der Zufriedenheit hinsichtlich der Leistungsqualität

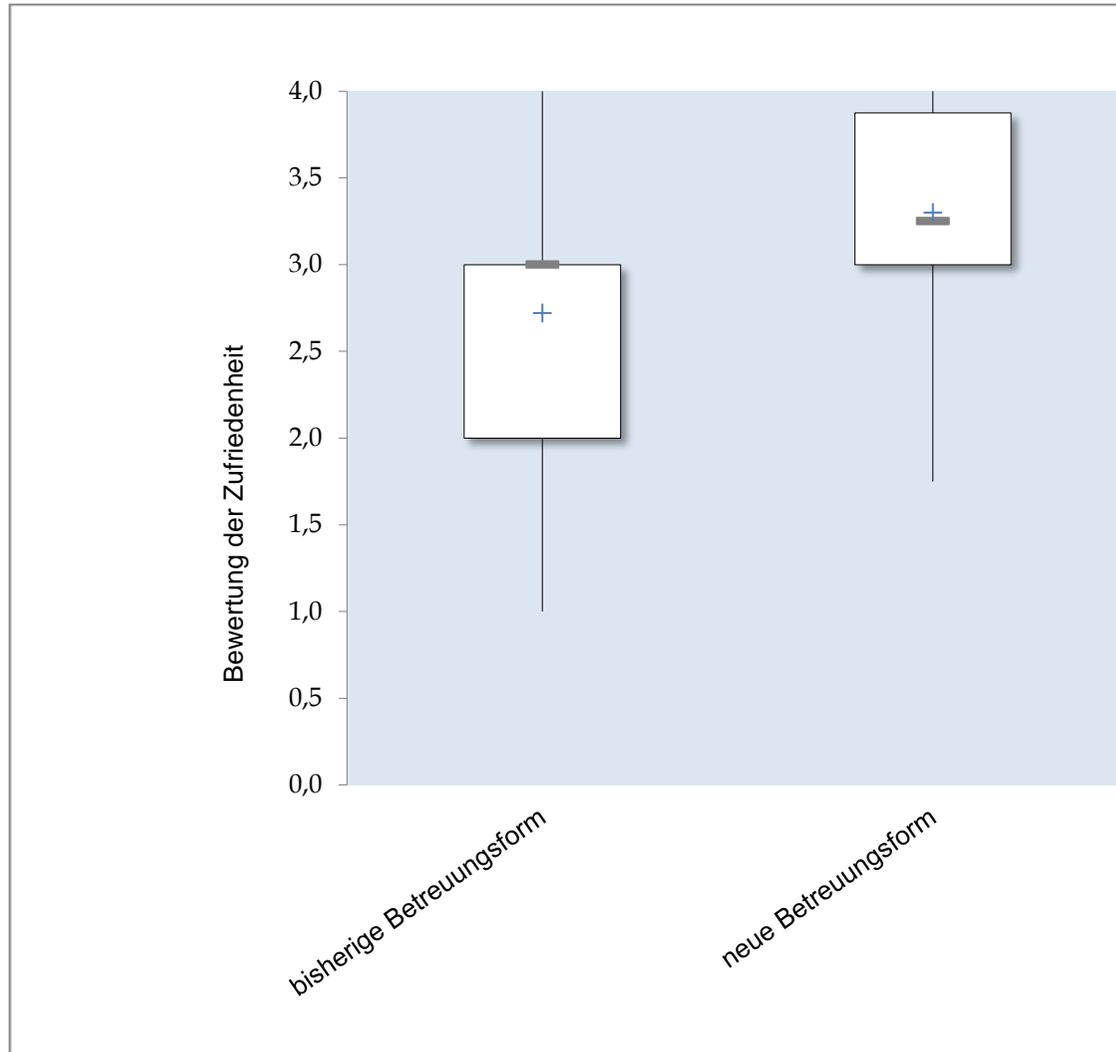


Abb. 19 / A

Vergleich der Zufriedenheit hinsichtlich der Leistungsorganisation

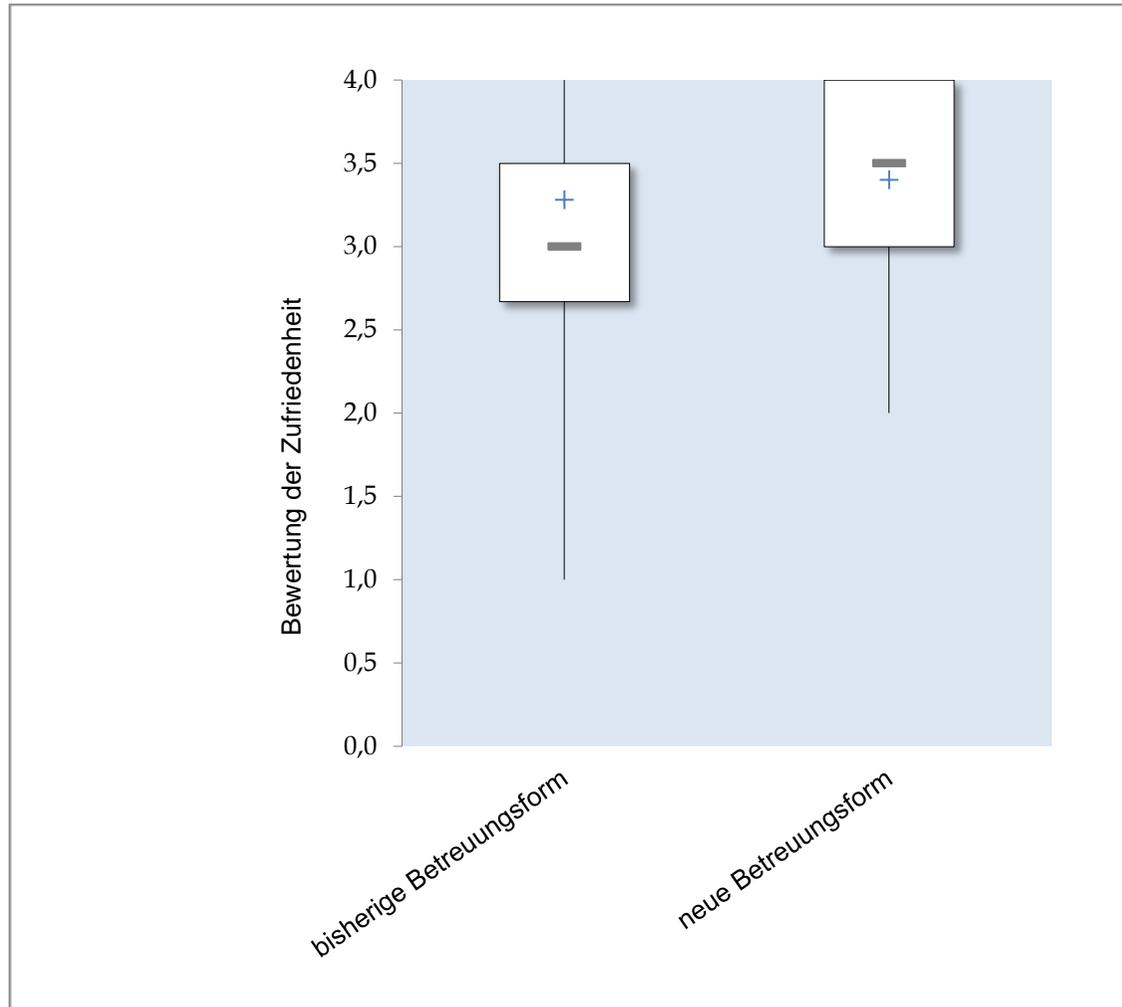


Abb. 20 / A

Vergleich der Globalzufriedenheit

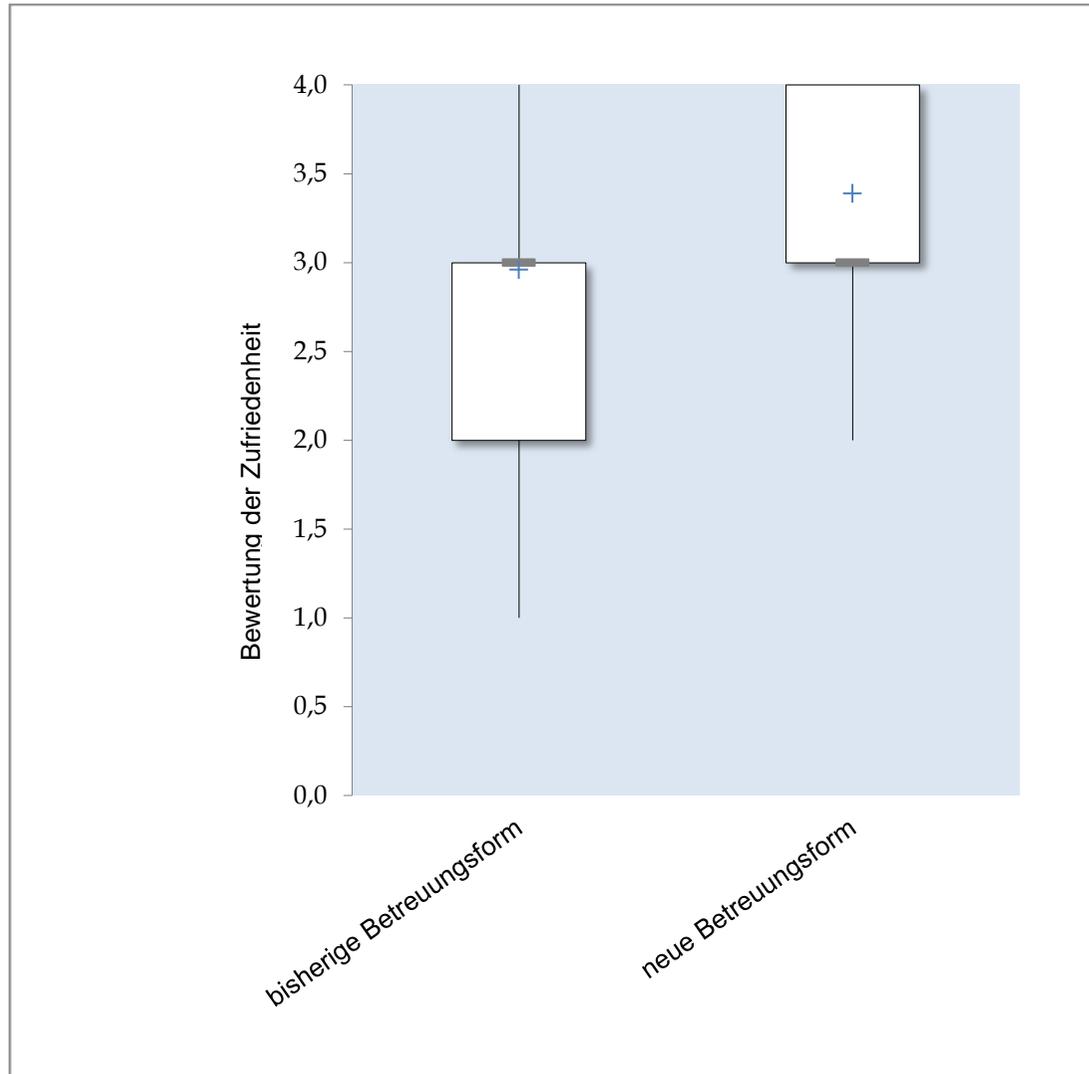


Abb. 24 / A

Problemlösung und Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsqualität  
(bisherige Betreuungsform)

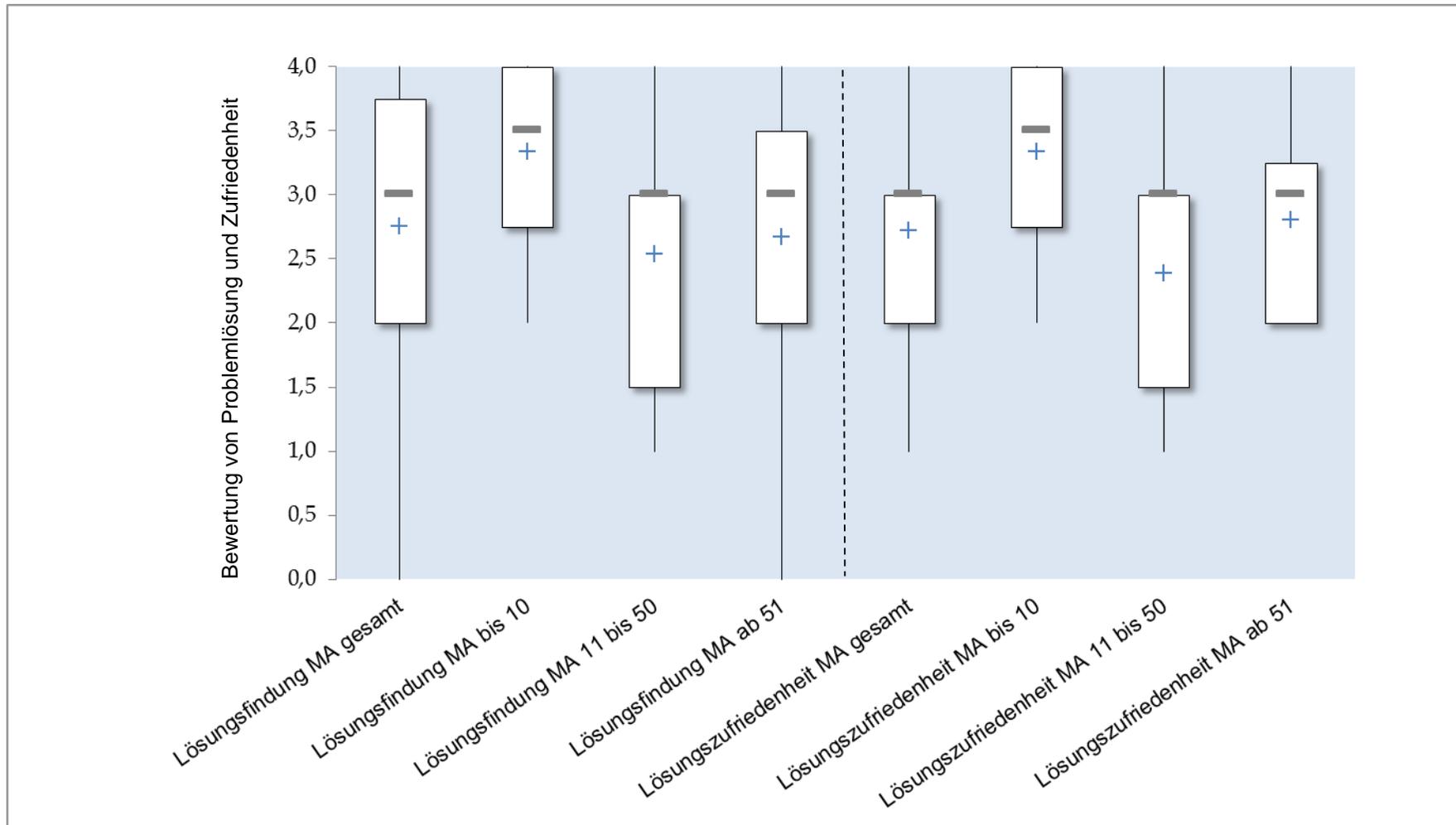


Abb. 25 / A

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen mit der Leistungsorganisation  
(bisherige Betreuungsform)

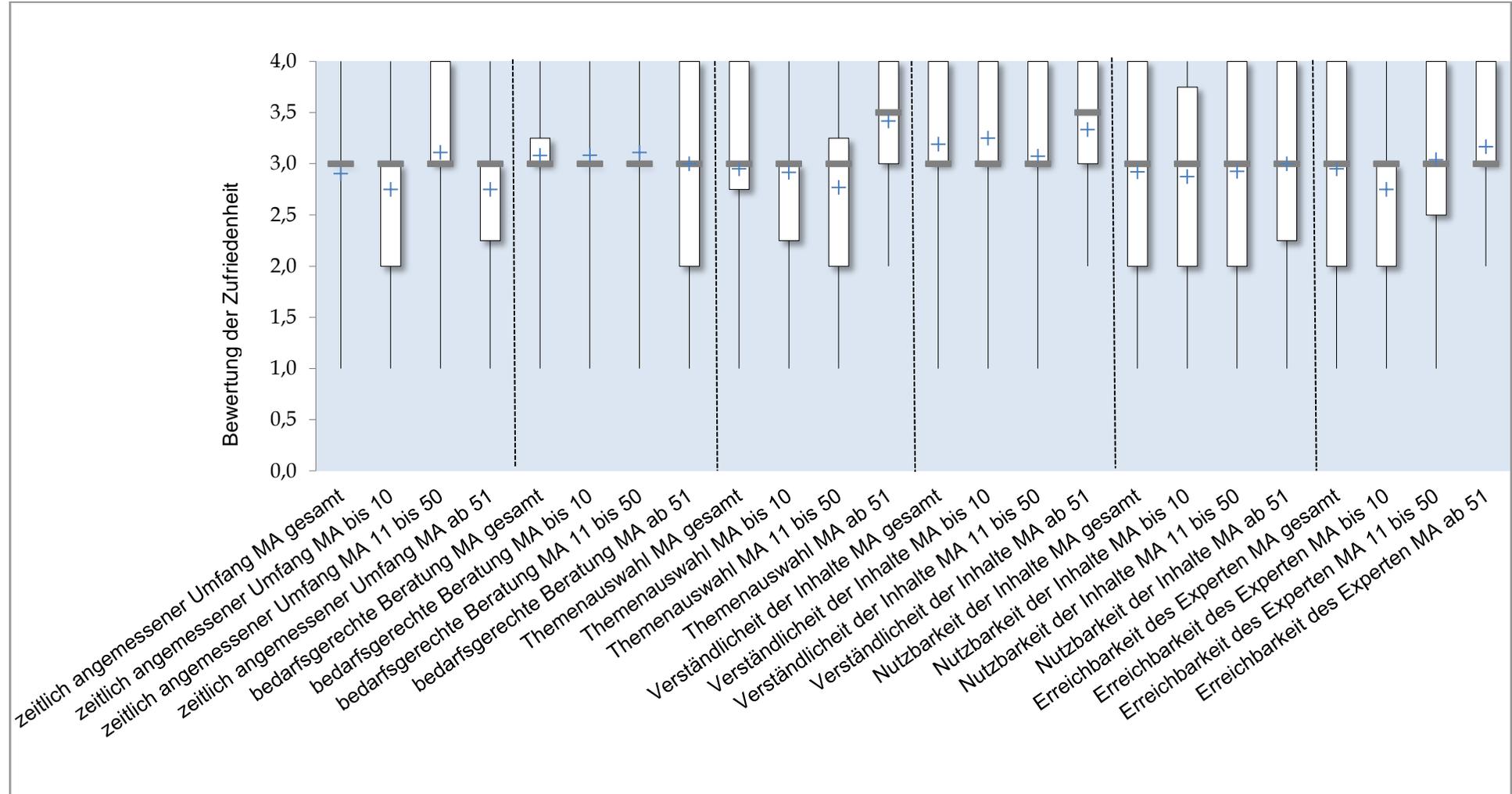


Abb. 27 / A 1

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbrachten Leistung „Einführungsworkshop“  
(neue Betreuungsform)

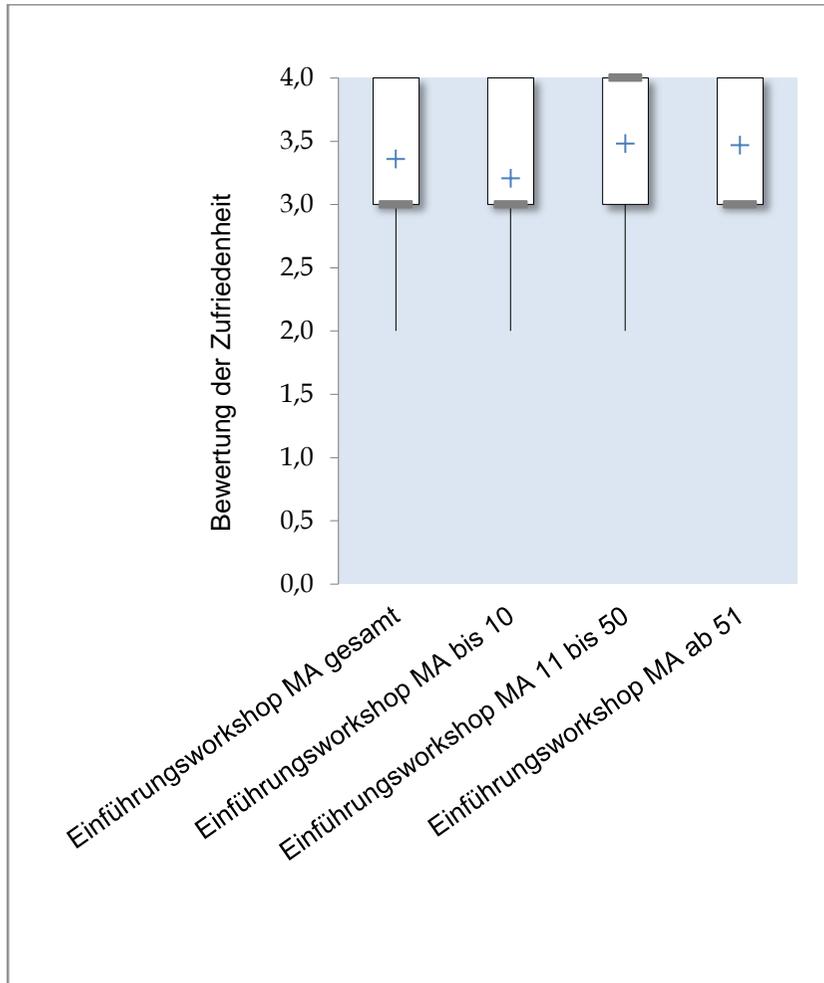


Abb. 27 / A 2

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbachten Leistung „betriebsärztliche Standardbetreuung“  
(neue Betreuungsform)

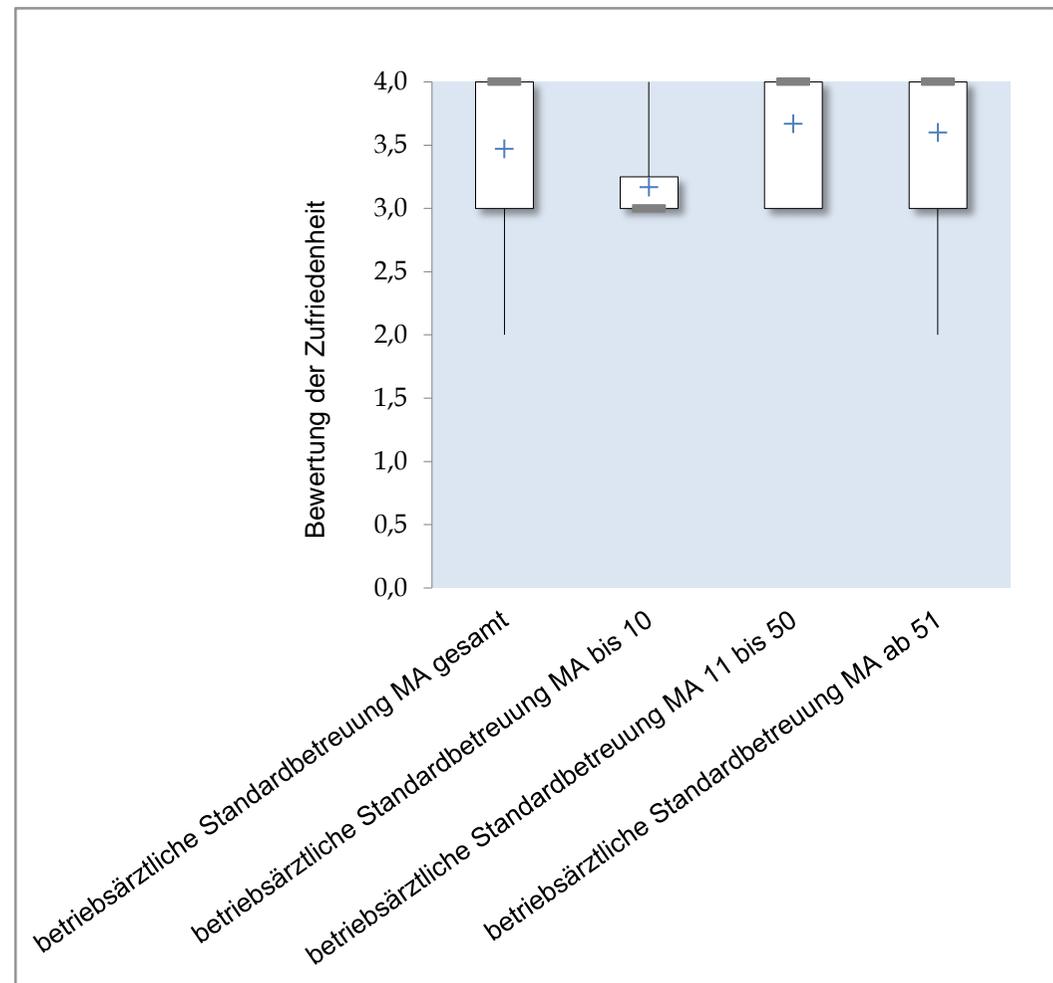


Abb. 27 / A 3

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbrachten Leistung „Tipps zur GBU“  
(neue Betreuungsform)

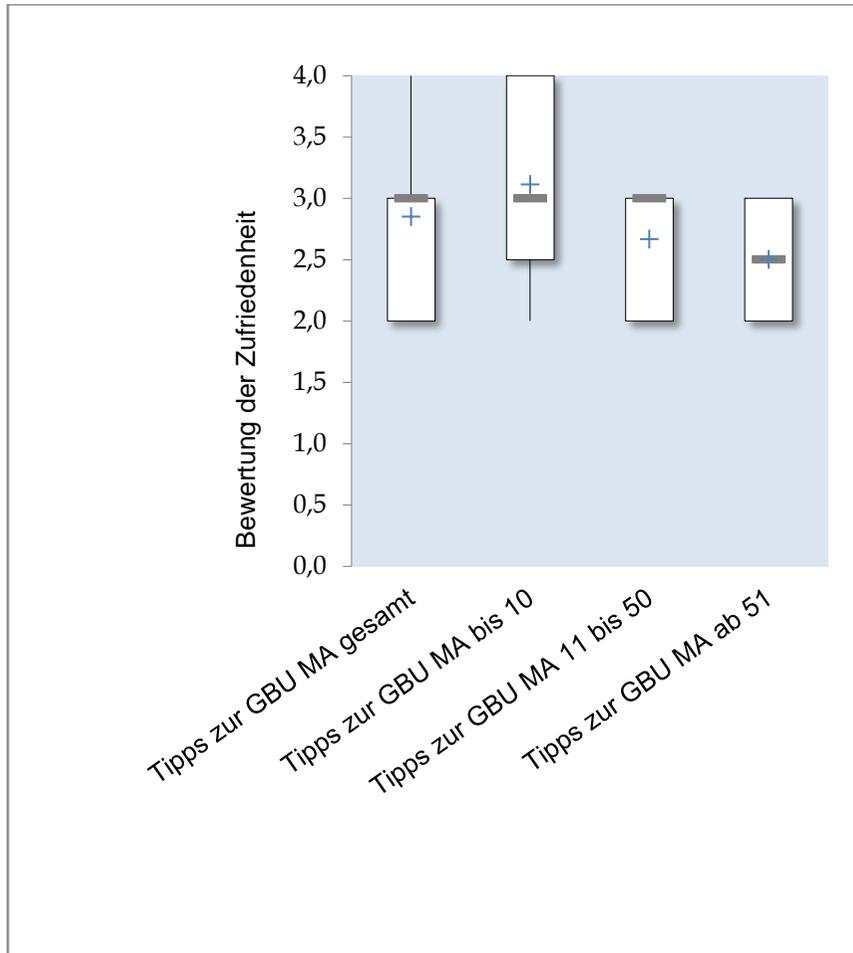


Abb. 27 / A 4

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbachten Leistung „Tipps/Übungen Rückengesundheit“  
(neue Betreuungsform)

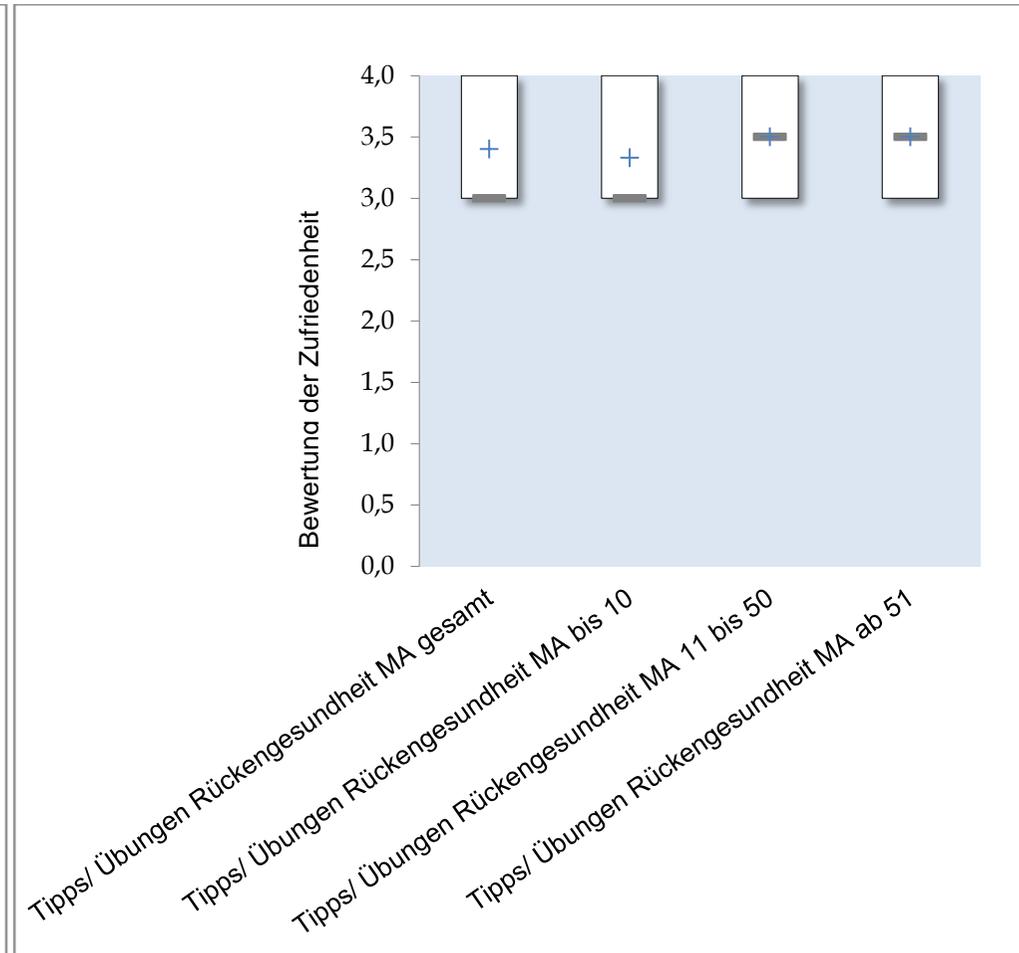


Abb. 27 / A 5

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbrachten Leistung „Hautschutz“  
(neue Betreuungsform)

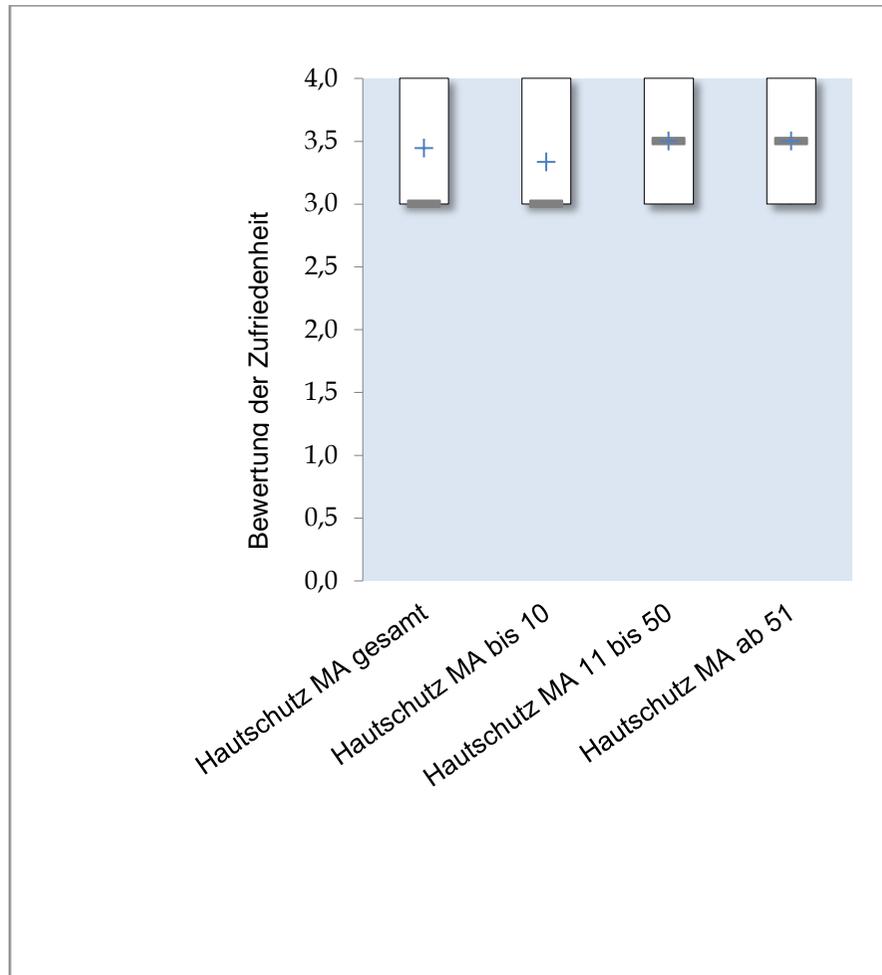


Abb. 27 / A 6

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbrachten Leistung „Ausgleichsbewegung/Sport“  
(neue Betreuungsform)

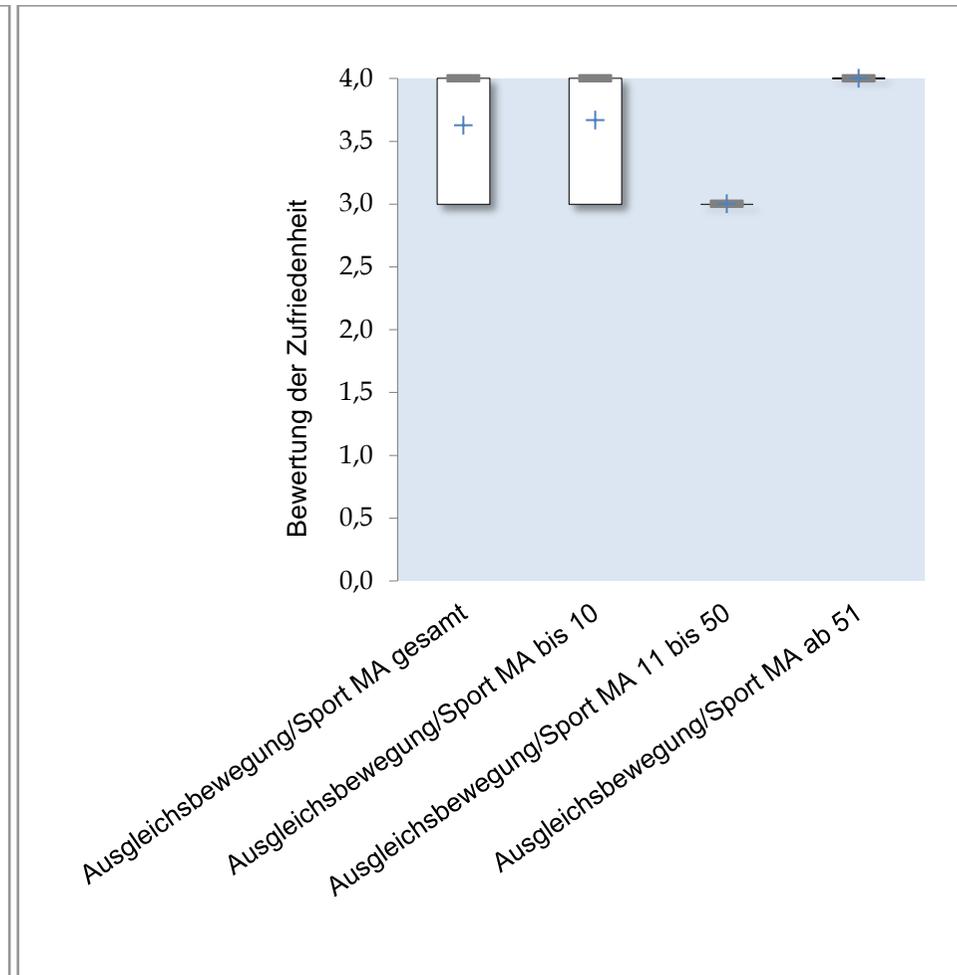


Abb. 27 / A 7

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbrachten Leistung „Beratung Reinigung/Desinfektion“  
(neue Betreuungsform)

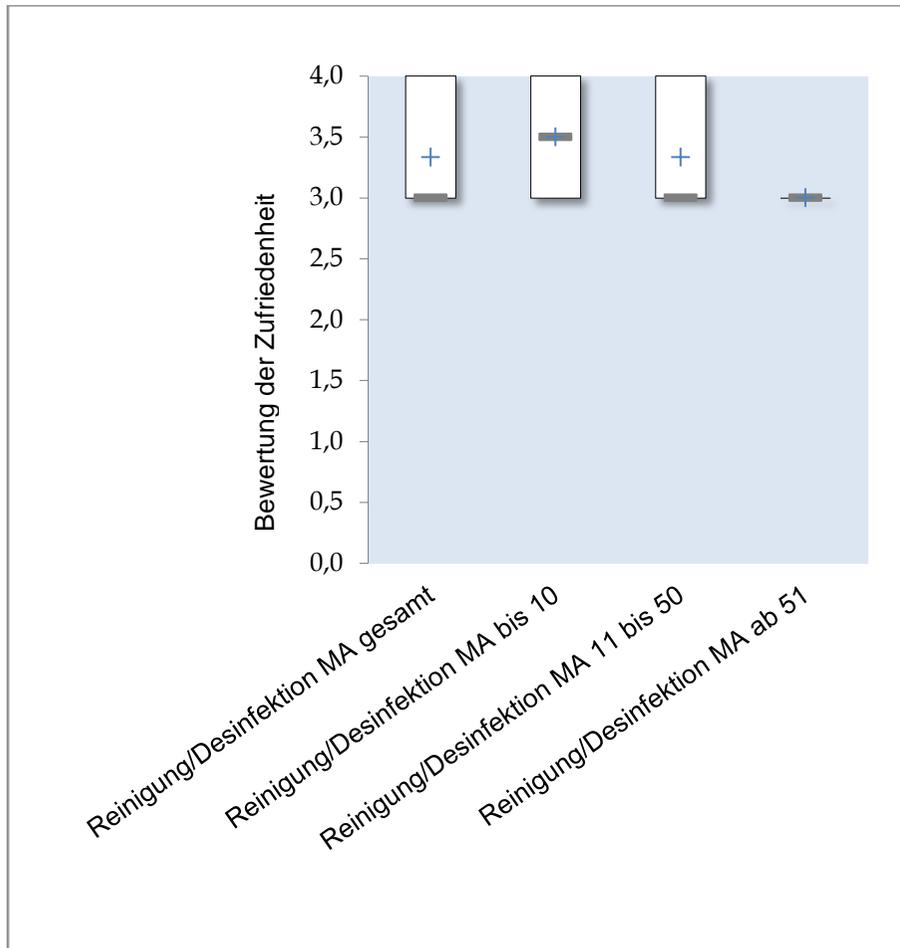


Abb. 27 / A 8

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbachten Leistung „Beratung Reinigung/Desinfektion“  
(neue Betreuungsform)

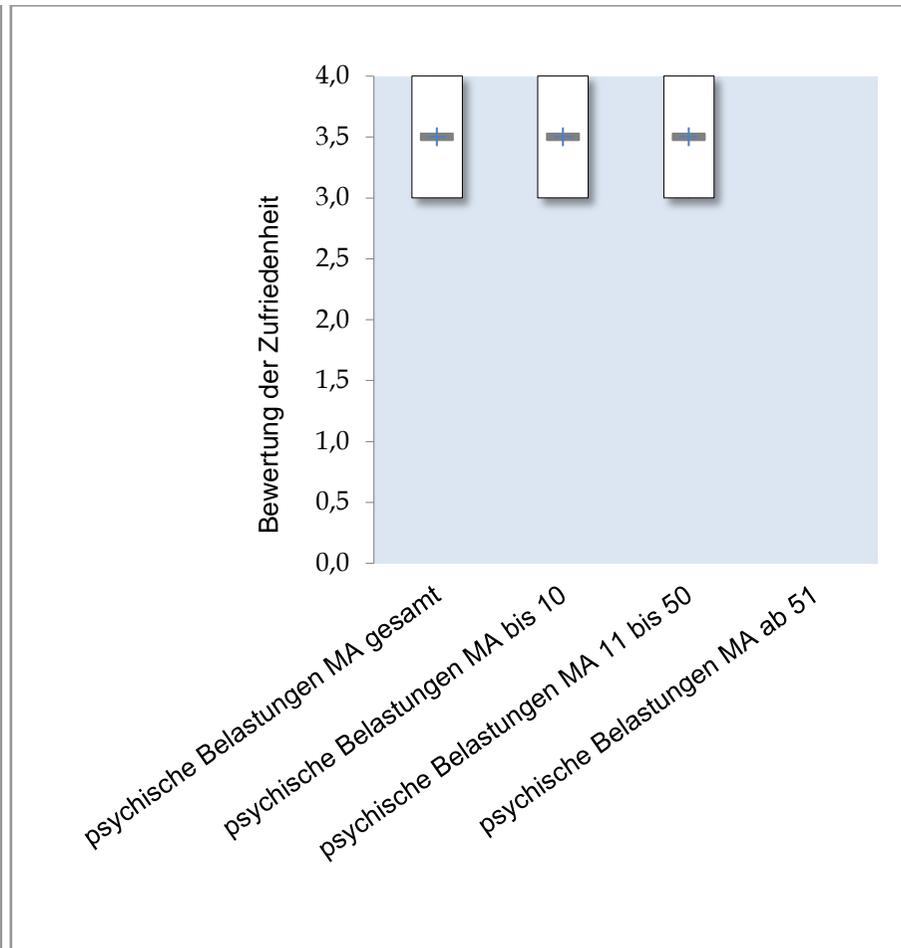


Abb. 27 / A 9

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der erbrachten Leistung „Prävention Verbrühung/Erfrrierung“  
(neue Betreuungsform)

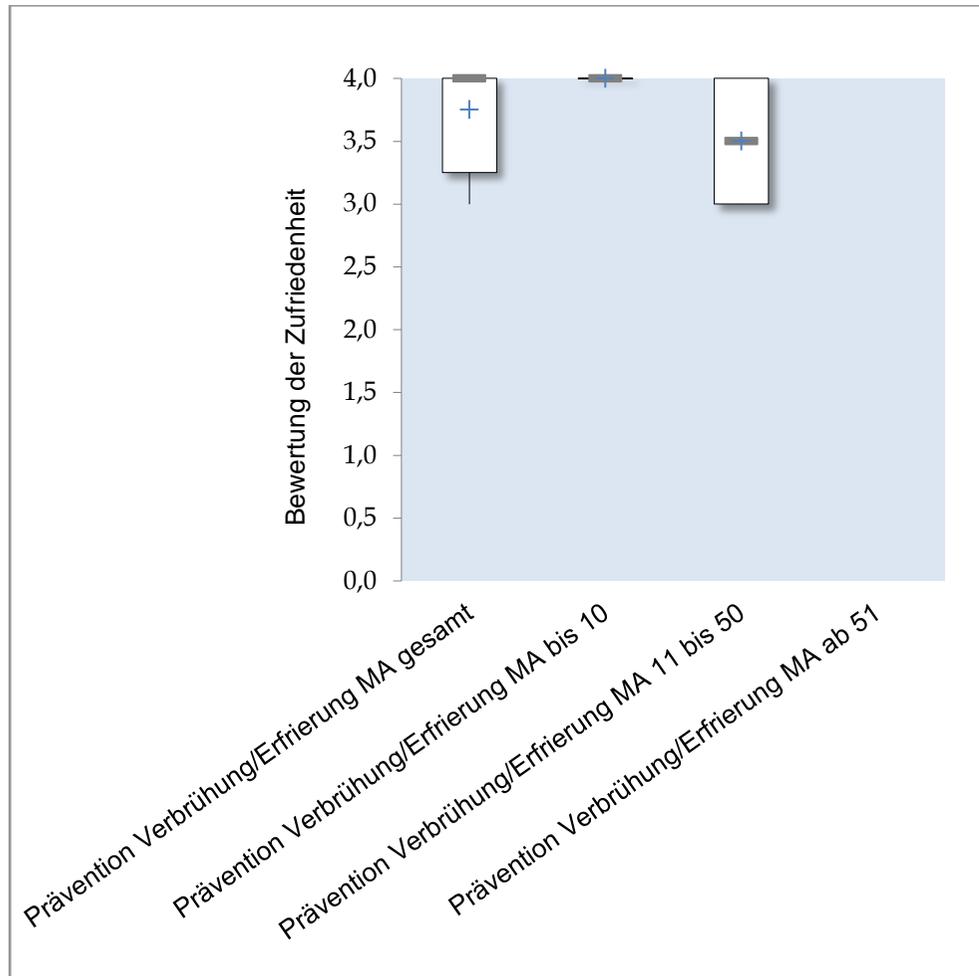


Abb. 27 / A 10

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen

mit der erbrachten Leistung „Verhaltenstipps für kritische Situationen“

(neue Betreuungsform)

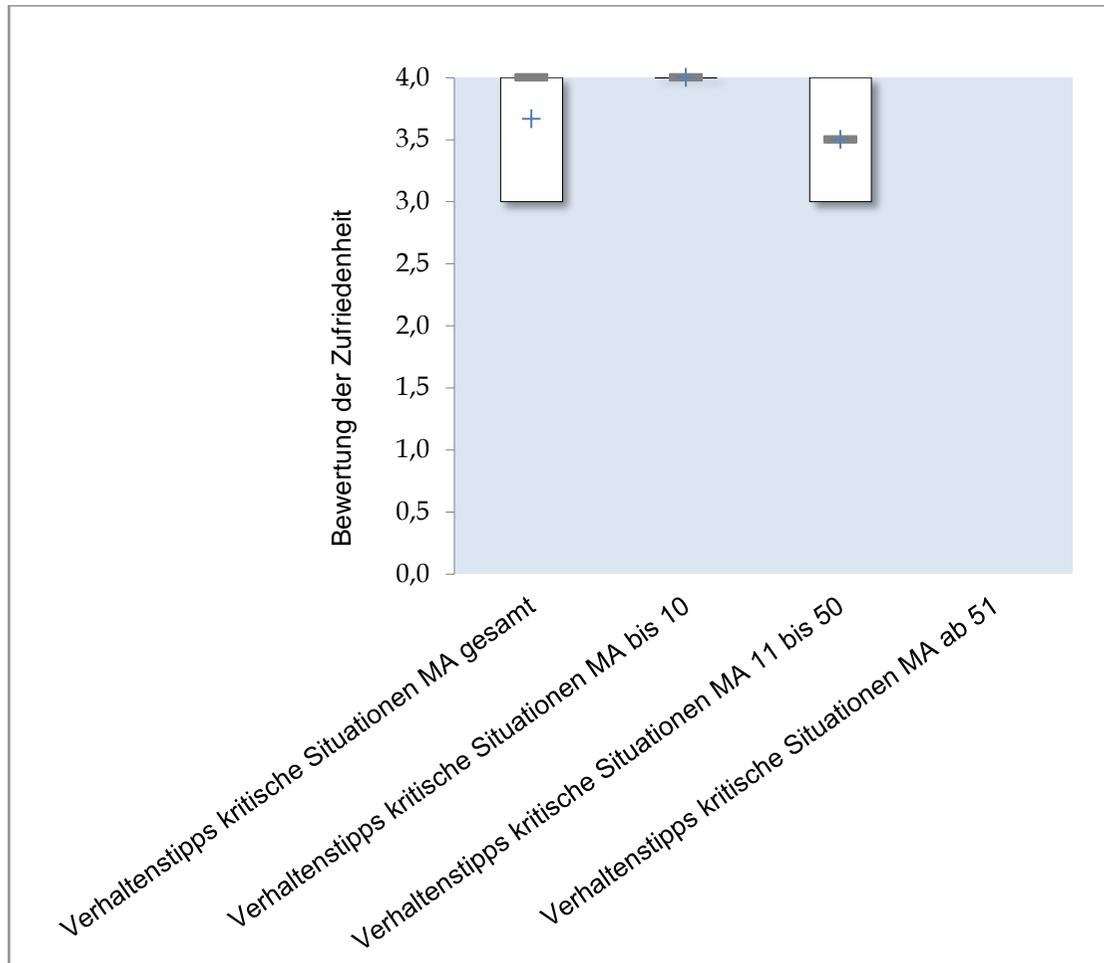


Abb. 28 / A 1

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der Leistungsorganisation „zeitlich angemessener Umfang“  
(neue Betreuungsform)

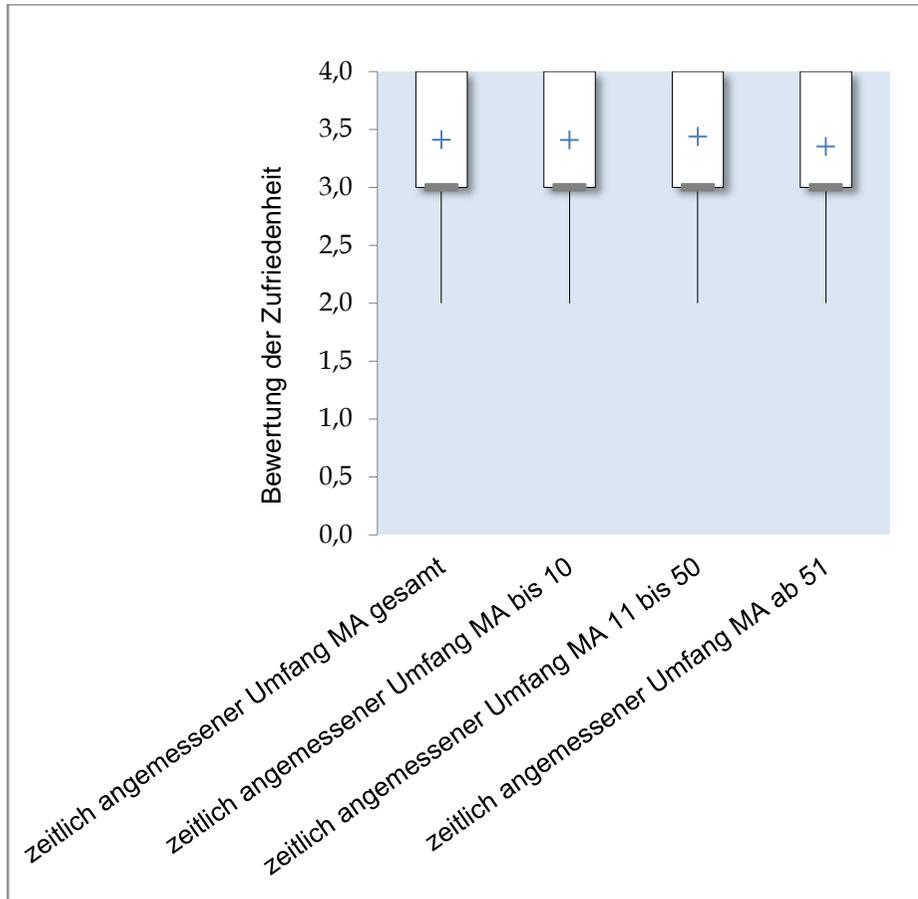


Abb. 28 / A 2

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der Leistungsorganisation „bedarfsgerechte Beratung“  
(neue Betreuungsform)

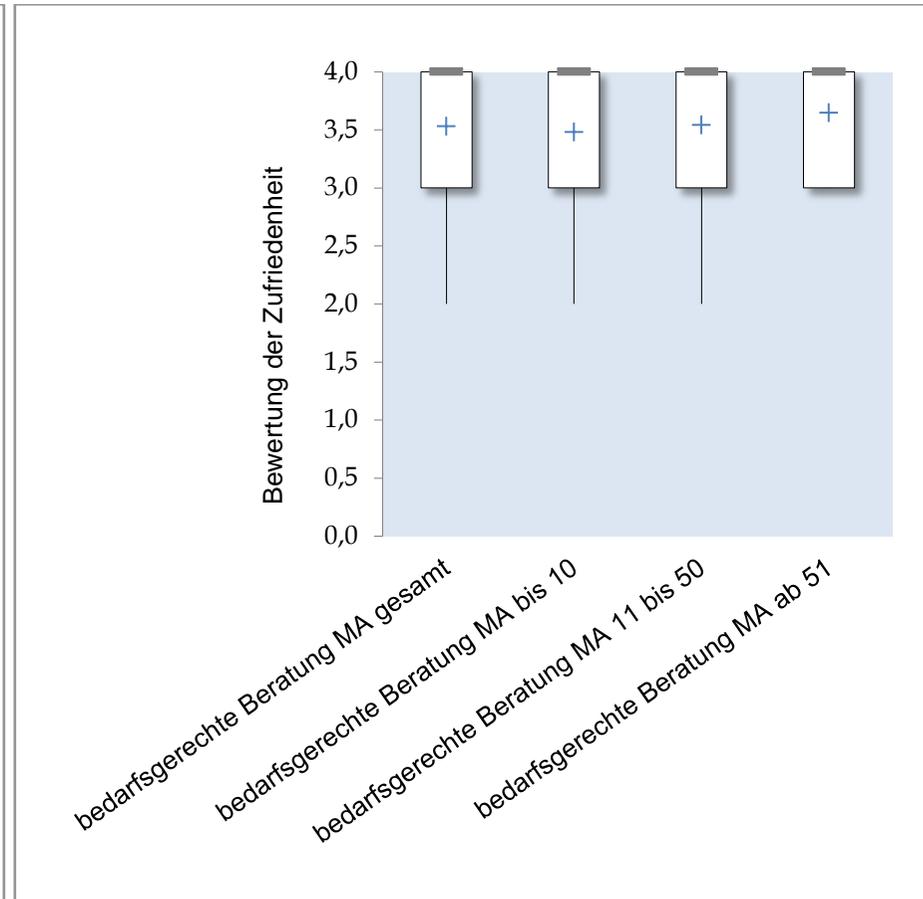


Abb. 28 / A 3

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der Leistungsorganisation „Themenauswahl“  
(neue Betreuungsform)

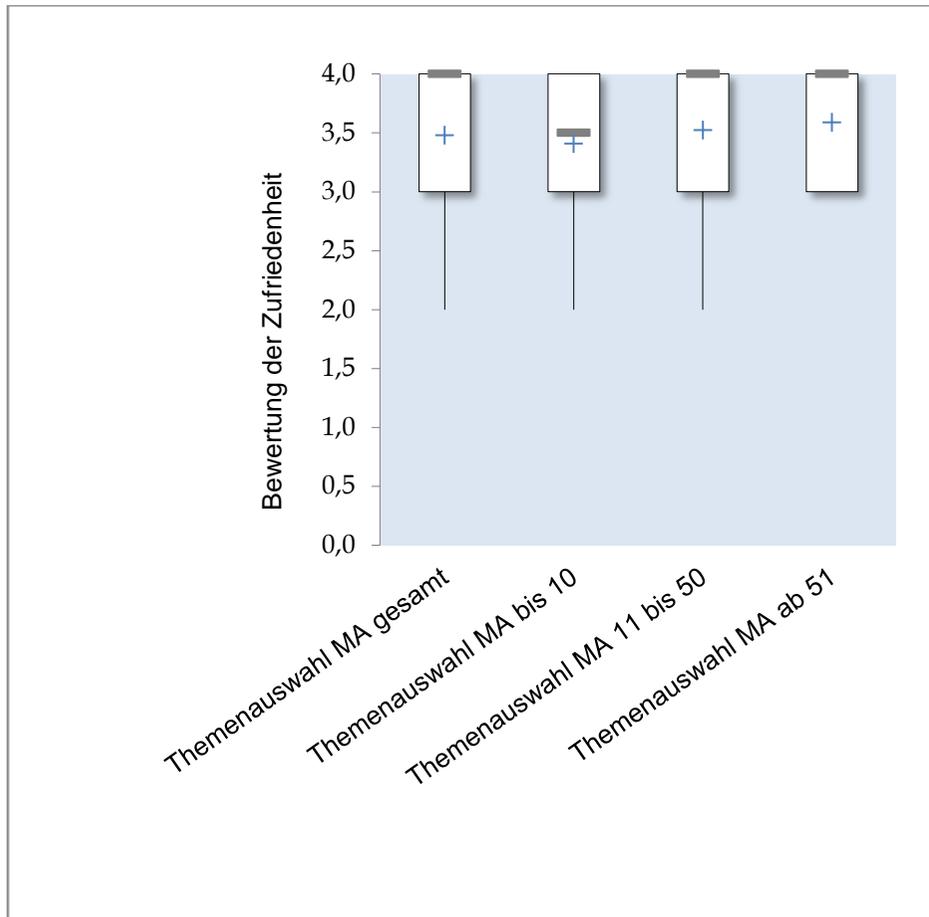


Abb. 28 / A 4

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der Leistungsorganisation „Verständlichkeit der Inhalte“  
(neue Betreuungsform)

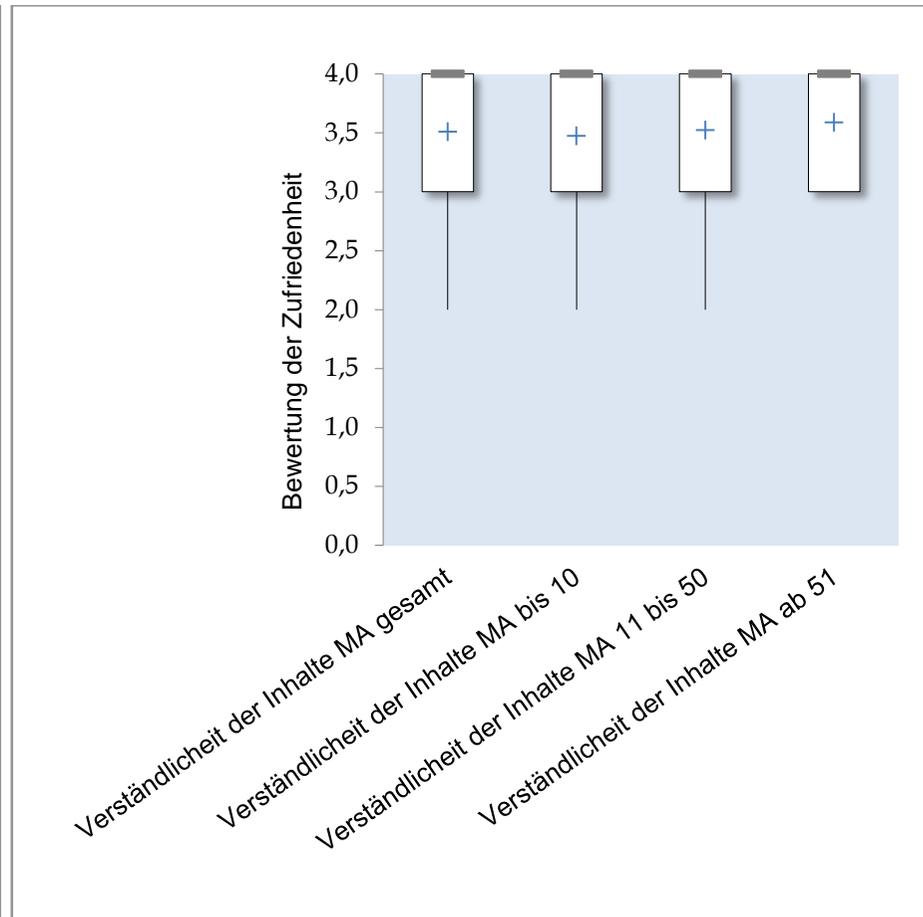


Abb. 28 / A 5

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der Leistungsorganisation „Nutzbarkeit der Inhalte“  
(neue Betreuungsform)

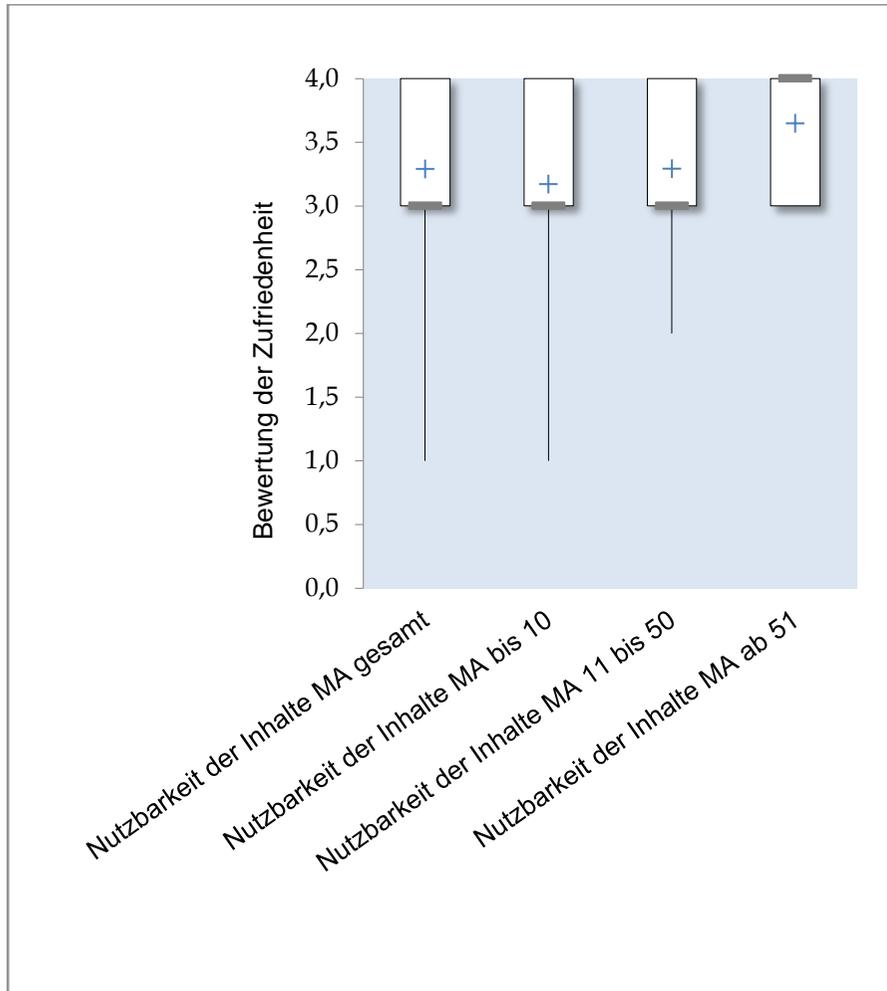


Abb. 28 / A 6

Zufriedenheit nach Betriebsgrößen  
mit der Leistungsorganisation „Erreichbarkeit des Experten“  
(neue Betreuungsform)

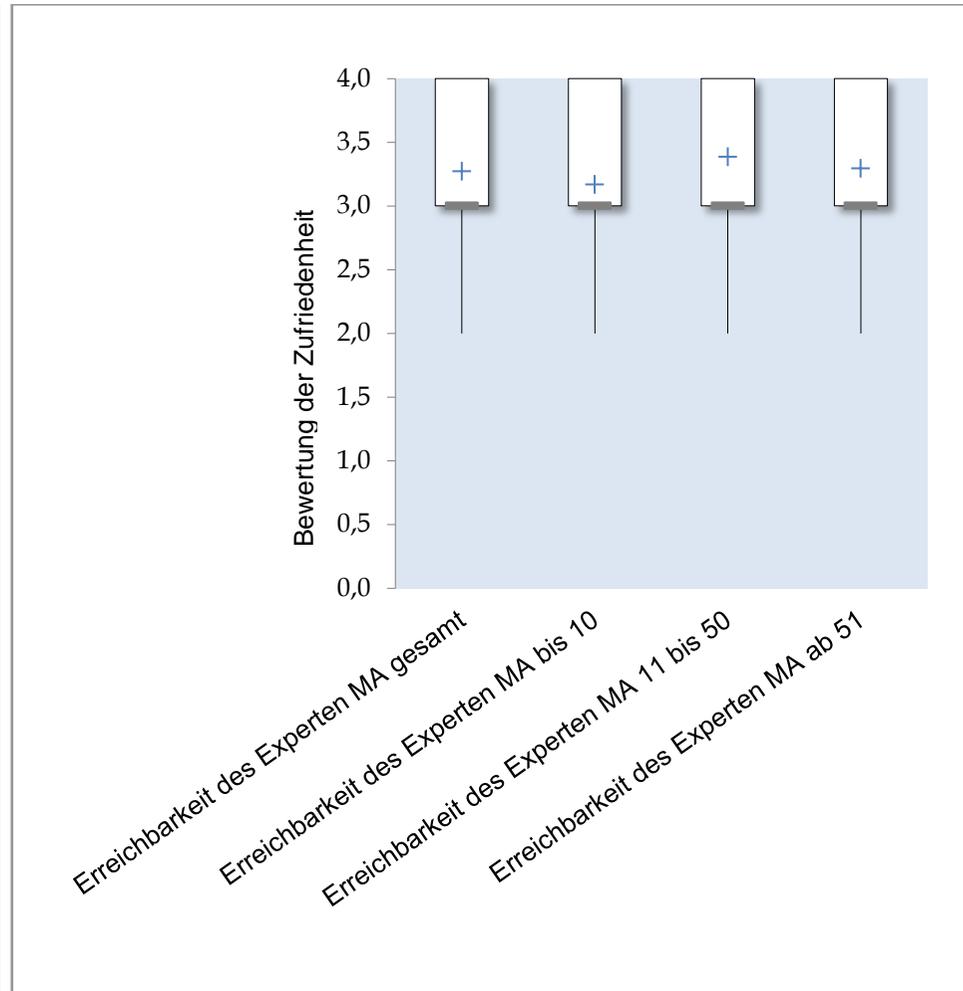


Abb. 29 / A

Vergleich der Zufriedenheit nach Betriebsgrößen hinsichtlich der Leistungsqualität

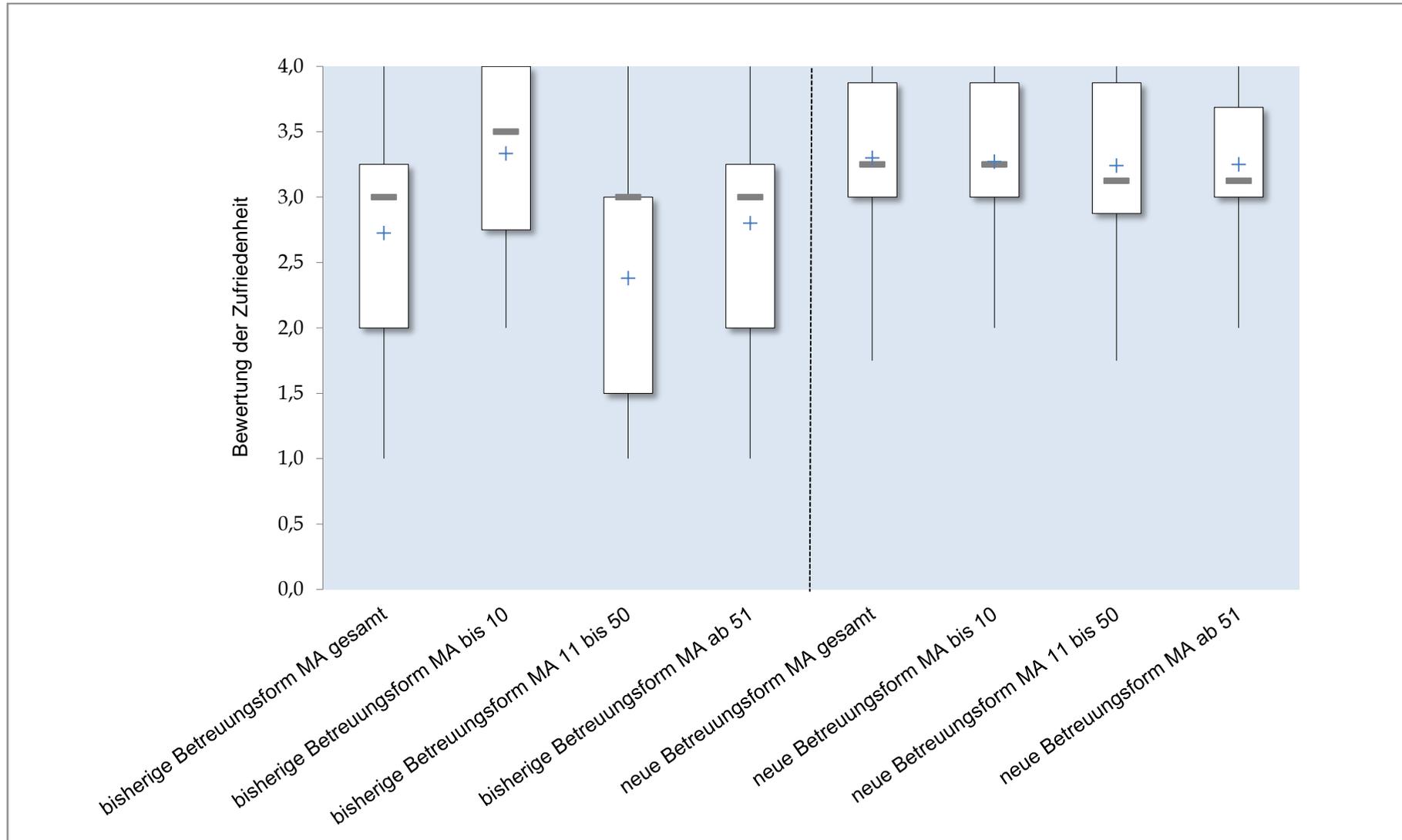


Abb. 30 / A

Vergleich der Zufriedenheit nach Betriebsgrößen hinsichtlich der Leistungsorganisation

